

«Forskerblikk»

En oversikt over forsknings- og utviklingsprosjekter i perioden 2008 – 2014



Sykehusapotekene i Midt-Norge har de siste årene økt aktiviteten innen forskning og utvikling. Forskingen vår er basert på både kvalitative og kvantitative metoder og omhandler legemiddelbruk og legemidelhåndtering i sykehus så vel som i primærhelsetjenesten. Mange av prosjektene er tilknyttet implementering og utvikling av klinisk farmasi i Midt-Norge, men vi har også prosjekt som har sett på erfaringer med ny teknologi som elektronisk kurve og multidose. Dette dokumentet presenterer prosjekter som er gjennomført i vårt foretak de siste årene. I tillegg gis en oversikt over pågående og planlagte prosjekter.

Innhold

2014	3
«Kvaliteten av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer fra sykehus og legers mening om legemiddelinformasjonen - En kvantitativ og kvalitativ studie ved Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital»	4
«Implementering av multidose i en kommunal hjemmetjeneste: Innvirkning på sikkerhet i legemiddelhåndteringen»	5
«Epikrise med farmasøytnotat - Fastlegers erfaringer med og nytte av farmasøytnotat ved utskrivning fra St. Olavs Hospital».....	7
«Epikrise med farmasøytnotat fra St. Olavs Hospital - Når informasjonen fram til fastlegen?».....	8
«Epikrise med farmasøytnotat fra St. Olavs Hospital – når informasjonen fram? - Intervju av hoftebruddspasienter».....	9
«Inhalasjonsteknikk hos kols- og astmapasienter».....	10
«Implementering av et strukturert kvalitetssikringsverktøy for identifisering og håndtering av legemiddelrelaterte problemer ved geriatrisk sengepost»	11
2013	12
« Legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming ved Ålesund sjukehus»	13
«Klinisk farmasi i Helse Midt-Norge – Formidling av klinisk farmasøytisk arbeid.».....	14
«Bruk av uhensiktsmessige legemidler i en lungemedisinsk avdeling - Optimalisering av legemiddelbruk ved klinisk farmasøyt.»	15
«Legemiddelrelaterte problemer hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk avdeling grunnet fallhendelser».....	16
«Legemiddelsamstemming – et tiltak som virker»	17
2012	18
«Kvalitet av legemiddelanamnese opptatt ved innleggelse på sykehus».....	19
«Legemiddelrelaterte problemer på intensivavdeling».....	20
«Klinisk relevans av farmasøytters intervensjoner på legemiddelrelaterte problemer».....	21
2011	22
«Quality assessment of drug reconciliation at discharge”	23

2010	24
«Bruk av medisinkort ved utskriving fra sykehus».....	25
«Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim kommune»	26
Legemiddelbruk hos deltagere med sykkelig fedme før og etter kirurgisk behandling (gastric bypass) eller konservativ behandling (livsstilsendring).....	27
2008	28
Pasientsamtaler om legemiddelbruk i rehabiliteringsinstitusjon i Trondheim kommune	29
Pågående og planlagte prosjekter	30
MIDNOR-TIA en substudie på effekten av legemiddelrådgivning fra farmasøyt på etterlevelse av sekundærprofylakse hos pasienter med nylig gjennomgått TIA (transitorisk ischemisk anfall).....	31
«bruk av digitale verktøy for å mestre legemiddelhverdagen hos kronisk syke pasienter.».....	32
Administration of oral medication in preschool children – Parent and children’s experiences	33
«App i apotek – en tjenestemodell for å øke pasientsikkerheten knyttet til legemiddelbruk ved utskriving fra sjukehus».....	34
Skriftlig legemiddelinformasjon til pasienter med epilepsi.....	35

2014

«Kvaliteten av legemiddelinformasjonen i epikriser og pasientorienteringer fra sykehus og legers mening om legemiddelinformasjonen - En kvantitativ og kvalitativ studie ved Ålesund sjukehus og St. Olavs hospital»

Caroline Ellevseth, masterstudent UiT

Formål

- I. å undersøke hvordan utskrivningsinformasjonen har endret seg etter innføring av standardisert mal for legemiddelopplysninger, og deretter en IKT støttet prosess for dette.
- II. å undersøke hvordan leger informerer pasienter og neste behandlingsledd om legemidler ved utskrivning fra sykehus, samt hva de mener er viktig informasjon i denne sammenheng

Metoder

- I. Retrospektiv journalgjennomgang for å vurdere kvalitet av epikriser og pasientorienteringer (mål: skåringstabellen til pasientsikkerhetsprogrammet)
- II. Fokuserte intervju med leger

Resultat/Konklusjon

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

«Implementering av multidose i en kommunal hjemmetjeneste: Innvirkning på sikkerhet i legemiddelhåndteringen»

Liv Johanne Wekre, Cand.Pharm., PhD i Samfunnsmedisin

TITTEL Implementation of multidose drug dispensing in a home care setting: Changes in safety of medicines management

ISBN: 978-82-326-0118-9 (papir)

ISBN: 978-82-326-0119-6 (elektronisk)

Formål

Formålet med forskningsarbeidet var å besvare følgende spørsmål knyttet til effekter av multidosesystemet:

- I. Hvordan påvirkes antallet og type uoverensstemmelse mellom legemiddellister hos fastlege og hjemmetjeneste?
- II. Hvordan opplever involverte grupper av helsepersonell endringer med hensyn på legemiddelsikkerheten i multidosesystemet?
- III. Hvordan påvirkes samarbeidet mellom involvert helsepersonell, samt rutiner, rolle- og ansvarsfordelingen i legemiddelkjeden?
- IV. Hvordan endres fastlegenes holdninger til multidose under innføringen?

Metoder

Tre studier ble gjennomført. Kvalitative så vel som kvantitative data ble samlet inn, og disse la grunnlag for metode-, kilde- og observatørtrianglering.

Studie I: Kontrollert før-etter-undersøkelse der oppføringer i legemiddellistene hos fastlege og hjemmetjeneste, samt hos apotek ble sammenlignet (samsvarsundersøkelse).

Studie II: Fokusgruppeintervju av helsepersonell involvert i multidosesystemet.

Studie III: Kontrollert før-etter-undersøkelse blant fastlegene i Trondheim (intervensjonsgruppe) og i Tromsø (kontrollgruppe). Spørreskjema ble brukt.

Resultat

Innføringen av multidose førte til bedre samsvar mellom medisinlistene hos fastlegene og hos hjemmetjenesten. Videre fant vi at medisinlistene hos fastlegene samsvarte bedre med medisinlistene på apotek enn hos hjemmetjeneste etter innføring av multidose. Imidlertid viste det seg at samsvaret for legemidler som administreres utenfor multidosesystemet (f.eks. øyedråper og inhalatorer) hadde en tilsvarende forbedring for den enkelte multidosebruker. Dette funnet tyder på at et økt fokus på legemiddelhåndteringen med informasjon- og opplæringstiltak samt nye rutiner som avklarer oppgaver og ansvarsforhold hos de ulike aktørene (fastlegekontor, apotek og hjemmetjeneste), var avgjørende.

Funnene viser også at selv om antall uoverensstemmelser mellom medisiner ble redusert, var forekomsten av avvik fortsatt høy. Dette forteller at flere tiltak og et kontinuerlig fokus på legemiddelhåndteringen er nødvendig for å etablere og opprettholde god kvalitet. Fastlegene så vel som farmasøytene rapporterte om bedre oversikt over pasientenes legemidler og dermed bedre kontroll. Involvert helsepersonell fortalte også om økende tillit til hverandre og til multidosesystemet etter hvert som nye rutiner ble implementert. Likevel ble tilliten til multidosesystemet utfordret av redusert fleksibilitet. Det opplevdes blant annet som vanskeligere å gjøre fortløpende endringer i medisineringen sammenliknet med i det tidligere manuelle systemet som benyttet ukesdosetter. I tillegg uttrykte sykepleierne bekymring for at automatiseringen ville svekke deres kunnskap om den enkelte pasientens medisiner, og dermed gjøre dem mindre kompetente til å observere legemidlenes effekter og eventuelle bivirkninger hos pasienten. Fastlegene mente at elektronisk kommunikasjon kunne forenkle og forbedre utvekslingen av legemiddelinformasjon, og dermed bedre betingelsene for multidosesystemet.

Fastlegene i Trondheim viste en positiv holdning til multidoser. Det ble rapportert økt arbeidsmengde, men likevel ønsket de fleste fastlegene at multidosesystemet skulle videreføres. For å gjøre koordineringen i multidosesystemet mindre kompleks, besluttet Trondheim kommune at kun pasientens fastlege kunne forskrive legemidler til multidoser. Den tydelige ansvarliggjøringen av fastlegene tvang dem til å ta et større ansvar for sine pasienters legemidler. Forbedrede rutiner og samhandling mellom fastleger, apotek og hjemmetjenesten omfattet imidlertid bare pasienter som var mottakere av multidoser. Tilsvarende forbedringer skjedde ikke for pasienter som brukte vanlige dosettesker, selv om disse pasientene hadde samme fastlege og samme hjemmetjeneste som pasientene med multidoser.

Konklusjon

I Trondheim førte innføringen av multidoser til bedre kvalitet og sikkerhet i legemiddelhåndteringen for pasienter i hjemmetjenesten. Forskingen viser imidlertid at det viktigste bidraget til bedre kvalitet var vektleggingen av de ulike trinnene i legemiddelhåndteringen, bedre kommunikasjon og samarbeid mellom involvert helsepersonell, og avklaring av oppgaver og ansvar. Funnene kan ikke uten videre generaliseres, men innsikten som presenteres av handlingen kan være gyldig for andre som planlegger å innføre multidoser eller som allerede bruker multidoser i hjemmetjenesten.

Originalartikler

Wekre LJ, Spigset O, Sletvold O, Sund JK and Grimsmo A, (2010): Multidoser drug dispensing and discrepancies between medication records. Qual Saf Health Care 19(5): e42.

Wekre LJ, Melby L and Grimsmo A, (2011): Early experiences with the multidoser drug dispensing system - A matter of trust? Scand J Prim Health Care 29: 45-50.

Wekre LJ, Bakken K, Garåsen H and Grimsmo A, (2012): GPs' prescription routines and cooperation with other healthcare personnel before and after implementation of multidoser drug dispensing. Scand J Public Health, 40(6): 523-530

«Epikrise med farmasøytnotat - Fastlegers erfaringer med og nytte av farmasøytnotat ved utskrivning fra St. Olavs Hospital»

Elizabeth Aa, master i klinisk farmasi

Formål

Å undersøke fastlegers erfaringer med og nytte av farmasøytnotat i epikrise.

Metode

Fokusgruppeintervju med fastleger

Resultat

Resultatene viser at deltakerne var positive til utskrivningsnotatet fra farmasøyt. De føler seg veldig trygge når de mottar strukturert legemiddelinformasjon, hvor alle endringer er begrunnet. De oppfatter terapianbefalingene som en god støtte til å gjøre egne vurderinger, samtidig som anbefalingene bidrar til læring. Noen av anbefalingene kan med fordel formuleres mer tydelig mener deltakerne. Farmasøytnotatet trekkes frem som en berikelse og et bidrag til bedre kommunikasjon og samhandling mellom omsorgsnivåene. Deltakerne mener pasienten må involveres før anbefalte endringer i behandlingen eventuelt kan iverksettes, og de mener sykehuset bør oppfordre pasienten om å bestille seg time. Noen anbefalinger, for eksempel nedtrapping og seponering av benzodiazepiner, nevner deltakerne som vanskelig å gjøre noe med. Resultatene viser at det er forskjell på deltakernes syn på egen rolle. Det er også forskjell i kunnskapsnivå mellom deltakerne og spesialistene når det gjelder kunnskap omkring behandling med bisfosfonater.

Konklusjon

Resultatene viser at det kan være en god løsning at farmasøyt kommuniserer strukturert legemiddelinformasjon og terapianbefalinger til fastlege gjennom epikrisen.. Kompleksiteten i helsevesenet hindrer i mange tilfeller god kommunikasjon mellom omsorgsnivåene, og det er ulike momenter som bidrar til at ikke alle anbefalinger blir lest, vurdert og tatt til følge.

«Epikrise med farmasøytnotat fra St. Olavs Hospital - Når informasjonen fram til fastlegen?»

Sylvia Granlund, master i klinisk farmasi

Formål

- I. å undersøke i hvilken grad fastleger tar til følge legemiddelrelaterte problemer (LRP) beskrevet i farmasøytnotat i epikrisen,
- II. å undersøke hvilke typer LRP som blir tatt til følge og ikke.

Metode

Telefonintervju med fastleger

Resultat

Det var sendt ut 263 LRP fordelt på 104 anbefalinger og 159 endringer i legemiddellisten i farmasøytnotat fra OTS. Totalt var 30% av alle LRP i farmasøytnotat tatt til følge. Den vanligste årsaken til at LRP ikke var tatt til følge, var at pasienten ikke hadde vært til legetime etter utskrivelsen (81%) . Fastleger som hadde hatt sin pasient til legetime etter utskrivelsen hadde tatt til følge 67% av alle LRP som de hadde mottatt i epikrisene. Den vanligste årsaken til at denne fastlegegruppen ikke hadde tatt til følge LRP, var at disse LRPene ikke hadde blitt vurdert på tidspunktet for telefonintervju. «Seponering av unødvendig legemiddel» var det LRP som oftest var tatt til følge, og utgjorde 63% av alle LRP som var tatt til følge. «Oppstart av legemiddel» var det LRP som oftest ikke var tatt til følge, og utgjorde 38% av denne gruppen.

Konklusjon

Det er viktig at pasienten er til konsultasjon hos fastlegen etter utskrivning fra ortopedisk avdeling for at fastlegen skal ta til følge endringer i legemiddelregimet notert av farmasøyt i epikrise. Hvis konsultasjon er gjennomført tas legemiddelrelaterte problemer notert i farmasøytnotat i stor grad til følge.

«Epikrise med farmasøytnotat fra St. Olavs Hospital – når informasjonen fram? - Intervju av hoftebruddspasienter»

Kristin Middal, master i klinisk farmasi

Formål

- I. å undersøke om farmasøytnotatet har påvirket pasientenes legemiddelbehandling.
- II. å se på hvordan pasientene har opplevd tiden etter hoftebruddet med tanke på effekter og bivirkninger av legemiddelbehandlingen.

Metode

Pasientintervju noen uker etter utskrivelse fra sykehus. Det ble brukt et semistrukturert skjema for å samle inn data.

Resultat

Totalt 19 pasienter ble intervjuet, derav én pasient per telefon (resten i hjemmet). Gjennomsnittsalder var 79 år og 58 % var kvinner. 37 % av pasientene hadde vært hos fastlegen sin etter hoftebruddet. Epikrisenotatene fra farmasøyt inneholdt 8,1 legemiddelrelaterte problemer (LRP) per pasient i gjennomsnitt, og 70 % av disse var helt eller delvis fulgt opp etter utskrivelsen. Det var store differanser mellom ulike typer av LRP. Blant de største gruppene, «Behov for tillegg av legemiddel» (1a), «Unødvendig legemiddel» (1b) og «Behov for/manglende monitorering av effekt og toksisitet av legemidler» (6a) er under halvparten fulgt opp i gruppe 1a og 6a, mens 90 % er fulgt opp i gruppe 1b. Mange pasienter har treg fordøyelse og varierende grad av smerte og de har liten kunnskap om forebygging av forstoppelse og smerte. Antall fallegemidler har endret seg lite siden hoftebruddet.

Konklusjon

Denne studien viser at anbefalinger som gjelder vurdering av nye legemidler og videre oppfølging med blodprøver i liten grad er fulgt opp. Anbefalinger om seponering av legemidler i farmasøytnotatet blir ofte fulgt opp både hos de som har vært og ikke har vært hos fastlegen. Færre pasienter enn antatt hadde vært hos fastlegen sin etter hoftebruddet. Pasientene opplever fortsatt problemer flere uker etter hoftebruddet innenfor områder med stort fokus i hoftebruddsprosjektet (smerte og fordøyelse).

«Inhalasjonsteknikk hos kols- og astmapasienter»

Eva Margrethe Nor Buset, master i klinisk farmasi

Formål

- I. å undersøke hvor stor andel av pasienter med kols og/eller astma innlagt på Medisinsk avdeling som brukte sin inhalasjonsmedisin riktig.
- II. å undersøke om enkelte parametere kunne forutsi dårlig inhalasjonsteknikk.

Metode

- I. observasjon av inhalasjonsteknikk
- II. lungefunksjonstester (spirometri og peak inspiratory flow)
- III. Det ble utarbeidet og benyttet enkle sjekklister for å vurdere inhalasjonsteknikken

Resultat

Det ble inkludert 43 pasienter i studien. 46,5 % av pasientene hadde middels eller dårlig inhalasjonsteknikk. Det var signifikant sammenheng mellom bruk av anxiolytika, hypnotika, sedativa, antidepressiva og visse typer antiepileptika og dårlig inhalasjonsteknikk. Det var ikke signifikant sammenheng mellom parameterne alder, funksjonsnivå, lungefunksjon, syn, antall inhalatorer eller tidligere opplæring, og dårlig inhalasjonsteknikk.

Konklusjon

Våre resultater viser at det er stort behov for å forbedre inhalasjonsteknikken til pasienter med astma og kols innlagt i sykehus. Vi tror at jevnlig evaluering, kombinert med opplæring, vil bedre pasientenes inhalasjonsteknikk. Innleggelse i sykehus er en god anledning for helsepersonell å evaluere pasientens inhalasjonsteknikk og gi nødvendig opplæring før utskrivning. En bør være særlig oppmerksom på pasienter som bruker visse legemidler (se over). Bruk av disse legemidlene er muligens hyppigere hos pasienter hvor sykdommen i større grad påvirker deres livskvalitet.

Resultatene fra denne studien vil bli brukt som et utgangspunkt for det videre arbeidet med å lage en opplæringsstrategi for helsepersonell og innlagte pasienter på Medisinsk avdeling ved Ålesund Sykehus.

«Implementering av et strukturert kvalitetssikringsverktøy for identifisering og håndtering av legemiddelrelaterte problemer ved geriatrik sengepost»

Terje Halbostad, master i klinisk farmasi

Formål

Identifisere og håndtere legemiddelrelaterte problem ved geriatrik sengepost.

Metode

- I. Integrated Medicines Management (IMM)
- II. Uoverensstemmelser og LRP ble registrert, og klassifisert
- III. Identifiserte LRP og uoverensstemmelser ble diskutert med lege i previsitt, og utfall av dette registrert som tatt til følge eller ikke.

Resultat

Totalt 32 pasienter ble inkludert i studien. Hos drøyt halvparten av disse (n=17, 53,1 %) ble det i alt identifisert 33 uoverensstemmelser under legemiddelsamstemmingen. Ytterligere 99 LRP ble identifisert under legemiddelgjennomgangen hos samtlige pasienter. Samlet sett ble det følgelig avdekket 132 LRP/uoverensstemmelser (i gjennomsnitt antall 4,1 tilfeller pr pasient). Hovedparten av uoverensstemmelser var at legemidler manglet i pasientkurven (n=10, 30,3 %). Blant øvrige LRP var unødvendig legemiddel og høy dose hyppigst forekommende (totalt n=40, 40,4 %). Av 130 LRP/uoverensstemmelser presentert for lege under previsitt, ble 92 tilfeller (70,8 %) tatt til følge i form av forskrivningsendring eller klinisk oppfølging.

Konklusjon

Studien viser at bruk av IMM-modellen sammen med relevante forskrivningsverktøy kan bidra til å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen hos eldre pasienter. Videre indikerer studien at previsitt er velegnet som forum for å legge frem og diskutere LRP/uoverensstemmelser, og at klinisk farmasøyt kan bidra med nyttig kompetanse i det geriatrike teamet.

2013

« Legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming ved Ålesund sjukehus»

Torill Kleppe, masterstudent UiB

Formål

Å få innspel til betringar i prosessane legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming for Helse Møre og Romsdal HF.

Metode

- I. Dybdeintervju med legar og sjukepleiarar
- II. Journalgjennomgang/SPC.
- III. Dokumentanalyse av innsamla prosedyrar og retningslinjer for legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming frå helseføretak og sjukehus i Noreg.

Resultat

Omgrepet legemiddelanamnese har informantane god forståing av, og prosessen er prioritert i mottak. Omgrepet legemiddelsamstemming derimot er ganske nytt og uavklart for informantane. Dei peikar på fleire barrierar for implementering av samstemminga. Dei viktigaste barrierane er kommunikasjon, ansvarsfordeling, tid og ressursar. Journalgjennomgangen viser at legemiddelanamnese blir dokumentert for dei fleste pasientane medan legemiddelsamstemming berre blir dokumentert for ca 8% av pasientane. Nesten alle helseføretak og sjukehus har rutine for legemiddelanamnese som er ganske lik Helse Møre og Romsdal HF si prosedyre. Langt færre har rutine for legemiddelsamstemming. Berre Helse Møre og Romsdal HF opnar for at anna helsepersonell enn farmasøytar kan utføre samstemminga.

Konklusjon

Arbeidet med legemiddelanamnese i akuttmottaket har lønt seg og arbeidsoppgåva er no prioritert. Legemiddelsamstemming er ei ny arbeidsoppgåve som ingen har, eller vil ha ansvaret for. Det eksisterer fleire barrierar ein må overkome for å få på plass heile prosessen for innhenting av korrekt og fullstendig legemiddelinformasjon. Dei viktigaste barrierane er omgrepsavklaring, ansvarsfordeling og betre kommunikasjon.

«Klinisk farmasi i Helse Midt-Norge – Formidling av klinisk farmasøytisk arbeid.»

Sara Marie Volstad, masterstudent UiB

Formål

Å beskrive hvordan klinisk farmasi praktiseres i Helse Midt-Norge RHF i dag, med fokus på muntlig- og skriftlig samhandling mellom samarbeidende helsepersonell. Områder med forbedringspotensial fra farmasøytens perspektiv skulle belyses.

Metoder

- I. Observasjonsstudier
- II. Dokumentanalyse av farmasøytnotater i elektronisk pasientjournal (EPJ)
- III. Fokusgruppeintervju (leger og farmasøyter) og fokuserte intervju (leger).

Resultat

De kliniske farmasøytiske tjenestene har utviklet seg lokalt etter hvilke avtaler de ulike sykehusapotekene har hatt med sine sykehus. Dette involverer blant annet prioriterte arbeidsoppgaver, antall dager tilstede på avdelingen, arena for muntlig kommunikasjon og EPJ-tilganger. Ulike EPJ-tilganger har ført til ulik form for journalskriving. Alle intervjuobjektene mente at klinisk farmasi er nyttig. Farmasøyter gir økt trygghet for pasientene, økt fokus på legemiddelområdet, kvalitetssikring av legemiddelbruk og -informasjon og er gode diskusjonspartnere for leger og sykepleiere. Flere aspekter rundt hvordan farmasøyten blir brukt og bør brukes som en ressurs i det tverrfaglige behandlingsteamet ble belyst og forbedringsløsninger ble foreslått.

Konklusjon

De kliniske farmasøytene ved de ulike sykehusene utførte kliniske farmasøytiske tjenester på ulike måter, selv om utgangspunktet i IMM-modellen er lik. Kliniske farmasøyter er et nyttig bidrag til behandlingsteamet både på pasient- og systemnivå. Muntlig kommunikasjon er foretrukket for samhandling og previsitten trekkes frem som egnet arena. Farmasøytnotat i EPJ kan utnyttes i større grad. Dette krever gode løsninger for tilgjengelighet enten gjennom linking av notat til legejournalen, eller direkte tilgang til legejournalen. Farmasøytens effektive tidsbruk kan optimaliseres ved bedre tilrettelegging. Farmasøyter kan i større grad enn i dag brukes til organisert undervisning, både overfor den enkelte pasient og annet helsepersonell.

Gode, konkrete avtaler mellom sykehusapotek og sykehusavdelinger er viktig å få på plass for å etablere fruktbare samarbeid og fremme trygge pasientforløp.

«Bruk av uhensiktsmessige legemidler i en lungemedisinsk avdeling - Optimalisering av legemiddelbruk ved klinisk farmasøyt.»

Heidi Hansbakk Skjetne, master i klinisk farmasi

Formål

- I. Undersøke omfang av bruk av uhensiktsmessige legemidler ved innleggelse ved lungemedisinsk avdeling, Sykehuset Levanger.
- II. Undersøke hvorvidt klinisk farmasøyt kunne påvirke omfang av bruk av uhensiktsmessige legemidler.
- III. Undersøke andre typer LRP og hvorvidt klinisk farmasøyt kunne bidra til å redusere og løse disse.

Metoder

- I. Prospektiv studie:
 - a. Integrated Medicines Management (IMM)
 - b. Uoverensstemmelser og LRP ble registrert, og klassifisert
 - c. Identifiserte LRP og uoverensstemmelser ble diskutert med lege i previsitt, og utfall av dette registrert som tatt til følge eller ikke.
 - d. NorGeP-kriteriene og STOPP-lista ble benyttet som verktøy for å vurdere bruk av uhensiktsmessige legemidler.
- II. Retrospektive studie:
 - a. NorGeP-kriteriene og STOPP-lista benyttet for å vurdere bruk av uhensiktsmessige legemidler ved utreise.

Resultat

Prospektiv studie: Av de 40 pasientene som fylte alderskravene hadde 19 (47,5 %) uhensiktsmessige legemidler iht. NorGeP-kriteriene og/eller STOPP-lista ved innkomst. Ved utreise var dette redusert til 11 pasienter (27,5 %). Gjennomsnittlig antall uhensiktsmessige legemidler per pasient var ved innkomst 1,13 og ved utreise 0,38. Det ble totalt funnet 331 LRP. Mangelfull føring av medikamentkurve og en rekke andre typer LRP ble identifisert. Legenes aksept for farmasøytens anbefalinger var høy. Retrospektiv studie: Av de 19 pasientene som fylte alderskravene ble 10 (52,6 %) skrevet ut med uhensiktsmessige legemidler. Gjennomsnittlig antall uhensiktsmessige legemidler per pasient var 1,0.

Konklusjon

Denne studien viser at uhensiktsmessig legemiddelbruk er et vanlig problem hos pasienter på en lungemedisinsk avdeling, så også forekomst av andre legemiddelrelaterte problemer. Fagkompetanse innen klinisk farmasi i det medisinskfaglige teamet, og i pasientforløpet, gir en klar kvalitetsforbedring for pasienten.

«Legemiddelrelaterte problemer hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk avdeling grunnet fallhendelser»

Maris Rүүson Grundvåg, master i klinisk farmasi

Formål

- I. å identifisere legemiddelrelaterte problemer hos fallpasienter
- II. bidra til å optimalisere legemiddelbehandlingen etter fallet ved å gjennomføre legemiddelgjennomganger i et tverrfaglig samarbeid mellom farmasøyt og lege.
- III. å kartlegge i hvilken grad innspill fra farmasøyt medførte endringer i legemiddelbehandlingen på sykehuset og videreformidlet til fastlege eller sykehjemslege etter utskrivelse.

Metode

- I. Integrated Medicines Management (IMM)
- II. Uoverensstemmelser og LRP ble registrert, og klassifisert
- III. Identifiserte LRP og uoverensstemmelser ble diskutert med lege i previsitt, og utfall av dette registrert som tatt til følge eller ikke.

Resultater

Totalt 51 pasienter ble inkludert i prosjektet, hvorav 25 med hoftebrudd og 26 med andre typer fallrelaterte brudd/skader (gjennomsnittsalder 79,6 år, 61 % kvinner). Hos 32 pasienter ble det identifisert uoverensstemmelser i forbindelse med legemiddelsamstemming. Etter gjennomført legemiddelgjennomgang ble det videre avdekket LRP hos 44 pasienter. De vanligste LRP hos begge pasientgrupper var "behov for monitorering av legemiddelbehandling" og "uhensiktsmessig legemiddelvalg". Totalt 67 av 119 farmasøytiske forslag førte til endring i legemiddelbehandlingen under sykehusoppholdet, mens 33 av forslagene ble videreformidlet til fastlege eller sykehjemslege for oppfølging etter utskrivelse.

Konklusjon

Dette masterprosjektet avdekket en høy forekomst av legemiddelrelaterte problemer hos pasienter lagt inn på sykehus etter fallhendelser. En stor andel av de identifiserte problemene medførte endringer i legemiddelbehandlingen, noe som indikerer at tverrfaglig samarbeid mellom ortoped og farmasøyt kan bidra til å optimalisere legemiddelbehandlingen hos eldre pasienter etter fallhendelser.

«Legemiddelsamstemming – et tiltak som virker»

Sjukehusapoteket i Ålesund

Formål:

Å undersøke effekten av legemiddelsamstemming utført av opplært helsepersonell på sengepost i kirurgisk klinikk.

Metode

Studien ble utført som en prospektiv kontrollert studie hvor man sammenlignet kvalitet på legemiddelinformasjon før og etter innføring av legemiddelsamstemming. Kvalitetsindikator var uoverensstemmelser mellom best mulig legemiddelliste innhentet av farmasøyt og legemiddellisten på kurven. Metode for å komme frem til best mulig legemiddelliste ble hentet fra modellen for Integrated Medicines Management (IMM).

Resultat

191 pasienter ble rekruttert til studien (77 til kontroll og 114 til intervensjon). Gjennomsnittlig antall uoverensstemmelser per pasient ble redusert fra 1,21 i kontrollgruppen til 0,45 i intervensjonsgruppen. Andel pasienter med minst 1 uoverensstemmelse ble redusert fra 52,0 % til 25,4 %.

Konklusjon

Legemiddelsamstemming utført av sykepleiere på kirurgisk sengepost førte til forbedret kvalitet på legemiddelinformasjon ved innleggelse på Ålesund sjukehus.

Publikasjon

Holler et al., Sykepleien Forskning, submittet 2014

2012

«Kvalitet av legemiddelanamnese opptatt ved innleggelse på sykehus»

Kari-Anne Fagervoll, masterstudent UiB

Formål

Undersøke kvaliteten av opptatt legemiddelanamnese etter innføring og opplæring i ny prosedyre for opptak av legemiddelanamnese.

Metode

- I. Deskriptiv kartleggingsstudie
- II. Endepunktet var uoverensstemmelser mellom best mulig legemiddelanamnese innhentet av farmasøyt og legemiddellisten på kurven.
- III. Metode for å komme frem til best mulig legemiddelanamnese ble hentet fra modellen for Integrated Medicines Management (IMM).
- IV. Retrospektiv vurdering av klinisk relevans av uoverensstemmelser

Resultat

Blant de 151 inkluderte pasientene ble 244 uoverensstemmelser avdekket. Nittini av pasientene (65,6 %) hadde minst én uoverensstemmelse. Ekspertpanelets vurderinger viste at mer enn en av fire pasienter hadde minst én klinisk relevant uoverensstemmelse.

Konklusjon

Resultatene viser at klinisk relevante uoverensstemmelser i legemiddelanamnesen er vanlig forekommende til tross for gjennomføring av forbedringstiltak. Ytterligere tiltak, slik som legemiddelsamstemming utført av opplært helsepersonell, bør innføres for å forbedre opptak av legemiddelanamnese og dermed ivareta pasientsikkerheten.

Publikasjon

Fagervoll et al., Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2013 (10)

«Legemiddelrelaterte problemer på intensivavdeling»

Kristine Lundereng, master i klinisk farmasi

Formål

- I. kartlegge uoverensstemmelser mellom pasientens faktiske bruk av legemidler før innleggelse og intensivavdelingens legemiddelkurve
- II. identifisere, klassifisere og kartlegge legemiddelrelaterte problem (LRP)

Metode

- I. Integrated Medicines Management (IMM)
- II. Klassifisering av registrerte uoverensstemmelser og LRP
- III. Registrering av legens respons på farmasøytisk intervensjon

Resultat

Totalt ble 23 intensivpasienter og 14 postoperative pasienter inkludert. Hos 29 av pasientene (78 %) ble det avdekket uoverensstemmelser på legemiddelkurven i forhold til hva de faktisk brukte ved innkomst. Antallet uoverensstemmelser var noe høyere i den postoperative gruppen enn intensivpasientgruppen, henholdsvis 3,1 og 2,8 uoverensstemmelser per pasient. Det ble gjennomført totalt 108 legemiddelgjennomganger med en spredning på 1-25 legemiddelgjennomganger per pasient avhengig av liggetid. Det ble totalt identifisert 107 LRP hos 67 % av pasientene. Av disse var 29 % knyttet til ikke-optimal dosering mens 17 % var knyttet til ikke-optimal behandling/ubehandlet indikasjon. I alt 73 % av innspillene fra farmasøyt ble tatt til følge av lege og forordninger endret.

Konklusjon

Et stort omfang av uoverensstemmelser på legemiddelkurve og LRP ble identifisert ved intensivavdelingen ved Sykehuset Levanger. Majoriteten av innspillene fra farmasøyt ble tatt til følge, noe som viser at integrering av klinisk farmasøyt i det tverrfaglig teamet på intensivavdelinger kan bidra til å kvalitetssikre både akutt- og profylaktisk legemiddelbehandling hos denne kritisk syke pasientgruppen.

Publikasjon

Lundereng et al., Poster ESCP 2012, Poster EAHP 2013, Posterpris Den Regionale Forskningskonferansen for Helse Midt-Norge 2013

«Klinisk relevans av farmasøytens intervensjoner på legemiddelrelaterte problemer»

Marit Buajordet, master i klinisk farmasi

Formål

Å studere klinisk relevans av farmasøytens anbefalinger til løsning på legemiddelrelaterte problemer (LRP).

Metode

- I. Prospektiv identifisering av LRP ved bruk av IMM
- II. Retrospektiv vurdering av farmasøytens intervensjon

Resultat

Av 51 pasienter, gjennomsnittsalder 64,3 år, hadde 36 kvinner og 15 menn 203 anbefalinger til løsning av LRP, 141 (69,5 %) ble tatt opp til diskusjon i tverrfaglig team. 112 anbefalinger hos 46 pasienter ble klassifisert med hensyn på klinisk relevans. Av 112 anbefalinger ble 0,9 % klassifisert som særdeles relevant, 10,7 % som veldig relevant, 45,5 % som relevant, 27,7 % som noe relevant, 11,6 % som ingen relevans og 3,6 % som mulig ugunstig. Lege fulgte farmasøytens anbefaling i 79 (70,5 %) av 112 tilfeller. De fleste, 65,2 % hadde minst én anbefaling som var klinisk relevant.

Konklusjon

Legemiddelsamstemminger og legemiddelgjennomganger hjelper farmasøyten til å identifisere LRP og gi anbefaling til løsning av problemene som i stor grad er klinisk relevante. De fleste pasientene har nytte av kompetansen farmasøyten tilfører tverrfaglig team. Leges aksept av anbefalingene er høy. Studien er et viktig bidrag for videre utvikling og forskning på modellen Integrated Medicines Management (IMM) i Midt-Norge.

Publikasjon

Buajordet et al, Poster EAHP 2013

2011

«Quality assessment of drug reconciliation at discharge»

Sjukehusapoteket i Ålesund

Formål

Evaluering av legemiddelsamstemming ved utskriving etter innføring av en standardisert mal for legemiddelinformasjon.

Metode

- I. Retrospektiv journalgjennomgang
- II. Bruk og kvalitet målt i antall uoverensstemmelser mellom kurve og utskrivningsinformasjon ble vurdert av farmasøyt.

Resultat

125 av 139 pasienter (91%) fikk skriftlig informasjon ved utskriving. Den standardiserte malen ble brukt i 98 tilfeller (78%). Feltet som beskriver «endringer i medisiner under oppholdet» ble brukt i 80 tilfeller (82%), medisintabellen ble brukt i 87 tilfeller (89%) og informasjon om allergier var dokumentert i 51 tilfeller (52%).

143 uoverensstemmelser mellom medisinkurven og utskrivningsinformasjonen ble registrert. I de fleste tilfellene manglet et eller flere legemidler på utskrivningsinformasjonen i forhold til det som var dokumentert i kurven. I de 87 tilfellene hvor medisintabellen ble brukt, manglet formuleringen i 37%, styrken i 11% og dosering i 1%. I 40% av tilfellene manglet indikasjon.

Konklusjon

Implementering av en standardisert mal for informasjon ved utskriving er mulig. Endringer i medisineringen er stort sett dokumentert og begrunnet og de fleste pasienter får med seg en liste over legemidler i bruk. Kvaliteten av legemiddelinformasjonen er ikke optimal. Malen virker som en veileder for leger som skriver informasjonen, men så lenge den skrives manuelt vil ikke alle leger bruke den som tenkt og informasjonen vil ikke bli fullstendig og korrekt i alle tilfeller.

Publikasjon

Lim et al., Poster ESCP Utrecht 2011

2010

«Bruk av medisinkort ved utskriving fra sykehus»

Sykehusapoteket i Levanger

Formål

Undersøke om utlevering av medisinkort til pasientene ved utskriving førte til bedre legemiddelinformasjon.

Metode

Spørreundersøkelse blant pasienter utskrevet fra hjertemedisinsk avdeling

Resultater

Av pasientene som fikk medisinkort, oppga 139 (86 prosent) at dette i stor eller svært stor grad ga dem en tilfredsstillende oversikt over lege midlene deres. I den samme gruppen mente 49 prosent av pasientene at informasjonen om virkninger og bivirkninger var tilstrekkelig, mot 11 prosent av dem som ikke fikk medisinkort. Over halvparten av pasientene i begge grupper (henholdsvis 70 prosent og 54 prosent) hadde i liten eller ingen grad ubesvarte spørsmål om legemidlene sine.

Konklusjon

Vi foreslår at utlevering av medisinkort kombinert med en strukturert legemiddelsamtale før utskriving bør innføres i Helse Nord-Trøndelag. Resultatene tilsier at det først bør gjennomføres en intervjuundersøkelse for å kartlegge forbedringspotensialet til legemiddelsamtalen.

Publikasjon

Steinshamn et al., Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2013 (1)

«Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim kommune»

Trondheim kommune, Sykehusapoteket i Trondheim og Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Formål

- I. Systematisk utprøving av IMM-modellen i kommunehelsetjenesten
- II. Etablere en praktisk gjennomførbar modell for legemiddelgjennomganger i Trondheim kommune inklusiv seleksjonskriterier for hvilke pasienter som vil ha mest nytte av denne typen tjeneste
- III. Bruke funnene fra legemiddelgjennomganger/samstemming for å etablere kliniske prosedyrer/retningslinjer som belyser oppfølgingsområder for å sikre riktig legemiddelbruk

Metoder

- I. *Legemiddelgjennomgang (LMG) i henhold til IMM ble gjennomført på sykehjemspasienter og på hjemmeboende pasienter som har hjelp til legemiddelhåndtering fra kommunehelsetjenesten (HBO).* For HBO pasientene ble det i forkant av LMG gjort en legemiddelsamstemming.
- II. Legemiddelrelaterte problemer (LRP) inkludert klassifisering etter norsk konsensus, utfall etter diskusjon i tverrfaglig team/fastlege, type legemidler involvert etter ATC-klassifisering og tidsbruk ble registrert.
- III. Kvalitativ evaluering, med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet,

Resultat

65 sykehjemspasienter og 49 HBO-pasienter ble rekruttert. Gjennomsnittsalder var hhv 87 og 84 år. Det ble funnet et gjennomsnitt på hhv 2,9 og 3,3 LRP per pasient. Reduksjon i antall legemidler etter LMG var hhv 11 % og 4 %. For sykehjemspasientene ble foreslått tiltak utført for 67 % av LRP'ene, i tillegg til at i 17 % av tilfellene var legen enig i problemstilling men resultat var uavklart etter endt tverrfaglig møte. For hjemmetjenestepasientene ble tiltak utført for 39 % av LRP'ene, mens det i 36 % av tilfellene var uavklart resultat selv om fastlegen var enig i problemstillingene. Den kvalitativ evaluering viste at alle involverte uttrykte positive erfaringer med legemiddelgjennomgangene. Både farmasøyter, leger og sykepleiere ble sett på som nødvendige parter i det tverrfaglige samarbeidet. Studien gir ikke et entydig svar på hvordan farmasøytressurser best kan utnyttes i fremtiden.

Konklusjon

IMM-modellen er en systematisk modell som egner seg godt til bruk også i kommunehelsetjenesten, både for sykehjems- og hjemmetjenestepasienter.

Publikasjon

Hageler AG, Fjermestad T, Midtdal K. Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim kommune. *Utposten – Blad for Allmenn – og Samfunnsmedisin* 2013; 4: 19-22.

Ekstern evaluering

Kvalitativ evaluering av legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Ingvild K haugen og Aslak Steinsbakk, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim, Norge.

Legemiddelbruk hos deltagere med sykkelig fedme før og etter kirurgisk behandling (gastric bypass) eller konservativ behandling (livsstilsendring)

Annette Storflor Moen, masterstudent UiB

Formål

Å belyse om vektendring også fører til endringer i legemiddelbruken hos pasienter med sykkelig fedme etter kirurgisk behandling (gastric bypass, en gruppe) eller konservativ behandling (livsstilsendring, tre grupper).

Metode

En ikke-randomisert, prospektiv kasus-studie med 151 deltakere som fullførte 1 års oppfølging enten de hadde gjennomgått bariatrisk kirurgi eller livsstilsendring (trening og kostholdsendring). Materialet er basert på selvrapporing av legemiddelbruk før og etter intervensjonen.

Resultat

Intervensjonen resulterte i et gjennomsnittlig vekttap på 23,5 kg og antall legemidler ble redusert med 8 % på tvers av behandlingsgrensene. Dette resulterte i en kostnadsreduksjon på 20 %. Konservative grupper viste høyere tendens til redusert bruk av legemidler sammenlignet med kirurgisk gruppe. Legemiddelgruppen som hadde størst reduksjons- og seponeringsfrekvens etter et år var orale antidiabetika og insulin. Denne gruppen viste også størst kostnadsreduksjon.

Konklusjon

Selv om deltakere i kirurgisk gruppe opplevde et signifikant større vekttap enn de konservative gruppene, gjenspeilet det seg ikke i tilsvarende reduksjon i legemiddelbruk. Deltagere i konservative behandlingsgrupper hadde større reduksjon i sin legemiddelbruk målt både i antall legemidler og kostnader til legemidler etter intervensjonen enn det kirurgiske pasienter hadde. Tilsynelatende har ikke graden av vekttap noen effekt på redusert legemiddelbruk.

2008

Pasientsamtaler om legemiddelbruk i rehabiliteringsinstitusjon i Trondheim kommune

Anne Marie Gjerde, masterstudent UiTø

Formål

Å utarbeide en mal for pasientsamtalen, gjennomføre pasientsamtaler i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet, og evaluere effekten av gitt legemiddelinformasjon på pasientens kunnskap om egen legemiddelbruk. Hensikten med pasientsamtalen er å oppnå at pasienten bruker legemidlene sine riktig når han/hun kommer tilbake til hjemmebasert omsorg.

Metode

Inklusjonskriteriene var pasienter over 65 år med planlagt utskrivelse til rehabiliteringsopphold i regi av Trondheim kommune. Det ble inkludert 11 pasienter i masteroppgaven. I forkant av pasientsamtalen ble det gjennomført kvalitative intervju om legemiddelbruk med pasientene i rehabiliteringsinstitusjon. Pasientene ble også bedt om å svare på en spørreundersøkelse som omhandlet kunnskap om egen legemiddelbehandling, både før og etter pasientsamtalen. Etter at pasientene var kommet tilbake til hjemmet, fikk seks av pasientene på nytt besøk, da av både farmasøyt og student. Intervjuene ble transkribert, analysert og sammenlignet med svarene på spørreskjemaet. Det ble også laget oversikter over hvilken informasjon som ble gitt i pasientsamtalen, og hvilken informasjon pasienten ønsket seg i intervjuet.

Resultat

Det var flest pasienter som ønsket informasjon om indikasjon for bruk, bivirkninger og hvordan legemidlene skulle administreres. I alle pasientsamtalene ble indikasjon for bruk og hvordan legemidlene skulle brukes gjennomgått, så fremt pasienten ikke hadde oversikt over dette selv. En tilpasset skriftlig oversikt til hver enkelt pasient kan være et godt utgangspunkt for pasientsamtalen. Det var ikke samsvar mellom spørreskjema og intervju for seks av ni tema. På 12 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en forbedring i kunnskapen hos en, to eller tre av pasientene. På 10 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en forverring i kunnskapen hos en eller to av pasientene. Fem av seks hjemmebesøk avdekket tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten, og farmasøyten fikk bedre innsikt i pasientens legemiddelbruk

Konklusjon

Resultatene fra denne studien tyder på at samtlige av pasientene kunne hatt behov for mer informasjon, og at flere av pasientene ønsket seg mer informasjon. Intervju med pasienter, pasientsamtaler og hjemmebesøk ser ut til å være nyttige tiltak for å nå målet om riktig legemiddelbruk. Spørreskjemaet fungerte ikke som forventet, det var i liten grad samsvar mellom hva pasientene sa i intervjuet og hva de svarte på spørreskjemaet.

Pågående og planlagte prosjekter

MIDNOR-TIA en substudie på effekten av legemiddelrådgivning fra farmasøyt på etterlevelse av sekundærprofylakse hos pasienter med nylig gjennomgått TIA (transitorisk ischemisk anfall)

Janne Kutschera Sund, PhD prosjekt

Formål

Hovedmål:

Undersøke om legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler med farmasøyt påvirker medikamentetterlevelse de første 3 måneder etter et TIA-anfall.

Delmål:

- I. Undersøke om legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler med farmasøyt medfører forskjell i hvor mye legemidler forskrevet som sekundærprofylakse etter TIA-anfall som hentes ut fra apotek de første 3 måneder etter et TIA-anfall.
- II. Undersøke om legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler med farmasøyt medfører forskjell i kardiovaskulære hendelser/dødsfall de første 3 måneder etter et TIA-anfall.
- III. Undersøke om legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler med farmasøyt medfører forskjell funksjonsnivå målt ved modified Rankin Scale og indirekte gjennom bostatus (hjemmeboende med/uten hjelp fra hjemmetjenesten, bosatt i institusjon) de 3 første måneder etter et TIA-anfall.
- IV. Sammenligne pasienttilfredshet hos pasienter som får/ikke får legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler med farmasøyt.

Metode

Substudie til MIDNOR-TIA (kartlegger alle pasienter med TIA-diagnose i Midt-Norge i en periode på halvannet år). Randomisert kontrollert studie hvor kontrollgruppen mottar standardisert utredning og behandling i henhold til nasjonale behandlingsretningslinjer uten intervensjon fra farmasøyt. For intervensjonsgruppen går klinisk farmasøyt gjennom legemiddelanamnese tatt opp av studiesykepleier ved inklusjon i studien og kompletterer eventuelt denne ved å kontakte fastlege og hjemmetjenesten der det er aktuelt. Det gjøres så en legemiddelgjennomgang av legemidlene utredende lege har besluttet at pasienten skal bruke etter utredning. Farmasøyt gjennomfører en legemiddelsamtale med pasienten med hovedfokus på nye legemidler som er forskrevet som sekundærprofylakse etter TIA-anfallet. Pasienten vil få med seg skriftlig informasjon om de nyoppstartede legemidlene og farmasøyt utleverer evt. nye legemidler.

En uke, en måned og to måneder etter utredning vil pasientene i intervensjonsgruppen bli kontaktet telefonisk av farmasøyt for en motiverende samtale rundt legemiddelbruk samt bli spurt om medikamentetterlevelse

«bruk av digitale verktøy for å mestre legemiddelhverdagen hos kronisk syke pasienter.»

Anne-Lise Sagen Major, postdoktorprosjekt

Formål

Å studere kronisk syke pasienters erfaringer med legemidler i hverdagen samtidig som vi vil forsøke å forstå hvordan den digitale utviklingen kan knyttes opp til slike erfaringer.

Metode

Dybdeintervju av legemiddelbrukere

Administration of oral medication in preschool children – Parent and children’s experiences

Elin Høyen Bergene, PhD prosjekt

Formål

Å undersøke hvordan foreldre og førskolebarn opplever medisinerings situasjoner med orale legemidler. I tillegg er det et mål at undersøkelsene vil bidra med data for utarbeidelse av et teknologisk hjelpemiddel til bruk ved medisinerings situasjoner.

Metode

Prosjektet består av tre deler.

- I. En kvalitativ undersøkelse om hvordan foreldre opplever å gi medisiner til barn, som uttrykt på internett fora.
- II. En kvantitativ reseptregisterstudie om forskrivning av orale antibiotika på resept til barn 0-6 år. Undersøkelsen vil ha to fokuspunkt. Det ene er hvilke administrasjonsformer som brukes av barn i forskjellige aldersgrupper. Det andre er omfang av nye resepter som ekspederes til samme barn etter 1-2 og 3-10 dager med tanke på endring av administrasjonsform og valg av antibiotika .
- III. En kvalitativ undersøkelse om hvordan barn og foreldre opplever korttidsmedisinering med orale legemidler. Observasjon av medisinerings situasjoner av barn 0-6 år i hjemmet samt dybdeintervju av foreldre og barn vil utgjøre datagrunnlaget.

«App i apotek – en tjenestemodell for å øke pasientsikkerheten knyttet til legemiddelbruk ved utskriving fra sjukehus»

Anne-Lise Sagen Major, Liv Tran (masterstudent UiB), SINTEF Teknologi og samfunn

Formål

I dette prosjektet skal man prøve ut og evaluere en veiledningstjeneste som vil kunne øke pasientsikkerheten knyttet til legemiddelbruk. En mobilapplikasjon med medisinliste er en integrert del av denne tjenesten. Formålet er å få innsikt til å kunne videreutvikle konseptet og tjenestemodellen som skal danne rammene for denne applikasjonen.

Metoder

- I. Deskriptiv kartleggingsstudie, der man skal følge opp ca 100 pasienter i 4 uker
- II. Spørreundersøkelse
- III. For å kunne gjøre en helhetlig evaluering av tjenesten skal det gjennomføres observasjoner og intervjuer med helsepersonell og pasienter, ved utlevering, opplæring, og etter bruk av løsningen. Metodene som brukes vil i hovedsak være semistrukturerte intervju og direkte observasjoner.

Skriftlig legemiddelinformasjon til pasienter med epilepsi

Kristin F. Brunvoll, masterstudent Universitetet i Tromsø

Formål

Å utvikle skriftlig legemiddelinformasjon til pasienter med epilepsi

Metoder

- I. Innhenting av eksisterende skriftlig informasjon.
- II. Utarbeidelse og evaluering av informasjon for aktuelle legemidler mot epilepsi.
- III. Evaluering av utarbeidet informasjon. Det skal benyttes spørreskjema og fokusgruppeintervjuer.