

**Kvaliteten på legemiddelinformasjon i epikriser ved
Helgelandssykehuset Mo i Rana**

En kvantitativ og kvalitativ studie.

Berit Svendsen Djønne
Masteroppgave i Farmasi

Oktober 2014

Forord

Denne oppgaven er blitt gjennomført ved Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet i samarbeid med Helgelandssykehuset Mo i Rana i tidsrommet høsten 2013 til og med høsten 2014.

Først og fremst vil jeg takke Beate Garcia for uunnværlig hjelp og støtte under skriveprosessen og veiledning gjennom prosjektperioden. Tusen takk til veileder Trine Aag som gjorde prosjektet mulig å gjennomføre ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Jeg vil takke sykehuset for at jeg har fått gjennomføre oppgaven min hos dem og at de har stilt med kontor og vært behjelpelig med uthenting av data.

Stor takk alle informantene som har stilt opp til intervju og delt sine erfaringer med meg, dette har vært avgjørende for at jeg har kunnet gjennomføre min oppgave.

Stor takk til samtalepartner Ellen Mellingen som har hatt tro på meg i denne perioden, og som har tatt seg tid til gode faglig samtaler og litt utenom.

Tusen takk til medstudent og venn Caroline Ellevseth som har vært en god samtalepartner gjennom prosjektperioden. Jeg kunne ikke vært deg foruten.

En spesiell takk til min mann Dag Roald som har hatt forståelse for at denne perioden til tider har vært krevende, uten din raushet og tålmodighet hadde dette prosjektet aldri vært mulig. Og takk til mine små gutter Emil og Magnus, dere gir motivasjon til et ”mammahjerte”.

Berit Svendsen Djønne,

Mo i Rana, oktober 2014

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Legemiddelinformasjon i epikriser er ofte mangelfull eller utilstrekkelig når den sendes til fastlege eller utleveres til pasient ved utskrivelse fra sykehus. Dette kan medføre feilbruk av legemidler hos pasient, misforståelser hos fastlege, reinnleggelser på sykehus og i verste fall død. Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana (HSYK-MiR) ønsket man å undersøke kvaliteten av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer samt undersøke hva fastleger i lokalområdet mente om legemiddelinformasjonen i epikriser de mottar fra sykehuset.

Metode: Studien er todelt med en retrospektiv kvantitativ epikrisestudie og en kvalitativ del med dybdeintervjuer av fastleger. I den *kvantitative delen* ble det for hver måned i 2013 tilfeldig hentet ut 30 aktuelle epikriser med tilhørende pasientorienteringer fra hver avdeling (kirurgisk og medisinsk) ved HSYK-MiR, totalt 720 epikriser. Legemiddelinformasjonen ble evaluert med pasientsikkerhetsprogrammets skåringsverktøy for epikrisekvalitet. I den *kvalitative delen* ble det gjennomført sju dybdeintervju med fastleger i området til HSYK-MiR.

Resultat: Totalt 586 epikriser med tilhørende 151 pasientorienteringer ble evaluert. Gjennomsnittlig skår i epikriser var signifikant høyere for fastmedisin (47 % standardavvik 15 %) sammenlignet med behovsmedisin (37 % standardavvik 22 %) ($P < 0,001$). Medisinsk avdeling skårer generelt høyere enn kirurgisk avdeling. Innen fastmedisin har medisinsk avdeling signifikant høyere skår enn kirurgisk avdeling hhv. 49 % og 45 % ($P < 0,001$) Totalt 147 av 296 epikriser ved medisinsk avdeling har tilhørende pasientorienteringer. Gjennomsnittlig skår av disse var på 47 % (standardavvik 19 %) av oppnåelig poengsum. Ved kirurgisk avdeling ble det funnet pasientorienteringer kun ved 4 av 290 epikriser

Resultatene fra epikrisestudien understøttes for det meste av informasjonen som fremkom i intervjuene med fastleger. De opplever kvaliteten på legemiddelinformasjonen i epikriser fra HSYK-MiR som varierende, i noen tilfeller er informasjonen om legemidler fraværende. Fastlegene ønsker faglig begrunnelse for legemiddellendringer med støtte av klinisk relevant informasjon og ønsker bruk av SNEKS-koder bak hvert legemiddel i listen

Konklusjon: Legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer ved HSYK-MiR har en gjennomsnittlig lav skår i henhold til kriterier for epikrisekvalitet satt av pasientsikkerhetsprogrammet. Fastmedisin skårer bedre enn behovsmedisin. Funnene understøttes av fastlegers opplevelser, hvor epikriser beskrives med varierende kvalitet.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	5
Innholdsfortegnelse	7
Forkortelser	9
Ord – og begrepsforklaringer	10
1. Introduksjon	12
1.1 Legemiddelbruk	12
1.2 Informasjonsutveksling om legemiddelbruk	13
1.2.1 Epikrise og epikrisekvalitet	13
1.2.2 Henvisning	13
1.2.3 Informasjonsutveksling mellom tjenesteytere	14
1.3 Legemiddellisten gjennom pasientforløpet	15
1.3.1 Legemiddellisten hos fastlegen	15
1.3.2 Opptak av legemiddelanamnese ved innleggelse på sykehus	17
1.3.3 Legemiddelkurven under sykehusoppholdet	17
1.3.4 Legemiddelinformasjon i epikrise ved utskrivelse fra sykehus	18
1.4 Tiltak for å forebygge feil legemiddelbruk	19
1.4.1 Nasjonalt Pasientsikkerhetsprogram	20
1.4.2 Integrated Medicines Management	21
1.4.3 Samhandling mellom behandlingsnivå	23
1.5 Kvalitetssikring av helsetjenesten	24
1.6 Formål	26
2. Material og metode	27
2.1 Gjennomføring av prosjektet	27
2.2 Retrospektiv epikrisestudie	29
2.2.1 Helgelandssykehuset	29
2.2.2 Studiedesign og datauttrekk	29
2.2.3 Evaluering av epikrisekvalitet	30
2.2.4 Validering	33
2.2.5 Statistikk og Analyse	34
2.2.6 Etikk	34
2.3 Dybdeintervju med fastleger	35
2.3.1 Studiedesign og datainnsamling	35
2.3.2 Rekruttering av informanter	35
2.3.3 Intervjuguide	36

2.3.4 Gjennomføring av dybdeintervju	36
2.3.5 Transkribering og analyse	36
2.3.6 Etikk	38
3. Resultater.....	39
3.1 Skåring av legemiddelinformasjon.....	39
3.1.1 Datamaterialet	39
3.1.2 Totalskår.....	41
3.1.3 Fastmedisin.....	45
3.1.4 Behovsmedisin	49
3.1.5 Pasientorientering.....	53
3.1.6 Statistikk og validering.....	58
3.2 Dybdeintervjuer med fastleger	60
3.2.1 Fastlegens arbeid og utfordringer ved epikrisehåndtering	61
3.2.2 Innhold og utforming av legemiddelinformasjon i epikriser – fastlegers meninger og ønsker	64
3.2.3 Fastlegens arbeid for å bedre legemiddelbehandling for pasient	67
3.2.4 Faktorer som påvirker samhandling mellom og innad omsorgsnivå	69
3.2.5 Fastlegers syn på farmasøytrollen og samarbeid med apotek	76
4. Diskusjon.....	78
4.1 Legemiddelinformasjon i epikriser fra HSYK-MiR	78
4.2 Innholdet i legemiddellistene	79
4.3 Innhold og utforming av epikriser.....	81
4.4 Oppdatering av legemiddellisten.....	83
4.5 Samhandling om pasienters legemiddellister.....	85
4.6 Utskrivingssamtale og pasientorientering	86
4.7 Den kliniske farmasøyten.....	88
4.8 Metodediskusjon	89
4.8.1 Kvantitativ metode	89
4.8.2 Dybdeintervju som metode	93
5. Konklusjon/Oppsummering	95
6. Videre arbeid	96
7. Referanseliste	97
Vedlegg 1: Prosjekt godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS	101
Vedlegg 2: Informasjon og samtykke erklæring	103
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	104
Vedlegg 4: Evaluering av fastmedisin, behovsmedisin og pasientorientering.....	106
Vedlegg 5: Oppnådd poengsum innen hver måned i løpet av 2013.....	108

Forkortelser

Elektronisk pasientjournal	EPJ
Helgelandssykehuset	HSYK
Helgelandssykehuset Mo I Rana	HSYK- MiR
Helse-Nord Regionale helseforetak	Helse Nord RHF
Informasjons- og kommunikasjons teknologi	IKT
Integrated Medicine Management	IMM
Legemiddelgjennomgang	LMG
Legemiddelrelatert problem	LRP
Legemiddelsamstemming	LMS
Legemidler i bruk	LIB
Legemidler ved innkost	LVI
Legemidler ved utreise	LVU
Lund Integrated Medicine Management	LIMM
Norsk pasientregister	NPR
World Health Organization	WHO

Ord – og begrepsforklaringer

DIPS: En leverandør av elektroniske pasientjournal som benyttes ved HSYK-MiR (1).

Elektronisk pasientjournal (EPJ): En elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Pasient journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov (2).

Epikrise: 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 i henhold til bestemmelsene i forskrift om pasientjournal § 9 til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (3).

Henvisning: En henvisning er en henvendelse angående en pasient om utredning / behandling hos en annen instans i helsevesenet (4).

Innkomstjournal: Innkomstjournalen er legens skriftlige dokumentasjon av anamneseopptak og undersøkelse umiddelbart etter en sykehusinnleggelse eventuelt senere samme dag hvis tilstanden tillater dette. Innkomstjournalen er foruten dokumentasjon av den kliniske tilstanden også et viktig arbeidsdokument for videre diagnostikk og behandling under oppholdet (5).

Kjernejournal: Kjernejournal er en ny elektronisk løsning som samler viktige opplysninger om helsen din på ett sted. Blir du akutt syk, har helsepersonell rask og sikker tilgang til opplysningene i din kjernejournal (6).

Legemiddelanamnese: Opptak av legemiddelanamnesen foretas som regel i mottakelsen, når pasient innlegges på sykehus. Legemiddelanamnesen er basert på tilgjengelig informasjon i den aktuelle situasjonen. Det kan være opplysninger fra pasient, pårørende eller medbrakt medisinosett, medisinsliste fra tidligere innleggelse (siste epikrise), eller informasjon fra fastlege eller hjemmesykepleie (7).

Legemiddelkurve: «Kurven er et viktig dokument og arbeidsredskap for leger og sykepleiere. Den inneholder i komprimert form en mengde informasjon om sykdomsforløp og behandling» (8).

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

Legemiddelgjennomgang (LMG) : En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet (10).

Legemiddel relatert problem (LRP): En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling og som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt. Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer (10).

Pasientsikkerhet: «Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (11).

Pasientsikkerhetskampanjen: Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender er en nasjonal kampanje som vil forbedre pasientsikkerheten og redusere pasientskader i hele helsetjenesten (12).

Pasientsikkerhetsprogrammet: Et femårig, nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (13).

1. Introduksjon

1.1 Legemiddelbruk

Det er et stadig økende bruk av legemidler i den norske befolkningen. I løpet av 2011 fikk over 69 % av befolkningen minst ett legemiddel på resept og tall fra Norges Apotekforening viser til at mellom 2-3 % av apotekkundene brukte samtidig ti eller flere legemidler i 2002 (14, 15). Den stigende bruken av legemidler som behandlingsform og samtidig bruk av flere legemidler øker risikoen for legemiddel relaterte problemer (LRP). Dette er ifølge stortingsmelding 10 *God kvalitet – trygge tjenester* sett på som et folkehelseproblem (16). LRP kan føre til flere negative konsekvenser for pasienten og belaste samfunnet med økte kostnader.

Begrepet "legemiddelfeil" omfatter feil i forskrivningen eller at pasienten blir gitt feil legemiddel, at legemiddelet administreres på feil måte, at legemiddelet blir gitt i feil dose eller til feil tid (17). Legemiddelfeil kan forekomme i alle ledd av legemiddelhåndteringen og anslås å være årsak til 10-15 dødsfall og 50-100 alvorlige skader per år (18). I en studie av Brekke med kollegaer fant de at 18,4 % av pasientene hadde mottatt en eller flere potensielt skadelige forskrivninger i løpet av ett år (19). Lignende fant Barker med kollegaer at nesten en av hver femte dose som ble gitt av helsepersonell i helseinstitusjoner var feilaktige (20). Det kommer frem i rapporter fra helsetilsynet at feilmedisinering oppstår i omtrent 20 % av alle behandlingsforløp hvor legemidler benyttes, og at 14 % av 7756 uønskede hendelser mellom 2008-2011 kom av legemiddelfeil (17, 18).

Informasjonsoverføring er og en viktig årsak til LRP, hvilket skjer spesielt ved skifte av omsorgsnivå. Systemsvikt i form av dårlig rutiner og dårlig opplæring blir sett på som noen av årsakene til overføringsfeil (18). Dette blir støttet av studie utført av Bakken og kollegaer hvor de blant annet fant mangel på rutiner for samhandling mellom sykehjem og hjemmesykepleie angående felles pasienter og varierende grad av rutiner for hjemmesykepleies samhandling med andre tjenesteytere (21).

1.2 Informasjonsutveksling om legemiddelbruk

Kommunikasjon mellom leger er svært viktig for at pasientene skal få et helhetlig og koordinert behandlingsforløp. Behandling og omsorgstjenester kan gis av flere tjenesteytere samtidig innen et behandlingsnivå eller på tvers av behandlingsnivå. Feil i informasjonsoverføring og treghet i informasjonsutveksling kan føre til feil bruk av legemidler eller at pasienten ikke får tilsiktet behandling og oppfølging (21-23).

1.2.1 Epikrise og epikrisekvalitet

Epikrise er primært sykehuslegenes kommunikasjonsmiddel til fastlege og andre instanser for overføring av informasjon angående pasientens sykdomstilstand og behandling. Epikrisen skal i tillegg tjene sykehuslegen ved en senere innleggelse. Det sendes årlig omtrent 3,8 millioner epikriser fra sykehusene i Norge (24). Epikrisen skal være en sammenfatning av journalopplysninger fra sykehusoppholdet. Dokumentet skal blant annet inneholde sykdoms status, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling (4). For å sikre rett legemiddelbehandling og oppfølging av pasient er det nødvendig at epikrisen inneholder korrekt og tilstrekkelig legemiddelinformasjon.

Flere norske studier viser til at de fleste fastleger er generelt fornøyd med epikrisene (24, 25). Legene ønsket at epikrisen skulle være strukturert og inneholde utfyllende informasjon om videre oppfølging, men i henhold til (iht) fastlegene er det langt i mellom de svært gode epikrisene. Spesielt er legene lite tilfreds med epikrisene til pasienter med oppfølgingsbehov (24-26).

1.2.2 Henvisning

En henvisning til spesialisttjenesten skal blant annet inneholde begrunnelse for henvisning, henvisningsdiagnose, allergier og intoleranse, samt informasjon om pasientens legemidler (4). Allmennlegene i Norge skriver årlig omtrent 1,9 millioner henvisninger til spesialisttjenesten (27). Ved utarbeidelse av ”Den gode henvisning” er det blitt gitt uttrykk for at sykehuslegene blant annet savner opplysninger om medisiner (27). Dette støttes av en studie utført av Lønning og kollegaer hvor overleger ved sykehuset Buskerud vurderte

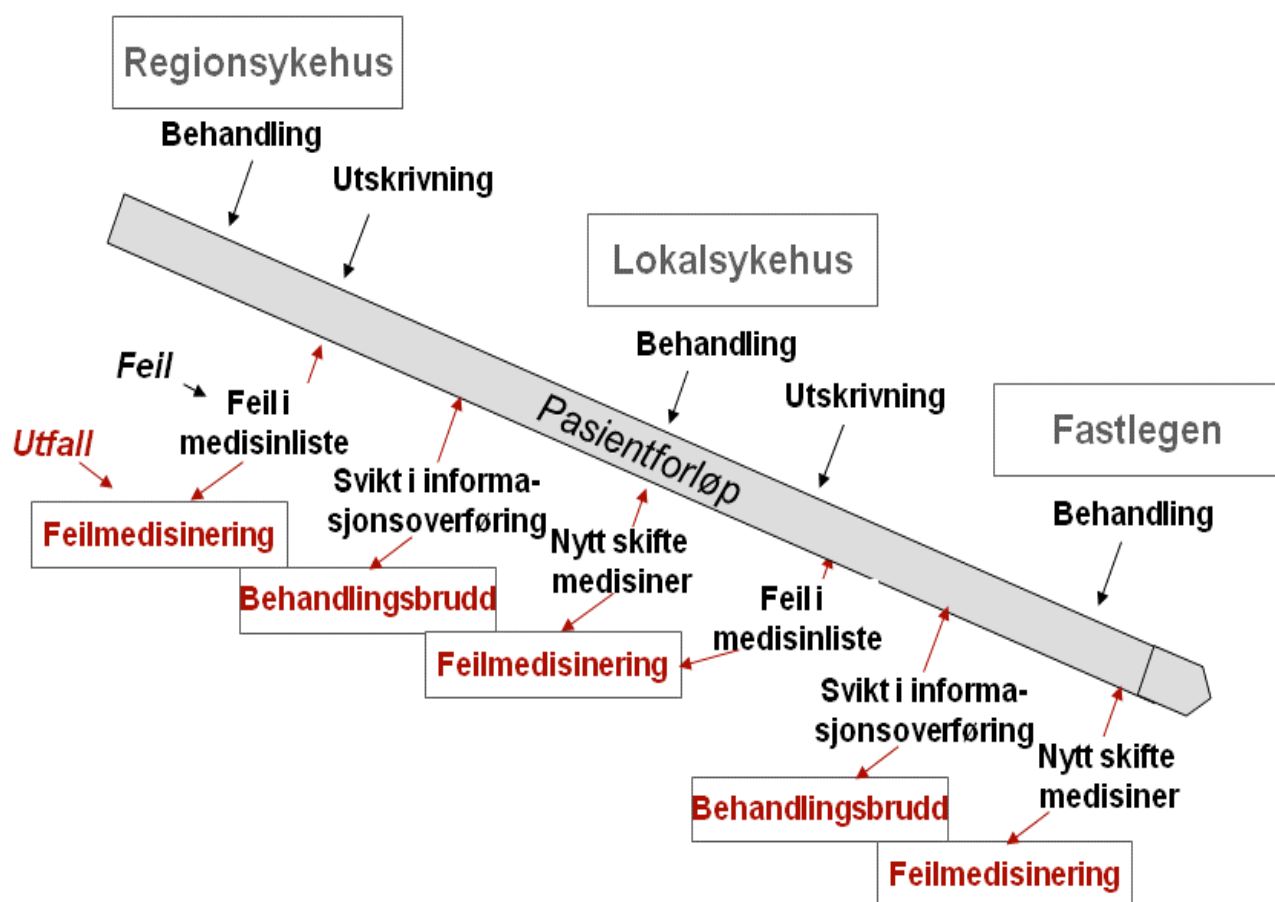
henvisninger og fant at de hadde mangler ved informasjon om forundersøkelser, opplysninger om medisiner og relevant anamnese (28).

1.2.3 Informasjonsutveksling mellom tjenesteytere

Utsatte grupper som eldre pasienter og pasienter med kroniske sykdommer, har ofte et større behov for koordinerte tjenester. Disse pasientgruppene veksler ofte mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen tar spesielt opp svikt i samhandlingen i ”overganger” mellom behandlingsnivå (22). Commonwealth Funds undersøkelsen fra 2013 viser at Norge kommer dårligere ut enn de andre landene, på blant annet hjelp til å koordinere behandling (29).

Svikt i kommunikasjon angående pasienters legemiddelbruk mellom forskrivende leger eller til annet helsepersonell kan resultere i feil legemiddelbruk eller mangel på legemiddelbehandling for pasient. En studie gjennomført av Frydenberg og Brekke viser at kommunikasjonene rundt legemiddelinformasjonen mellom behandlingsnivå er mangelfull både innen epikriser og henvisninger (30). Innen primærtjenesten viser to norske studier at det ofte er avvik mellom legemiddelopplysninger for felles pasienter hos fastlegen og hjemmesykepleien (31, 32). Figur 1.1 illustrerer utfordringen med å holde legemiddellisten oppdatert gjennom et pasientforløp uten en koordinator som sitter med helheten i behandlingen. Brudd i legemiddelbehandlingen kommer ofte av mangelfull informasjonsutveksling mellom nivåene og mangelfull pasientopplæring (23).

Kommunikasjonen mellom tjenesteytere kan påvirkes av forventninger til hverandre og hvordan kommunikasjonen oppleves. Legene er sentrale i arbeidet med å bedre samhandling mellom behandlingsnivå. I en kvalitativ studie som ble gjennomført i 2007 kommer det frem at primærleger i Norge vektlegger det relasjonelle perspektivet som tillit og respekt i samhandlingen med andre leger. Mens både lokale og sentrale sykehusleger trekker frem kapasitet med blant annet kompetanse og stabilitet som viktige faktor for samhandling. Sentralsykehuslegene vektlegger i tillegg mer struktur. Alle tre behandlingsnivå ønsket å være hovedansvarlig for oppfølging av pasienten generelt (33).



Figur 1.1 Informasjonsutveksling av legemiddelopplysninger mellom behandlingsnivå og hvor informasjonsbruddene kan oppstå (23).

1.3 Legemiddellisten gjennom pasientforløpet

1.3.1 Legemiddellisten hos fastlegen

Pasientkonsultasjoner resulterer ofte i forskrivning av ett eller flere legemidler. For pasienter med fast medisinering vil også legemiddelbehandlingen måtte endres og justeres. Ved ny eller endret legemiddelbehandling er det viktig at pasienten i samtale med legen får tilstrekkelig informasjon om behandlingen. For at pasienten skal etterleve legemiddelbehandlingen som forskrevet er forståelse og motivasjon vesentlig (10).

Iht fastlegeforskrift for fastleger i kommunene skal det utleveres en oppdatert legemiddelliste (også kalt medisinkort/medisinliste) hver gang legemiddelbehandlingen er endret (34).

Frydenberg med kollegaer fant i sin studie fra 2011 at legemiddellisten manglet hos 39 % av de som ble akuttinnlagt på Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik. Av de som ble henvist fra fastlegen manglet legemiddelliste hos 16 % av pasientene (30).

Hos pasienter med flere legemidler kan fastlegen anse det som hensiktsmessig å utføre en legemiddelgjennomgang (LMG) som en kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk. Forutsetning for LMG er at den baseres på en samstemt legemiddelliste og klinisk relevant informasjon. LMG er et viktig redskap for å forebygge, avdekke og løse LRP. Målet er å gi pasienten best mulig effekt av legemiddelbehandlingen, samtidig redusere eventuelle uheldige følger av behandlingen. Gjennomgangen innebærer at legen ser på helheten av legemiddelforskrivning og vurderer om den er hensiktsmessig (10). Det er vist positive resultater av LMG gjennom LMM-metoden (omtales senere).

Fastlegeforskriften omtaler at fastlegen skal oppdatere legemiddellisten ved endringer av legemiddelbehandling hos pasient eller ved mottak av epikrise med legemiddelendringer. To norske studier viser at under halvparten av legene oppdaterer legemiddellisten i elektronisk pasientjournal (EPJ) umiddelbart etter at epikrisen er mottatt (21, 32). Legen skal også vurdere om det er nødvendig å videreformidle endringene til andre tjenesteytere i helse og omsorgstjenesten for å gi et forsvarlig tilbud til pasienten (34). Informasjonsoverføring til hjemmetjenesten ble undersøkt i en norsk studie der det fremkom at ingen av fastlegene i studien hadde utfyllende avtaler eller rutiner angående videreformidling av legemiddelinformasjon (21).

Fastlegen har ansvaret for å koordinere legemiddelbehandling for sine pasienter og dermed blir det svært viktig at fastlegens legemiddelliste er samstemt og oppdatert til en hver tid. Legemiddellisten i pasientjournalen vedlegges i de elektroniske henvisningene som kan bli brukt som grunnlag for opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemidler ved innleggelse (LVI) ved sykehus. Legemiddellisten brukes også som grunnlag for hjemmesykepleiens medisinaliste og pakking av multidose til brukere av dette.

I en studie gjennomført i 2003 av Jensen og kollegaer ble det sett på overensstemmelse mellom legemiddelliste i fastlegens og hjemmesykepleiens journal for 38 pasienter. Resultatene viste at 90 % av journalene inneholdt uoverensstemmelser, kun fire journaler hadde fullstendig samsvar og i to av disse var det administrert kun ett legemiddel (31).

1.3.2 Opptak av legemiddelanamnese ved innleggelse på sykehus

Ved innleggelse på sykehus er det viktig at legemiddelinformasjon er så fullstendig og riktig som mulig. Dette for å kunne gi best mulig behandling og redusere risiko for uheldige hendelser i forbindelser med legemiddelbruk. Opptak av legemiddelanamnese er en del av rutinene ved innleggelse på sykehus og informasjonen innhentes fra pasient. Eventuelt innhentes informasjonen fra pårørende eller andre kilder som fastlege og hjemmesykepleie hvis ikke pasienten er i stand til å kunne meddele informasjonen. Legemiddelanamnesen skal resultere i en fullverdig oversikt over hvilke reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler, og helsekost pasienten benytter. Det er også viktig informasjon om pasienten administrerer legemidlene selv og hvordan pasienten bruker legemidlene. Dette for å kunne identifisere eventuelle LRP (35). Ved ufullstendig legemiddelanamnesen blir grunnlaget for legemiddelsamstemming (LMS) feil og det oppstår feil i LVI. LMS er tiltak for å bedre kvaliteten på LVI, legemidler ved utskrivelse (LVU) og fastlegens legemiddelliste.

Både norske og internasjonale studier viser til hyppig avvik i legemiddelanamnesen (36-38).

1.3.3 Legemiddelkurven under sykehusoppholdet

Innkostjournal med LVI er grunnlaget for sykehuslege som skal forordne legemidlene til pasient på legemiddelkurve. Kurven er et viktig dokument og verktøy for pasientens legemiddelbehandling under opphold på sykehus. Kurven inneholder informasjon om sykdomsforløp og behandling, her dokumenteres hver dose av legemidlene som gis til pasienten. En forutsetning for sikker legemiddelhåndtering er korrekt føring av kurven. En studie på kurveføring gjennomført av Ritland med kollegaer viser til mangler på flere områder. Blant annet var det flere legemiddelkurver hvor preparatnavn ikke var entydig skrevet, at legemiddelform var ikke angitt på 50 % av kurvene, enhet og administrasjonsmåte manglet i en tredel av kurvene og dosen var ikke entydig i mange kurver. Både sykepleiere og leger hadde flere avvik i forhold til dokumentasjon (8). Feil i kurve gir feil i grunnlaget for LMS ved legemiddeloverføring til LVU i epikrise.

1.3.4 Legemiddelinformasjon i epikrise ved utskrivelse fra sykehus

Pasienter som skrives ut fra sykehus har ulike behov for legemiddelinformasjon. Noen utskrives til hjemmet, mens andre blir skrevet ut til kommunal helsetjeneste. Pasientene skal ved utskrivning få en utskrivningssamtale og en skriftlig pasientorientering angående oppholdet på sykehus hvor en oppdatert legemiddelliste vedliggjer (39).

I følge pasientrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke i gjennomføringen av all helsehjelp. Pasienten skal motta nødvendige informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer (40).

Epikrisen må inneholde en samstemt og oppdatert legemiddelliste. Pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet kriterier for hvilken legemiddelinformasjon som skal angis i epikriser. Den ansvarlige lege skal arbeide etter bokføringsprinsippet. Legemidler som er oppført i innkomstjournal skal omtales i epikrisen. Kilde til legemiddelopplysningene skal dokumenteres i sammenheng med legemiddellisten, dette med bakgrunn i at det gir fastlegen tillit til listen. Alle endringer som er gjort av sykehuslege skal begrunnes i et tekstavsnitt rett før legemiddellisten. Salgsnavn, generisk navn, dosering, indikasjon skal være angitt for hvert legemiddel i listen. Det skal oppgis kode SOM FØR – NY – ENDRET DOSE – KUR – SLUTT (SNEKS-koder) etter hvert legemiddel i legemiddellisten (41).

Perren med kollegaer studerte i 2008 epikrisekvaliteten, hvor de fant at 66 % av 577 epikriser inneholdt tilsammen 1012 uoverensstemmelser og 19 % av disse var potensielt skadelig. De fant også 393 unnlatte legemiddelforskrivninger. Blant 3691 forskrivninger var 17 % ubegrunnet i epikrisen (42).

I følge forskrift om pasientjournal § 9 skal epikrise sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging når pasienten utskrives fra en helseinstitusjon. Hvis ikke annet fremkommer fra pasient, skal epikrisen sendes til henvisende lege og pasientens fastlege. Det påpekes i forskriftet at epikrisen skal sendes etter forsvarlig tid etter helsehjelp er avsluttet (43).

Det er satt kvalitetsindikator for spesialisttjenesten, at 80 % av epikrisene skal være sendt til fastlegen inne en uke (22). Det er viktig at epikrisen oversendes til fastlegen så raskt som mulig for å sikre rett legemiddelbruk og oppfølging etter utskrivelse. Dette gjelder spesielt pasienter med oppfølgingsbehov og pasienter med hjemmesykepleie. Studie gjennomført av Kværner med kollegaer i fra 2005 viste at median epikrisetid var over en uke for alle studerte avdelinger med unntak av revmatologiske pasienter der epikrisetiden var i gruppen 4-7 dager (25). Mens studie utført i 2005 av Moksnes viste at hele 90 % av epikrisene blir sendt innen 7 dager og gjennomsnittlig tid før utsending er 2,9 dager (44).

Ved utskrivelse fra HSYK-MiR er det beskrevet i tjenesteavtale nr. 5 hvordan prosessen for pasienter som utskrives til kommunalomsorg skal foregå. Det er også utformet detaljerte retningslinjer for hvilke dokumenter pasientene skal få med seg ved utskrivelse. Oppdatert medisinkort eller kurve, pasientorientering, sykepleierepikrise og legeepikrise skal følge pasienten. Det er vedtatt prosedyre ved sykehuset for ”legemiddelinformasjon til pasient” hvor det fremkommer at pasienten ved utskrivelse skal ha muntlig og skriftlig informasjon om endring av legemiddelbehandling.

Både nasjonale og internasjonale studier viser at det forekommer legemiddelfeil i LVU (38, 45, 46).

1.4 Tiltak for å forebygge feil legemiddelbruk

Herunder omtales noen tiltak som er igangsatt for å bedre samhandling mellom omsorgsnivå og for å forebygge feil legemiddelbruk for pasienter. Flere statlige dokumenter er med på å legge føringer for hvordan helse og omsorgstjenesten skal utvikle seg. I denne oppgaven er de statlige dokumentene *Samhandlingsreformen*, *En innbygger – en journal*, *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*, og *God kvalitet – trygge tjenester* sett på som relevante stortingsmeldinger (15, 16, 22, 47).

1.4.1 Nasjonalt Pasientsikkerhetsprogram

På oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet ble det i 2011-2013 satt i gang en pasientsikkerhetskampanje som omfattet kommune og spesialisthelsetjenesten. Formålet var å redusere pasientskade, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen. Kampanjen hadde 12 innsatsområder, deriblant «riktig legemiddelbruk i sykehjem», «samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten», og «samstemming av legemiddellister». I februar 2014 ble det lansert at pasientsikkerhetskampanjen skulle bli videreført til et 5-årig pasientsikkerhetsprogram som skulle videreføre alle innsatsområdene fra kampanjen (13).

Flere tiltak i programmet retter fokus mot legemiddelbruk. Rapport fra nasjonal journalundersøkelse med Global trigger tool fra 2013 viser at en av de hyppigste årsakene til pasientskader er legemiddelrelatert. I rapporten kommer det frem at i 13% av de undersøkte pasientoppholdene ble det funnet en skade (48). Rapport fra helsetilsynet (2002) viser at 5-10% av alle innleggelser kan tilbakeføres til feil i legemiddelbruk og for den eldste pasientgruppen vil tallet sannsynligvis være opp mot 10-20% (18). Dette viser at tiltak rettet mot å redusere feil legemiddelbruk er et viktig innsatsområde.

Denne oppgaven retter fokus mot «samstemming av legemiddellister» og på legemiddelavsnittet i epikrise og opptak av legemiddelanamnese.

Innsatsområdet «samstemming av legemiddellister» innebærer at:

- Fastlegen skal under konsultasjon med pasient samstemme legemiddelliste, oppdatere legemiddellisten og i tillegg oppdatere reseptformidleren og utlever legemiddelliste til alle pasienter. Ved utlevering av ny liste må fastlegen bevisstgjøre pasient og pårørende om viktigheten av å medbringe nyeste versjon av medisinliste i møte med helsevesenet.
- Sykehusets rutiner skal sikre opptak, oppfølging og dokumentasjon av legemiddelanamnese ved innleggelse på sykehus. Dette skal gjennomføres ved å samtale med pasient for å få oversikt over pasientens legemidler i bruk (LIB). Kan

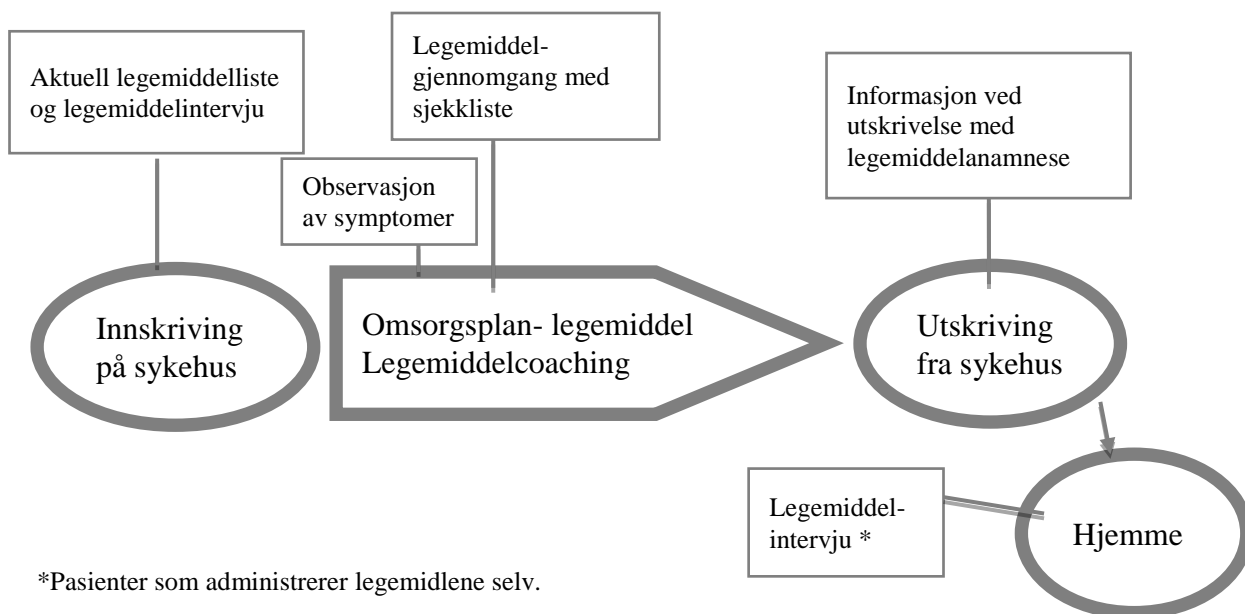
ikke pasienten gi tilstrekkelig informasjon, må dette innhentes av andre relevante kilder, dette må dokumenteres i EPJ. Ansvarlig lege samstemmer legemiddelkurve mot legemiddelanamnese og dokumenterer med begrunnelse for eventuelle endringer i EPJ. Det må dokumenteres endringer på kurve underveis i sykehusoppholdet.

- Ved utskrivelse fra sykehus må ansvarlig lege samstemme LIB under sykehusoppholdet med LVI. Det må dokumenteres i epikrisen kilden til legemiddelinformasjon. Ansvarlig lege må beskrive og begrunne endringer i legemiddellisten i eget avsnitt og bruke SNEKS-koder bak hvert legemiddel. Lege må påse at rett legemiddelliste overføres til LVU i epikrisen. Legen må også oppdatere reseptformidleren der e-resept benyttes.
- Utskrivende lege må gi pasienten samstemt legemiddelliste hvor SNEKS-koder er angitt bak hvert legemiddel ved utskrivning fra sykehuset. Lege må utlevere legemiddelliste og gjennomgå legemiddellisten muntlig med pasienten og forklare endringer. Hvis pasient ikke er i stand til å motta informasjon, skal dette gis til nærmeste omsorgsperson. Ved behov skal oppdatert legemiddelliste sendes til annet helsepersonell som sykehjem, hjemmesykepleie (9).

1.4.2 Integrated Medicines Management

Utfordringen med oppdaterte legemiddellister gjelder ikke bare Norge, men også internasjonalt (9). I Nord-Irland er det blitt utarbeidet en forskning og evidensbasert modell, kalt «Integrated Medicines Management (IMM)». Modellen innebærer prosedyrer og verktøy for gjennomføring av LMS, LMG og opplæring av personell. Metoden har som mål å bedre pasientsikkerheten og heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen (49).

IMM- modellen er tatt i bruk i Sverige. De har videreutviklet den til å passe inn i svensk helsesystem og navngitt den Lund Integrated Medicines Management (LIMM) (50). Se figur 1.2



*Pasienter som administrerer legemidlene selv.

Figur 1.2 Aktivitetene som inngår i LMM-modellen revidert fra oversikt i artikkel av Eriksson med kollegaer (50).

Pasientsikkerhetsprogrammet i Norge bruker per i dag bare deler av IMM- metoden som tiltak på innsatsområdet «samstemming av legemiddellister» (51). Flere studier har allerede bevist at LMS og LMG gjennomført etter denne metoden både reduserer legemiddelrelaterte reinnleggelser, øker tiden til reinnleggelser, reduserer liggedøgn, og er økonomisk gunstig (52-55).

Bergkvist med kollegaer gjorde i 2009 en undersøkelse om epikrisekvaliteten ved bruk av LMM- metoden. Resultatene viste en bedring i epikrisekvaliteten med et gjennomsnitt på 45% færre legemiddelfeil per pasient (56).

Ved ett tverrfaglig samarbeid vil IMM-modellen ha som mål å få best mulig helse gjennom optimal legemiddelbruk (49). Metoden setter den kliniske farmasøyt i sentrum med å identifisere, løse og forebygge LRP, mens forskriver har ansvaret for valg av behandling. For å utøve IMM- metoden er det tre likeverdige faktorer som må ligge i grunnen. Vedkomne må

gjennomføre opplæring i prosedyrer og verktøy, etterlevelse av prosedyrene samt kompetanse og terapistøtte (49).

Studier fra Sverige viser at ved å bruke 400 svenske kroner på klinisk farmasøyt spares det i underkant av 4000 svenske kroner (52). Studie gjennomført av Gillespie med kollegaer konkluderer med at introduisering av farmasøyt til et tverrfaglig team vil føre til betydelig reduksjon i morbiditet og kostnader (57).

1.4.3 Samhandling mellom behandlingsnivå

Samhandlingsreformen omtaler ett behov for ett nært samarbeid mellom kommunene og tilknyttede helseforetak. Med tanke på at pasientene skal raskere tilbake til kommunal omsorgen vil det oppstå ett større behov for god samhandling mellom behandlingsnivåene. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og tilknyttet foretak er et sentralt verktøy for å bedre samhandlingen. Regjeringen har lovfestet et krav om slike samarbeidsavtaler for å forhindre at det oppstår uenigheter rundt ansvar og oppgavefordeling (22).

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et annet verktøy for bedring av samarbeidet. Praksiskonsulenter er fastleger som har små konsulentstillinger i helseforetakene. PKO er en utprøvd metode som har vært i Norge siden 1995 og det er flere enn 100 fastleger i funksjon. En praksiskonsulent har som oppgave å skape et helhetlig og godt koordinert pasientforløp både innen behandlingsnivå og mellom behandlingsnivåene (22).

Behandlere og helsepersonell trenger tilgang til oppdatert informasjon i form av blant annet henvisninger, epikriser, legemiddellister og prøvesvar for at de skal kunne tilby god kvalitet på sine tjenester. I dag består helse og omsorgstjenesten av mange selvstendige virksomheter, og hver av dem har selv ansvar for å velge og drifte sitt IKT-system. Dette har ført til flere ulike løsninger som ikke nødvendigvis kan kommunisere elektronisk. Denne utfordringen påvirker samhandlingen mellom behandlere og mellom behandlingsnivå. Se Figur 1.3 (47).

Pasient A kan få legemidler forskrevet fra alle virksomhetene (leger) nedenfor, og skifte relativt hyppig mellom disse.



Figur 1.3 De ulike virksomheter hvor legemidler forskrives til pasient og hvor informasjonen lagres i ulike journalsystemer som ikke nødvendigvis kommuniserer sammen elektronisk (23).

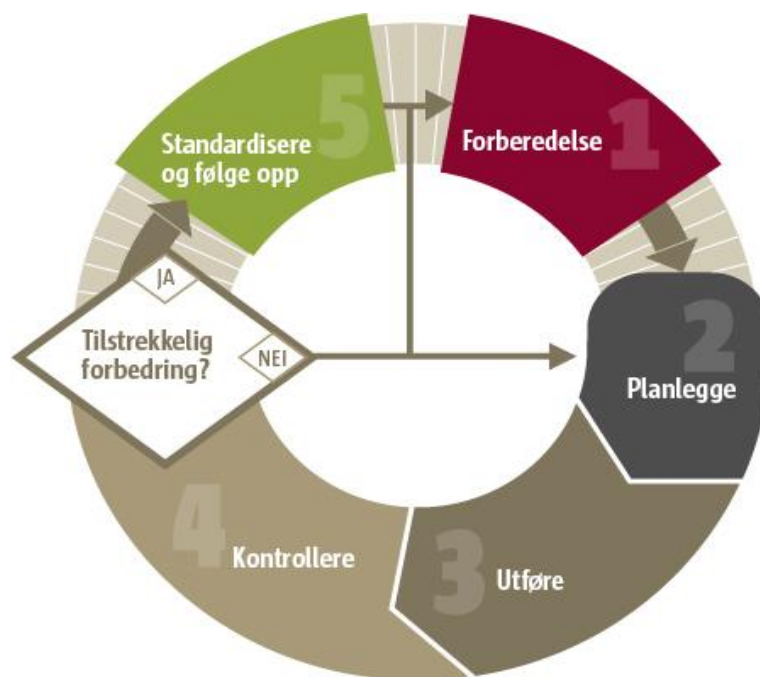
Tiltak er omtalt fra regjeringen i stortingsmelding 9 *En innbygger – en journal* hvor det legges frem et ønske om en felles IKT- løsning i helse og omsorgssektoren. Den viser til at det er igangsatt elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie – og omsorgstjeneste og elektroniske resepter er innført eller innføres i alle kommuner, apotek og helseforetak i skrivende stund. Elektronisk pasientjournal er iverksatt og nasjonal kjernejournal som står på trappene vil forhåpentligvis medvirke til bedre samhandling mellom omsorgsnivå, gi økt sikkerhet og dokumentasjon av legemiddelinformasjonen som utveksles (47).

1.5 Kvalitetssikring av helsetjenesten

Norge er et av de beste landene å bo i og vi har godt utviklet helse og sosialtjenester, men samfunnet er stadig under utvikling og krever at sosial og omsorgstjenestene gjør det samme.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten,Og bedre skal det bli erkjennes det svikt, mangler, feil og uønsket variasjon i norsk helsetjeneste. Og der legges det frem en strategi for kvalitetsarbeidet. Målet med strategien beskrives med « *at tjenestene skal være virkningsfulle, være trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt*» (58).

Ved systematisk kvalitetsarbeid i helse og omsorgssektoren er det viktig med en bred tilnærming. Kvalitetsarbeidet krever kompetanse om hvordan skape endringer og i å kunne se om endringen er en forbedring. For å få en stadig forbedring i organisasjonene så er Demings sirkel en modell som benyttes i Nasjonal strategi. Se figur 1.4 (16).



Figur 1.4 Gjengivelse av Demings sirkel.

Forberedelse: Erkjenne behov for forbedring, finne aktuell kunnskap og forankrer forbedringsarbeidet. *Planlegge:* Sette mål for hva man ønsker. Undersøke hvordan man gjør det i dag, komme med tiltak for forbedring. *Utføre:* Følge planen som er satt *Kontrollere:* Se om planen virket som vi ønsket. *Standardisere og følge opp:* Standardisere ny praksis, sikrer fortsettelse og sprer forbedringen (22).

1.6 Formål

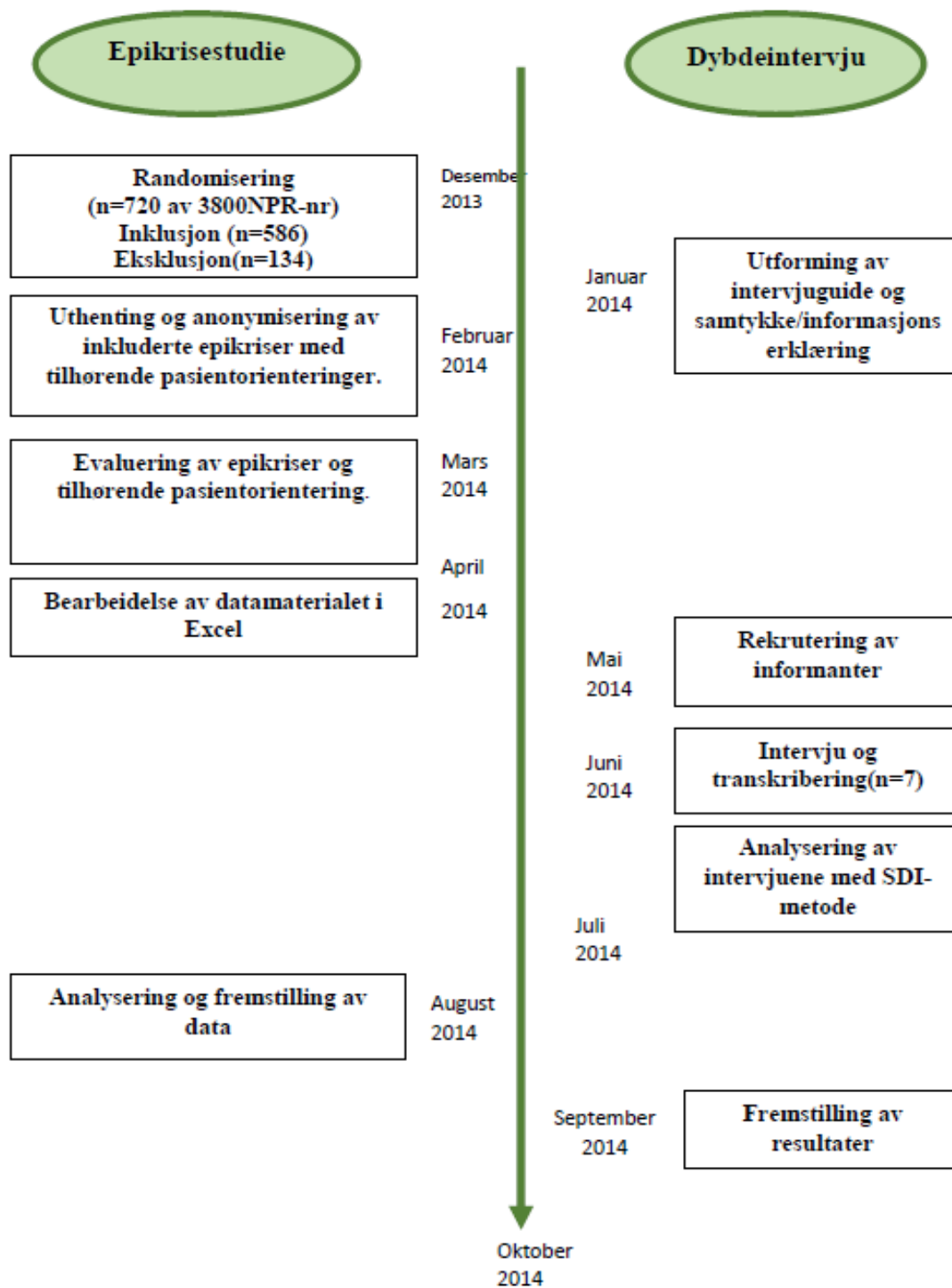
Hensikten med studien er todelt:

- 1) Å undersøke hvorvidt kvaliteten av legemiddelinformasjon i epikrisene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana er i overensstemmelse med kriterier for epikrisekvalitet satt av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. *Kvantitativ studie*
- 2) Å undersøke fastlegers meninger om legemiddelinformasjon i epikriser de mottar fra HSYK-MiR og samhandlingen innad i kommunehelsetjeneste med hensyn på oppdatering av legemiddelinformasjon i epikriser og videreformidling av dette. *Kvalitativ studie*

2. Material og metode

2.1 Gjennomførelse av prosjektet

Innholdet av legemiddelinformasjonen i epikriser (hensikt 1) ble undersøkt ved hjelp av en retrospektiv kvantitativ epikrisestudie. Fastlegers meninger og erfaringer om epikriser (hensikt 2) ble undersøkt ved hjelp av kvalitative intervjuer. Se figur 2.1 for oversikt over gjennomføring av de to studiene.



Figur 2. 1 Arbeidsprosessen i den kvantitative (epikrisestudie) og kvalitative (dybdeintervju) studien.

2.2 Retrospektiv epikrisestudie

2.2.1 Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset HF (HSYK) er et av to helseforetak Nordland fylke og inngår som en av de fem helseforetakene i Helse-Nord RHF. Helseforetaket består av tre lokalsykehus: Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og prehospitalet tjenester og pasientreiser. Sammen betjener disse 17 kommuner med 76 500 innbyggere med spesialisthelsetjenester (59). De hadde blant annet 11839 heldøgnsinnleggelse på somatiske avdelinger, og 73951 polikliniske konsultasjoner i 2013 (60).

Lokalsykehuset i Mo i Rana (HSYK-MiR) betjener ett område på omtrent 33300 innbyggere. I løpet av 2013 behandlet sykehuset i overkant av 37500 pasienter. Sykehuset er delt inn i tre områder hvor de gir et bredt tilbud av tjenester; kirurgisk og akutt område, medisinsk område og psykiatrisk senter (61).

2.2.2 Studiedesign og datauttrekk

Dette er en retrospektiv studie med bruk av journaluttrekk fra medisinsk og kirurgisk avdeling ved HSYK-MiR. 60 tilfeldig valgte epikriser fra hver måned i 2013 ved hver avdeling var aktuell for inklusjon og ble vurdert via elektroniske pasientjournaler i DIPS. Det ble sørget for at det var likt antall aktuelle epikriser fra menn og kvinner. Datauttrekkene ble utført i perioden januar – april 2014.

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Alle pasienter som hadde vært innlagt som heldøgns pasienter var aktuelle for inklusjon. Pasienter fra psykiatrisk avdeling ble ekskludert. Det ble også pasienter hvor hverken epikrise eller tilhørende inntakjournal inneholdt legemidler og tilfeller hvor pasienten var død før inklusjon.

Prosedyre for datauttrekk

1. Fra DIPS ble det hentet ut lister over alle pasienter (identifisert ved hjelp av nummer fra norsk pasientregister (NPR)) som hadde vært inneliggende på medisinsk og kirurgisk avdeling i løpet av (ila) 2013. Data ble hentet ut månedsvis av administrativt ansatt ved HSYK-MiR. Inndeling i ulike avdelinger og kjønn ble gjort av student.
2. Ved hjelp av randomiseringsverktøyet Research Randomizer ble 15 tilfeldige kvinner og menn fra hver avdeling for hver måned trukket ut (62). Det endelige antall epikriser aktuell for inklusjon var da til sammen 720 (2x15 x 2 x 12).
3. De aktuelle pasienter ble søkt opp i DIPS ved hjelp av NPR- nummer.
4. Epikrise, innkostjournal og pasientorientering ble skrevet ut for pasienter hvor inklusjonskriteriene var oppfylt. Disse ble gitt fortløpende ID-nr og personidentifiserbar informasjon fjernet. En koblingsliste ble oppbevart på HSYK-MiR.

2.2.3 Evaluering av epikrisekvalitet

Epikrisene ble evaluert ved bruk av kriterier definert i pasientsikkerhetsprogrammet med hensyn til kvalitet av legemiddelinformasjon i epikriser. Epikriser og pasientorienteringer ble evaluert i forhold til tilhørende innkostjournal. Epikrisene ble evaluert separat på a) alle legemidler som er i daglig bruk b) alle legemidler som brukes kun ved behov. Pasientorienteringene ble evaluert etter samme skåringsverktøy, men på grunn av lite materiale ble fastmedisin og behovsmedisin evaluert sammen. Se tabell 2.1 som viser skåringsverktøyet og tabell 2.2 for veiledning til hvordan epikrisene er blitt evaluert.

Tabell 2.1 Skåringsverktøy for evaluering av legemiddelinformasjon i epikriser utarbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet (41).

Spørsmål	JA	DELVIS	NEI
Er kilde oppgitt?	2 poeng	*	0 poeng
Går regnskapet opp?	2 poeng	*	0 poeng
Er endringer begrunnet?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er salgsnavn angitt?	2 poeng	*	0 poeng
Er generisk navn angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er dosering angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er indikasjon angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er kategori angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Maksimal poengskår er 16 poeng			

*Kriterier som kun kan oppnå 0 eller 2 poeng.

Tabell 2.2 Veileder til skåringsverktøyet utarbeidet av pasientsikkerhetsprogrammet for evaluering av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer Legemiddellisten i epikriser er evaluert separat for behovsmedisin og fastmedisin. Pasientorientering er evaluert samlet for fast og behovsmedisiner.

Kriteriet	Veiledning
<p>Er kilde oppgitt?</p>	<p>Det skal være oppgitt kilde i epikrisen/pasientorientering til legemiddelinformasjonen. F.eks. kommer informasjonen fra pasienten, sykehjem/hjemmesykepleie/fastlege eller apotek.</p> <p>Tilfeller hvor kriteriet ikke evalueres: Hvis pasienten ikke har noen legemidler ved innkommst, men blir ordinert legemidler under sykehusinnleggelsen. Da anses ansvarlig lege som kilde.</p>
<p>Går regnskapet opp?</p>	<p>Antall legemidler ut=antall legemidler inn +/- endringer. Tar utgangspunkt i innkommstjournal, er legemiddelinformasjonen overført til legemiddellisten i epikrise/pasientorientering. Er legemidlet seponert skal det ikke gjenfinnes under "legemidler i bruk" (LIB). Dersom seponerte legemidler er oppført under LIB må det være markert med seponert. Hvis dosen er endret skal ny dosering stå i epikrisen/pasientorienteringen. Vi går ut i fra at antall legemidler pasienten bruker ved innkommst til Rana sykehus er legemidler inn uavhengig av om pasienten innlegges akutt, planlagt eller overføres fra annet sykehus. Er det startet en post- operativ behandling på et sykehus før overføring, men denne behandling avsluttes på Rana sykehus skal dette gjøres rede for i epikrisen ved utskrivelse. *</p> <p>Tilfeller hvor kriteriet ikke evalueres: Hvis pasienten ikke stod på legemidler ved innkommst, men ble ordinert legemidler under sykehusoppholdet.**</p>
<p>Er endringer begrunnet?</p>	<p>Årsak til endring av medisiner skal komme tydelig frem i epikrisen/pasientorientering. Er det avsluttet et legemiddel, lagt til et nytt legemiddel, eller endret dose skal det begrunnes i epikrisen/pasientorienteringen.</p> <p>Tilfeller hvor kriteriet ikke blir evaluert: 1)Hvis det ikke er gjort endringer i legemiddelbehandlingen.2)Hvis innkommstjournal inneholder legemidler, men epikrise ikke inneholder legemidler. På grunn av at man</p>

	ikke har informasjon om det er gjort noen endringer.**
Er salgsnavn angitt?	Det tas utgangspunkt fra inntakstjournal, er denne legemiddelinformasjonen korrekt overført til legemiddellisten i epikrise/pasientorientering. Legemidlene skal være oppført som en legemiddelliste ikke bare i teksten. *
Er generisk navn angitt?	Legemidler som oppføres med salgsnavn som ikke også er generisk navn må føres opp med generisk navn i tillegg til salgsnavn. Dersom salgsnavn er både salgsnavn og generisk navn oppnås det poeng for at både riktig salgsnavn er angitt og at generisk navn er angitt.*
Er dosering angitt?	Ved fastmedisin skal styrke og antall doseringstidspunkt være angitt. Eks Selo-zok 100mg 1+0+0+0 evt. 100mg x1. Ved behovsmedisin skal dose med maksdosering. Ikke eksempel: OxyNorm 5mg v/behov, men OxyNorm 5mg inntil x4 ved behov.*
Er indikasjon angitt?	Indikasjon skal stå i forbindelse med hvert legemiddel.*
Er kategori angitt?	I forbindelse med hvert legemiddel skal det angis på legemiddellisten om legemidlet er SOM FØR, NYTT, ENDRET DOSE, SEPONERT eller KUR (SNEKS - koder) *

*Hvis inntakstjournal inneholder legemidler, men epikrise ikke inneholder legemidler gis det 0 poeng. Med bakgrunn i at det forventes at legemidler som er oppført i inntakstjournal fremkommer i epikrisen.

** Hvis inntakstjournal ikke inneholder legemidler, men epikrisen inneholder legemidler og det fremkommer at pasienten stod på disse før innleggelse. Dette på grunn av mangel på sammenligningsgrunnlag og det er inntakstjournalen som er mangelfull ikke evaluert epikrise.

2.2.4 Validering

Validering av uttrekk

Ved identifisering av få pasientorienteringer fra kirurgisk avdeling, ble de inkluderte epikrisene verifisert ved at de ble søkt opp i DIPS en gang til for å forsikre seg at alle eventuelle pasientorienteringer var funnet.

Validering av skåring av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorientering

Skåring av epikrisene og pasientorienteringene er validert ved å undersøke inter- og intraobserver enighet mellom samme og flere observatører. Her har vi brukt Cohen's kappa som mål for enighet, hvor verdier over 0,75 representerer utmerket enighet, verdier mellom 0,4 og 0,75 representerer tilfredsstillende til god enighet, og verdier under 0,4 representerer dårlig enighet mellom evalueringene. Cohen's Kappa sammenligner den observerte enigheten og den forventede enigheten mellom to ulike observasjoner, dermed tas det hensyn til tilfeldig enighet (63).

Fra datamaterialet som allerede var blitt skåret, ble det trukket ut 60 tilfeldig valgte epikriser med tilhørende pasientorienteringer. En utenforstående farmasøyt skåret disse ved å bruke samme verktøy som allerede var brukt ved evaluering (interobserver). Evalueringen av disse 60 uttrekkene ble også gjort på nytt av den samme som hadde skåret dem tidligere (intraobserver). Dette skjedde 6-7 måneder etter den første skåringen.

Det ble brukt «Research Randomizer» for å velge ut tilfeldige epikriser med tilhørende pasientorienteringer for validering (62).

2.2.5 Statistikk og Analyse

Independent-Samples t-test er anvendt for å sammenligne skår av legemiddelinformasjonen i epikriser mellom kirurgisk og medisinsk avdeling innen fastmedisin, behovsmedisin og pasientorienteringer. Samme test er anvendt til sammenligning av skår av legemiddelinformasjonen mellom fastmedisin og behovsmedisin. Gjennomsnittsverdier er oppgitte med standardavvik. For datahåndtering og analyse er det blitt brukt Microsoft® Excel Starter 2010 og IBM SPSS Statistics 21. P-verdi < 0,05 er ansett signifikant.

2.2.6 Etikk

Dette prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 1). Journaldata er blitt aidentifiserte fortløpende etter utskrift ved at navn og fødselsnummer ble fjernet. Epikrisen ble gitt et løpenummer og koblingslisten er beholdt i til etter studiens slutt.

Koblingslisten og journaluttrekk er oppbevart på kodebeskyttet datamaskin på låst kontor ved HSYK-MiR. All datamaterialet vil bli slettet innen januar 2015.

2.3 Dybdeintervju med fastleger

Ved innhenting av kvalitative data ved hjelp av intervju, finnes ulike intervjumetoder å velge mellom. De vanligste metodene er dybdeintervju, fokusgrupper og fokusert intervju. De ulike metodene krever ulik innsnevring av temaet som skal studeres. Dybdeintervju benytter seg av åpne spørsmål som gir informanten mulighet til å utdype svarene der den har mye å snakke om. Med denne metoden kan informanten komme inn på elementer intervjuer selv ikke har tenkt på. Dybdeintervju er en egnet metode for å studere blant annet meninger og erfaringer (64). Med bakgrunn i dette ble det i denne studien valgt å gjennomføre dybdeintervjuer for å belyse tema.

2.3.1 Studiedesign og datainnsamling

Dette er en kvalitativ studie med dybdeintervju av fastleger ved legekantor som er mottagere av epikriser fra HSYK-MiR. Studiens definisjon av området Rana er åtte legekantor som ligger under Rana kommune, og disse har 24 fastleger ansatt, Hemnes kommune med fem fastleger og Lurøy legekantor med to fastleger.

2.3.2 Rekruttering av informanter

Informanter ble rekruttert på flere forskjellige måter. Fastleger ved 11 legekantor ble invitert til å delta i studien ved at student hadde personlig oppmøte på legekantorene i nærområdet og utgav informasjonsskriv (se vedlegg 2). Etter fem til syv dager ble det etterfulgt av telefonsamtaler med sekretærene på legekantorene. Legekantorene som ligger i nabokommune ble invitert med e-post og personlig telefonkontakt. Etter denne fremgangsmåten ble det rekruttert tre informanter. Første fastlege som ble intervjuet gav student en oppfordringse-post og e-postadresser til fastleger i kommunen. Denne kunne studenten sende til fastlegene som ikke hadde gitt noen tilbakemelding på invitasjon om deltagelse i studien. På denne måten ble en informant rekruttert. Ytterligere tre informanter ble rekruttert ved hjelp av en farmasøyt ved HSYK-MiR.

2.3.3 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utviklet i forkant av intervjuene med tanke på å få innblikk i fastlegenes erfaringer og meninger om kvalitet på innhold og utforming av legemiddelinformasjon i epikriser de mottar fra HSYK-MiR (vedlegg 3). Spørsmål angående samhandlingen mellom de tjenesteytende instansene syntes å være relevant. Dette for å kunne belyse hvor eventuelle utfordringer ligger og hvor mye tid som går med til oppdatering og videreformidling av legemiddellister. Det ble ikke avholdt ett pilotintervju. Intervjuguiden inneholdt ett oppvarmingsspørsmål, åtte refleksjonsspørsmål og ett avslutningsspørsmål, iht Tjoras metode for dybdeintervju (64). Innledningsvis hadde intervjuer en kort presentasjon av seg selv og tema.

2.3.4 Gjennomføring av dybdeintervju

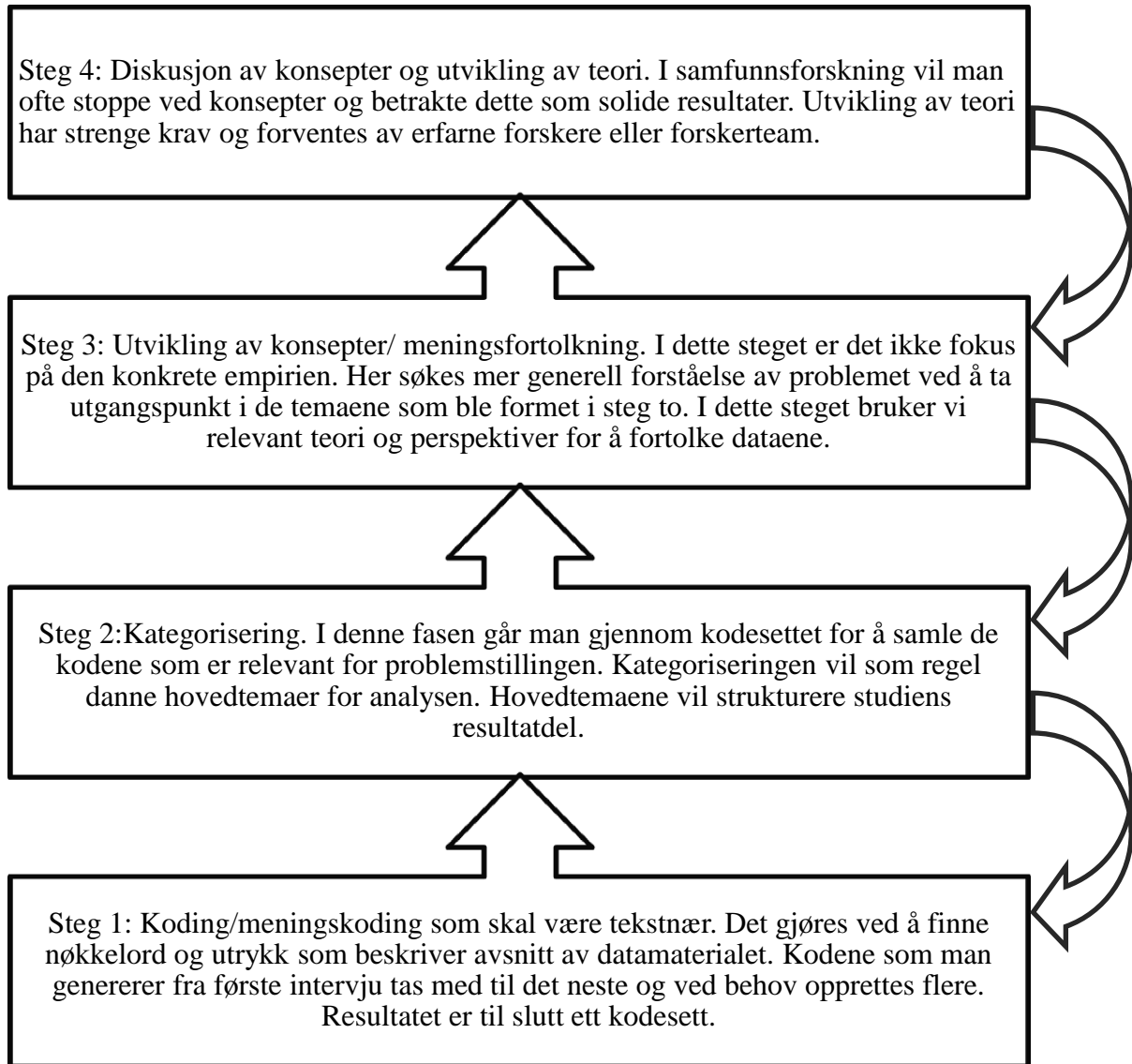
Det ble avholdt syv dybdeintervjuer med fastleger som mottar epikriser fra HSYK-MiR mellom 7.5.2014-6.6.2014. Intervjuene ble avholdt hovedsakelig på fastlegens kontor, mens ett intervju ble avholdt i informantens privatbolig og ett ble avholdt på studentens kontor på HSYK-MiR. Student var intervjuer og brukte intervjuguide (vedlegg 3) som støtte for å strukturere samtalen. Intervjuer hadde som mål å sette en uformell stemning for at informanten kunne snakke åpent (64). Intervjuet ble tatt opp på diktafon. Alle informantene skrev under på samtykkeskjema under møtet. Alle informantene ble forespurt hvor de ville avholde intervjuet.

2.3.5 Transkribering og analyse

Ved verbatim transkribering av dybdeintervjuene ble det valgt hovedsakelig bokmål, selv om informantene snakket dialekt. Særegne ord og uttrykk ble beholdt på dialekt, for ikke miste noe av innholdet. Tekstmaterialet ble i noen sitater skånsomt bearbeidet med metoden ”slightly modified verbatim mode” for at meningen ikke skulle endres eller forsvinne, men at teksten fikk et mer skriftlig språk (65). Transkribering ble gjort etter hvert avholdt intervju.

Dybdeintervjuene ble analysert med anerkjent kvalitativ metode. I stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI) arbeides det med ulike deler. Den delen som er oppadgående, sees på som induktiv, man jobber fra empiri mot teori. Den nedadgående prosessen sees på som deduktiv,

her går man fra det teoretiske til det empiriske. Ved gjennomføring av SDI kan man være på forskjellige stadier samtidig for ulike deler av prosjektet (64). Se figur 2.2 for SDI-prosessen.



Figur 2.2 SDI-prosessen delt inn i fire trinn. Koding, kategorisering, tematisering og konseptutvikling. Prosessen kan gå begge veier (64).

2.3.6 Etikk

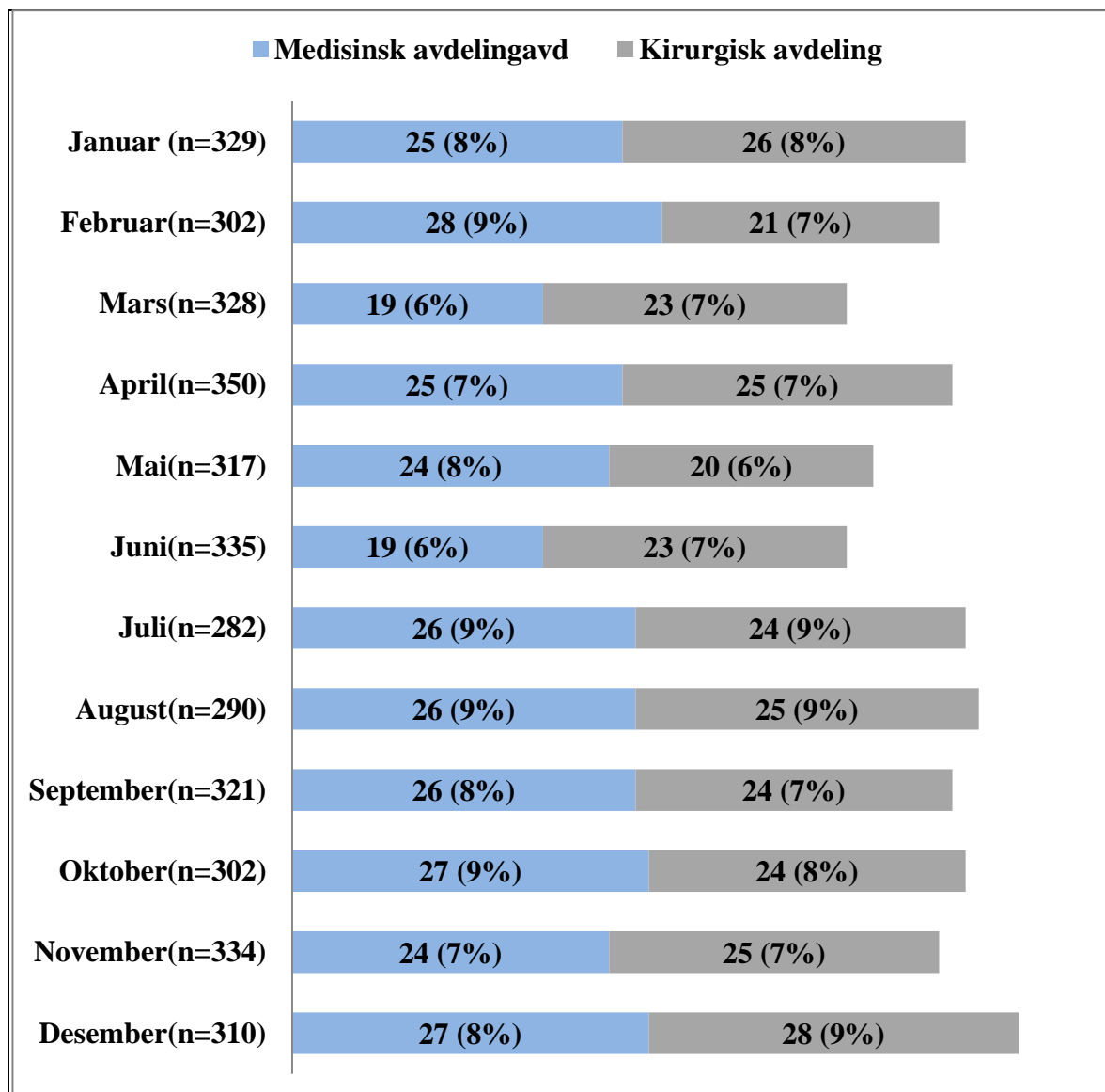
Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 1). Fastleger som ble spurt om deltakelse i kvalitativ studie fikk informasjon om studien både muntlig og skriftlig. De som deltok signerte samtykkeskjema (vedlegg 2) før eller etter gjennomføring av intervjuet hvor de samtykket til deltagelse og lydopptak. Både lydopptak og datamateriale ble oppbevart på låst kontor ved HSYK-MiR. Lydopptak, koblingsnøkkel og transkriberte intervju slettes etter studiens slutt senest innen januar 2015.

3. Resultater

3.1 Skåring av legemiddelinformasjon

3.1.1 Datamaterialet

586 (81%) av 720 aktuelle epikriser ble inkludert i studien. 134 epikriser ble ekskludert på grunn av død før inklusjon eller mangel på legemiddelinformasjon i både epikrise og innkomstjournal. Dette har ført til ulikt antall inkluderte epikriser i hver måned. Se figur 3.1



Figur 3.1 Antall epikriser for heldøgns pasienter i studieperioden (angitt som n), med fordeling av antall evaluert epikriser med tilhørende pasientorienteringer for hver måned i 2013, fordelt mellom medisinsk (n=296) og kirurgisk (n=290) avdeling.

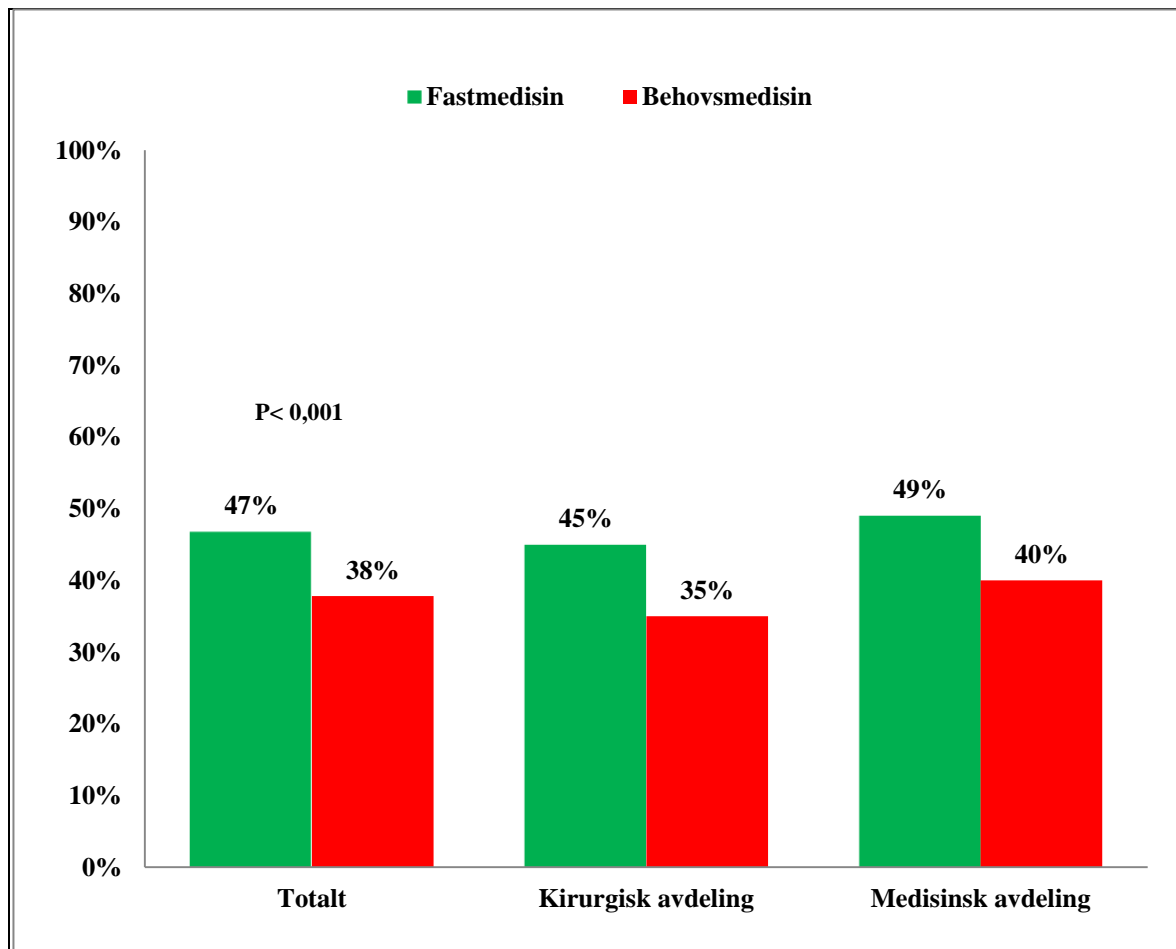
Av de totalt 586 evaluerte epikriser, fordelte de seg med 49,5% fra kirurgisk avdeling og 50,5% fra medisinsk avdeling. Fordeling mellom kvinner og menn var lik. Totalt 543 (93%) epikriser inneholdt fastmedisinering, mens kun 286 (49%) av epikrisene inneholdt behovsmedisinering. For 50% av epikriser fra medisinsk avdeling ble det funnet pasientorienteringer. I motsetning ble det funnet tilhørende pasientorienteringer til kun 4 (1%) epikriser fra kirurgisk avdeling. Medisinsk avdeling har signifikant høyere gjennomsnittsalder sammenlignet med kirurgisk avdeling ($P < 0.001$). Det er observert høyere gjennomsnitt av legemidler i epikriser for fastmedisin enn for behovsmedisin. Gjennomsnittet av antall legemidler i epikrisen er signifikant høyere fra medisinsk avdeling sammenlignet med kirurgisk avdeling ($P < 0.001$). Se tabell 3.1

Tabell 3.1 Antall evaluerte epikriser med fastmedisin, behovsmedisin på legemiddellisten og antall tilhørende pasientorienteringer. Gjennomsnittlig alder og antall legemidler i epikriser fordelt mellom kirurgisk og medisinsk avdeling.

Variabler		Kirurgisk avdeling	Medisinsk avdeling
Antall evaluerte epikriser, n (%)		290 (49,5)	296 (50,5)
	m/ behovsmedisin	166 (57)	181 (61)
	m/fastmedisin	275 (95)	291 (98)
	m/ tilhørende pasientorientering	4 (1)	147 (50)
Menn, n (%)		146(50)	148 (50)
Gjennomsnittlig alder		61.0 (20,7)	67,1 (19,0)
	Høyeste alder	95	97
	Laveste alder	7	1
Gjennomsnittlig antall legemidler i epikriser			
	m/fastmedisin	5,6 (3,6)	7,1 (3,9)
	m/behovsmedisin	1,8 (1,5)	2,4 (1,7)
	Legemidler totalt	6,0 (4,4)	8,1 (4,9)
Kvinner, n (%)		148(50)	148(50)
Gjennomsnittlig alder		62.7 (19,8)	69,9 (21,7)
	Høyeste alder	95	95
	Laveste alder	11	1
Gjennomsnittlig antall legemidler i epikriser			
	m/fastmedisin	6,4 (5)	8,1 (4,6)
	m/behovsmedisin	2,0 (1,9)	3,0 (2,1)
	Legemidler totalt	6,6 (5,5)	8,1 (4,9)

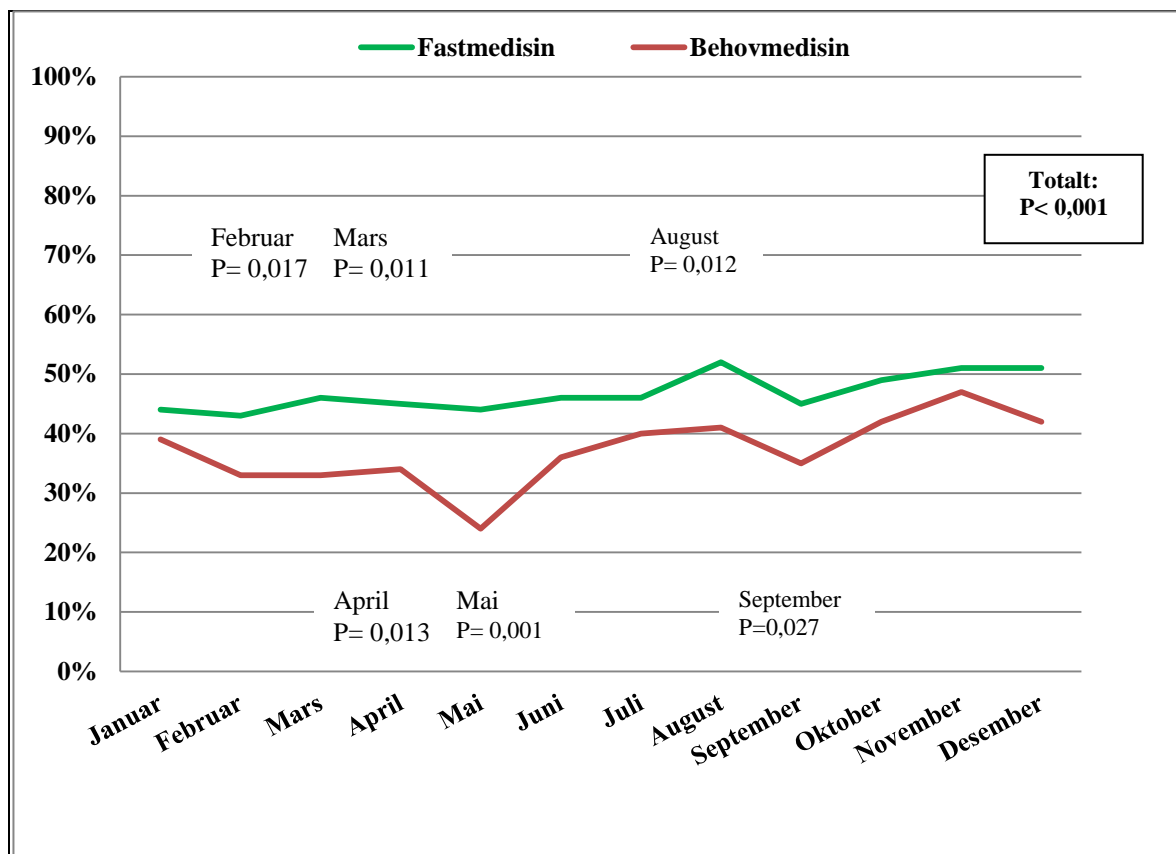
3.1.2 Totalskår

Totalskår for legemiddellisten ser ut for å være høyere for fastmedisin enn for behovsmedisin (figur 3.2). På årsbasis, samlet for begge avdelinger er gjennomsnittlig totalskår for fastmedisin 47% (standardavvik 15%) av oppnåelig poengsum som er signifikant høyere enn behovsmedisin med 38% (standardavvik 22%, $P < 0,001$).



Figur 3.2 Gjennomsnittlig totalskår av legemiddelinformasjon for fastmedisin og behovsmedisin i epikriser, fra kirurgisk og medisinsk avdeling.

På månedsbasis ligger også gjennomsnittlig totalskår høyere for fastmedisin sammenlignet med behovsmedisin (figur 3.3). Fastmedisin har en jevn skår hele året unntak av en topp på over 50% i august måned. Kvalitet av legemiddelinformasjon til behovsmedisin har en tydelig nedgang i gjennomsnittlig totalskår i mai og september måned. Det er identifisert statistisk signifikant forskjell mellom fastmedisin og behovsmedisin i månedene februar, mars, april, mai, august og september (figur 3.3).



Figur 3.3 Gj.snittlig totalskår for fastmedisin (n=566) og behovsmedisin(n=347) i epikriser ıla 2013. P-verdier er oppgitt i de tilfeller hvor identifisert forskjell mellom fastmedisin og behovsmedisin.

Kriterier hvor fastmedisin og behovsmedisin skårer ulikt.

Det er identifisert statistisk signifikant forskjell i totalskår mellom fastmedisin og behovsmedisin innen kriteriene: *Går regnskap opp? Er endringer begrunnet? Er generisk navn angitt? Er indikasjon angitt? Er kategori angitt?* Det ikke funnet signifikant forskjell innen kategoriene: *Kilde angitt? Salgsnavn angitt? Dosering angitt?* Omtaler nedenfor kun de kriterier hvor det er identifisert signifikant forskjell imellom fastmedisin og behovsmedisin (figur 3.4 og 3.5).

Går regnskap opp? Regnskapet går sjeldnere opp for behovsmedisin enn for fastmedisin, hvor 26% og 35% av epikrisene innen henholdsvis (hhv) fastmedisin og behovsmedisin har oppnådd 0 poeng på dette kriteriet. Resterende 72% og 64% av epikrisene fra hhv. fastmedisin og behovsmedisin oppnådde 2 poeng.

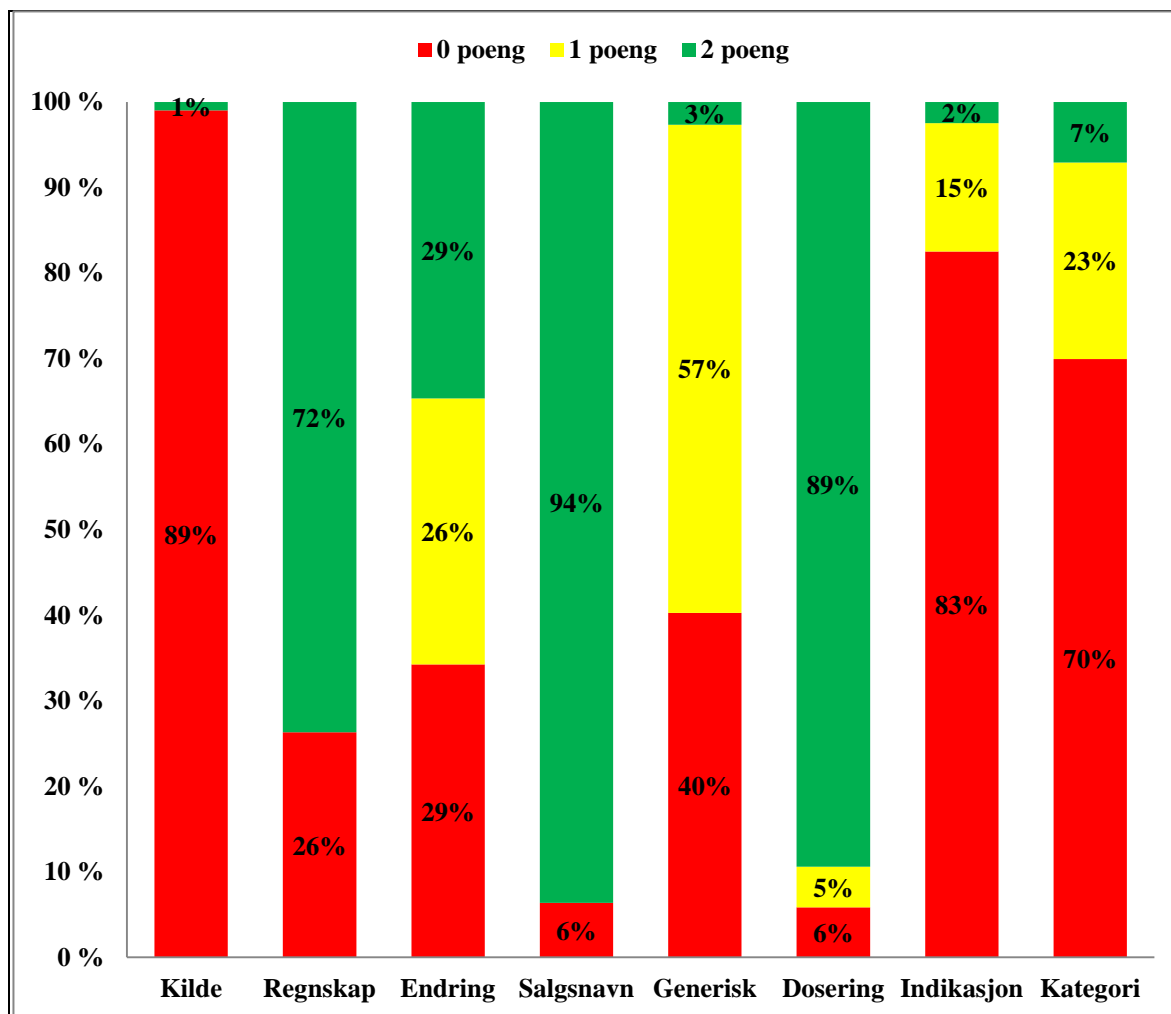
Er endringer begrunnet? Det er færre endringer som blir begrunnet innen behovsmedisin enn fastmedisin. I 29% og 15% av epikriser hhv. innen fastmedisin og behovsmedisin oppnås 2 poeng. Men i 29% og 60% av epikrisene hhv. fast og behovsmedisin oppnås 0 poeng, De andre epikrisene oppnådde 1 poeng (figur 3.4 og 3.5).

Er generisk navn angitt? Det er færre legemidler som blir oppgitt med generisk navn for behovsmedisin enn for fastmedisin. I 40% og 82% av epikrisene hhv. for fast og behovsmedisin oppnås det 0 poeng. 1 poeng er oppnådd for 57% av epikrisene innen fastmedisin mot bare 13 % av behovsmedisin. Resterende epikriser fikk 2 poeng (figur 3.4 og 3.5).

Er dosering angitt? Dosering er angitt oftere for fastmedisin enn for behovsmedisin, hvor 89% og 55% av epikrisene hhv. fast og behovsmedisin har oppnådd 2 poeng. Det er oppnådd 0 poeng i 6% og 31% av epikrisene hhv. innen fast og behovsmedisin. Resterende epikriser har oppnådd 1 poeng (figur 3.4 og 3.5).

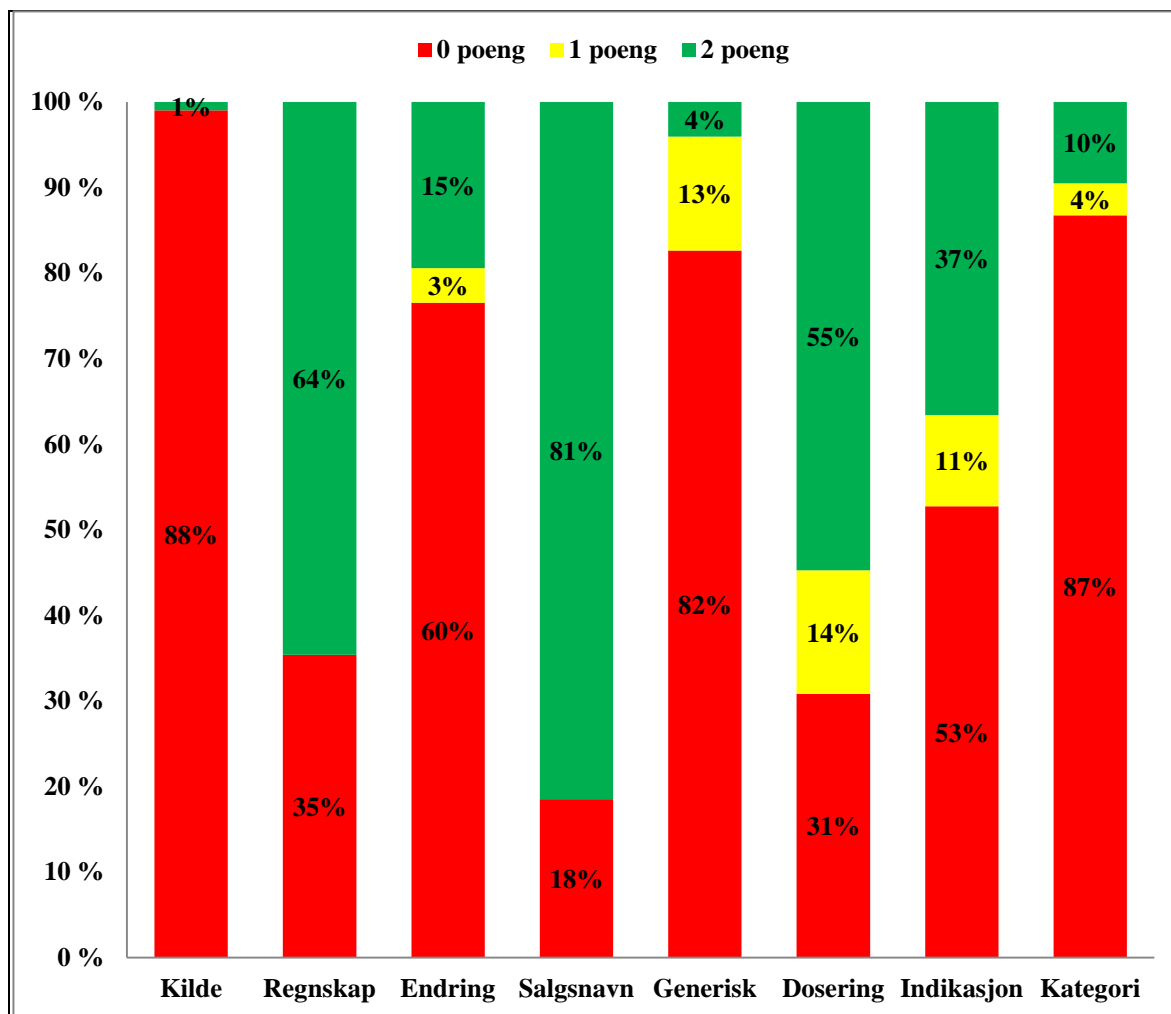
Er indikasjon angitt? Skåres bedre for behovsmedisin enn fastmedisin, hvor 2 % og 37 % av epikriser hhv. fast og behovsmedisin har oppnådd 2 poeng. I 83 % og 53 % av epikriser fra hhv. fast og behovsmedisin er det oppnådd 0 poeng. De andre epikriser har oppnådd 1 poeng (figur 3.4 og 3.5).

Er kategori angitt? Her skårer både fast og behovsmedisin dårlig, hvor 70% og 87% av epikriser hhv. innen fast og behovsmedisin oppnår 0 poeng. Fastmedisin skårer likevel bedre enn behovsmedisin med 23% og 7% av epikrisene oppnår hhv. 1 og 2 poeng. Mot behovsmedisin som oppnår 4% og 10% av epikriser hhv. 1 og 2 poeng (figur 3.4 og 3.5).



Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp? (Regnskap) Er endringer begrunnet? (Endringer) Er salgsnavn angitt? (Salgsnavn) Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori angitt?(Kategori)

Figur 3.4 Andel epikriser evaluert på fastmedisin (n=566) i legemiddellisten som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng på kriteriene i skåringsverktøyet fra pasientsikkerhetsprogrammet.



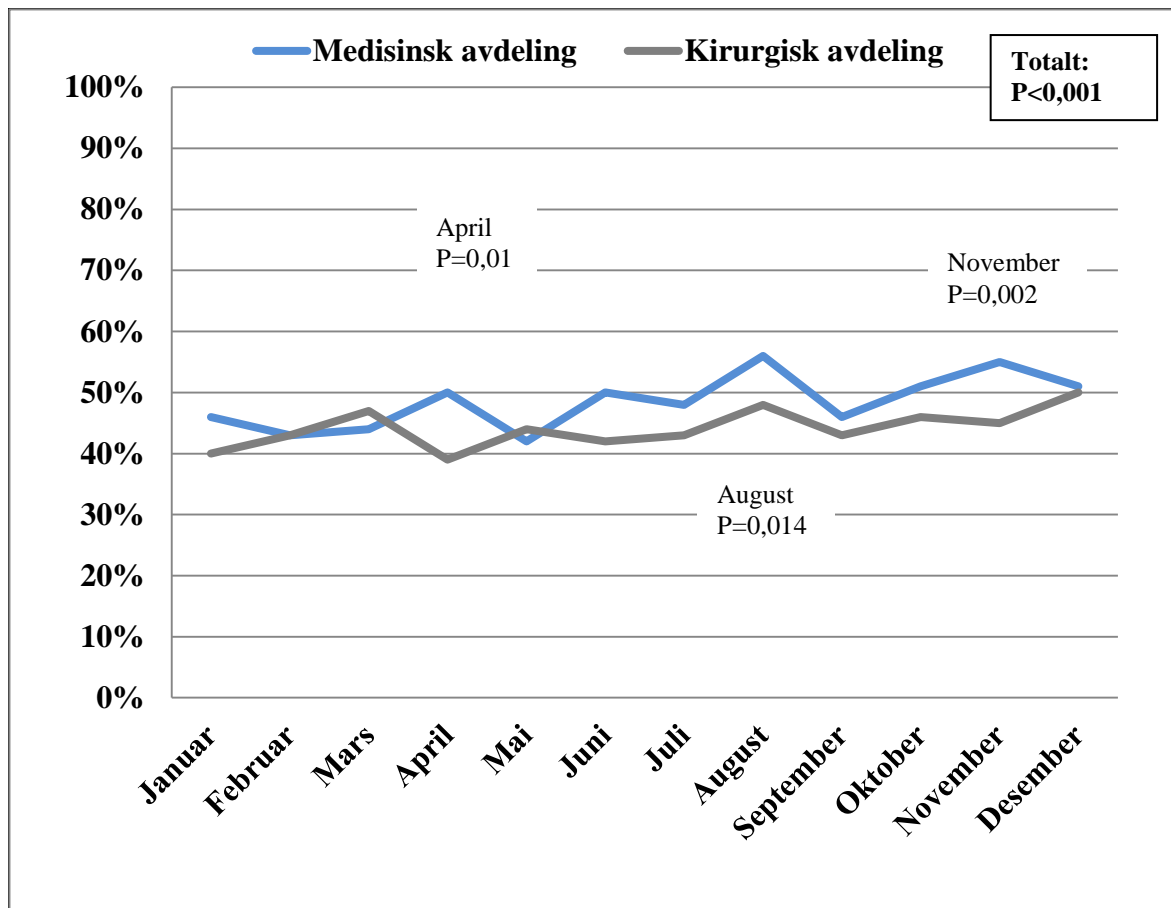
Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp?(Regnskap) Er endringer begrunnet?(Endringer) Er salgsnavn angitt? (Salgsnavn)
 Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori
 angitt?(Kategori)

Figur 3.5 Andel epikriser evaluert på behovsmedisin (n=347) i legemiddellisten som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng på kriteriene i skåringsverktøyet fra pasientsikkerhetsprogrammet.

3.1.3 Fastmedisin

Det er observert en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskår for medisinsk avdeling sammenlignet med kirurgisk avdeling gjennom hele året ($P < 0,001$). Se figur 3.6. Så man på forskjeller månedvis var det kun statistisk signifikante forskjeller i april, august og november måned.

For medisinsk avdeling er det observert en topp i gjennomsnittsskår på 56% og 55% av oppnåelig poengsum hhv i august og november, mens kirurgisk avdeling har sitt høyeste gjennomsnittsskår med 50% av oppnåelig poengsum i desember (figur 3.6).



Figur 3.6 Gj.snittlig totalskår for fastmedisin ved medisinsk avdeling (n= 291 epikriser) og kirurgisk avdeling(n=275 epikriser) i 2013 ved evaluering av skår på legemiddellisten for fastmedisin.

Herunder omtales skåring av de ulike kriteriene:

Er kilde angitt? Svært få epikriser, både fra medisinsk og kirurgisk avdeling oppgir kilden til legemiddelinformasjonen. Kun fem av totalt 511 epikriser som ble evaluert på dette kriteriet oppnådde 2 poeng, hhv. fire epikriser fra medisinsk avdeling og en epikrise fra kirurgisk avdeling (figur 3.7 og 3.8).

Går regnskapet opp? Her skårer begge avdelingene relativt bra 73% og 74% hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 2 poeng. Mens de resterende fikk 0 poeng (figur 3.7 og 3.8).

Er endringer begrunnet? Medisinsk avdeling begrunner flere av sine endringer enn kirurgisk avdeling gjør. Det er ikke funnet begrunnelse i 46% av epikrisene fra kirurgisk avdeling, mens kun 24% av epikrisene fra medisinsk avdeling mangler begrunnelse for sine endringer.

Det samme ses i forhold til om alle endringer er begrunnet hvor 26% og 42%, hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har begrunnet alle endringer av legemidler (figur 3.7 og 3.8). Det er identifisert en signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling, $P < 0,001$.

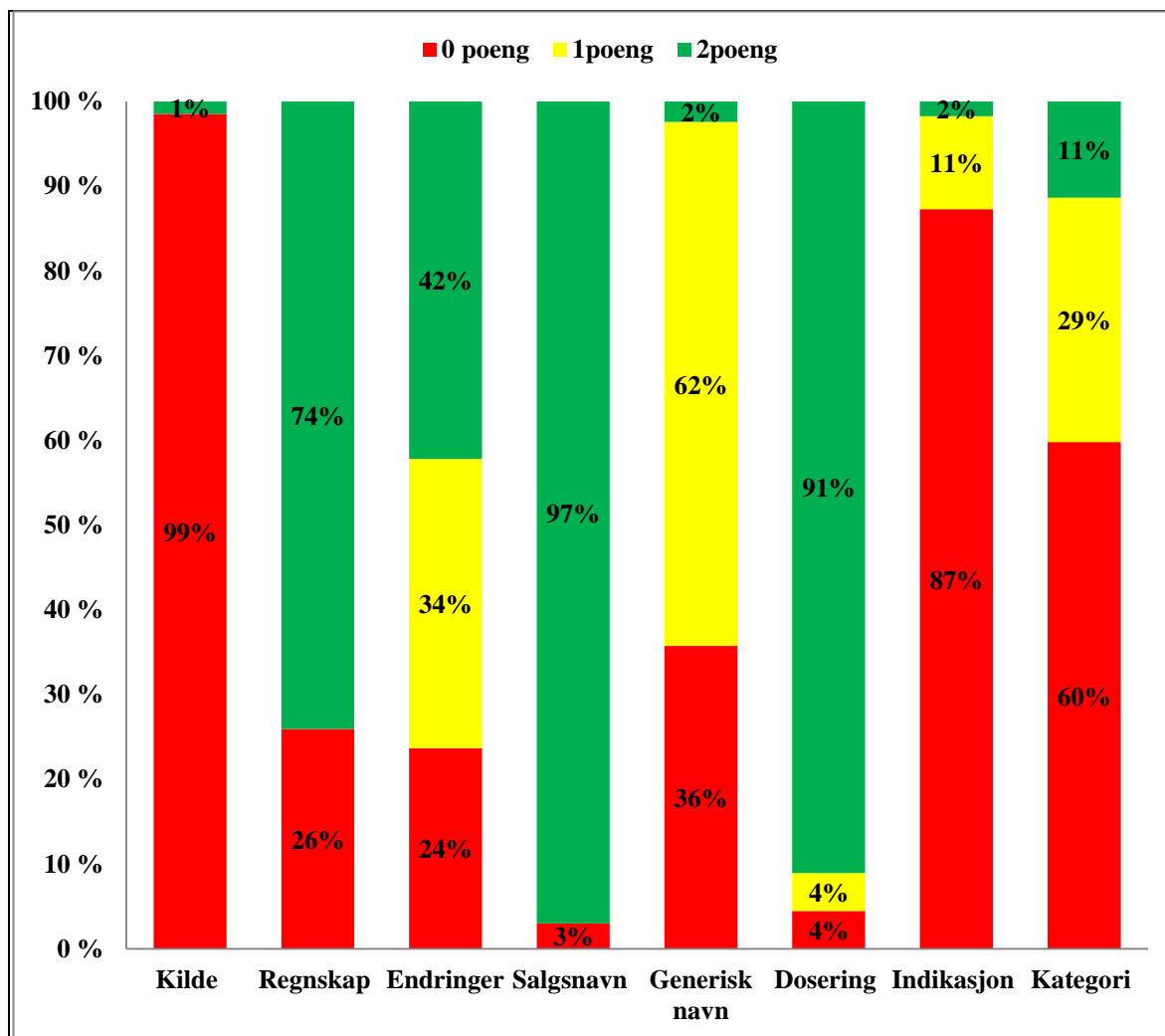
Er salgsnavn angitt? For dette kriteriet skårer begge avdelingene nesten topp, 95% og 97%, hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppført medisinliste i epikrisen (figur 3.7 og 3.8).

Er generisk navn angitt? For dette kriteriet kommer begge avdelingene dårlig ut, hvor kun 3% og 2%, hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppgitt alle legemidlene i medisinlisten med generisk navn. En stor prosentandel av epikrisene inneholder noen av legemidlene på medisinlisten med generisk navn (1 poeng), men herunder kommer også de som har generisk navn som salgsnavn. I 45% og 36% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har ikke oppgitt generisk navn for noen av legemidlene (figur 3.7 og 3.8). Det ble funnet statistisk signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling, $P = 0,050$.

Er dosering angitt? Begge avdelingene kommer godt ut, hvor 88% og 91% for hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling får 2 poeng. Resterende epikriser fikk 0 poeng (figur 3.7 og 3.8).

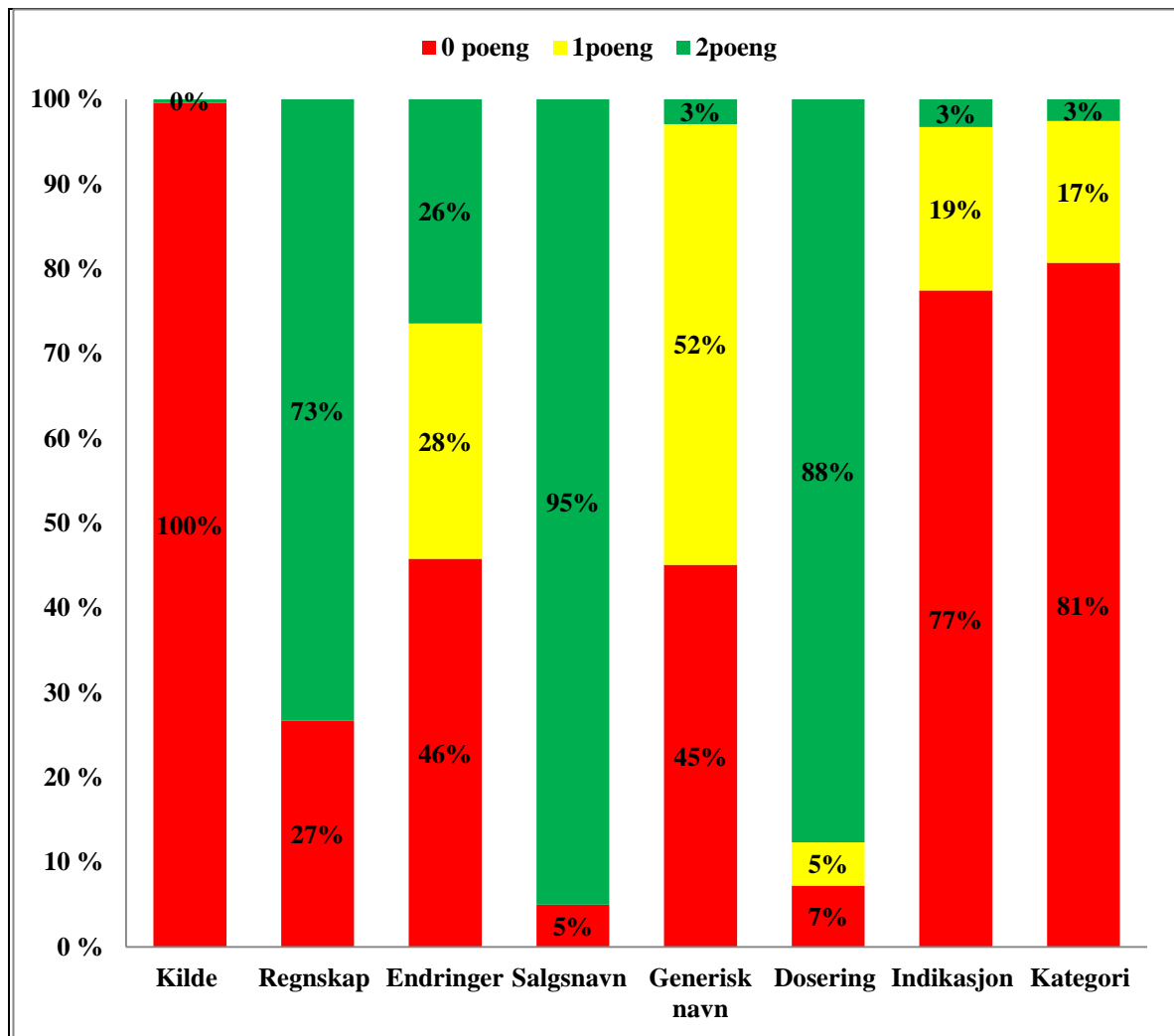
Er indikasjon angitt? Begge avdelingene skårer dårlig på dette kriteriet, hvor kun 3% og 2% hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 2 poeng. I 19% og 11% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppgitt indikasjon på ett eller flere av legemidlene på listen. De resterende fikk 0 poeng (figur 3.7 og 3.8). Det er identifisert statistisk signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling, $P = 0,003$.

Er kategori angitt? Kirurgisk avdeling oppgir kategori sjeldnere enn medisinsk avdeling, ved 81% og 60% av epikrisene fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har ikke angitt koder på noen av legemidlene i legemiddellisten. I 17% og 29% av epikrisene fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling var ett eller flere legemidler oppgitt med kategori. Kun 3% og 11% oppnådde 2 poeng for dette kriteriet (figur 3.7 og 3.8). Det er identifisert statistisk signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling, $P < 0,001$.



Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp?(Regnskap) Er endringer begrunnet?(Endringer) Er salgsnavn angitt?(Salgsnavn)
 Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori
 angitt?(Kategori)

Figur 3.7 Andel av epikriser fra medisinsk avdeling oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for fastmedisin på legemiddelliste ved skåring av epikrisekvalitet ved hjelp av skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet.



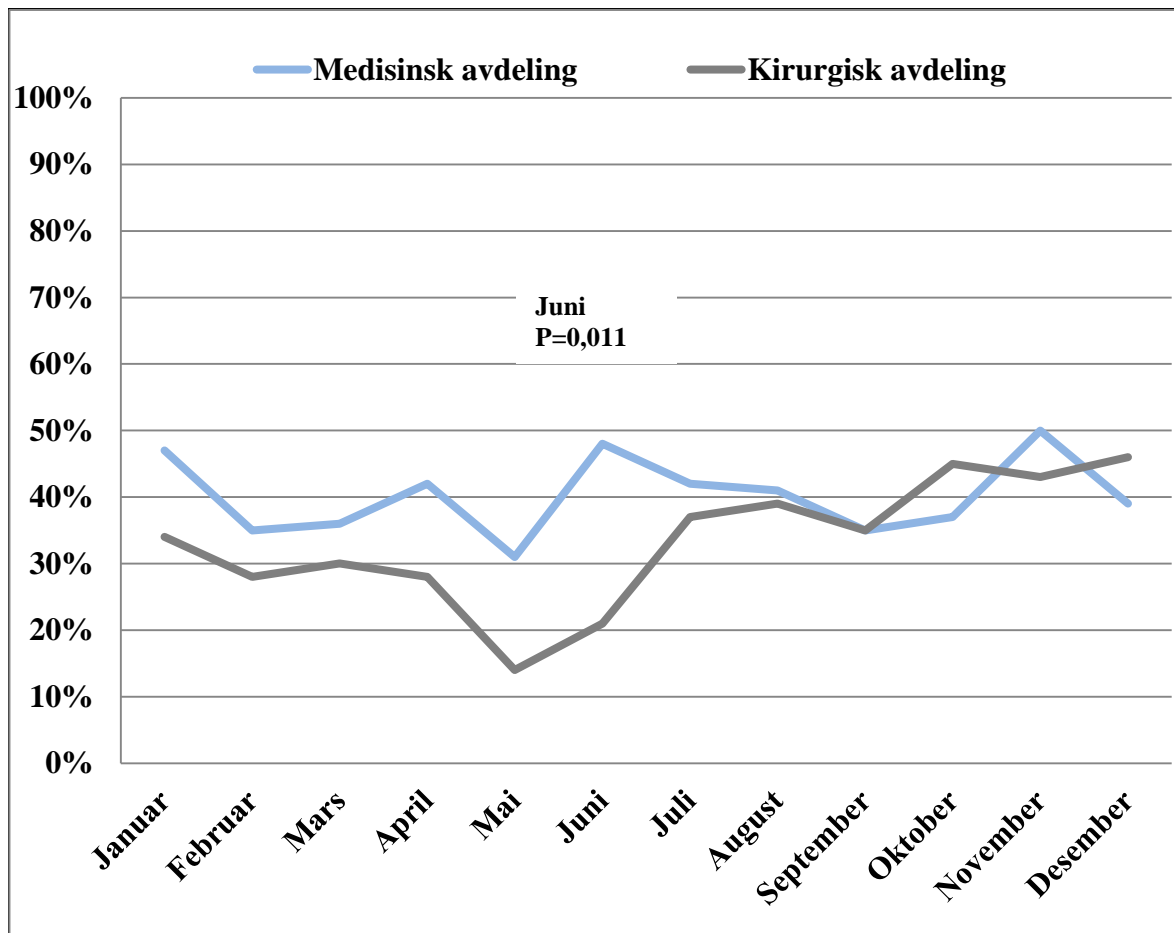
Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp?(Regnskap) Er endringer begrunnet?(Endringer) Er salgsnavn angitt?(Salgsnavn)
 Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori
 angitt?(Kategori)

Figur 3.8 Andel av epikriser fra kirurgisk avdeling oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for fastmedisin på legemiddellisten ved skåring av epikrisekvalitet ved hjelp av skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet

3.1.4 Behovsmedisin

Vi observerte en høyere gjennomsnittsskår gjennom hele året for medisinsk avdeling sammenlignet med kirurgisk avdeling, foruten september og oktober (figur 3.9). Forskjellen var totalt sett ikke signifikant. Så man på forskjeller månedvis var det kun statistisk signifikant i juni måned (P= 0,011).

I månedene juni og november observerte vi en topp på 48% og 50% i gjennomsnittsskår for medisinsk avdeling. Mens kirurgisk avdeling har en kraftig nedgang i mai måned med bare 14% gjennomsnittsskår. I oktober og desember ligger kirurgisk avdeling over medisinsk avdeling i gjennomsnittsskår (figur 3.9).



Figur 3.9 Gj.snittlig totalskår for behovsmedisin ved medisinsk avdeling (n=181 epikriser) og kirurgisk avdeling (n= 166 epikriser) i 2013 ved evaluering av kvalitet på medisinalisten for behovsmedisin.

Herunder omtales skåring av de ulike kriteriene:

Kilde angitt? Begge avdelinger skårer dårlig på dette kriteriet, hvor 99% fra begge avdelingene har oppnådd 0 poeng. Resterende har oppnådd 2 poeng (figur 3.10 og 3.11).

Går regnskapet opp? Her oppnår 60% og 69% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling 2 poeng. De andre epikrisene oppnådde 0 poeng (figur 3.10 og 3.11).

Er endringer begrunnet? Begge avdelinger skårer dårlig på dette kriteriet, hvor 80% og 73% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling ikke har noen av legemiddelendringer begrunnet. Det er kun 16% og 23% av epikriser fra hhv kirurgisk og medisinsk avdeling som har alle endringer begrunnet (figur 3.10 og 3.11).

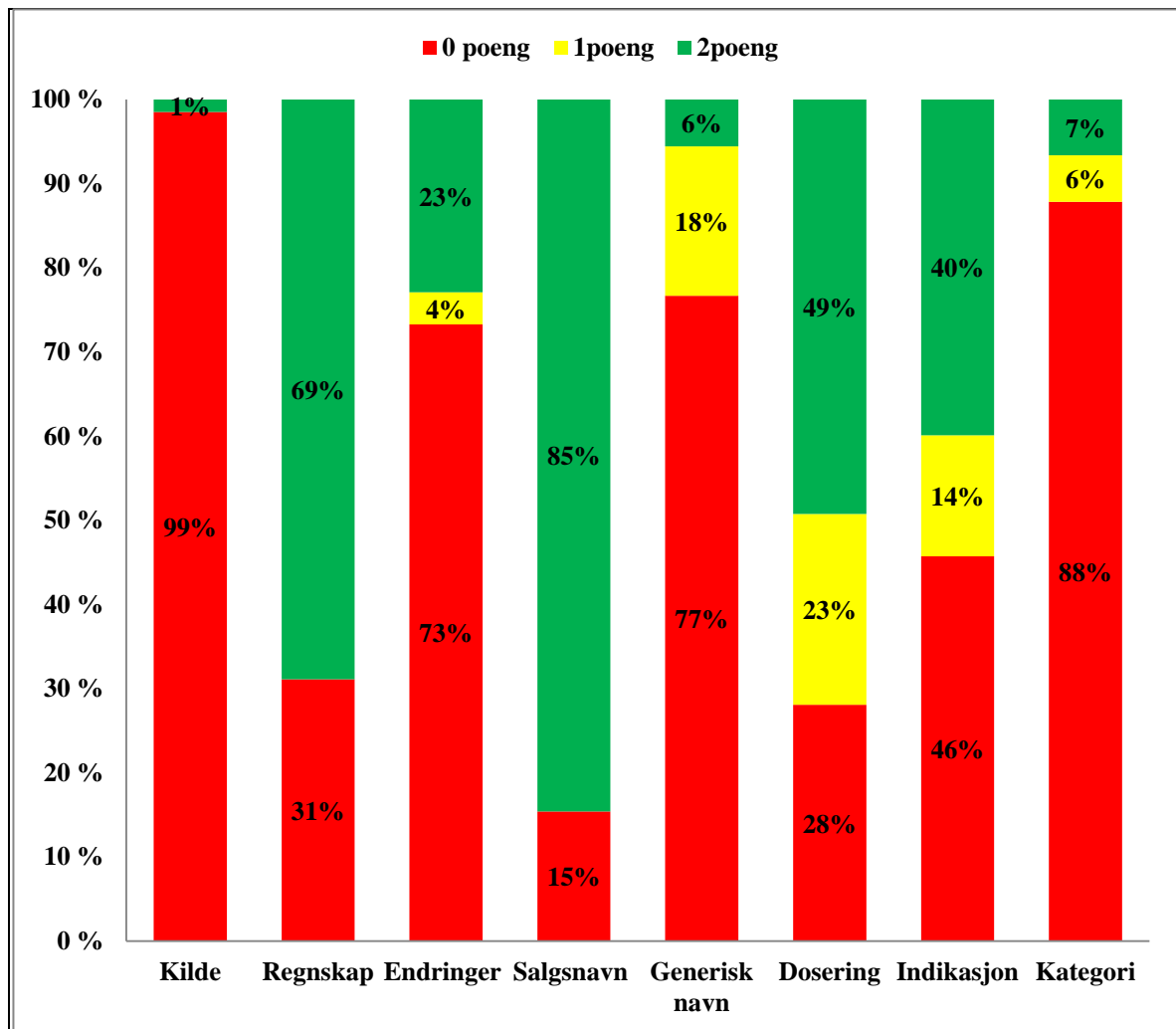
Er salgsnavn angitt? Begge avdelingene skårer bra på oppført legemiddelliste, hvor 81% og 85% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 2 poeng. De andre epikrisene fikk 0 poeng (figur 3.10 og 3.11).

Er generisk navn angitt? Medisinsk avdeling angir generisk navn oftere enn kirurgisk avdeling. Begge avdelingene har dårlig resultat, hvor 89% og 77% av epikrisene fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling får 0 poeng. Men hos 8% og 18% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling angis generisk navn for ett eller flere av legemidlene på legemiddellisten. Resterende epikriser oppnådde 2 poeng (figur 3.10 og 3.11). Det er identifisert statistisk signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling ($P=0,005$).

Er dosering angitt? Det er varierende resultat mellom avdelingene for dette kriteriet, hvor 34% og 28% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 0 poeng, 5% og 23% av epikriser har oppnådd 1 poeng. For 61% og 49% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling er dosering angitt for alle behovslegemidler i legemiddellisten (figur 3.10 og 3.11).

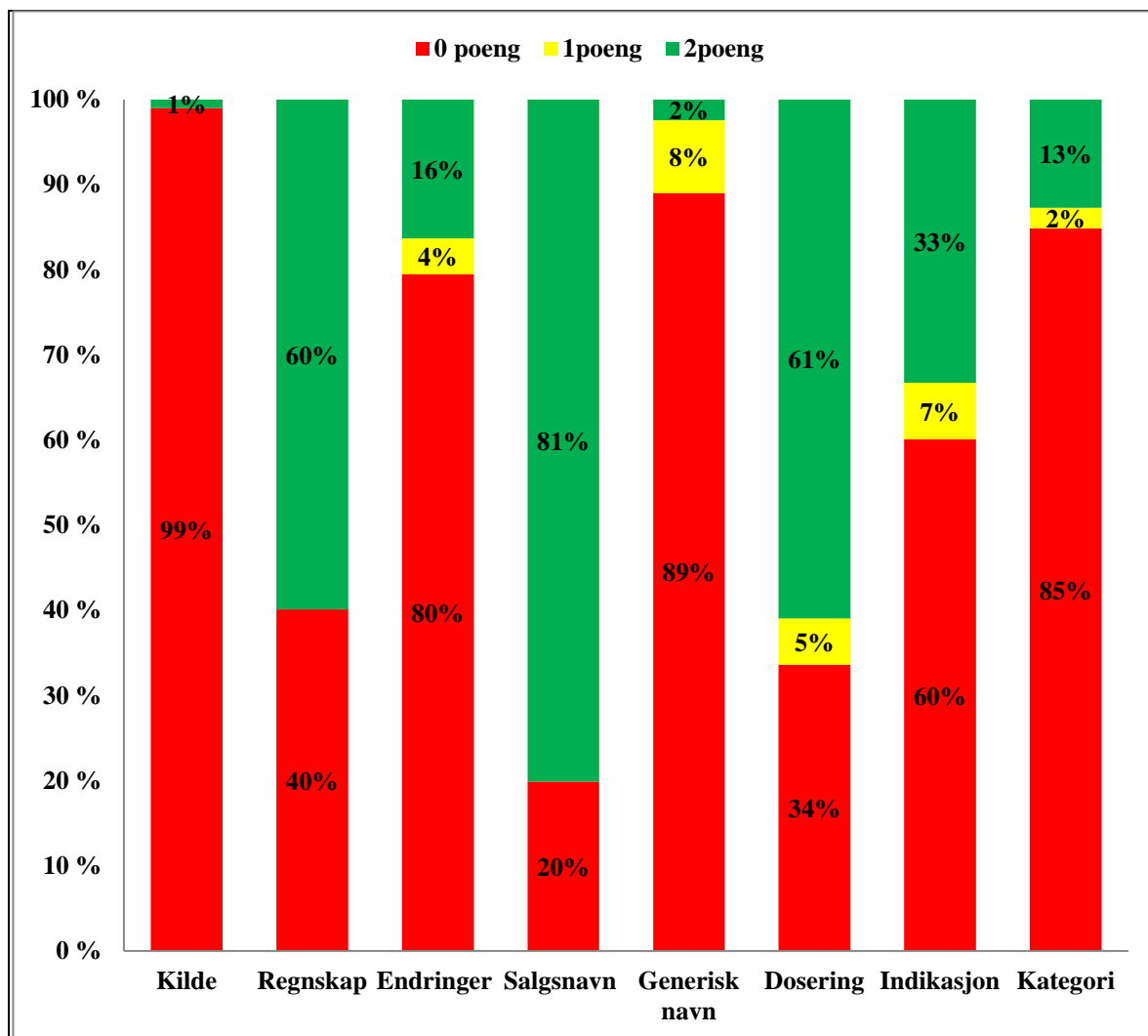
Er indikasjon angitt? Medisinsk avdeling oppgir indikasjon for behovslegemidler på legemiddellisten oftere enn kirurgisk avdeling. I 33% og 40% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling er det oppnådd 2 poeng. I 60% og 46% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling oppgis det ikke indikasjon for noen av behovslegemidlene på legemiddellisten. Resterende epikriser oppnådde 1 poeng (figur 3.10 og 3.11). Det er funnet statistisk signifikant forskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling ($P=0,036$).

Er kategori angitt? Begge avdelingene skårer dårlig på dette kriteriet, hvor 85% og 88% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling oppnådde 0 poeng. Kun 13% og 7% oppnådde 2 poeng hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling. Resterende epikriser oppnådde 1 poeng (figur 3.10 og 3.11).



Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp? (Regnskap) Er endringer begrunnet? (Endringer) Er salgsnavn angitt? (Salgsnavn) Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori angitt?(Kategori)

Figur 3.10 Andel epikriser fra medisinsk avdeling som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for behovsmedisin på legemiddellisten ved skåring av epikrisekvalitet ved skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet.

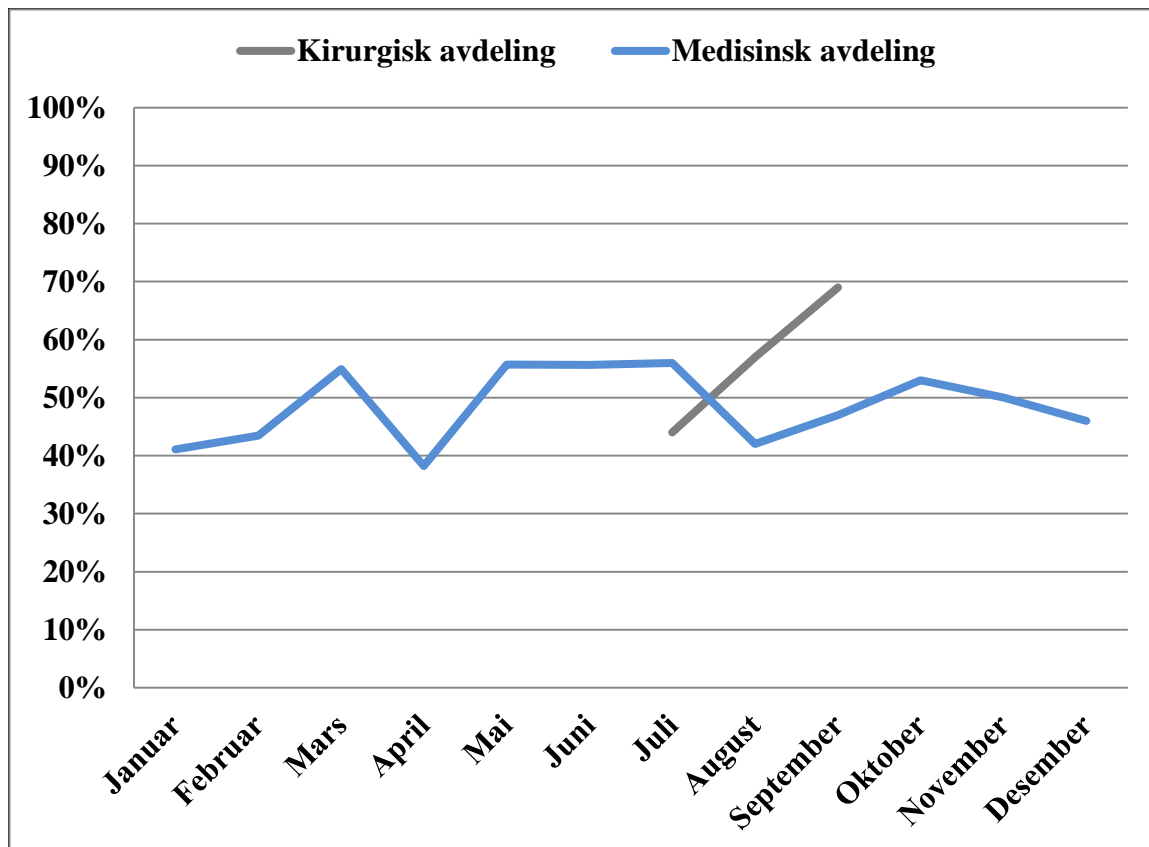


Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp? (Regnskap) Er endringer begrunnet? (Endringer) Er salgsnavn angitt? (Salgsnavn) Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori angitt?(Kategori)

Figur 3.11 Andel av epikriser fra kirurgisk avdeling som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for behovsmedisin på legemiddellisten ved skåring av epikrisekvalitet ved skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet.

3.1.5 Pasientorientering

Total gjennomsnittlig skår i pasientorienteringer er 48% av oppnåelig poengsum. Ved kirurgisk og medisinsk avdeling er gjennomsnittlig totalskår på hhv. 56 % (standardavvik 10%) og 47% (standard avvik19%) av oppnåelig poengsum. Ved medisinsk avdeling varierer gjennomsnittlig oppnådd poengsum ila 2013 mellom 38% og 56% av oppnåelig poengsum. De fire pasientorienteringene skrevet av kirurgisk avdeling ble skrevet i juli, august og september. Totalt oppnådd skår på disse fire var 44%, 57%, 56% og 69%. Se figur 3.12



Figur 3.12 Gj.snittlig totalskår for pasientorienteringer ved medisinsk(n=151) og kirurgisk avdeling(n=4) i 2013 ved evaluering av kvalitet på legemiddelinformasjon samlet for fast og behovsmedisin

Herunder omtales skåring av de ulike kriteriene:

Kilde angitt? Det er ingen som har angitt kilde til legemiddelinformasjon i pasientorienteringer, hverken fra medisinsk eller kirurgisk avdeling (figur 3.13 og 3.14).

Går regnskapet opp? For dette kriteriet varierer resultatene mellom avdelingene. For kirurgisk avdeling oppnår 100% av pasientorienteringer, mens for medisinsk avdeling oppnår 62% av pasientorienteringer 2 poeng (figur 3.13 og 3.14). Det er identifisert statistisk signifikant forskjell mellom avdelingene ($P < 0,001$).

Er endringer begrunnet? For begge avdelingene er det varierende grad av begrunnelse for endring av legemidler. Medisinsk avdeling har i 31% av pasientorienteringene ikke gjort noen begrunnelser for endringer, men i 34% av pasientorienteringene er alle endringer begrunnet. Kirurgisk avdeling er hhv. i 50% ubegrunnet og i 25% begrunnet. Resterende pasientorienteringer oppnådde 1 poeng (figur 3.13 og 3.143).

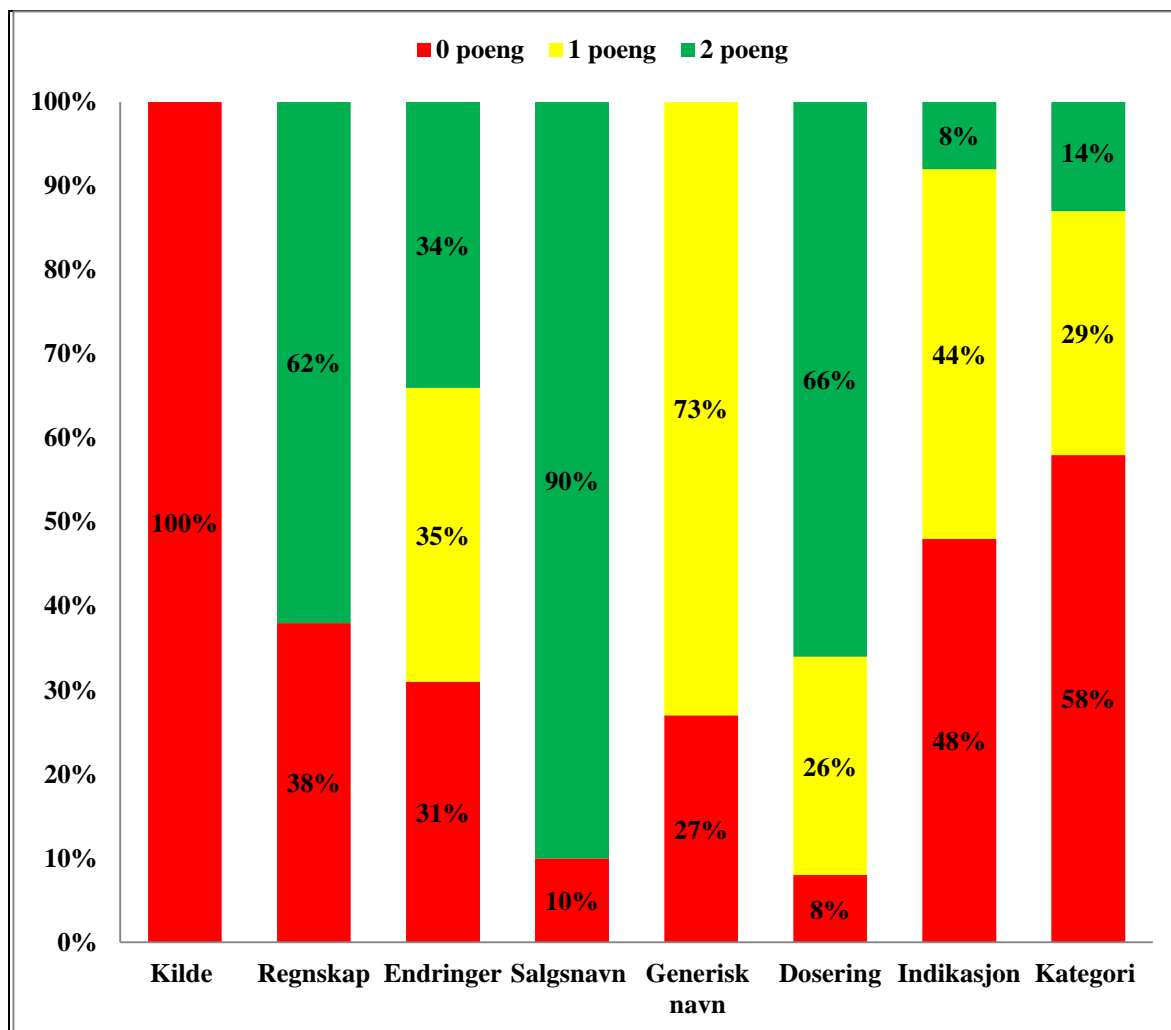
Er salgsnavn angitt? Begge avdelingene skårer bra på dette kriteriet, hvor 100% og 90% av pasientorienteringer hhv. fra kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 2 poeng. Resterende epikriser oppnådde 0 poeng (figur 3.13 og 3.14).

Er generisk navn angitt? For dette kriteriet kommer avdelingene relativt likt ut. Begge avdelinger har ikke noen pasientorienteringer hvor alle legemidler er angitt med generisk navn. Men 75% og 73% av pasientorienteringer fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har ett eller flere av legemidlene i legemiddellisten angitt med generisk navn (figur 3.13 og 3.14).

Er dosering angitt? For dette kriteriet oppnår 100% av pasientorienteringer fra kirurgisk avdeling 2 poeng. For medisinsk avdeling oppnår 66% av pasientorienteringer 2 poeng, 26% oppnår 1 poeng og i 8% av pasientorienteringer er ingen av legemidlene i legemiddellisten angitt med dosering (figur 3.13 og 3.14). Det er funnet statistisk signifikant forskjell mellom avdelingene ($P < 0,001$).

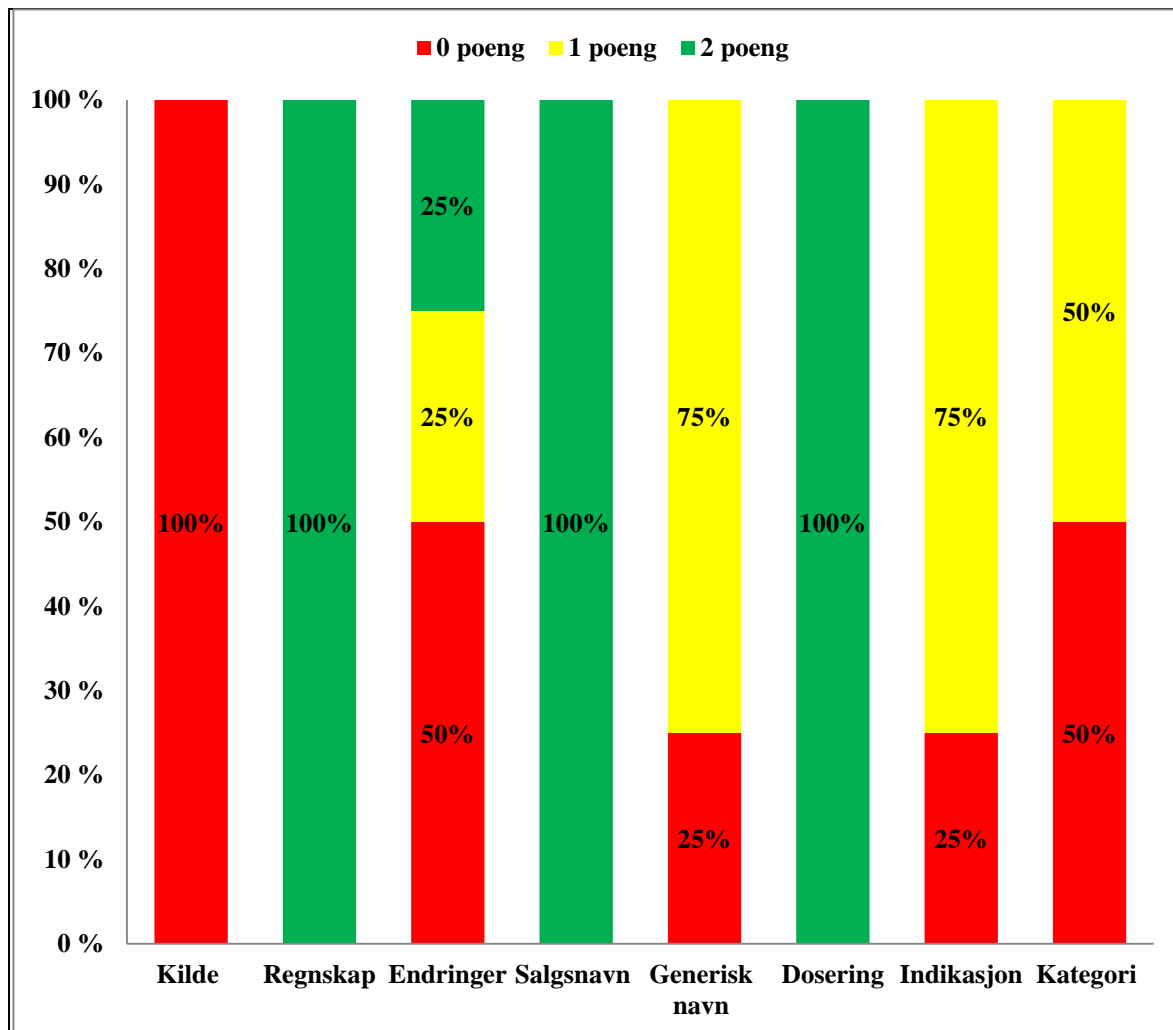
Er indikasjon angitt? Det er varierende skår for avdelingene for dette kriteriet, hvor 25% og 48% av pasientorienteringer fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 0 poeng. I 75% og 44% av pasientorienteringer fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling oppnår 1 poeng. Fra medisinsk avdeling er det 8% av pasientorienteringene som oppnår 2 poeng (figur 3.13 og 3.14).

Er kategori angitt? Begge avdelingene kommer dårlig ut på dette kriteriet, hvor 50% og 58% av pasientorienteringer fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling har oppnådd 0 poeng. 1 poeng er oppnådd av 50% og 29% av pasientorienteringer fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling. Kun 14% av pasientorienteringer fra medisinsk avdeling har oppnådd 2 poeng (figur 3.13 og 3.14).



Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp?(Regnskap) Er endringer begrunnet?(Endringer) Er salgsnavn angitt?(Salgsnavn) Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori angitt?(Kategori)

Figur 3.13 Andel pasientorienteringer fra medisinsk avdeling som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for legemidler på legemiddellisten ved skåring av epikrisekvalitet ved bruk av skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet.



Er kilde angitt?(Kilde) Går regnskapet opp?(Regnskap) Er endringer begrunnet?(Endringer) Er salgsnavn angitt?(Salgsnavn)
 Er generisk navn angitt?(Generisk navn) Er dosering angitt?(Dosering) Er indikasjon angitt?(Indikasjon) Er kategori
 angitt?(Kategori)

Figur 3.14 Andel av pasientorientering fra kirurgisk avdeling som har oppnådd 0, 1 eller 2 poeng for legemidler på legemiddellisten ved skåring av epikrisekvalitet ved skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet.

3.1.6 Statistikk og validering

Inter og intra-observer enighet som ble funnet tolkes som tilfredsstillende til god (tabell 3.2).

Tabell 3.2 Cohen's Kappa verdier for inter og intra-observer iht. fastmedisin, behovsmedisin og pasientorientering for et randomisert uttrekk av 60 pasientepikriser med tilhørende pasientorienteringer.

	Kappa Inter-observer	Kappa Intra-observer
Fastmedisin (n=60)	0,483	0,488
Behovsmedisin (n=38)	0,515	0,536
Pasientorientering (n=15)	0,758	0,698

Kappaverdi over 0,75 representerer utmerket enighet, verdier mellom 0,4 og 0,75 representerer tilfredsstillende til god enighet, og verdier under 0,4 representerer dårlig enighet mellom evalueringene.

I tabell 3.3 fremgår kappaverdier for inter og intra-observer tester innen hvert kriterium.

Samsvar var høyest for både inter og intra-observer med kappaverdi på 1,000 for kriteriet: Er kilde angitt? Dette er observert innen fastmedisin, behovsmedisin og pasientorienteringer.

Laveste inter-observer og intra-observer samsvar var innen fastmedisin, hhv 0,305 og 0,370 for kriteriet: Er salgsnavn angitt? Det er observert bedre samsvar innen pasientorienteringer både for inter og intra-observer enn i de andre kategoriene, noe som kan komme av at fastmedisin og behovsmedisin er evaluert sammen.

Tabell 3.3 Kappaverdier for inter og intra -observer enighet for fastmedisin(n=60), behovsmedisin(n=38) og for pasientorienteringer(n=15) innen hvert kriterium i skåringsverktøyet.

	Fastmedisinering (n=60)		Behovsmedisin (n=44)		Pasientorientering (n=15)	
	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra
Er kilde oppgitt?	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Går regnskap opp?	0,894	0,900	0,916	0,771	1,000	1,000
Er endringer begrunnet?	0,607	0,528	0,528	0,780	0,882	0,721
Er salgsnavn oppgitt?	0,305	0,370	0,774	0,843	1,000	1,000
Er generisk navn oppgitt?	0,606	0,759	0,496	0,653	0,762	1,000
Er dosering oppgitt?	0,606	0,747	0,757	0,767	0,758	1,000
Er indikasjon oppgitt?	0,734	0,734	0,916	0,957	1,000	0,750
Er kategori oppgitt?	0,735	0,768	0,917	0,833	0,887	0,750

Intra; intraobserver, Inter; interobserver Kappaverdi over 0,75 representerer utmerket enighet, verdier mellom 0,4 og 0,75 representerer tilfredsstillende til god enighet, og verdier under 0,4 representerer dårlig enighet mellom evalueringene.

3.2 Dybdeintervjuer med fastleger

Sju av 31 inviterte fastleger takket ja til å delta på dybdeintervju. Alle ble intervjuet. Informantene representerte seks ulike legekontor, fem i Rana kommune og ett i Lurøy kommune. Seks av dem var kvinner. De hadde ulik arbeidserfaring fra legeyrket. Se tabell 3.4

Tabell 3.4 Fastleger som informanter i kvalitative dybdeintervju.

Fastlege nummer	Kjønn	Antall års erfaring som lege	Spesialisering
1	Mann	33	Allmenntmedisin
2	Kvinne	2,5	
3	Kvinne	4,5	
4	Kvinne	1,5	
5	Kvinne	27	Allmenntmedisin
6	Kvinne	>7	Allmenntmedisin
7	Kvinne	9	

I intervjuene ble det funnet 127 tekstnære koder som ble kategorisert inn i 35 kategorier som videre ble tematisert til fem tema (figur 3.15). I det kommende vil hvert enkelt tema presenteres.



Figur 3.15 Tema som fremkom av kvalitative dybdeintervjuer med allmennpraktiserende leger i Mo i Rana og Lurøy n=7

3.2.1 Fastlegens arbeid og utfordringer ved epikrirehåndtering

Tabell 3.5 Kategorier som fremkom under dybdeintervjuer av fastleger(n=7) som etter analysen falt inn under tema "Fastlegens arbeid og utfordring ved epikrirehåndtering"

Tema: Fastlegens arbeid og utfordring ved epikrirehåndtering	
Kategorier	Tidspunkt for epikrisebehandling
	Praksis for epikrisebehandling
	Tidspunkt for oppdatering av legemiddellisten
	Tidsbruk ved oppdatering av legemiddellisten
	Seleksjon av essensiell informasjon i epikrisen
	Hjelpeverktøy for oppdatering av legemiddelliste.

De fleste fastlegene forteller at de sjekker innboks for epikriser hver dag eller flere ganger i uken. Når de mottar epikriser og annen dokumentasjon på behandling av pasient, må dette

leses og bearbejdes av fastlegen. Det som anses relevant overføres til eget EPJ- system. To fastleger forteller at de kan motta omlag 15 epikriser hver dag og en fastlege forteller at man kan få flere dokumenter på samme pasient samme dag fra samme instans. «Vi mottar innimellom så mye uvesentlig informasjon underveis mens pasienten er innlagt som kunne ha vært tatt tilslutt. For det er jo så mye arbeid. Vi sitter jo og leser gjennom alt det her.» (FL2). Ved gjennomgang av epikrisen er fastlegene enige om hva som er mest relevant. «Så det viktigste jeg sjekker opp er hva som har skjedd, hva skal jeg følge opp, og er det skjedd endringer av medisiner.» (FL1). To informanter trekker i tillegg frem at det er viktig for dem å se om det er blitt svart på det de henviste pasienten for. «Har de fulgt opp det som jeg var usikker på, som var grunnen for at jeg henviste pasienten...» (FL2).

Legemiddellisten er sentral i behandling av epikrisen. Men tidspunkt for når fastlegene oppdaterer legemiddellisten varierer. FL2 oppdaterer manuelt når hun mottar epikrisen. «Jeg skriver ut og sjekker medisinlista opp mot min medisinliste det er kanskje det viktigste.» To fastleger forteller at de oppdaterer legemiddellisten først når pasienten kommer til konsultasjon eller bestiller resepter. «Og i en ideell verden så skulle jeg endret medisinlisten med det samme, ofte gjør jeg det først når pasienten kommer på konsultasjon.» (FL7). Tre andre fastleger forteller at de bruker samstemmingsverktøy når det fremkommer i epikrisen at det er endring av legemiddelbehandling. «Og så er det etter at vi fikk et slik veldig fint samstemmingsverktøy i vårt journalsystem. Så har jeg pleid, hvis det kommer tydelig frem at det er gjort medisinendringer.[...] så åpner jeg medikamentmodulen limer det inn der og kjører samstemming.» (FL6). I tilfeller hvor det er uoverensstemmelser mellom fastleges LIB og epikrisens LVU meddeler to av fastlegene at de tar selvstendige vurdering angående legemiddelendringen og oppfølgingen av pasient. «Og vurderer om de endringene som de har gjort på sykehuset er fornuftige eller ikke. Og om det er noe jeg vil følge opp eller ikke» (FL5).

Seks av de syv fastlegene var enige i at de brukte mye tid på arbeidet med legemiddellisten og kvalitetssikring av denne. Spesielt hos pasienter med hjemmesykepleie. To av fastlegene forteller at det er mange legemiddellister som ikke har vært gjennomgått på lang tid så det er mye rot og feil. De håper at det er «opprydning» som tar tid. En annen fastlege forteller at det ikke er sjeldent at man må kalle inn pasienter for å samstemme legemiddelbruk etter sykehusopphold. «Men det er mye arbeid med og kvalitetssikre de opplysningene vi får i epikrisene. Det er ikke så rent sjeldent at jeg må innkalle pasienter spesielt når det gjelder

medikamenter etter sykehusopphold – der jeg må finne ut hva pasientene faktisk bruker.» (FL1). Den siste fastlegen syntes ikke at det er tidkrevende arbeid med legemiddellisten. *«Det er ikke så mye, det går ganske raskt. Så det som er viktig for meg er at de får en medisinaliste med seg som de kan vise frem og så er resten av ordninga går ganske raskt, det er ikke noe betydelig tidsbruk.»* (FL3).

Ikke alle fastlegene benyttet seg av samstemmingsverktøy, men alle informantene som benyttet seg av dette synes det var til hjelp og at det var tidsbesparende. Spesielt hos pasienter med mange legemidler. *«Vi ser jo at den klippe, lime og samstemmingsfunksjon sparer oss mye tid...»* (FL4).

Flere av informantene omtaler nødvendigheten av at det må angis i epikrisen hvorvidt pasienten har fått informasjon om å bestille ny time selv hos fastlegen for eksempel til kontroll. Denne informasjonen til pasient og dokumentasjon i epikrise mener de er sykehusets ansvar. *«Det vi ønsker[...] er at i epikrisen skal de skrive «Pasienten er informert om å ta kontakt med fastlege etter så og så lang tid for å få tatt blodprøve/INR» Så det ser vi jo veldig spesifikt etter, hvis det ikke står der så litt avhengig av fristen så sender jeg enten brev eller ringer dem. Men det er veldig tungvint for oss for de skal jo ha fått beskjed om det og det skal jo stå om de har fått beskjed om det.»* (FL4).

3.2.2 Innhold og utforming av legemiddelinformasjon i epikriser – fastlegers meninger og ønsker

Tabell 3.6 Kategorier som fremkom under dybdeintervju med fastleger (n=7) som etter analysen falt inn under tema "innhold og utforming av legemiddelinformasjon i epikriser - fastlegers meninger og ønsker"

Tema: Innhold og utforming av legemiddelinformasjon i epikriser– fastlegers meninger og ønsker	
Kategorier	Fastlegens inntrykk av kvaliteten på legemiddelinformasjon
	Legemidler ved innleggelse oppgis i epikrise
	Begrunnelse for legemiddelendringer
	Ønsket innhold av legemiddelinformasjon
	Ønsket endring av legemiddelinformasjon
	Ikke ønskelig innhold i legemiddelinformasjon
	Ønsket utforming av epikrisen
	Ønsket utforming av legemiddelinformasjon

Seks av informantene er enige om at det er varierende kvalitet på legemiddelinformasjonen i epikrisene. «*Veldig blandet. Det er alt fra at det ikke er noen opplysninger i det hele tatt, til at alt er feil, til at det faktisk i det siste er noen bedre. Der man ser at de faktisk har gjort en jobb og tenkt at medisinalisten må være på stell.*» (FL5). Mens en fastlege er veldig fornøyd med kvaliteten på legemiddelinformasjonen i epikrisene som er mottatt dette året. «*... per i dag så synes jeg det er veldig bra. ... men jeg har gått igjennom epikrisene jeg har fått fra januar til nå. Og nesten alle epikrisene er veldig bra. Fem år tilbake så var det en helt annen historie altså*» (FL7). To av informantene tar opp at de synes det er ulik kvalitet mellom medisinsk og kirurgisk avdeling på legemiddelinformasjonen i epikriser. «*Der synes jeg det er stor forskjell på avdelingene ja, medisinsk avdeling og det sier seg jo selv at de er mer ryddig i forhold til det.*» (FL4).

En fastlege ønsker at legemidler pasienten benytter ved innleggelse på sykehus skal stå i epikrisen. En annen ønsker ikke å se inntakstjournalen klippet inn i epikrisen, men at det er nok med en summering av status ved inntak, og mener det er mere vesentlig med blodverdier ved utreise, spesielt hvis det er noe som skal følges opp.

Det varierer blant fastlegene i hvilken utstrekning de mener at legemiddelendringer er begrunnet i epikrisen, men samtlige fastleger omtaler et ønske om at endringer av legemiddelbehandling skal være faglig begrunnet med støtte i klinisk informasjon. «*Jeg vil gjerne vite den faglige begrunnelsen og hvordan man har tenkt – når det gjelder medisiner. Spesielt når man på sykehuset seponerer medisiner eller endrer medisiner. Noen ganger viser man for eksempel til at Metformin er fjernet pga. nyresvikt. Men i den forbindelse hender det at det i epikrisene ikke er tatt med laboratorieverdier som kan gi et bilde av hvor alvorlig nyresvikten er. Eller man ber fastlegen om å sjekke pasientens blodtrykk og starte opp med BT behandling uten at det er anført hvilke BT som er målt på sykehuset. Slike mangler som dette er ikke uvanlig i epikrisene. Det viktigste for meg er at man alltid får frem den faglige begrunnelsen for medisineringen*» (FL1).

Å angi SNEKS- kategori bak hvert legemiddel i legemiddellisten mener alle fastlegene er et godt tiltak og at det gir oversikt og tiltro til at noen aktivt har vurdert legemiddelbehandlingen. Det varierer blant legene hvor ofte de har sett dette bli brukt i epikriser. «*Som før, Ny, Endret, det er veldig ryddig, det er veldig bra. Da er det markert ut hva som er endret og da trenger ikke jeg og sitte og sammenligne med min medisinliste i journalen for å se om det er endringer. Så det skal helt klart fremgå når det er gjort endring. Det er mitt krav på en fornuftig legemiddelliste.*» (FL6).

En fastlege trekker frem viktigheten av at rett formulering av legemiddelet må være angitt i legemiddellisten, noe som hun erfarer kan være mangelfullt. «*... det var at det for eksempel ikke var skrevet depot, det savner jeg for pasienten har gått i fra Selo-Zok 100 depot til Selo-Zok 50 x2, er det da depot eller er det ikke depot? Det må stå, jeg savner litt den siste finishen på det med formuleringene. Det er jo veldig viktig.*» (FL2).

Bruk av salgsnavn og generisk navn om hverandre i legemiddellisten, eller oppføring av samme virkestoff med ulike produsenter medfører forvirring for pasienter, er utfordrende i forhold til datasystemene og er tidkrevende for legene. FL5 omtaler problematikken og håper på generisk forskrivning i Norge: «*Ja, det er også en sånn som egner til fare. Det har jeg også fått fra sykehus, at jeg har fått en med generika og en med salgsnavn på samme medisin i medisinlisten. Så det er fort gjort. [...]en eller annen blodtrykksmedisin, så har produsenten sluttet å produsere det merket så må vi oppdatere og skrive inn på nytt igjen, og hvis vi da ikke fjerner den som ikke lengre finnes så blir han stående med to. Det er en risiko i dette*

systemet, at vi risikerer at det blir stående to ganger. Og da skal du være våken som pasient eller hjemmesykepleie for å ikke plutselig ende opp med dobbel dose» (FL5).

Flere av fastleger omtaler et ønske om informasjon om videre oppfølging i forhold til medisiner. «Og hvis man har startet opp på ny medisin og mener at dette skal kontrolleres med elektrolytter om to uker, så bør det stå at pga. oppstart Triatec for eksempel bes elektrolytter kontrolleres om to uker. Det skal være kortfattet, men med begrunnelse for legemidler som er satt inn, eller fjernet og begrunnelse for kontroll. Hvis det er en kontroll så er det jo fordi noe er uavklart når pasienter reiser ut tenker jeg. Og da må jeg vite hva som er uavklart for å gjøre en fornuftig kontroll.» (FL6). To av fastlegene tar opp at det har stor betydning for dem at det informeres om hvor pasienten skal etter utskrivelse. «Av og til er det for lite i forhold til videre plan. Det kan være at pasienten er lagt inn på korttidsavdeling eller sykehjem og så står ikke det i epikrisen, det er ekstremt viktig for meg, for jeg har lagt inn en dårlig pasient som sannsynligvis ikke klarer seg hjemme etter utskrivelsen, så står det ingenting etterpå om pasienten er hjemme så da har jeg et enormt ansvar og er den på KTA så har jeg ingen ansvar» (FL2).

I ett av intervjuene kommer man inn på at noen epikriser ikke inneholder medisinaliste, men bare en kort kommentar «Som før», «uendret medisinering», eller «ingen endring av medisiner» under avsnittet legemidler ved utreise. FL1 omtaler dette: «Nei - det er det verste som finnes. "Som før"- sier ingen ting og er kun en lettvent løsning fra sykehuslegen og er desidert det verste jeg får. Det kan ha gått så lang tid mellom siste konsultasjon hos meg og sykehusinnleggelsen at jeg ikke vet om pasienten i mellomtiden har vært på legevakt eller hos andre leger og har fått endret medisinering der. Så jeg vil alltid ha en ajourført medikamentliste fra sykehuset i epikrisen og ikke noe «Medisiner som før».

Det er ulikt syn på hvordan utforming av epikrisen er i dag. En fastlege er fornøyd med epikrisemalen. «Så den malen som er nå, med en oppsummering, aktuelle funn, forløp og behandling, videre plan og legemiddelliste, jeg synes det er en god mal. Så hvis den blir brukt så får jeg en god epikrise.» (FL6). En annen mener at det ikke er noen fast mal på epikriser fra HSYK-MiR. «Fra sykehusenes side foreligger det ingen fast mal og epikrisene utformes ganske tilfeldig og legges det ofte for lite arbeid i epikrisen. Det kan virke som om det er et venstrehånds arbeide som man gjør i all hast en sen kveld man har vakt og ikke har noe annet å gjøre. Sånn virker det fortsatt mange ganger.» (FL1).

Fastlegene er relativt samstemte på hvordan de ønsker utformingen av epikrisen og plassering av legemiddelinformasjon. Samtlige fastleger mener legemiddellisten skal være plassert på slutten av epikrisen. De fleste ønsker den utformet som en liste eller tabell. I forhold til epikrisens lengde så er fastlegene mest opptatt av at epikrisen skal overføre relevant informasjon. «For meg så er det bedre å få den informasjonen, enn at det er så knapt at jeg ikke skjønner hva som har skjedd. Men hvis den blir på fire sider så begynner det kanskje å bli litt mye igjen, men å få en side eller to med målrettet informasjon og konkret informasjon det synes jeg er helt greit. Men det er en del informasjon som gjør at vi slipper å gjøre dobbeltarbeid» (FL5). En fastlege mener at epikrisene til tider kan være for lang.

To fastleger omtaler skrivefeil eller dikteringsfeil i epikrisene. Det kan være eksempelvis feil benevning i styrken på legemiddel, eller opphold i teksten slik at informasjonen uteblir. «Andre ganger kan det dreie seg om skrivefeil eller feildiktering. Atacand 8 mg blir f. eks til Atacand 80 mg etc. Da er det mest sannsynlig en skrivefeil. Men det er uansett en feil og hadde det vært noen som skulle gi pasienten medisiner – hjemmesykepleier etc. - som ikke viste hva dosen på Atacand vanligvis er, kunne pasienten fått 10 dobbelt dose.» (FL1).

3.2.3 Fastlegens arbeid for å bedre legemiddelbehandling for pasient

Tabell 3.7 Kategorier som fremkom under dybdeintervju med fastleger (n=7) som etter analysen falt inn under tema "Fastlegens arbeid med å bedre legemiddelbehandling for pasient"

Tema: Fastlegens arbeid for å bedre legemiddelbehandling for pasient	
	Utlevering av legemiddelliste
Kategorier	Samstemming av legemiddelliste
	Legemiddelgjennomgang
	Fokus på korrekt legemiddelliste i fagmiljøet.
	FEST for bedre legemiddelbehandling og oppfølging

Legemiddelliste, samstemming og legemiddelgjennomgang er redskaper for å bedre pasientens legemiddelbehandling. De fleste av fastlegene omtaler et ønske om å samstemme og utlevere oppdatert legemiddelliste hver gang pasienten er på konsultasjon. «Jeg skriver bestandig ut legemiddelliste til pasienten hvis de har mere enn fem legemidler, jeg sjekker hvis de kommer for faste eller behovs medisiner, ikke kurer da. Har du medisinliste hjemme,

hvis nei da får de den med seg og hvis det er endringer og de har flere enn fem så skriver jeg ut ny. Jeg prakker det på dem, men de er ikke vant til å få da, men jeg sier vi må gjøre det» (FL2). Flere sier at det er et økende fokus på dette i fagmiljøet. «jeg er nok mere opptatt av at medisinlistene skal være korrekte [...] Men hva det er, kanskje bare at det er mere fokus på det i miljøet. Men jeg er nok mere opptatt av det nå.» (FL7). På spørsmål om det gjennomføres LMG iht. fastlegeforskriften sier samtlige at dette gjennomføres oftere enn kravet. «Ja, og mer enn det antagelig også. Jeg tenker at etter hvert så har det med legemidler blitt så dominerende i det vi gjør og det vi påfører pasientene. Det er en trygghet for meg også å vite at vi er omtrent på linje.» (FL5). Det varierer hvor mange legemidler pasienten skal benytte før de tilbyr en gjennomgang.

I forhold til hvordan samstemming gjennomføres, forteller tre av informantene at de viser og spør pasienten om alle legemidlene som er oppført i EPJs legemiddelliste. «Så de som bruker flere medisiner så er det nesten hver gang at vi henter opp medisinlisten og går igjennom og ser "hva bruker du" og "hvordan bruker du det" og så får de en ny utskrift av medisinlisten. Og det er nyttig for pasienten og det er nyttig for meg å vite at vi har gjort det. » (FL5).

En lege omtaler FEST (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) som et godt verktøy for å følge opp og bedre legemiddelbehandlingen for pasienter. «Med FEST er det blitt enda mye bedre enn før. En fordel med elektroniske resepter i FEST er at man kan følge med på forbruket av B-preparater og andre typer medikamenter. Jeg pleier alltid å sjekke de tingene.» (FL1).

3.2.4 Faktorer som påvirker samhandling mellom og innad omsorgsnivå

Tabell 3.8 Kategorier som fremkom under dybdeintervju med fastleger (n=7) som etter analysen falt inn under tema "Faktorer som påvirker samhandling mellom og innad omsorgsnivå"

Tema: Faktorer som påvirker samhandling mellom og innad omsorgsnivå	
Kategorier	Behov for kort epikrisetid
	Dårlige henvisninger - erkjenning og forklaring
	IKT- systemene - forbedring og begrensning
	Inntrykk av utskrivelsesrutiner
	Bruk av pasientorientering – ved utskrivelse, hos fastlegen og for KHT
	Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger
	Vikarproblematikk både på legekantor og i sykehus
	Pasienter med hjemmesykepleie, utsatt gruppe for feilmedisinering
	Samarbeid med hjemmesykepleien
	Informasjonsoverføring
	Kommunikasjon med hjemmesykepleien
	Dokumentasjon i EPJ
	Kvalitet av dokumentasjon

Henvisning og epikriser er kommunikasjonsverktøy mellom sykehus og fastlege. For at fastlegen skal kunne følge opp sine pasienter må epikrisen komme så snart som mulig etter utskrivelse og den må inneholde tilstrekkelig informasjon. *«Et av kvalitetsmålene i behandlingsforløpet av pasienten er at vi som fastleger skal være en sentral del av det totale behandlingstilbudet til pasienten. Etter utskrivning fra sykehuset er det fastlegen som overtar det medisinske faglige ansvaret for pasienten. Da bør vi ha i hende en adekvat tilbakemelding fra sykehuset så snart som mulig med status ved utskrivning, behandling, medisinerings og forslag til oppfølging. Ideelt sett skal vi ta over ansvaret første arbeidsdag. Og det kan bli det vanskelig hvis vi ikke vet hva som har foregått»* (FL1). Der pasient utskrives til kommunalomsorg trenger sykehjem og hjemmesykepleie umiddelbart en epikrise eller signert pasientinformasjon angående medisinerings og oppfølging av pasient. *«Men i utgangspunktet så skal det følge med et oppdatert medisinkort med pasienten ut.»* (FL6). *«Jeg forutsetter jo at hvis de har vært på sykehuset at sykehuset har gitt beskjed til pasienten og til hjemmesykepleien om endringer.»* (FL5).

Samtlige fastleger mener at det er en vesentlig forbedring av epikrisetiden fra HSYK-MiR, «*Ja stort sett så får vi epikrisene ganske mye fortere nå enn før. Så der er jeg ikke så verst fornøyd med de fleste.*» (FL5). Likevel nevner to fastleger at det er andre sykehus som fortsatt har for lang epikrisetid, som resulterer i at de må bruke tid på å etterlyse epikrisen.

Sykehuset benytter legemiddellisten i henvisninger, og flere av fastlegene erkjenner at det produseres henvisninger med for dårlig oppdaterte medisinlister og hvilket kan gi følgefeil hvis pasienten blir innlagt på sykehus. «*Det er vel så viktig at vi som fastleger har korrekte medisinlister ellers så blir det følgefeil når de kommer inn på sykehuset*» (FL7). «*Ja shit in, shit out. Der har fastlegen en jobb å gjøre med å rydde i medisinlistene og være flinkere til å lage medisinkort til pasientene.*» (FL6).

Flere av fastlegene omtaler utfordringer ved vikarbruk både fra fastlegens side og på sykehusets side. Rekrutteringsproblemer i Rana fører til at man hyppig må leie inn vikarer for korte perioder. En fastlege påpeker at en av grunnene til at henvisningene ikke blir så bra som ønskelig er utstrakt vikarbruk og at disse ikke får tilstrekkelig opplæring i dataprogram eller rutiner ved fastlegekontor, det gis heller ingen økonomisk kompensasjon for opplæring av vikarer. Det påpekes at vikarene sjeldent blir innkalt til allmennlegemøter eller tar del i faglige debatter «*Problemet er det at man har mye vikarbruk, vikarene blir ikke kalt inn på allmennlegemøte, de er ofte ikke medlem av legeföreningen en gang. De får ikke de innkallingene, dermed så blir ikke de med i disse debattene. ...de er her bare en måned. Så det er jo og en kjempe utfordring, og kommunen leier inn mye vikarer fra byrå, for det er så dårlig rekruttering her til Rana og uansett om de har gode intensjoner så tror jeg det er veldig vanskelig og gjør den jobben i forhold til rydding av medisinlister når du er innom to uker eller fire uker. Og de får heller ikke den her infoen som går ut til de faste legene. Så det er et kjempeproblem.*» (FL6). En fastlege mener det er varierende ansvarsfølelse og kompetanse fra vikarer som er innleide for korte perioder. «*I Rana har vi de siste årene hatt en masse vikarleger på fastlegekontorene og på legevakten - med varierende faglig kvalitet. Det er klart at risikoen for at det kan bli hurtigarbeid med vikarleger som ikke bryr seg så mye - kan gi økende dose og interaksjonsproblemer etc. - fordi vikarleger ikke går gjennom alle medikamentene pasienten bruker.*» (FL1). En annen fastlege mener at rot i legemiddellistene fra fastlegen kan være et resultat av vikarbruk. «*.....mange vikarer, ikke alle som rydder opp etter seg.*» (FL4). En fastlege opplever at de dårlige epikrisene kommer fra vikarleger fra sykehuset. «*Jeg kan se det litt på om det er en overlegevikar som er inne... Det*

er eksempler på dårlige epikriser.» «De gode epikrisene får man ofte fra de faste legene.» (FL6).

Flere av informantene mener at en av årsakene til at medisinalisten kan bli lang og er krevende å holde oppdatert, er dataprogrammet. Her settes forskrevet legemiddel under kategorien fast, behov eller kur. Hvis legemiddelet plasseres som kur vil det automatisk fjernes fra legemiddellisten etter 14 dager, men settes det som behov må legen aktivt gå inn å seponere legemiddelet. Hvis ikke legemidler som er benyttet en kort periode blir aktivt seponert vil man kunne ende opp med en lang LIB liste i EPJ. I noen tilfeller ønsker ikke fastlegen at legemiddelet skal fjernes fra legemiddellisten automatisk f. eks. B-preparater og NSAIDS hvor det ønskes å ha en lett tilgjengelig oversikt i forhold til forbruk og eventuelle bivirkninger. *«Jeg har begynt å gjøre det men så har jeg tenkt hvis jeg da skriver ut f. eks. Voltaren ved behov, setter det som kur og det blir slettet etter 14 dager. Hvis den pasienten etter tre uker har et blødende magesår, så burde det stå at han har spist Voltaren. Så det jeg tenker er at sånn som Cosylan, de setter man på kur, men f. eks. NSAID, benzo`ene, og de sterke smertestillende som man skriver ut av og til så må man heller være bevist å spørre pasienten.. ... ikke nødvendigvis rett å skrive Paralgin forte på en kur. Det er det ikke altså, da kan det gi et falskt bilde andre veien.» (FL6).*

Flere fastleger omtaler utskrivingsrutinene fra sykehuset med pasientsamtale og utlevering av pasientorientering. To fastleger har erfart at hvis pasienten har med seg en signert pasientorientering med tilstrekkelig informasjon om oppfølging og legemiddelliste, er dette et godt hjelpemiddel når epikrisen ikke er mottatt. *«Hvis man ikke sitter med epikrisen så har vi bare det pasienten sier og er vi heldige så har pasienten med seg pasientinformasjon fra sykehuset, det har jeg nettopp opplevd, heldigvis hadde ho den med seg og det stod nøyaktig hva vi skulle gjøre på pasientinformasjonen, det var fra universitetssykehus da.» (FL2).* En annen fastlege mener at sykehuset ikke skal bruke tid på pasientorientering fremfor epikrisen, det er viktigere å få epikrisen raskt ut til fastlegen, men at pasienten selvfølgelig skal ha skriftlig informasjon. En fastlege omtaler rutinene ved en tidligere arbeidsplass. *«Når jeg var i[anonymisert]så var det slik at utskrivende lege skulle ha en utskrivningssamtale med pasienten, og han skulle ha et skriv i hånda og den skulle være signert. Og det var fast.» (FL4).* Flere av fastlegene forteller at det sjeldent de ser et slikt skriv fra HSYK-MiR.

Flere av fastlegene sitter med et inntrykk av at utskrivelsesrutinene ikke fungerer optimalt ved sykehuset, og at det ville vært hensiktsmessig med bedre tid til utskrivningssamtaler. «*Ja, det er gjennomgående at pasientene hadde trengt i hvert fall en ordentlig utskrivningssamtale i større grad enn det de får. Altså det her er gjort, det har vi funnet ut, nå skal du gjøre sånn og sånn og de medisinene er sånn og sånn. Det kan hende at det går fort og at ikke pasienten oppfatter alt.*» (FL2). En annen fastlege tar opp konsekvensen av for lite legemiddelinformasjon før utskrivelse fra sykehus. «*Det viser seg at ikke sjelden bruker pasienter de samme medisinene de fikk av meg før de ble lagt inn på sykehuset – da de ikke har fått med seg at det er skjedd endringer ved utskrivningen.*» (FL1). En fastlege har inntrykk av at det er tilfeldig om det blir skrevet pasientinformasjon til pasientene ved utskrivelse. «*De som er motivert og har tid de skriver pasientorientering til pasientene...*» (FL3). Men at det ville vært nyttig med pasientorientering, spesielt til eldre «*Særlig hos eldre som ikke har fått med seg alt under oppholdet, som har vært alvorlig syke, det er veldig greit at de kan snakke med pasienten og gi dem noe i hånda.*» (FL3).

Muntlig og skriftlig kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger omtales av informantene i liten grad. En fastlege omtaler en mindre hyggelig opplevelse med en sykehuslege. «*Jeg ringer for å rydde opp og ender opp med en belæring på hva som er riktig medisinerings av pasienten. Så det er det jeg ikke vil ha.*» (FL6). En annen fastlege har gjentatte ganger tatt skriftlig kontakt med sykehuset for uklarheter i epikriser og blitt møtt med varierende tilbakemeldinger. «*Noen ganger har jeg fått et høflig svar tilbake, noen ganger har jeg blitt korrigert av irriterte sykehuslege, men de fleste ganger hørte jeg ikke noe fra sykehuset.*» (FL1).

Det varierer blant informantene hvor godt samarbeidet med hjemmesykepleien er, men flere sier at de opplever størst utfordring i forhold til informasjonsflyt hos pasientgruppen som har hjelp til administrasjon av legemidler fra hjemmesykepleien. Denne gruppen er også omtalt som mest utsatte i forhold til feilmedisinering. «*Det er hvis pasienten skrives ut fra sykehus til KTA med en ufullstendig epikrise og så kommer han fra KTA og hjem, så er det rettelse ny feil følger... Da er det først en dårlig medisinliste fra sykehuset og så en manglende medisinliste fra sykehjemslegen og så skal fastlegen rydde opp i det. Og det går ikke. Og det er de pasientene som blir feilmedisinert.*» (FL6).

En fastlege har et godt samarbeid med hjemmesykepleien i sitt distrikt, og mener de har gode rutiner med årlige gjennomganger av medisinlistene, fornyelser av årsresepter, oppdatering av legemiddellister og informasjonsflyt ved utskrivelse fra sykehus. *«Jeg opplever ikke det som noe problem i hvert fall at hjemmesykepleien ikke får oppdaterte medisinlister, for når pasienten kommer ut til hjemmesykepleien så får de «tidlig melding» og så avtaler de jo papirflyten. Så det tror jeg fungerer.»* (FL7). Flere av legene har motsatt erfaring, en beskriver samarbeidet som ikke optimalt, og at hjemmesykepleien oppsøker fastlegen for å få oppdatert medisinliste eller resept når det er sykehuset eller sykehjemslegen som foretok endringer av medisineren. Flere av fastlegene meddeler at ansvaret for å gi oppdatert og signert legemiddelliste ligger hos den instans som sist så pasienten. *«Der har vel jeg hatt et inntrykk av at hjemmesykepleien er litt redd for å ta kontakt med sykehuset og hvis de bare har vært i kontakt med fastlegen så har de ryggen fri[...]at man faktisk tenker hvem har sett pasienten sist, hvem er den som har ansvaret. Vi må bort i fra det der at "du er fastlege, du har ansvaret" og så skal vi produsere ei medisinliste vi ikke kan stå inne for..»* (FL6). En fastlege omtaler det som utfordrende når hjemmesykepleier trenger oppdatert medisinliste raskt etter pasienten er utskrevet fra sykehus og det er lenge siden pasienten har vært hos fastlegen sist. *«Det som er en utfordring er hvis det kommer forespørsel fra hjemmesykepleien spesielt om en pasient som ikke har vært hos meg på en stund. Vi trenger oppdatert medisinliste. Men da er det jo kjempeviktig at vi har riktig medisinliste, så kommer det jo slike forespørsler når pasienten har vært innlagt enten på helseparken eller sykehuset. Vi trenger en ny medisinliste oppdatert. Og det kommer jo samme dagen som pasienten kommer ut. Da bør vi ha epikrisene fort.»* (FL2).

Legemiddellisten som utleveres til pasient (pasientorientering) eller hjemmesykepleie må være signert for at fastlege/ hjemmesykepleie skal kunne benytte informasjonen. Legemiddellisten kan ikke overleveres muntlig eller på håndskrevne lapper til hjemmesykepleien for videre at fastlegen skal bruke dette som grunnlag til å forskrive medikamenter. *«..og der har man hatt en del eksempler på at pasienten blir skrevet ut med bare en muntlig beskjed eller en eller annen form som hjemmesykepleien ikke kan akseptere av medisinliste. Så er pasienten skrevet ut fra sykehuset gjerne på lørdag og på mandag morgen så står hjemmesykepleien utenfor kontoret... fordi at de er livredde for at de feil medisinerer pasienten.»* (FL6). *«... for eksempel når pasienter kommer ut fra sykehuset med håndskrevne og ufullstendige medikamentlister»* (FL1).

To fastleger omtaler et behov for å få dokumentert pasientens medisiner i EPJ og at det burde være mulig å videreformidle til fastlege/ hjemmesykepleie/ sykehjem elektronisk. «*At det å legge inn medisiner i den elektroniske pasientjournal i sykehuset er ikke mulig eller i hver fall så vanskelig at de bruker det ikke. Det tenker jeg at er et kjempesikkerhetsproblem, at ikke det kan skrives ut og gis til pasienten som en elektronisk utskrevet liste som er dokumentert i journalen. Det er det ene og at de må kunne lage e-resept.*»(FL5). «*Når jeg får det sendt elektronisk så vet jeg at legen faktisk må godkjenne det for at det kan bli sendt elektronisk.*» (FL6).

For at fastlege skal kunne benytte eksempelvis pasientorientering som dokument for endringer av legemiddelbehandlingen i tilfeller hvor epikrisen ikke foreligger, vil det medføre en overføring av papirdokument til EPJ. Dette er tidkrevende for fastlege. «*Hvis de klarer å skrive den ut til pasienten og den er godkjent av en lege så er det bare å klikke send så er den til fastlege, det er helt unødvendig at jeg skal sitte og ta kopi av den og skanne den inn i journalen til pasienten. Det må jeg gjøre for å ha mitt på det tørre, hvis jeg gjør medisinendringer ut fra noe slik som det der[DIPS pasientorientering]. Så må jeg ta kopi for å lagre i journalen til pasienten. Det blir merarbeid på meg og det er teknisk mulig å sende det elektronisk.*» (FL6).

De fleste av informanter meddeler at det ikke er noen rutiner for videreformidling av informasjon til hjemmesykepleien. Det er hovedsakelig hjemmesykepleien som henvender seg til fastlegen ved endringer av medisiner hos pasienter. En fastlege forteller at det kommuniseres med hjemmesykepleien gjennom telefon og elektroniske meldinger. «*Ja eller jeg ringer dem hvis jeg har en pasient her og jeg gjør noen forandringer. Så hender det at jeg enten ringer eller sender elektronisk melding til dem om at nå har vi gjort sånn og sånn endring og at jeg har skrevet ut ny medisinliste.*» (FL5). Men en annen tar imot både telefon og e-meldinger, men gir tilbakemelding kun via telefon hvis det er blitt foretatt endringer i pasientens medisiner ved konsultasjon. «*Og når det gjelder beskjed til hjemmesykepleien, svarer jeg på elektroniske og muntlige forespørsler. Det hender ikke at jeg selv tar kontakt med hjemmesykepleien elektronisk. Men det skyldes tekniske problem ... Da tar jeg (mine medarbeidere) heller kontakt pr. telefon.*» (FL1).

Det er ikke sjeldent at pasienter utskrives fra sykehus i forbindelse med helg, i disse situasjonen skal sykehuset utlevere eventuelle legemidler slik at pasienten ikke trenger å

kontakte fastlegen, før fastlegen har mottatt epikrise. «Hvis sykehuset har gjort forandringer, så må de gi resepter som holder og de må ha fått medisin som holder gjennom helgen. Og det står i samarbeidsavtalen til og med.» (FL5). Denne mellomløsningen omtaler flere av informantene, og noen ser på dette som problematisk både i forbindelse med selvhjulpne pasienter, men spesielt hos pasienter som får administrert sine legemidler fra hjemmesykepleien. «Kanskje pasienten kun har fått med seg tablett slik at det rekker til over helgen. På mandag ringer hjemmesykepleien og skal ha resept. Det kan være medikamenter pasienten aldri har stått på før eller det er ny dosering som jeg ikke kjenner noe til. Mandag formiddag har jeg ikke fått noen beskjed om dette fra sykehuset og vet ingen ting. Da må jeg sjekke opp med sykehuset om dette faktisk er riktig medisinerings.» (FL1). En fastlege omtaler praktiske problemer ved utskrivelse til helg. «Da er det mere problem hvis de kommer ut lørdag kveld eller fredag kveld med resept i hånden til [anonymisert]. For da er det ikke noe apotek. ...det er det som gjelder utskrivelser hvis de kommer sånn halvveis uanmeldt og har resepten med seg, det er der skoen trykker her.» (FL7).

E-resept kan være et godt hjelpemiddel for å holde oversikt over pasientens legemiddelbruk, og en fastlege beskriver at etter innføring av e-resept kan de innhente mye informasjon via reseptformidleren. «Både i forhold til de som har en misbruksproblematikk så er det der veldig positivt også ikke minst for de som ikke har kontroll på egne medisiner. De har fått elektronisk resept, og hvis man hadde vært flinkere med å trekke tilbake hvis man har seponert, så kan du få veldig mye og info fra reseptformidleren. Det gir en oversikt, men det gir ikke en sikkerhet» (FL6).

Flere av fastlegene ser frem til en felles database, en nasjonal kjernejournal hvor alle kan finne samme opplysning angående pasients medisinerings. «At det var faktisk noe som både jeg og sykehuset kunne ha tilgang til, at medisinlisten til pasienten var en felles greie at det trengte ikke å gå via henvisninger og oppdateringer. Det tenker jeg at ville vært en økende sikkerhet i forhold til medisinerings.» (FL6). Fastlegene uttrykker tiltro til at en kjernejournal vil være med å løse utfordringer med oppdaterte legemiddellister og videreformidling av denne mellom omsorgsnivå « jeg mener at en kjernejournal ville vært nyttig, at man kan gå på nett og laste ned medisinlisten til pasienten.» (FL3).

3.2.5 Fastlegers syn på farmasøytrollen og samarbeid med apotek

Tabell 3.9 Kategorier som fremkom under dybdeintervju med fastleger (n=7) som etter analysen falt inn under tema "Fastlegers syn på farmasøytrollen og samarbeid med apotek"

Tema: Fastlegers syn på farmasøytrollen og samarbeid med apotek	
Kategorier	Farmasøytrolle ved sykehus
	Samarbeid med apotek
	Multidoseproblematikk

Samtlige fastleger har et godt samarbeid med apotek i forhold til informasjon om legemidler og forskrivning av resepter. Flere av fastlegene omtaler lite samarbeid med apotek i forhold til oppdatering av legemiddellister og at det er først gjennom multidose at apoteket har fått en aktiv rolle. «*Men jeg hadde satt stor pris på all samarbeid som kan bidra til å gjøre en bedre jobb for pasientene.*» (FL3).

Samtlige fastleger stiller seg positive til et farmasøytnotat hvor det fremkommer at en farmasøyt har vurdert legemiddelbehandlingen. «*Så jeg synes for mitt vedkommende at ville vært veldig betryggende med kvalitetssikring av en farmasøyt.*» (FL1). Samtlige mener at dette ville vært nyttig informasjon og angi i epikrisen. «*Det synes jeg ville være riktig at det står at en farmasøyt har vært inne og vurdert. Det er nyttig informasjon til meg.*» (FL5).

En fastlege har stor tiltro til farmasøyter og mener at det ville vært gunstig med flere farmasøyter i det kliniske miljøet. «*Det jeg prøver å få fram er at jeg ønsker at farmasøyten skal være med i kvalitetssikringen av medisineringsen.*» (FL1). En fastlege mener det ville vært nyttig med farmasøyt til å sjekke opp interaksjoner og formuleringer i forhold til legemiddelbruken, hvor legene ikke har tid. «*Det er jo veldig kjekt at hvis noen har tid til å sette seg ned å sjekke interaksjoner og gjør de der tingene så er det helt fantastisk, det er jo noe vi har for lite tid til, til vanlig og eventuelt å se på formuleringer og lignende så hadde det vært kjempe bra.*» (FL2). En annen fastlege tror ikke at det er behov for kvalitetssikring av legemiddelbehandling av farmasøyt på medisinsk avdeling. «*... så forventer jo jeg at legen på medisinsk avdeling er så god på dette her med interaksjoner at jeg føler meg trygg i utgangspunktet. Jeg har en såpass tiltro til mine kollegaer på medisinsk avdeling at jeg ikke har tenkt at det var et behov. Men hvis man har sett at det er ett behov, at det er mye uheldige*

interaksjoner på den her pasientgruppen. og sykehuslegene ikke tenker på det, så ville det gitt en ekstra trygghet.» (FL6).

To fastleger mener at det er i situasjoner hvor det er vikarer og nyutdannede som behandler pasientene at det ville vært hensiktsmessig med farmasøytisk vurdering av legemiddelbehandlingen. *«Det hadde vært interessant å vite hvis det hadde vært gjort en farmasøytisk vurdering, at det ikke er turnuslegen som har funnet på det selv. Det kunne være at jeg hadde vektlagt anbefalingene og vært obs på interaksjoner da.» (FL7).* Men hvis pasienten er behandlet av en kjent overlege vil det ikke være nødvendig med en kvalitetssikring. *«I de situasjonene der det er ukjente vikarer som er inne i bildet, er det veldig greit å vite at medisineringsen er kvalitetssikret av farmasøyt. Når vi kjenner overlegene og vet at de holder faglig mål, er det egentlig ikke så nøye om det står at legemiddellisten er vurdert av farmasøyt.» (FL1).*

Flere av fastlegene omtaler utfordringer i forhold til organisering rundt brukere av multidose. Fastlegene som omtaler dette føler at de mister noe av kontrollen med medisineringsen av pasientene. *«Jeg synes at etter multidose så har jeg mistet litt kontrollen over medisinen til pasientene. Jeg får ei liste en gang i året, som skal på en måte godkjennes.» (FL6).* *«Vi føler at vi mister litt styringen. Så der er vi ikke helt i mål enda.» (FL5).*

En fastlege tror multidose letter arbeidet for hjemmesykepleiens ansatte, men er usikker om multidose er et bedre alternativ enn dosett for pasienten. *«Jeg tror multidose er veldig bra for hjemmesykepleien, for å lette arbeidet deres, jeg er usikker på om det for pasienten er bedre enn dosett.» (FL6).*

Arbeidsprosessen med oppdatering og signering av ordinasjonskort fra apotek omtales av noen fastleger. En fastlege mener at det burde vært mulig med elektronisk overføring av LIB liste til apotek for multidosebrukere. *«Da tenker jeg at "da startet multidose prematurt" Hvis man kan sende elektroniske resepter, da bør jeg kunne sende dette her elektronisk til apoteket. Og da synes jeg at hvis det er slik at apoteket på død og liv må produsere ei ny liste så skulle man lagt hele multidose på vent inntil det at man kunne sende medisinliste elektronisk til apoteket og de kunne ta utskrift av den.»(FL6).*

4. Diskusjon

4.1 Legemiddelinformasjon i epikriser fra HSYK-MiR

I den retrospektive epikrisestudien finner vi en relativ lav gjennomsnittlig totalskår for legemiddelinformasjon i epikriser fra HSYK-MiR. Innen fastmedisin og behovsmedisin er oppnådd skår hhv 47% og 38 % av oppnåelig poengsum. Det var stor variasjon i skåringene, fra 0 – 100% for fastmedisin, og fra 0-86% for behovsmedisin. En epikrise skåret 100 % og denne inneholdt to legemidler og var uten legemiddelendringer. Resultatene fra epikrisestudien stemmer godt overens med oppfatningen til fastleger i området, hvor 6 av 7 fastleger mener at legemiddelinformasjonen i epikriser fra HSYK-MiR er av varierende kvalitet. I en studie utført ved Haukeland Universitetssykehus benyttes tilnærmet metodologi som vi gjør i denne epikrisestudien, også lignende resultater fremkommer her (66). En fastlege beskriver at forskjell i epikrisekvalitet strekker seg fra at all informasjon om legemidler er feil til at det ikke er oppgitt noen informasjon om legemidler, men at i det siste er det blitt noen bedre epikriser. Denne beskrivelsen finner man igjen i en studie gjennomført i Australia hvor blant annet nytteverdien av 35 epikriser er vurdert på en fempunktsskala. Studien viser at fire epikriser var nytteløse, fire var nesten nytteløse, en var til minimal hjelp, seksten var til litt hjelp, og ti var til god hjelp (67).

Funn i epikrisestudien viser at medisinsk avdeling har statistisk signifikant høyere skår på legemiddelinformasjon i sine epikriser enn kirurgisk avdeling, med unntak av behovsmedisin. Dette støttes av funn i den kvalitative studien, hvor fastlegene selv nevner at medisinsk avdeling har noe bedre kvalitet på legemiddelinformasjon i epikriser. Igjen stemmer våre funn overens med resultater fra studien utført ved Haukeland Universitetssykehus (66). Det kan være flere årsaker til at medisinsk avdeling har litt bedre skår på legemiddelinformasjon enn kirurgisk avdeling; 1) at pasientgruppene i de ulike avdelingene er forskjellige, for eksempel ses signifikant høyere alder på pasienter innlagt på medisinsk avdeling 2) at det kan være ulik fokus på legemidler i de ulike avdelingene, man kan f.eks. se at medisinsk avdeling har pasienter med signifikant flere legemidler i epikrisene enn kirurgisk avdeling 3) at kirurgi ofte er planlagte inngrep og at kirurgene dermed regner med at legemiddelbehandlingen blir ivaretatt av fastlegen.

I epikrisestudien observerer vi årstidsvariasjoner ved begge avdelinger, for eksempel har medisinsk avdeling en topp på 56% og 55% av oppnåelig poengsum i hhv. august og november, mens toppen på 47% og 50% for kirurgisk avdeling ses i hhv. august og desember måned. Årsakene kan være flere, for eksempel opplæringskurs for leger og turnusleger ilt våren og tidlig høst. Innen behovsmedisin ser vi en kraftig nedgang i epikrisekvalitet i mai og juni måned, hvilket muligvis skyldes vikarbruk eller andre situasjoner hvor behovsmedisin ikke føres opp i epikrisens legemiddelliste. Dette er et viktig funn å gi tilbakemelding til avdelingen om, slik at rutiner kan gjennomgås for å se på mulige forbedringer. Man oppnår ikke en fullstendig legemiddelliste når behovsmedisin utelates, hvilket gir økt risiko for legemiddelrelaterte problemer.

4.2 Innholdet i legemiddellistene

Epikrisestudien viser til varierende resultater innen fastmedisin fra begge avdelinger på hvor ofte legemiddelendringer blir begrunnet i epikriser. Og innen behovsmedisin har 80% og 73% av epikriser fra hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling ingen av sine legemiddelendringer begrunnet. Funnet fra den kvalitative studien støtter resultatene for fastmedisin, hvor fastlegene omtaler i ulik grad hvor ofte de mener legemiddelendringer er begrunnet i epikriser de mottar per i dag. Samtlige fastleger omtaler dog et ønske om faglige begrunnelse for legemiddelendringer med støtte av relevante kliniske funn i forhold til pasientens sykdom og behandling. Noe som samsvarer med hva pasientsikkerhetsprogrammet og LImm-modellen fokuserer på (41, 68). For lite faglige begrunnelser for legemiddelendringer i epikriser støttes av flere studier (69, 70).

Resultatene fra epikrisestudien viser at bruk av SNEKS-koder tilknyttet hvert legemiddel på legemiddellisten er lite brukt ved HSYK-MiR. I 81% og 60% av epikriser innen fastmedisin hhv. kirurgisk og medisinsk avdeling er ingen av legemidlene tilført kode. Lav bruk av SNEKS-koder kan reflektere at prosedyrene nylig er innført og implementeringen fortsatt er mangelfull. Kodene er oftere brukt innen fastmedisin enn behovsmedisin. Resultatene fra epikrisestudien stemmer med det noen av fastlegene beskriver i den kvalitative studien samt resultater fra studien fra Haukeland (66). En studie utført av Frydenberg og Brekke fra Sykehuset innlandet - divisjon Gjøvik viser at 51% av legemiddellistene inneholdt koder, men i forskjell fra vår studie virker det som denne metoden kun har vurdert kode for endringer, ikke «som før» som denne studien har satt som krav for å oppnå full skår (30). Oppdatering

av legemiddellisten er et betydelig tidkrevende arbeid for fastlegen, og ved angitt SNEKS-koder ved hvert legemiddel i legemiddellisten ville det spart fastlegen arbeid med å identifisere eventuelle endringer av legemiddelbehandling. Våre funn tyder på at pasientsikkerhetsprogrammet fokuserer på noe fastlegene opplever som positivt.

I intervjuene kom det frem at det kan mangle legemidler på LVU i forhold til hva pasienten står oppført med hos fastlegen. Dette stemmer ikke helt overens med epikrisestudien da regnskapet går opp i over 2/3 av alle epikriser. Men resultatene må sees i lys av kvaliteten av opptak av legemiddelanamnese. Med bakgrunn i dette er det trolig flere legemiddellister som mangler legemidler oppført i inntakstjournal og epikrise enn det som fremkommer i epikrisestudien. Funnene fra intervjuene støttes av studie gjennomført av Bondesson med kollegaer hvor det gjennom samstemming av legemiddellister ved innleggelse på sykehus ble funnet flest feil innen kategorien ”utelatt legemiddel” (71). Viktil med kollegaer finner i sin studie at kun 68 av 105 epikriser inneholdt fullstendig legemiddelliste (72). Behovsmedisin skårer i følge denne epikrisestudien dårligere enn fastmedisin både på «Er salgsnavn angitt?» og «Går regnskapet opp?» antagelig fordi det er behovsmedisin i inntakstjournal som ikke blir omtalt i epikrisen. Dette gir oss informasjon om at det er viktig å fokusere på dokumentasjon av fullstendig legemiddelliste inkludert fastmedisin, behovsmedisin og reseptfrie legemidler.

Det kommer frem av epikrisestudien at kun 5/586 epikriser har angitt kilde til legemiddelinformasjon i epikriser, ingen har angitt kilde i pasientorienteringer. Resultatet samsvarer med studien fra Haukeland (66). Det er kjent at det i noen tilfeller «klippes og limes» fra siste inntakstjournal ved ny sykehusinnleggelse, og selv ved kort tid siden sist innleggelse kan det være gjort endringer i pasientens legemiddelbehandling (73). Det er observert flere inntakstjournaler hvor kilde er angitt, men det er ikke blitt overført til epikrise. Fastlegen får ikke inntakstjournal slik at dette må angis i epikrisen for at informasjonen skal nå fram. Det er viktig å angi kilde til legemiddelinformasjonen slik at fastlegen, hjemmesykepleie eller sykehjem kan vurdere utgangspunktet og hvor mye tillit man kan knytte til informasjonen.

I epikrisestudien finner vi at indikasjon for faste legemidler sjeldent angis, dette manglet for alle faste legemidler i hele 83% av epikrisene. Resultatet er bedre for behovsmedisin hvor indikasjon er angitt i 31% av epikriser. Angivelse av indikasjon er vesentlig for at både

pasient og helsepersonell skal få informasjon om hvorfor legemidlet brukes, samt at det blir enklere å identifisere unødvendige legemidler. Gizzi med kollegaer sammenligner medisinsk og kirurgisk avdeling i forhold til å samstemme legemiddellisten med den sykdommen eller tilstanden pasienten har ved innkomst til sykehus. De fant en høyere risiko ved medisinsk avdeling for at pasienten har uspesifiserte legemidler sammenlignet med kirurgisk avdeling (74). Dette stemmer overens med våre funn som viser at kirurgisk avdeling angir indikasjon til legemidler i legemiddellisten i signifikant flere epikriser enn medisinsk avdeling innen fastmedisin. Dette kan gi oss tilbakemelding på at avdelingene trenger mer opplæring i føring av legemiddellister.

4.3 Innhold og utforming av epikriser

Studie av van Walraven omtaler fastlegens ønske om at epikrisen skal være kort og konsis, hvilket kun er delvis sammenfallende med det som fremkommer i intervjuene med fastlegene (26). Fastlegene er mest opptatt av at epikriser skal inneholde relevant og tilstrekkelig informasjon og at lengden ikke er av så vesentlig betydning. Det fremkommer også at samtlige fastleger ønsker legemiddelinformasjonen i epikriser plassert samlet på slutten og gjerne utformet som en tabell eller liste hvor all informasjon om legemidlet fremkommer. Det støttes av studier som viser til at det er å foretrekke standardiserte, strukturerte epikriser (24, 26). Epikrisemalen som benyttes ved HSYK-MiR omtales i intervjuene, en fastlege betrakter denne som god når den blir brukt, mens en annen oppfatter epikrisene som tilfeldig utformet. Dette kan komme av at HSYK har flere ulike epikrisemaler og man vet ikke hvor mange av de som benyttes av avdelingene. Struktur av legemiddelinformasjon i epikrisen anbefalt via pasientsikkerhetsprogrammet og L IMM-modellen er noenlunde sammenfallende. Iht. L IMM-modellen skal legemiddelrapporten plasseres tidlig i epikrisen (68). I epikrisene fra HSYK-MiR er den plassert på slutten, noe fastlegene også ønsker. I L IMM-metoden er legemiddellisten utformet som en tabell, noe som ønskes av de intervjuede fastlegene, men som ikke lar seg gjøre med datasystemene som brukes ved HSYK-MiR, da tabellen kan endre seg ved elektronisk overføring til neste behandlingsnivå (41, 68, 73). Arbeid med å utarbeide en felles fast mal på epikrisen med oppføring av legemiddelinformasjon etter pasientprogrammets anbefalinger er igangsatt ved HSYK.

Avsnittet «Oppfølging og videre plan» i epikrisen er omtalt i intervjuene. Der fremkommer viktigheten av at det må angis i epikrisen hvor pasienten skrives ut til. I Ellevseths intervju

med sykehuslegene kommer det frem at de vurderer pasientens behov for hjemmesykepleie, men at de er usikre på hvordan dette følges opp av fastlegen (75). Det kommer ikke frem i studien om sykehuslegene gjennomgående dokumenterer sine vurderinger i epikrisen, noe som ville vært interessant å vite, med bakgrunn i hva fastlegene påpeker. I studie utført av Garåsen finner man at det var kun 31% av studerte epikriser som beskrev pasientens behov for kommunal hjemmetjeneste (46). Det er også vesentlig med dokumentasjon om pasienten har fått beskjed om å bestille seg time hos fastlegen hvis dette er nødvendig. I tilfeller hvor fastlege skal følge opp legemiddelbehandling etter utskrivelse fra sykehuset, er det iht. fastleger i den kvalitative studien viktig at det i epikrisen begrunnes hva som skal følges opp og hvorfor. Ved behov for oppfølging er det nødvendig at fastlegen får informasjon om dette for å gjøre en god kontroll. Dette er i følge Wilson med kollegaer mangelfullt i flere epikriser (67). Uerfarne leger erverver seg kunnskap fra spesialisttjenesten gjennom den faglige begrunnelsen for legemiddelendringer og kontroller. Flere fastleger i den kvalitative studien omtalte at hvis man som fastlege har startet opp et legemiddel som har ført til at pasienten blir innlagt på sykehuset, så er det vesentlig at dette står i epikrisen slik at det blir tatt lærdom av situasjonen og at dette legemidlet ikke blir innsatt igjen ved et senere tidspunkt. I intervjuene påpekes det hvor viktig det er med tilstrekkelig dokumentasjon og informasjon angående pasientens oppfølging og videre plan. Dette stemmer overens med hva som fremkommer i et review av Kripalani med kollegaer som så på hvilken informasjon fastlegene ønsker i epikrisen. Det er interessant at fastlegens ønsker samstemmer med hva sykehuslegene mener bør oppgis av informasjon i epikriser (76). Likevel ser vi at dette ikke gjennomføres, hvilket gjør at vi må ha et konstant fokus på kvalitet av kommunikasjon mellom behandlingsnivåene.

Ved evaluering av epikriser fra HSYK-MiR er det blitt observert skrivefeil i tekst ved omtale av legemidler eller annen informasjon. Dette er også kommet frem gjennom intervjuene i den kvalitative studien. Det er vanskelig å vite om feilene stammer fra dikteringsfeil, skrivestuefeil, eller klippe- og limefeil. Feilene er med på å gi epikrisen et dårlig helhetsinntrykk og kan i tilfeller være kilde til feil legemiddelbruk. Risiko for feil legemiddelbruk kan spesielt forekomme når legemiddelnavn skrives feil slik at det kan være vanskelig å identifisere rett legemiddel, eller når legemidler oppgis med unormale doser eller feil benevning av styrke. I den kvalitative studien kommer det i denne forbindelse frem at en av årsakene til problemet kan være vikarproblematikk. Utfordringen ville trolig blitt bedret ved bruk av kliniske farmasøyter for kvalitetskontroll av legemiddellisten før utskrivelse slik som LImm- metoden benytter (50).

4.4 Oppdatering av legemiddellisten

Arbeidet med å identifisere korrekte legemiddellister er en kontinuerlig prosess. Det fremkommer i intervjuene at de fleste av fastlegene har et ønske om å oppdatere legemiddellisten ved mottak av epikrise, men at dette ikke alltid lar seg gjøre. Dermed gjør flere dette først når pasienten kommer til konsultasjon. Dette er i samsvar med Bakkens studie, hvor kun tre av ni leger oppdaterer legemiddellisten umiddelbart etter epikrisemottak (21). Fastlegene uttrykker at arbeidet med oppdatering av legemiddellister tar mye tid, delvis på grunn av til tider mangelfulle epikriser. Et elektronisk samstemmingsverktøy ble lansert i 2013 med et mål om å lette arbeidet med oppdatering av legemiddellister. Samstemmingsmodulen kan brukes av alle ulike EPJ- systemer som fastlegene benytter i Norge (77, 78). Flere av fastlegene benyttet seg av verktøyet som de beskriver som et godt hjelpemiddel som sparer dem tid.

Det fremkommer i intervjuene at fastlegene har et økt fokus på korrekte legemiddellister og bruker nå mer tid på å kvalitetssikre legemiddelbehandling for sine pasienter gjennom LMS, utlevering av legemiddellister, og gjennomføring av LMG. Det fremkommer også at LMG gjennomføres oftere enn forskriften tilsier. Dette kan tyde på at pasientsikkerhetsprogrammet gjennom tiltakspakken «samstemming av legemiddellister» oppnår bedring på dette området. Flere av fastlegene mener at det økonomiske incentivet med at fastlegene kan ta betalt for LMG en gang i året også har bidratt positivt. På tross av økt fokus på utlevering av oppdaterte legemiddellister til pasienter og oppdatering av legemiddelliste i fastlegens EPJ oppleves kvaliteten av innkomsjournal og epikriser som varierende i vår epikrisestudie. I studien av Frydenberg og Brekke kommer det frem at 39% av akuttinnlagte pasienter ikke har med seg legemiddelliste ved innleggelse (30). I følge Wathnes studie er kvalitet av innkomsjournal og epikrise uavhengig av hvorvidt pasienten medbringer legemiddelliste ved innleggelse eller ikke (66). Dette er et overraskende funn som kan påvirke hvor vi nedlegger fokus for å bedre legemiddelbehandling.

Det er også andre faktorer som spiller en rolle for kvaliteten av innkomsjournal og epikriser. Ved HSYK-MiR er det nylig innført rutiner for opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemiddelliste ved sykehusinnleggelse. Det lave gjennomsnittlige skår av legemiddelinformasjonen kan være et resultat av at prosedyrene ikke har blitt godt nok implementert. Dette er og sett i studien fra Haukeland universitetssykehus (66). I denne

epikrisestudien har inntakjournalene ikke vært evaluert, men det er blitt observert inntaksjournaler med manglende legemidler i legemiddellisten. Opptak av legemiddelanamnese er et svært viktig punkt for å oppnå en fullstendig oversikt over LIB. I en studie gjennomført av Glintborg med kollegaer fant man at ett av fem legemidler som pasienten brukte hjemme etter utskrivelse var ukjent for sykehuset (79). I en studie av Fagervoll med kollegaer kommer det frem at selv etter forbedringstiltak med innføring av prosedyrer for opptak av legemiddelanamnese og gjennomføring av opplæringstiltak ble ikke kvaliteten på legemiddelanamnesen tilfredsstillende (36). Ser man dette i sammenheng med at studier viser relativ hyppig feilføring av legemiddelkurver under sykehusoppholdet får man et bilde av at det er flere faktorer som spiller inn for å oppnå bedring i LVU (8, 37). Flere ulike studier viser at LVU inneholder mangler, noe som støtter min studie selv om det er brukt ulik metodologi (70, 80, 81). For å bedre kvaliteten på pasienters legemiddelopplysninger viser flere studier at å introdusere klinisk farmasøyt til å arbeide etter LMM-metoden i sykehus vil føre til avdekket LRP. Dette ved å bedre opptak av legemiddelanamnese, samstemme LVI/LVU og kvalitetssikre skriftlig legemiddelinformasjon til pasient før utreise. Leger og sykepleiere som har arbeidet etter LMM-metoden anser metoden som svært bra og meddeler at den gir fordeler for både pasient og helsepersonell (50, 71, 82, 83). Studie utført av Midløv og kollegaer viser at LMM-metoden reduserer klinisk og administrativ arbeidsmengde på sykehusansatte ved eksempel oppretting av legemiddellister (68). Dette kan være hensiktsmessig å innføre ved HSYK-MiR for å sikre riktig og lik legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer. Mulig dette kan føre til at man og får færre henvendelser og spørsmål om pasienters legemiddelbruk etter utskrivelse fra sykehus.

På den andre siden erkjenner fastleger i denne studien at det blir sendt henvisninger med for dårlig ajourførte legemiddellister, noe som kan gi følgefeil i forhold til pasienters LIB. I Ellevseths studie fremkommer det at sykehuslegene har mer tillit til legemiddellisten fra hjemmesykepleien enn fra fastlegen (75). Dette samsvarer også med andre studier (31, 32). Midløv og kollegaer finner at det oftest forekommer feil i legemiddellisten ved overføring fra primærtjeneste til spesialisttjenesten, og at feilene oftest dreier seg om utelatt legemiddel. Resultatene i studien viser også til at det er hyppigere avvik innen behovsmedisinering, som gir støtte til funn i epikrisestudien, hvor gjennomsnittlig skår av behovsmedisin var kun 38 % av oppnåelig poengsum (80).

4.5 Samhandling om pasienters legemiddellister

Fastlegen har koordineringsansvar for legemiddelbehandling til pasient og er avhengig av korrekt og rask tilbakemelding av legemiddelendringer foretatt ved sykehus og andre behandlingsinstanser for å kunne utføre sine oppgaver (34). Som omtalt i tjenesteavtale nr. 5 skal ansvarsoverføring av pasient etter utskrivelse fra sykehus ideelt sett skje første arbeidsdag etter utskrivelsen. Dermed blir epikrisetiden avgjørende for oppfølging av pasient. Resultater fra våre intervjuer viser at fastlegene er rimelig fornøyde med epikrisetiden i fra HSYK-MiR, men at det fortsatt er andre sykehus med for lang epikrisetid. Dette samsvarer med andre studier som også viser at epikrisetiden er blitt betraktelig bedre fra de fleste sykehusavdelinger, men det er avdelinger hvor det fortsatt tar lang tid før epikrisen sendes etter pasienten er utskrevet (44). Det kan diskuteres hvorvidt epikrisetid er en god indikator for kvalitet av epikriser. Fastlegene i vår studie mener ikke at kvaliteten er blitt lavere selv om epikrisene kommer raskere.

Gjennom intervjuene fremheves viktigheten av at den instans som endrer legemiddelbehandling til pasient må utlevere ny oppdatert legemiddelliste og tydelig informere pasienten om endringer. En fastlege meddeler at det ikke er sjeldent pasienter kommer til konsultasjon hos fastlege etter sykehusopphold med samme medisinerings som før innleggelse på grunn av at de ikke fikk med seg endringer som var gjort ved sykehuset. Dette står i kontrast med hva som fremkommer i Ellevseths studie, hvor sykehuslegene mener at fastlegene ikke oppdaterer og utleverer oppdaterte legemiddellister, og det ses ved at pasienten innlegges på nytt med den samme legemiddellisten som sist (75). Ved HSYK-MiR er det prosedyrer for utskrivning av pasienter fra sykehuset. Utskrivning til kommunehelsetjenesten er nøye beskrevet i tjenesteavtaler mellom kommune og helseforetak med retningslinjer for hvilke dokumenter som skal følge pasienten. Organisering av legemidler når pasient skrives ut til helg er også beskrevet. I tillegg arbeider sykehusets praksiskonsulenter med denne problematikken. På den andre siden er pålagte rutiner for oppdatering og identifisering av korrekt legemiddelliste til pasienter tydelig beskrevet i fastlegeforskriften (34). Dette viser at det ikke er tilstrekkelig med prosedyrer og rutiner for arbeidsoppgaver, men at det er viktig med kontinuerlig oppfølging, og at forholdene ligger til rette for implementeringen av disse. Det er viktig at enhver forskriver som endrer legemiddelbehandling til pasient uavhengig av omsorgsnivå, har fokus på å identifisere og videreformidle korrekt LIB for pasienten, selv i en tidspresst arbeidshverdag.

Gjennom intervjuene kommer det frem en kritikk mot at sykehuset ikke genererer elektroniske legemiddellister. Ved HSYK-MiR benyttes det per i dag ikke elektronisk genererte legemiddellister. Fra sykehusets ståsted er DIPS-systemet en begrensende faktor. Det er tungvint å legge inn legemiddelliste i pasientens EPJ hvor legemiddellisten utformes som en tabell som ikke lar seg overføre til andre EPJ systemer hos fastleger og kommuner. Med bakgrunn i dette blir legemiddellisten manuelt innført i separate dokumenter for epikrise og pasientorientering i EPJ. Dette påpekes gjennom intervjuene som et sikkerhetsproblem. En PhD avhandling som beskriver samhandling mellom fastleger og sykehusleger viser til at sykehuslegene ikke utnytter potensialet i elektroniske løsninger i samme utstrekning som fastlegene gjør i forbindelse med samhandling. Samme avhandling beskriver også at sykehuslegene opplever arbeid med «dobbel bokføring» som negativt hvilket ikke bidrar til aktiv utnyttelse av nye løsninger, selv om disse gir mulighet for gjenbruk av informasjonen (84).

4.6 Utskrivingsamtale og pasientorientering

Epikrisestudien identifiserte pasientorienteringer for om lag 50 % av pasientene utskrevet fra medisinsk avdeling mens det ble funnet pasientorientering i EPJ for kun 4/290 pasienter utskrevet fra kirurgisk avdeling. Det er i ettertid fremkommet informasjon om at epikrise i flere tilfeller skrives ut og leveres til pasient ved utreise fra kirurgisk avdeling, fremfor bruk av pasientorientering. Våre resultat samsvarer med resultatene fra andre studier, og er viktige for å identifisere innsatsområder i videre arbeid (66, 82). Iht. forskrift om pasientjournal§9 og pasientsikkerhetsprogrammet kommer det frem at alle som utskrives fra sykehus skal ha en muntlig utskrivelsessamtale hvor det utleveres skriftlig informasjon angående sykehusoppholdet og legemiddelbehandling (39). Ved HSYK-MiR er det prosedyrer for utlevering av pasientorientering og gjennomføring av utskrivelsessamtale, men med bakgrunn i våre funn kan man stille spørsmål om hvor godt disse prosedyrene er implementert. Det omtales i noen av intervjuene at utskrivingsrutinene muligens kunne vært forbedret, da pasienter tar opp spørsmål med fastlegen som omhandler sykehusoppholdet. Disse spørsmålene skulle vært avklart i samtale med behandlende lege før utreise. Men til sykehuslegens forsvar viser studie av Kessels at 40 % -80 % av informasjon som er kommunisert fra lege til pasient er glemt med en gang, og desto mer informasjon som utgis jo

lavere andel huskes korrekt av pasienten. I tillegg kommer det frem at halvparten av det som huskes, ikke er korrekt (85). Det anbefales at pasienten får informasjonen overlevert både muntlig og skriftlig for å øke forståelse for innholdet (85, 86). I Midtdals masteroppgave var det kun to av nitten pasienter som hadde mottatt og forstått legemiddelinformasjonen under innleggelse på sykehus (87). På den andre siden omtaler sykehuslegene fra Ellevseths oppgave at det er begrenset med tid til samtale med pasienter. De mener det kunne vært til god hjelp hvis annet helsepersonell kunne gi pasientene informasjon om legemiddelbehandling (75). L IMM-metoden bygger på at farmasøyt kvalitetssikrer utskrivningsinformasjonen sykehuslegen produserer, som blant annet skal inneholde begrunnelse for legemiddelendringer og fullstendig legemiddelliste. Dette overføres til både epikrise og pasientorientering for å sikre at disse blir identiske (50). I epikrisestudien ble det observert tilfeller hvor legemiddellisten i epikrise og pasientorientering ikke var overensstemmende, hvilket også ble observert i studie av Unroe (82).

Tilstrekkelig informasjon angitt i pasientorientering kan i følge flere av fastlegene gi nyttig informasjon i tilfeller hvor epikrisen ikke er tilgjengelig (ved kontakt med annen lege enn fastlege, evt. i påvente av epikrise). Studie av van Walraven viser til at pasienter relativt ofte oppsøker fastlege før epikrisen er mottatt og i epikrisestudien skårer pasientorienteringer ved HYSK-MIR relativt lavt med kun totalt 48% av oppnåelig poengsum (88). Pasientorienteringen kunne muligens bidratt til en bedre overføring mellom behandlingsnivå dersom man har økt fokus på implementering av prosedyrer som omhandler skriftlig informasjon til pasient. Pasientorienteringen må da samtidig som den utleveres skriftlig til pasient, sendes elektronisk til både fastlege og hjemmesykepleie/sykehjem. Dette er mulig uten mye merarbeid for sykehuslegene. Dette er utprøvd blant en gruppe eldre pasienter i en studie av Midløy med kollegaer, hvor de finner at innføringen av en strukturert legemiddelrapport som utleveres til pasient og samtidig sendes til fastlege og kommunalomsorg når pasient utskrives fra sykehus reduserer andel legemiddelavvik med 50% (89).

4.7 Den kliniske farmasøyten

Ved HSYK-MiR er det et pågående orto-geriatriprosjekt hvor sykehusfarmasøyt er med på å gjennomgå legemiddelbehandling til pasienter som blir inkludert i studien. Det ble stilt spørsmål til alle fastleger om det hadde vært av interesse å få kjennskap til farmasøytens gjennomgang av pasientens legemidler i epikrisen. Samtlige av fastlegene meddelte at dette ville vært av betydning for deres tillit til legemiddellisten, men at de hadde tiltro til overlegene. Størst betydning ville vært i situasjoner hvor det var vikarer og turnusleger som stod for behandling av pasient. Masteroppgaver av både Midtdal og Granlund har undersøkt om fastleger tar farmasøytnotat i epikriser fra St.Olavs hospital til etterretning (87, 90). Funnene viser at en stor andel av anbefalingene i farmasøytnotatet i epikrisen er blitt fulgt opp av fastlege. I Midtdals oppgave var det 70 % av anbefalingene i farmasøytnotatet som var helt eller delvis gjennomført, og det konkluderes med at kliniske farmasøyter kan bidra til økt pasientsikkerhet og forbedret samhandling mellom omsorgsnivå (87)

4.8 Metodediskusjon

Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode fremstår som to ulike måter å tilnærme seg og generere informasjon, for videre å analysere dette. Begge metodene er nødvendige for å belyse ulike forskningsspørsmål eller problemstillinger. Det ideelle vil i mange tilfeller være å bruke begge metodene for å tilnærme seg et forskningsspørsmål (64). I denne todelte studien bidro epikrisestudien med kvantitative data i forhold til hvorvidt definerte elementer var til stede i epikrisene og pasientorienteringene, mens den kvalitative delen bidro med fastlegers opplevelser og meninger om nettopp disse dokumentene.

4.8.1 Kvantitativ metode

Inklusjon og eksklusjon av epikriser

Det ble inkludert ulikt antall epikriser fra månedene 1. januar 2013. Dette var tenkt at gjennomsnittsberegningene skulle ta høyde for, men i ettertid er det fremkommet at det ville vært hensiktsmessig og sikret likt antall inkluderte epikriser fra hver måned.

Behov for pilotstudie

Etter evalueringsarbeidet ser man at det ville vært hensiktsmessig å gjennomføre en pilotstudie før man startet evaluering. Det kom frem flere ulike problemstillinger underveis i evalueringsarbeidet. I en pilotstudie kunne det vært hensiktsmessig og vurdert bruk av skannede kurver til alle inkluderte epikriser. Dette hadde vært interessant å bruke for å gi et bedre bilde av "sann" legemiddelliste ved innkomst. Ved starten av analysering ble det gjeldene at det var valgt å evaluere pasientorienteringene samlet for behov og fastmedisin. Resultatene kunne ikke la seg sammenligne direkte mot resultatene av epikriser. Dette var et ugunstig valg, og dette ville antagelig blitt oppdaget hvis det hadde vært gjennomført en pilotstudie.

Behov for andre statistiske beregninger

Fra innhentet datamateriale hadde det vært mulig å benytte regresjonsanalyser for å undersøke andre faktorer som kan påvirke kvaliteten av epikriser. Alder, kjønn, demografisk område og antall legemidler i epikrisen kunne vært aktuelle faktorer. Dette er ikke blitt gjennomført i denne studien. Valgene er blitt tatt ut ifra problemstillingen om å kartlegge kvaliteten på legemiddelinformasjon ved HSYK-MiR.

Generaliserbarhet og validering

Klassifisering av legemidler som fast eller behovsmedisin har vært utfordrende å gjøre konsekvent gjennom evalueringen. Dette med bakgrunn i at man kan bruke fastmedisin i varierende grad mot eksempel smerte og den kan være listet opp under faste medisiner. Dette anser jeg som en av årsakene til lave kappaverdier.

Resultater fra andre studier ser ut til å være sammenfallende med våre resultater. Likevel kan ikke resultater fra denne studien generaliseres utover HSYK-MiR. Det vil være viktig å bruke resultatene innad i organisasjonen med tanke på forbedring av epikrisekvalitet.

Bruk av skåringsverktøyet

For epikriser som ikke kunne evalueres på alle kriterier ble det valgt å bruke prosentandel istedenfor å gi 2 poeng. Hadde vi gitt 2 poeng i disse situasjonene kunne resultatet blitt endret, men vår vurdering var at dette ville gi mest korrekt bilde av epikrisekvaliteten. På den andre siden ble det med dette vanskeligere å direkte sammenligne resultatene med andre oppgaver som har benyttet samme skåringsverktøy.

Skåringsverktøyet opplevdes som utilstrekkelig etter hvert som evalueringsarbeidet pågikk. Det ble utarbeidet en egen veileder til denne studien. Kriteriene ble beholdt, men det ble spesifisert hvordan man skulle gi poeng i ulike situasjoner (tabell 2.2). Det å sammenligne epikrise mot inntakstjournal var utfordrende på grunn av varierende kvalitet på inntakstjournalene.

Kriteriene i skåringsverktøyet kan ikke si om informasjonen som fremkommer er korrekt. I lignende masteroppgave utført av Caroline Ellevseth ble det besluttet å revidere skåringsverktøyet til at kriteriene skulle inneholde rett slagsnavn, rett generisk navn, rett dosering, rett indikasjon og rett kategori (75). Dette vil muligens avdekke kvaliteten av legemiddelinformasjonen bedre enn skåringsverktøyet gjør i dag, når det i tillegg benyttes siste dags kurve istedenfor inntakstjournal vil det heve validiteten av resultatene.

Ved bruk av skåringsverktøyet ble det tydelig at kriteriene angående kilde, regnskap og begrunnelse for endring skilte seg ut fra de resterende (salgsnavn, generisk navn, dosering, indikasjon og kategori) som kun omtalte legemidlene som var beskrevet i epikrisen. Med bakgrunn i dette er det vesentlig å se kriteriene i sammenheng. Dette opplever jeg ikke

kommer tilstrekkelig frem i totalskår av epikrisen, men det kunne muligens blitt bedret ved å vekte kriteriene angående regnskap og endringer høyere. Ved feil i regnskap er det ikke en fullstendig LVU som kan resultere i legemiddelrelaterte problemer for pasient, og det er vesentlig å trekke inn at selv om regnskapet går opp er det ikke nødvendigvis fullstendig legemiddelliste på grunn av at opptak av legemiddelanamnesen er av varierende kvalitet.

Herunder omtales kriteriene i skåringsverktøyet:

Kriteriet *Er kilde angitt?* er viktig informasjon å videreformidle til fastlege og pasient i epikriser og pasientorientering. Dette for at fastlegen skal kunne vurdere hvor mye tillitt som kan knyttes til legemiddelinformasjonene.

Om *Regnskapet går opp?* er viktig innen fastmedisin og behovsmedisin for at neste behandlingsledd skal få en fullstendig legemiddelliste. I forhold til pasientorienteringer er det viktig for pasienten å ha en oversikt over hvilke legemidler som skal benyttes fast og hvilke legemidler som kan benyttes ved behov. Det kommer ikke frem i veilederen fra pasientsikkerhetskampanjen krav til hvordan nye legemidler skal oppføres for at regnskapet skal gå opp.

Ved evaluering av *Er endringer begrunnet?* gir veilederen rom for tolkning om hva som er god nok begrunnelse. Begrunnelse for endring av legemiddelbehandling er et svært viktig kriterium for å forsikre fastlege eller mottaker av epikrisen at endringen er aktivt foretatt av lege og at det ikke er gjenstand for overføringsfeil, klippe- og limefeil eller skrivestuefeil. Ved poengoppnåelse for dette kriteriet skal man huske at 1 poeng gis i tilfeller hvor det er begrunnet eksempelvis 1 av 5 endringer mellom inkomstjournal og epikrise.

Kriteriet *Er salgsnavn angitt?* skal reflektere om det er oppført en legemiddelliste i epikrisen. Ved skåring av dette kriteriet kan man oppnå 2 poeng selv om det er avvik i legemiddellisten. Det er observert at det er angitt legemiddel i pasientorientering som ikke er oppført i epikrise, dette kan komme av at det er blitt lagt til legemiddel ved utskrivning av pasient og deretter glemt å oppdatere epikrisen.

Om *generisk navn er angitt* anses som et relevant kriterium. Generisk navn tilføyd salgsnavn i legemiddellisten vil være nyttig av flere grunner. Helsepersonell som har et forhold til virkestoffnavn kan ha hjelp av generisk navn for å identifisere hvilken gruppe legemidlet

tilhører. Pasienten vil ha nytte av informasjon om generisk navn i pasientorienteringen for å få trygghet rundt generisk bytte ved apotek, utskrivelse av nye resepter fra fastlege eller multidose hvor generisk navn blir angitt. Pasientsikkerhetskampanjens veileder angir at det skal gis poeng kun der generisk navn er tilføyd merkevarenavnet, men i situasjoner hvor salgsnavnet er begge deler er det blitt diskutert om det er rett å gi poeng for både kriteriet salgsnavn og generisk navn (41).

Det er helt essensielt at dosering er angitt på en tydelig måte som unngår misforståelser både for pasient i pasientorienteringer og for fastlege (evt.andre) i epikriser. Veilederen gir ikke klare føringer for hvordan doseringen skal angis (41). Det er ved flere anledninger at dosering var endret mellom innkomstjournal og epikrise, uten begrunnelse i tekst, eller at det på annen måte kom frem at det var en tilsiktet doseendring. I en av de evaluerte epikrisene var det oppført i tilhørende innkomstjournal at Digitoxin skal doseres hver dag unntatt lørdag og søndag, i epikrisen var det oppført at Digitoxin doseres kun lørdag og søndag. Dette kan være en overføringsfeil eller en reell endring. Det ble observert tilfeller med ulik dosering i epikrise og pasientorientering. Feil som dette kan føre til feil bruk av legemidler og forvirring for pasient og fastlege.

Indikasjon skal i følge veilederen stå angitt i tilknytning til hvert legemiddel i legemiddellisten (41). Kriteriet gir viktig informasjon til pasient og annet helsepersonell om hvorfor legemidlet brukes, og om det står i forhold til pasientens sykdom eller tilstand. Det er viktig at det angis både i pasientorienteringer og i epikriser.

Kategori skal angis hvert legemiddel i legemiddellisten med kodene SOM FØR – NY – ENDRET DOSE – KUR – SLUTT for å enkelt kunne vise hvor det eventuelt har skjedd endringer under sykehusoppholdet. Dette er ett kriterium som gir en rask oversikt for neste behandlingsledd og for pasienten.

Et savn i skåringsverktøyet er et kriterium for angivelse av administrasjonsform og formulering av legemidlene i legemiddellisten. Dette er vesentlig informasjon for fastlege ved videre oppfølging.

Etter bruk av metoden mener jeg at skåringsverktøyet gir et relativt godt bilde av kvaliteten på overføring av legemiddelinformasjon fra sykehus til fastlege, men at den ikke er en god nok

indikator for kvalitet av legemiddelinformasjon. Dette fordi epikrisen kan oppnå forholdsvis høy poengskår og likevel inneholde blant annet flere skrivefeil, feil dosering, feil indikasjon, feil styrke, utelatt legemiddel, eller tilført unødvendig legemiddel. Skåringsverktøyet gir et klart bilde av hvor innsatsen bør nedlegges for å bedre videreformidling av nøyaktig legemiddelinformasjon. Hvis man hadde vektet de ulike kriteriene ville man muligens oppnådd en totalskår som oppleves mere rett i forhold til helhetsinntrykket av epikrisen. Begrunnelse av endring, om regnskap går opp og dosering angitt er kriterier jeg mener burde vært vektet tungt.

Andre som har benyttet samme metode er masteroppgave skrevet av Caroline Ellevseth som gjennomførte en lignende studie hvor hun sammenlignet epikrisens legemiddelinformasjon med siste dags kurve. Ellevseth mener skåringsverktøyet ikke er en god nok indikator for epikrisekvalitet (75). Wathne har også benyttet verktøyet i sin masteroppgave, og hun anser verktøyet for å ha god validitet for å identifisere forskjeller i kvalitet (66).

4.8.2 Dybdeintervju som metode

I denne studien ble dybdeintervju valgt som kvalitativ metode. I etterkant kan det tenkes at fokuserte intervjuer ville vært å foretrekke på grunn av at tema var klart avgrenset før intervjuene ble gjennomført. Det er også mulig at rekrutteringsprosessen ville vært lettere. I et fokusert intervju kunne jeg muligens ha fått innhentet informasjon angående konkrete spørsmål fra alle informantene. På den andre siden er det uvisst om den samme mengde og bredde informasjon ville blitt produsert.

Intervjuguide

Det er mulig at det ville vært hensiktsmessig at informantene hadde fått intervjuguiden i forkant av intervjuet, for å ha mulighet til å forberede seg. Det er usikkert om dette ville ha påvirket resultatet. Det er en mulighet for at informantene ikke har vært helt ærlige i intervjuene (64). Noen kan ha et underliggende behov for å forklare/beskytte de som produserer epikriser, eller det kan være at informantene vil gi et bedre bilde av sitt arbeid enn det er.

Gjennomføring av intervju

For å gjennomføre et godt dybdeintervju er det en forutsetning at man klarer å skape en uformell stemning, for at informanten skal kunne snakke åpent om sine meninger og erfaringer (64). Som førstegangs intervjuer, ble det erfart at det ikke ble stilt tilstrekkelig oppfølgingsspørsmål for å dreie samtalen til alle deler av tema som ønsket belyst. Det er ulike informanter, hvor noen snakker lett, men andre har vanskeligere for å snakke fritt.

Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på bånd og fullstendig transkribert etter kort tid. Jeg transkriberte selv for å miste minst mulig informasjon i oversettelsen fra muntlig til skriftlig materialet. Dette anses som en styrke da det viktigste tapet fra intervju til tekst er tap av visuelle ledetråder og stemning under intervjuet. Bruk av diktafon gir også en styrket troverdighet, med det informantens stemme når helt frem til leseren (64). Den transkriberte teksten ble sendt til informantene for gjennomsyn, og med dette anser jeg validiteten av transkriberingen som god.

Generaliserbarhet

Målet for den kvalitative studien var å finne meninger og erfaringer fra fastleger i området til HSYK-MiR angående kvaliteten på epikriser, og samhandling med kommunehelsetjenesten. Studien har et begrenset antall deltagere med skjevhet i forhold til kjønn. Det er vanskelig å fastslå om at resultatene er valide for alle fastleger i området. Det er en styrke at informantene har variert bakgrunn, dermed representerer funnene bredde i synet på epikriser og samhandling. Funnene viser informantenes personlige meninger og erfaringer fra allmennpraksis i området Rana, men det er vanskelig å si noe om dette kan overføres til ekstern validitet. Epikrisen som studert dokumentet gjør fastleger til nøkkelpersoner for å uttale seg om innholdet i dokumentet. Fastlegene som har uttalt seg mottar jevnlig epikriser fra HSYK-MiR som gir godt grunnlag for evaluering av dokumentet og samhandling.

5. Konklusjon/Oppsummering

Legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer fra HSYK-MiR oppnår en varierende og gjennomsnittlig lav skår iht. pasientsikkerhetsprogrammets kriterier for epikrisekvalitet. Vi observerte signifikant høyere skår for fastmedisin sammenlignet med behovsmedisin, og høyere skår ved medisinsk avdeling sammenlignet med kirurgisk avdeling.

Skåringene er hovedsakelig lave for kriterier omhandlende kilde til legemiddelinformasjon, begrunnelse for legemiddelendringer, angivelse av generisk navn, indikasjon og bruk av kategori (SNEKS). For kriteriene omhandlende om salgsnavn er angitt, om regnskapet går opp og angivelse av dosering er skåringene høyere.

For fastleger som er intervjuet oppleves kvaliteten av epikriser fra HSYK-MiR hovedsakelig som varierende, og i noen tilfeller svært dårlig med fraværende informasjon om legemidler. Samtlige fastleger ønsker faglig begrunnelse av legemiddelendringer med støtte av klinisk relevant informasjon og bruk av SNEKS-koder i forbindelse med hvert legemiddel i legemiddellisten. Fastlegene ønsker legemiddelinformasjonen plassert på slutten i epikrisen og de ønsker legemiddellisten oppført som en liste eller tabell. Alle mener det er viktigere med overføring av tilstrekkelig relevant informasjon enn epikrisens lengde.

I intervjuene fremheves viktigheten av at den instans som endrer legemiddelbehandling til pasient må utlevere en oppdatert legemiddelliste til både pasient og neste omsorgsnivå så raskt som mulig, hvilket er viktig i et samhandlingsperspektiv. En bedre elektronisk samhandling mellom tjenesteytere er også etterlengtet.

6. Videre arbeid

Det er flere områder som ville vært interessant å undersøke ved HSYK-MIR for å identifisere hvilke tiltak som best kan bedre legemiddelbehandling og gi bedre koordinerte helsetjenestetilbud til pasientene.

- Evaluere innkomstjournal for opptak av legemiddelnavn som kan fremskaffe informasjon om kilder som benyttes ved samstemming.
- Gjennomføre en lignende studie, men med et videreutviklet skåringsverktøy som tar høyde for noen av utfordringene. Sett på muligheter for å sammenligne epikriser med innskannede kurver istedenfor innkomstjournaler.
- Undersøke kvaliteten på LIB gjennom hele prosessen, ved å følge utvalgte pasienter fra innkomst til utskrivning. Dette for å anskaffe informasjon om tilstanden på legemiddelinformasjon som utveksles mellom omsorgsnivåene og hvor eventuelle feil oppstår og alvorligheten av disse.
- Undersøke epikrisene for ulike former for skrivefeil og om dette kan resultere i uheldige konsekvenser for pasienten.
- Undersøke om kvalitet av epikriser påvirkes av kjønn og alder på ansvarlig lege.
- Undersøke om pasientorienteringene kan benyttes til flere formål enn informasjon til pasienten. Ved å innføre enkle grep som signatur av lege på pasientens dokument og elektronisk videreformidling til fastlege, hjemmesykepleie eller sykehjem samtidig som pasienten utskrives fra sykehuset. Vil kunne gi informasjon om mulige tiltak for bedre overføring fra spesialisttjenesten til primærtjenesten.

7. Referanseliste

1. DIPS EPJ/PAS [cited 2014 23.10]. Available from: http://www.dips.no/nor/vare-losninger/dips-epj_pas.
2. KITH AS EPJ - Elektronisk pasientjournal KITH AS [cited 2014 20.10]. Available from: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_569.aspx.
3. Store Medisinske leksikon GSB. EPIKRISSE [cited 2014 25.01]. Available from: <http://sml.snl.no/epikrise>.
4. Syversen.M, Skavik.K, Schultz.C R, Askevold.A, Petersen.K. Bruk av elektronisk henvisning og epikrise for allmennleger og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. In: Helsedirektoratet, editor. Helsedirektoratet.no2011.
5. JournalWiki. Innkomstjournal: JournalWiki; 2011 [cited 2014 12.02]. Available from: <http://www.journalwiki.no/Innkomstjournal>.
6. Hva er kjernejournal? : helsenorge.no; 2014 [updated 03.06; cited 2014 21.10]. Available from: [https://helsenorge.no/kjernejournal/hva-er-kjernejournal#Hva er kjernejournal?](https://helsenorge.no/kjernejournal/hva-er-kjernejournal#Hva%20er%20kjernejournal?)
7. Davidsson M, Willoch K. Klinisk farmasi i praksis Apotekforeningens Tidsskrift [cited 2014 20.10]. Available from: http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks_id=9854&utgave=.
8. Ritland S, Kummen M, Gjerde I, Taranrød B. Feil og mangelfull kurveføring – en potensiell kilde til feilmedisinering. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004;17(124):2259-60.
9. Tiltakspakke Samstemming av legemiddellister 2013 [updated 23.04.2013; cited 2014 06.08]. Versjon 2.0:[Available from: [http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/ attachme nt/2014? ts=13e36865b2e](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachme nt/2014? ts=13e36865b2e).
10. Veileder om legemiddelgjennomganger. Helsedirektoratet; 2012.
11. Skjellanger A-G. På vakt Pasientsikkerhet [cited 2014 21.10]. Available from: [http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/ attachment/10431? ts=12baae5aa56](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/attachment/10431? ts=12baae5aa56).
12. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Pasientsikkerhetskampanje 2011 [cited 2014 21.10]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/hva-kan-vi-tilby/pasientsikkerhetskampanje>.
13. I trygge hender 24-7 2014 [cited 2014 21.10]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>.
14. Berg.C, Blix.H S, H.M D, Litleskare.I, Rønning.M, Mahic.M, et al. Reseptregisteret 2007-2011. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2012.
15. St.meld. nr. 18 *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* Legemiddelpolitikken. In: omsorgsdepartementet DkHo, editor. : Regjeringen.no; 2005.
16. Meld. St. 10 God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet Ho, editor.: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
17. Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008–2011. Statens helsetilsyn, tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene, 2012 4/2012.
18. Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn, tilsyn med sosial- og helse, 2002 11/2002.
19. Brekke M, Rognstad S, Straand J, Furu K, Gjelstad S, Bjorner T, et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. Scandinavian journal of primary health care. 2008;26(2):80-5. PubMed PMID: 18570005. Pubmed Central PMCID: PMC3406653. Epub 2008/06/24. eng.
20. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. Archives of internal medicine. 2002 Sep 9;162(16):1897-903. PubMed PMID: 12196090. Epub 2002/08/28. eng.
21. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007;13-14(127):1766-9.
22. St.meld.nr 47 *Samhandlingsreformen* Rett behandling – på rett sted – til rett tid. In: omsorgsdepartementet DkH-o, editor. Regjeringen.no2009.
23. Forløpsgruppa "Riktig legemiddelbruk". Forløpsgruppe Riktig legemiddelbruk 2009. Available from: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/For%C3%B8psrapporter/For%C3%B8psgruppe%206%20-%20Riktig%20legemiddelbruk.pdf>.

24. Hall C, Bjørner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R. Den gode epikrise – kriterier og evaluering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2007;nr. 8(127):1049–52.
25. Kværner KJ, Tjerb T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2005 01.08.2014;20(125):2815 -7.
26. van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*. 1999 Jul-Aug;14(4):160-9. PubMed PMID: 10452133. Epub 1999/08/19. eng.
27. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – "Den gode henvisning". In: helsedirektoratet So, editor. *Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH)2003*.
28. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2009;18(129):1868-9.
29. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen H, Lindahl AK, M. N. Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, 2013.
30. Frydenberg.K, Brekke.M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelsesskriv og epikriser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011;nr. 9–10(131):942-5.
31. Jensen SA, Øien T, Jacobsen G, Johnsen R. Feil i helsemedikamentkortene - en helseisiko ? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2003;24(123):3598-9.
32. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene ? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2004;6(124):810-2.
33. Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2007;5(127):565-8.
34. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. *Lovdata.no2013*.
35. St. Olavs Hospital/Sentral stab/Fagavd./Medisin/Kliniske IKT-funksjoner. Opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemiddellister *stolav.no2014*.
36. Fagervoll K-AS, Lim S, Liaaen ED, Seljeseth YM, Holst L, Major A-LS. Kvalitet av legemiddelanamnese tatt opp ved innleggelse på sykehus. *Norsk farmaceutisk tidsskrift*. 2013 23.10;10:38–42.
37. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of internal medicine*. 2005 Feb 28;165(4):424-9. PubMed PMID: 15738372. Epub 2005/03/02. eng.
38. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *Journal of general internal medicine*. 2008 Sep;23(9):1414-22. PubMed PMID: 18563493. Pubmed Central PMCID: PMC2518028. Epub 2008/06/20. eng.
39. Rutiner for legemidler ved utskrivning og overføring av pasient: Sykehusapotekene Helse sør-øst; 2013 [cited 2014 23.10]. Available from: <http://www.sykehusapotekene.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Regionalt%20legemiddelforum/Anbefalinger/Rutiner%20ved%20utskrivning%20av%20pasient%201.0.pdf#search=utskrivelse%20fra%20sykehus>.
40. LOV-1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2001.
41. Evaluering av epikriser 2012 [updated 29.03; cited 2014 06.08]. Available from: [http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/ attachme nt/785? ts=13681ec2f97](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachme nt/785? ts=13681ec2f97).
42. Perren A, Previsdomini M, Cerutti B, Soldini D, Donghi D, Marone C. Omitted and unjustified medications in the discharge summary. *Quality & safety in health care*. 2009 Jun;18(3):205-8. PubMed PMID: 19468003. Epub 2009/05/27. eng.
43. Forskrift om pasientjournal. Forskrift om pasientjournal. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. *Lovdata.no2001*.
44. Moksnes KM. Kan epikrisetiden forkortes? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2005;17(125):2380-1.
45. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *Journal of general internal medicine*. 2003 Aug;18(8):646-51. PubMed PMID: 12911647. Pubmed Central PMCID: PMC1494907. Epub 2003/08/13. eng.
46. Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC health services research*. 2007;7:133. PubMed PMID: 17718921. Pubmed Central PMCID: PMC2014755. Epub 2007/08/28. eng.

47. Meld. St. 9 *En innbygger – én journal* Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. In: omsorgsdepartementet DkH-o, editor. Regjeringen.no 2012.
48. Deilkås ETMP, seniorrådgiver, pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013. 2013.
49. Andersen.A.H, Ørnes.S.E. Utvikling og innføring av IMM-modellen i Norge Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 1/2013 2013 [cited 2013 11.12]. Available from: <http://www.farmatid.no/id/5500.0>.
50. Eriksson T, Holmdahl Ly, Bondesson Å, Midlov P, Høglund P. Medicin och farmaci i samverkan för bättre läkemedelsansvändning: L IMM-modellen. I vården. 2010;9.
51. IMM-modellen til Norge. 2012 24.01.2012.
52. Ghatnekar O, Bondesson Å, Perrson U, Eriksson T. Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management Model (L IMM) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open*. 2013.
53. Hellstrøm Lea. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (L IMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67(7):741-52.
54. Scullin C, Hogg A, Luo R, Scott MG, McElnay JC. Integrated medicines management - can routine implementation improve quality? *Journal of evaluation in clinical practice*. 2012 Aug;18(4):807-15. PubMed PMID: 21504517. Epub 2011/04/21. eng.
55. Scullin C, Scott MG, Hogg A, McElnay JC. An innovative approach to integrated medicines management. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2007 Oct;13(5):781-8. PubMed PMID: 17824872. Epub 2007/09/11. eng.
56. Bergkvist A, Midlöv P, Høglund P, Larsson L, Bondesson Å, Eriksson T. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors—L IMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *Eur J Clin Pharmacol* 2009 26.06;65:1037-46.
57. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A Comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older. A Randomized Controlled Trial. *Archives of internal medicine*. 2009 169 (9):894-900.
58. ...OG BEDRE SKAL DET BLI ! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten. In: Helsedepartementet So, editor.: Sosial og helsedirektoratet; 2005.
59. HF H. Helgelandssykehuset HF 2013 [cited 2014 23.01]. Available from: <http://www.helgelandssykehuset.no/om-oss/category158.html>.
60. Erlandsen RK. Helgelandssykehuset - nøkkeltall 08.07.2014 [updated 08.07.2014; cited 2014 12.08].
61. Erlandsen RK. Helgelandssykehuset HF 27.05.2013 [cited 2014 12.08]. Available from: <http://www.helgelandssykehuset.no/om-oss/category158.html>.
62. G U, S P. Research Randomizer [cited 2014 17.02]. Available from: <http://www.randomizer.org/>.
63. Kirkwood B, Sterne JAC. *Medical Statistics*. 2nd ed: Blackwell science; 2003.
64. Tjora A. *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*. 2nd ed: Gyldendal Akademisk; 2012.
65. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*; Tano Aschehoug; 1996.
66. Wathne JS. *Quality of written information on patients' medicines for emergency patients an elective surgical patients om admission and discharge in a Norwegian university hospital: The Robert Gordon University*; 2012.
67. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *Journal of quality in clinical practice*. 2001 Dec;21(4):104-8. PubMed PMID: 11856404. Epub 2002/02/22. eng.
68. Midlov P, Deierborg E, Holmdahl L, Høglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. *Pharmacy world & science : PWS*. 2008 Dec;30(6):840-5. PubMed PMID: 18654837. Epub 2008/07/26. eng.
69. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA*. 2007 Feb 28:831-41.
70. Grimes TC, Duggan CA, Delaney TP, Graham IM, Conlon KC, Deasy E, et al. Medication details documented on hospital discharge: cross-sectional observational study of factors associated with medication non-reconciliation. *British journal of clinical pharmacology*. 2011 Mar;71(3):449-57. PubMed PMID: 21284705. Pubmed Central PMCID: PMC3045555. Epub 2011/02/03. eng.
71. Bondesson A, Holmdahl L, Midlov P, Høglund P, Andersson E, Eriksson T. Acceptance and importance of clinical pharmacists' L IMM-based recommendations. *International journal of clinical pharmacy*. 2012 Apr;34(2):272-6. PubMed PMID: 22252773. Epub 2012/01/19. eng.

72. 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). PubMed PMID: 23166124. Pubmed Central PMCID: PMC3532967. Epub 2012/11/21. eng.
73. Eriksson T, Homdahl L, Midlov P, Bondesson A, Høglund P. Läkemedelsberättelse minskar överföringsfel vid utskrivning från sjukhus. *Läkartidningen*. 2004;101(40).
74. Gizzi LA, Slain D, Hare JT, Sager R, Briggs F, 3rd, Palmer CH. Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2010 Apr;8(2):127-35. PubMed PMID: 20439062. Epub 2010/05/05. eng.
75. Ellevseth C. Kvaliteten av legemiddelinformasjon i epikriser og pasientorienteringer fra sykehus og leger mening om legemiddelinformasjonen: NORGES ARKTISKE UNIVERSITET; 2014.
76. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of hospital medicine : an official publication of the Society of Hospital Medicine*. 2007 Sep;2(5):314-23. PubMed PMID: 17935242. Epub 2007/10/16. eng.
77. Samstemming av medisiner - bruksanvisninger Norsk forening for allmennmedisin; 2014 [cited 2014 07.10]. Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/EPI-loftet/>.
78. Fredheim N. Nytt elektronisk verktøy gjør samstemming enklere I trygge hender 24/7 pasientsikkerhetsprogrammet.no2014 [cited 2014 28.10]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Erfaringer+fra+praksis+-+samstemming+av+legemiddellister/Nytt+elektronisk+verkt%C3%B8y+gj%C3%B8r+samstemming+enklere.2769.cms>.
79. Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality & safety in health care*. 2007 Feb;16(1):34-9. PubMed PMID: 17301202. Pubmed Central PMCID: PMC2464919. Epub 2007/02/16. eng.
80. Midlov P, Bergkvist A, Bondesson A, Eriksson T, Hoglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy world & science : PWS*. 2005 Apr;27(2):116-20. PubMed PMID: 15999922. Epub 2005/07/08. eng.
81. Stitt DM, Elliott DP, Thompson SN. Medication discrepancies identified at time of hospital discharge in a geriatric population. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2011 Aug;9(4):234-40. PubMed PMID: 21763215. Epub 2011/07/19. eng.
82. Unroe KT, Pfeiffenberger T, Riegelhaupt S, Jastrzembski J, Lokhnygina Y, Colon-Emeric C. Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2010 Apr;8(2):115-26. PubMed PMID: 20439061. Pubmed Central PMCID: PMC3740385. Epub 2010/05/05. eng.
83. Bergkvist Christensen A, Holmbjer L, Midlov P, Hoglund P, Larsson L, Bondesson A, et al. The process of identifying, solving and preventing drug related problems in the LImm-study. *International journal of clinical pharmacy*. 2011 Dec;33(6):1010-8. PubMed PMID: 22081243. Epub 2011/11/15. eng.
84. Myrvang R. SAMHANDLING MELLOM ALLMENNLEGER OG SYKEHUSLEGER -MULIGHETER OG BARRIERER Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin.: Universitetet i Tromsø 2004.
85. Kessels RP. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003 May;96(5):219-22. PubMed PMID: 12724430. Pubmed Central PMCID: PMC539473. Epub 2003/05/02. eng.
86. 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 education research*. 2005 Aug;20(4):423-9. PubMed PMID: 15572437. Epub 2004/12/02. eng.
87. Midtdal K. Epikrise med farmasøytnotat fra St.Olavs Hospital - når informasjonen fram? *Intervju av hoftebruddspasienter* [Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi]: Universitetet i Oslo; 2014.
88. van Walraven C, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2002 Apr;48:737-42. PubMed PMID: 12046369. Pubmed Central PMCID: PMC2214034. Epub 2002/06/06. eng.
89. 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. *Pharmacy world & science : PWS*. 2008 Jan;30(1):92-8. PubMed PMID: 17661157. Epub 2007/07/31. eng.
90. Granlund S. Epikrise med farmasøytnotat fra St.Olavs Hospital. *Når informasjonen fram til fastlegen?* [Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi]: Universitetet i Oslo; 2014.

Vedlegg 1: Prosjekt godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres 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

Trine Aag
Helgelandssykehuset HF
8607 MO I RANA

Vår dato: 07.04.2014

Vår ref: 37803/G/AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT

Vi viser til meldeskjema mottatt 21.02.2014 for prosjektet:

37803

Hvordan er kvaliteten på legemiddelinformasjon i epikriser ved Helgelandssykehuset Mo i Rana ved medisinsk og kirurgisk avdeling? Og hva mener fastlegene i området om dette? En kvantitativ og kvalitativ studie

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet oppfyller vilkårene i helsepersonelloven § 26 og følgelig er å anse som et kvalitetssikringsprosjekt med forankring i ledelsen ved Helgelandssykehuset HF. Behandlingen utløser meldeplikt i henhold til helseregisterloven § 29, og har hjemmel i helseregisterloven § 5.

På bakgrunn av helsepersonellovens krav om forankring i virksomhetens ledelse anbefaler personvernombudet at oppdraget formaliseres skriftlig og rettes til navngitte personer. Personvernombudet ber om å få kopi for arkivering (sendes: personvernombudet@nsd.uib.no).

Prosjektet skal gjennomføres av student Berit Svendsen Djonne, og resultatene skal inngå som en del av hennes masteroppgave.

Formålet med prosjektet er todelt. For det første skal man undersøke hvorvidt epikrisekvaliteten er i overensstemmelse med kriterier satt av pasientsikkerhetskampanjen. Man vil undersøke om det er forskjell på kvaliteten av legemiddelinformasjon i epikrisene ved kirurgisk avdeling i forhold til medisinsk avdeling. Denne delen er intern kvalitetssikring og gjennomføres i henhold til helsepersonelloven § 26 som nevnt foran.

Den andre delen innebærer å undersøke hva fastleger synes/mener om legemiddelinformasjonen i epikrisene. Denne delen gjennomføres etter samtykke fra fastlegene. Informasjonsskrivet som er utarbeidet tilfredsstillende vilkåret om informert samtykke, og denne delen gjennomføres i henhold til personopplysningsloven § 8 første ledd. Studenten har bekreftet i e-post mottatt 29.03.2014 at det ikke skal framkomme opplysninger om pasienter.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, kjme.saarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 61 53, solvi.anderssen@uit.no

Personvernombudet minner om at det kun skal registreres opplysninger som er nødvendig for å oppfylle formålet med kvalitetssikringsprosjektet. I henhold til helsepersonelloven skal opplysningene så langt det er mulig, være uten individualiserende kjennetegn.

Prosjektet avsluttes 31.12.2014. Datamaterialet som er benyttet til kvalitetssikringsformål skal da anonymiseres. Anonymisering vil innebære at direkte personopplysninger/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i datamaterialet.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, samt helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

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

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Katrine Utaaker Segadal


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby anne-mette.somby@nsd.uib.no

Kopi: Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana, Helgelandssykehuset HF

Vedlegg 2: Informasjon og samtykke erklæring

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

«Hvordan er kvaliteten på legemiddelinformasjon i epikriser ved Helgelandssykehuset Mo I Rana? Og hva mener fastlegene i området om dette?»

Mitt navn er Berit Djønnne og jeg arbeider med en masteroppgave innen klinisk farmasi ved Helgelandssykehuset Mo I Rana. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom universitetet i Tromsø, Helgelandssykehuset Mo I Rana og Sykehusapotek Nord HF og mine veiledere førsteamanuensis Beate Garcia, Universitetet i Tromsø og Master i klinisk farmasi Trine I. Aag, Sykehusfarmasøyt ved Sykehuset Mo i Rana

Formålet med studien er å undersøke kvaliteten på legemiddelinformasjonen i utskrivningsepikriser. Studien omhandler en kvantitativ del og en kvalitativ del. I den kvantitative brukes måleparameter satt av nasjonal pasientsikkerhetskampanje. I den kvalitative delen ønsker jeg å intervju fastleger i området Rana. Målet med intervjuene er å få innblikk i hvordan fastlegene opplever legemiddelinformasjon i dagens epikriser og hvilken ønsker de har for dette i fremtiden.

Denne forespørselen går ut til alle fastleger i området Rana som ilt det siste året har mottatt utskrivningsepikriser fra Helgelandssykehuset Mo I Rana

Hva innebærer deltagelse i studien?

Deltagelse i studien vil innebære at jeg kommer til ditt kontor for å avholde et dybdeintervju på ca 45-60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og jeg vil ta notater. Båndopptakene vil transkriberes og lagres uten personidentifiserbar informasjon. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med utskrivningsepikriser og dine ønsker for forbedringer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun jeg vil ha tilgang til båndopptakene, mens mine veiledere vil få tilgang til det transkriberte materialet. Opptakene vil bli lagret innelåst og på passord beskyttet PC

Prosjektet skal etter planen avsluttes høsten 2014 da masteroppgaven skal innleveres. Etterpå skal det skrives artikkel til publikasjon i fagfelleverdert tidsskrift. Når artikkelen er ferdig vil alle båndopptak slettes, senest 31.12.2015. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgave eller annen publikasjon.

Frivillig deltagelse?

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke din samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien ta kontakt med Berit Svendsen Djønnne på telefon 414 31 379 eller e-post beritsvendsen13@hotmail.com

[Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS](#)

Samtykke til deltagelse i studien

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

.....
(Signatur av prosjektdeltager, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning:

- Velkommen! Presentasjon av meg selv og intervjuets tema.
- Samtykkeskjema, hvis ikke allerede underskrevet.
- Forklaring av hva som skal skje: Samtalen tas opp med diktafon for å sikre mest mulig rett gjengivelse av informasjonen. Intervjuet vil i etterkant transkriberes og sendes til informant for gjennomlesning og eventuell redigering.
- Spørsmål før vi begynner?

Oppvarmingsspørsmål:

- Hva tenkte du når du fikk høre om tematikken for intervjuet?

Refleksjons spørsmål:

- Kan du fortelle litt om hva som skjer når du mottar en epikrise fra sykehuset? F.eks. Hvordan behandles denne? Når/hvordan følges det opp på instruksjer/anbefalinger i epikrisen?
- Hvordan opplever du legemiddelinformasjonen i epikrisene du mottar fra sykehuset Mo I Rana per i dag? Hva fungerer bra, noe som fungerer mindre bra?
- Kan du si noe om hva du selv mener om utformingen av legemiddelinformasjonen i epikrisene som kommer fra sykehuset? Legemiddelinformasjon rett /gal plass, for lite/for mye, utfyllende nok? Forbedringspotensialet?
- Kan du fortelle litt om tidsbruken ved å oppdatere medisinlister samt videreformidling til de riktige instanser.
- Kunne du beskrive hvordan samarbeidet foregår med kommunehelsetjenesten i forhold til oppdatering av legemiddellister? F.eks. etter at pasienter har vært på sykehus (fordeler, ulemper, utfordringer)?
- Hvordan er samarbeidet med apoteket vedrørende oppdatering av medisinlister?
- Sykehusfarmasøyten er nå i et prosjekt med orto -geriatiske pasienter. I forbindelse med dette skrives det et **farmasøytnotat**, som legen kan velge å sette deler av eller hele notatet inn i epikrisen. Dette notatet inneholder «begrunnelse for endringer av legemidler ved innleggelse», «legemidler i bruk ved utskrivelse», «avsluttede legemidler», og «oppfølging av legemidler». Det kommer ikke frem at farmasøyten har gjort en vurdering av medisinlisten. Kunne du tenke deg å vite om medisinlisten hadde vert vurdert av en farmasøyt?
- Fastlegeforskriften § 25. *Legemiddelbehandling sier blant annet « For listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en*

*legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering» u
føler blir praktisert?*

Avrundings spørsmål:

Noe som du kunne tenke deg å få frem som vi ikke har snakket om?

Vedlegg 4: Evaluering av fastmedisin, behovsmedisin og pasientorientering

Tabell 1 Antall evaluerte epikriser etter skåringsystem fra pasientsikkerhetskampanjen og andel fra medisinsk og kirurgisk avdeling som har oppnådd skåringer på hhv 0, 1 og 2 poeng på fastmedisin på legemiddellisten

Fastmedisin	Evaluerte epikriser		0 poeng		1 poeng		2 poeng	
	KIR	MED	KIR	MED	KIR	MED	KIR	MED
Spørsmål	n(%)	n(%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Kilde angitt?	240(87)	271(93)	239(100)	267(99)			1 (0)	4 (1)
Går regnskapet opp?	266(97)	289(99)	71(27)	75(26)			195(73)	214(74)
Er endringer begrunnet?	227(83)	249(86)	104(46)	59(24)	63(28)	85(34)	60(26)	105(42)
Er salgsnavn angitt?	275(100)	291(100)	14(5)	9(3)			261(95)	282(97)
Er generisk navn angitt?	275(100)	291(100)	124(45)	104(36)	143(52)	18(62)	8(3)	7(2)
Er dosering angitt?	275(100)	291(100)	20(7)	13(4)	14(5)	13(4)	24(88)	265(91)
Er indikasjon angitt?	275 (100)	291 (100)	213 (77)	254(87)	53 (19)	32(11)	9(3)	5(2)
Er kategori angitt?	275 (100)	291 (100)	222 (81)	174 (60)	46 (17)	84(29)	7 (3)	33 (11)

KIR; kirurgisk avdeling MED; medisinsk avdeling

Tabell 2 Antall evaluerte epikriser etter skåringsystem fra pasientsikkerhetsprogrammet og andel fra medisinsk og kirurgisk avdeling som har oppnådd skåringer på hhv 0, 1 og 2 poeng på behovsmedisin i legemiddellisten

Behovsmedisin	Evaluerte epikriser		0 poeng		1 poeng		2poeng	
	KIR	MED	KIR	MED	KIR	MED	KIR	MED
Spørsmål?	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kilde angitt?	140(84)	167(92)	139(99)	165(99)			1(1)	2(1)
Går regnskapet opp?	162(98)	180(99)	65(40)	56(31)			97(60)	124(69)
Er endringer begrunnet?	142(86)	131(72)	113(80)	96(73)	6(4)	5(4)	23(16)	30(23)
Er salgsnavn angitt?	166(100)	181(100)	33(20)	28(15)			132(81)	153(85)
Er generisk navn angitt?	166(100)	181(100)	147(89)	139(77)	15(8)	32(18)	4(2)	10(6)
Er dosering angitt?	166(100)	181(100)	56(34)	51(28)	9(5)	41(23)	101(61)	89(49)
Er indikasjon angitt?	166(100)	181(100)	100(60)	83(46)	11(7)	26(14)	55(33)	72(40)
ER kategori angitt?	166(100)	181(100)	141(85)	160(88)	4(2)	9(6)	21(13)	12(7)

KIR; kirurgisk avdeling, MED; medisinsk avdeling

Tabell 3 Antall evaluerte pasientorienteringer etter skåringsverktøy fra pasientsikkerhetsprogrammet og andel fra medisinsk og kirurgisk avdeling som har oppnådd skåringer på hhv 0, 1 og 2 poeng på legemidler i legemiddellisten.

Pasientorientering	Evaluerte epikriser		0poeng		1poeng		2poeng	
	KIR n(%)	MED n(%)	KIR n(%)	MED n(%)	KIR n(%)	MED n(%)	KIR n(%)	MED n(%)
Kilde angitt?	3	139	3(100)	139(100)			0(0)	0(0)
Går regnskapet opp?	4	144	0(0)	55(38)			4(100)	89(62)
Er endringer begrunnet?	4	134	2(25)	41(31)	1(25)	47(35)	1(25)	46(34)
Er salgsnavn angitt?	4	147	0(0)	14(10)			4(100)	133(90)
Er generisk navn angitt?	4	147	1(25)	39(27)	3(75)	108(73)	0(0)	0(0)
Er dosering angitt?	4	147	0(0)	12(8)	0(0)	38(26)	4(100)	97(66)
Er indikasjon angitt?	4	147	1(25)	71(48)	3(75)	64(44)	0(0)	12(8)
Er kategori angitt?	4	147	2(50)	85(58)	2(50)	42(29)	0(0)	20(14)

KIR; kirurgisk avdeling, MED; medisinsk avdeling

Vedlegg 5: Oppnådd poengsum innen hver måned i løpet av 2013

Poengoppnåelse for hver måned i 2013 for kirurgisk og medisinsk avdeling. For fastmedisinering, behovsmedisinering og pasientorientering.

Avdeling	Måned	Fastmedisin		Behovsmedisin		Pasientorientering	
		Poeng-oppnåelse		Poeng-oppnåelse		Poeng-oppnåelse	
		%	oppnådd/ mulige	%	oppnådd/ mulige	%	oppnådd/ mulige
Medisinsk avd.	Januar	46 %	187/406	47 %	100/212	36 %	81/222
Kirurgisk avd.	Januar	40 %	155/392	34 %	79/232		
Medisinsk avd.	Februar	43 %	193/444	35 %	97/276	41 %	74/160
Kirurgisk avd.	Februar	43 %	135/314	28 %	40/142		
Medisinsk avd.	Mars	44 %	154/276	36 %	49/138	43 %	60/138
Kirurgisk avd.	Mars	48 %	122/324	30 %	52/176		
Medisinsk avd.	April	50 %	185/370	42 %	75/180	55 %	78/142
Kirurgisk avd.	April	39 %	135/346	28 %	79/282		
Medisinsk avd.	Mai	42 %	155/368	31 %	61/194	38 %	78/204
Kirurgisk avd.	Mai	45 %	133/292	14 %	13/92		
Medisinsk avd.	Juni	50 %	150/298	48 %	75/156	56 %	98/176
Kirurgisk avd.	Juni	42 %	135/322	21 %	28/132		
Medisinsk avd.	Juli	48 %	180/370	42 %	90/212	56 %	128/230
Kirurgisk avd.	Juli	43 %	158/364	37 %	81/22	44 %	7/16
Medisinsk avd.	August	56 %	225/400	41 %	121/292	42 %	77/184
Kirurgisk avd.	August	48 %	184/386	39 %	109/276	57 %	17/30
Medisinsk avd.	September	46 %	179/388	35 %	85/246	47 %	126/270
Kirurgisk avd.	September	44 %	156/356	35 %	87/248	69 %	11/16
Medisinsk avd.	Oktober	51 %	218/424	37 %	77/206	53 %	108/204
Kirurgisk avd.	Oktober	46 %	164/354	45 %	117/262		
Medisinsk avd.	November	55 %	208/376	50 %	135/270	50 %	119/236
Kirurgisk avd.	November	46 %	165/358	43 %	101/336		
Medisinsk avd.	Desember	51 %	215/422	39 %	131/334	46 %	73/160
Kirurgisk avd.	Desember	50 %	203/402	46 %	114/248		
Medisinsk avd.	Totalt	49 %	2217/4526	40 %	1096/2764	47 %	1100/2326
Kirurgisk avd.	Totalt	45 %	1879/4210	35 %	899/2546	56 %	35/62
Begge avd.	Totalt	47 %	4094/8736	38 %	1996/5278	48 %	1135/2388