

STATENS HELSETILSYN

Evaluering av RELIS

SLUTTRAPPORT



AGENDA UTREDNING & UTVIKLING AS

Malmskrivervn 35 A • Postboks 542 • 1301 Sandvika

Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41

Ref: R1301b.ek

AGENDA UTREDNING & UTVIKLING AS

Postboks 542, 1301 Sandvika • Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41

Oppdragsgiver:	Statens helsetilsyn		
Rapportnr:	R1301.ek		
Rapportens tittel:	Evaluering av RELIS		
Tidsfrist:	01.12.96	iflg	Tilbud 27.04.95
Ansvarlig:	Eli Kvåle		
Kvalitetssikring:	Richard H Knoff	Verifisert:	27.11.96 (dato)  (sign)

FORORD

RELIS (regionale legemiddelinformasjonssentre) er etablert som et prøveprosjekt i helseregion 2 og 3. Sentrene startet opp driften 1. mars 1995 og prosjektperioden varer til utgangen av 1996.

Første evalueringsrapport omhandlet perioden fra oppstart i mars 1995 og fram til desember 1995. Dette er sluttrapporten i evalueringen av RELIS. Den omfatter prosjektperioden fra 1. mars 1995 og fram til november 1996.

Eli Kvåle er prosjektansvarlig fra Agendas side. Odd Helgesen er prosjektmedarbeider og Richard H Knoff har ansvaret for rådgiving og kvalitetssikring.

Sandvika, 29. november 1996

Agenda Utredning & Utvikling AS

INNHold

1	BAKGRUNN OG MÅL	7
2	PROBLEMSTILLINGER, EVALUERINGSMODELL OG METODE	9
2.1	Samarbeid med andre fagmiljø	9
2.2	Metode	13
3	SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØ	16
3.1	Sentralt nivå	16
3.2	Regionnivå	23
3.3	Lokalt nivå	26
4	SAMARBEID MELLOM RELIS 2 OG RELIS 3	28
4.1	Samarbeidsområder	28
4.2	Utnyttelse av samlede ressurser	28
4.3	Vurdering	29
5	TJENESTEPRODUKSJON OG KVALITET	30
5.1	Markedsføring av tjenester	30
5.2	Kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk i regionen	31
5.3	Bevisstgjøring og optimalisering av bruken av legemidler	32
5.4	Håndtering av henvendelser, kvalitet	32
5.5	Dokumentering av behov for forskningsaktiviteter	33
5.6	Vurdering	34
6	ORGANISERING, DRIFT OG KOMPETANSE	35
6.1	Bemanning	35
6.2	Organisasjonstilknytning	35
6.3	Forholdet til klinisk farmakologisk avdeling, info-avdelingen ved regionsykehusets apotek, og sykehusapotekene	38
6.4	Prosessen med oppbygging av RELIS	39

6.5	Kompetanse ved RELIS	40
6.6	Den interne arbeids- og ansvarsdelingen	41
6.7	Dokumentasjon og rutiner	42
6.8	Vurdering	43
7	EFFEKT AV RELIS	45
7.1	Har RELIS nytteverdi for brukerne?	45
7.2	Har RELIS en egenverdi?	51
7.3	Er det behov for regionale legemiddelinformasjons- sentre?	51
7.4	Vurdering	55
8	EN SAMLET VURDERING AV RELIS	56
8.1	Brukerne er fornøyd med RELIS	56
8.2	RELIS er ennå for lite kjent blant brukerne	56
8.3	Manglende samordning med sentralt nivå	56
8.4	Etablert samarbeid på regionalt nivå	57
8.5	Behov for bedre samsvar mellom mål og ressurser	57
8.6	Valg av organisasjonsmodell	58

1

BAKGRUNN OG MÅL

Statens helsetilsyn har startet et prosjekt med prøvedrift av to regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) i helseregionene 2 og 3. Sentrene skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell i sin region. Sentrene er i prøveperioden formelt tilknyttet og lokalisert til sykehusapoteket ved Rikshospitalet og sykehusapoteket ved Haukeland sykehus. Sentrene åpnet for drift 1. mars 1995 og prøveperioden varer til utgangen av 1996.

Det er flere grunner til at produsentuavhengig legemiddelinformasjon nå får økt oppmerksomhet:

- For det første er riktig bruk av legemidler en overordnet helsepolitisk målsetting. Både ut fra helsemessige og økonomiske grunner satses det på å sikre betryggende forhold i omgangen med medisiner.
- For det andre er det til dels store variasjoner i forbruket av legemidler, uten at forskjellene kan forklares av sykелighet og behov alene.
- En tredje grunn er den sterke økningen i Folketrygdens utgifter til refusjon av legemidler.
- En fjerde grunn er EØS-avtalen som har ført til at behovspara-grafen har falt bort og at det kommer flere nye legemidler og preparater på det norske markedet. Det vil medføre økt behov for produsentuavhengig legemiddelinformasjon både for helsepersonell og almenheten. Forsøket med RELIS er et ledd i satsingen på å imøtekomme dette informasjonsbehovet.

Evalueringen av RELIS' virksomhet skal danne grunnlag for en beslutning om en eventuell videre drift og oppstart av tilsvarende sentre i de øvrige helseregionene.

Statens helsetilsyn startet arbeidet med RELIS i 1992, og det forelå en anbefaling om prøvedrift i januar 1993. Ett år senere ble en arbeidsgrup-

pe opprettet. Arbeidsgruppen bestod av representanter fra Haukeland sykehus, Haukeland sykehusapotek, Rikshospitalet og Rikshospitalets apotek, samt representanter fra Statens helsetilsyn.

Gruppen fikk i oppdrag å utarbeide en prosjektbeskrivelse for prøvedrift av regionale sentre for produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Arbeidsgruppen avga sin innstilling 8 juni 1994, og saken ble behandlet i Helsetilsynet i 22 juni 1994. Et sentralt premiss for å igangsette prøvedriften, var at sentrene skulle baseres på tverrfaglig samarbeid. Sentrene startet opp driften 1. mars 1995.

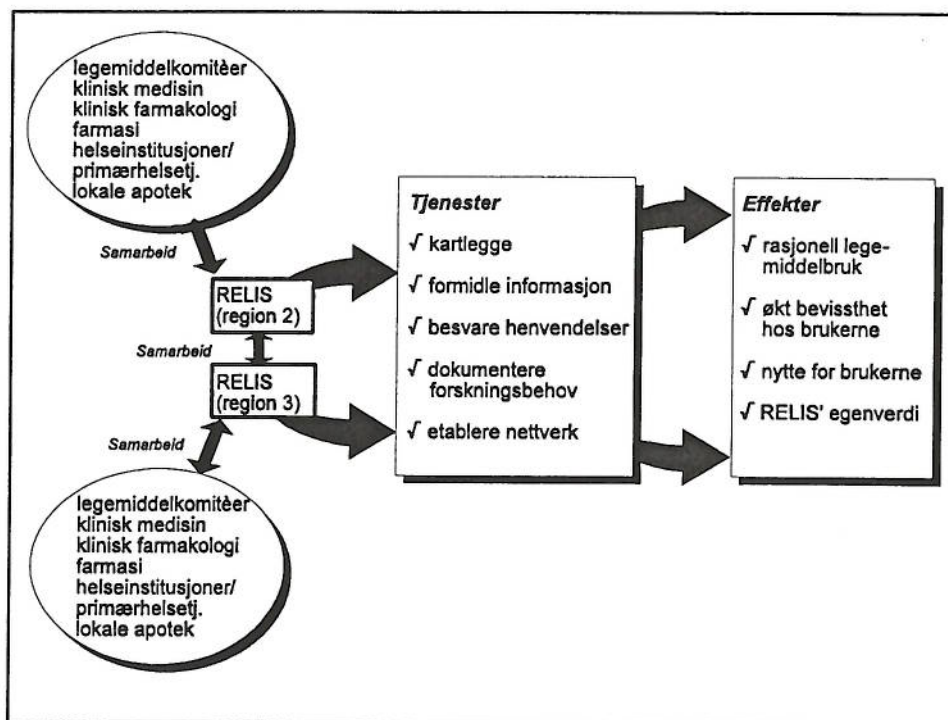
I følge prosjektbeskrivelsen (s 8) fra arbeidsgruppen skal RELIS formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell på regionalt nivå, utfra følgende *hovedsatsingsområder*:

- RELIS skal kartlegge terapiregimer og legemiddelbruk i regionen og formidle informasjon for å øke bevisstgjøringen om legemidler og optimalisere bruken av dem både mht pasientens beste og økonomiske utgifter for samfunnet.
- RELIS skal ta imot og besvare henvendelser fra helsepersonell i primærhelsetjenesten og sykehus.
- RELIS skal søke å etablere forskningsaktiviteter.

2

PROBLEMSTILLINGER, EVALUERINGS-MODELL OG METODE

Figur 1 illustrerer de problemstillingene som inngår i evalueringen. Vi utdyper de ulike elementene i de følgende avsnitt.



Figur 1 Evalueringsmodell

2.1 Samarbeid med andre fagmiljø

RELIS' evne til å drive god informasjonsformidling til andre, vil avhenge av at de selv er dyktige til å innhente og framskaffe den informasjonen som skal formidles, og at de har kjennskap til problemområdene. Evalueringen skal derfor søke å gi svar på:

- Hvordan samarbeider RELIS med *sentralt* nivå?
- Hvilke fagmiljøer/instanser blir benyttet til å innhente informasjon?

- Hvordan blir legemiddelinformasjonen innhentet – hvilke rutiner blir etablert?
- I hvilken grad greier RELIS å videreformidle informasjon fra sentralt nivå og gjøre informasjonen relevant for regionen? Og motsatt – hvordan greier RELIS å formidle faglige problemstillinger i regionen som det kan være aktuelt å få behandlet på sentralt nivå?
- Hvordan greier RELIS å utnytte den internasjonale kunnskapen på legemiddelområdet?
- Hvilket forhold har RELIS til legemiddelindustrien?

På *regionalt nivå* er det forventet at RELIS skal etablere tverrfaglig samarbeid ved faglig kommunikasjonsnettverk. Evalueringen skal derfor gi svar på:

- Hvordan samarbeider RELIS med de øvrige fagmiljøer i regionen?
- Hvordan greier RELIS å rette inn innsatsen i forhold til det eksisterende legemiddelkomitearbeidet?
- Greier RELIS å konsentrere seg om oppgaver som det er naturlig og hensiktsmessig å løse på regionnivå? Hvor bevisst er RELIS sin rolle når det gjelder å kanalisere henvendelser til rett sted/nivå og legge til rette for at problemene løses nær det stedet de oppstår?

Videre omfatter evalueringen følgende spørsmål:

- Hvordan greier RELIS å etablere kontakt og bygge videre på eksisterende nettverk og legemiddelarbeid *lokalt*?
- Greier RELIS å støtte lokale krefter og bidra til at oppgaver kan løses lokalt?

2.1.1 Samarbeid mellom sentrene

Det er forventet at sentrene etablerer samarbeid seg imellom. Følgende evalueringsspørsmål er søkt besvart:

- På hvilke områder samarbeider sentrene, f eks vedr felles retningslinjer, informasjonsbrosjyrer, veiledningsmateriell?
- Hvordan greier sentrene å utnytte de samlede ressursene, f eks ved fordeling av spesialområder, felles databaser, meldesystemer?

2.1.2 Tjenesteproduksjon og kvalitet

Hvilke tjenester RELIS tilbyr og kvaliteten på disse tjenestene har vært et sentralt tema i evalueringen. I likhet med enhver nyetablert organisasjon må RELIS gjøre seg synlig og kjent overfor sine brukere.

- Hvordan markedsfører RELIS sine tjenester?
- Hvordan greier RELIS å ivareta oppgaver knyttet til kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk i regionen?
- På hvilken måte søker RELIS å øke bevisstgjøring om legemidler og optimalisere bruken av dem?
- Hvor godt greier RELIS å ta imot, utrede og besvare henvendelser om legemidler fra brukerne?
- Hvor godt greier RELIS å formidle korrekte, saklige og vederheftige svar og sikre en fastsatt kvalitetsstandard?
- Hvordan greier RELIS å dokumentere behov for, ev. legge planer for, forskningsaktiviteter? (Prosjektgruppen har besluttet å angi dette som ambisjonsnivå i prøveperioden).

2.1.3 Organisering, drift og kompetanse

Arbeidsgruppen som avga sin innstilling i januar 1993 var delt i sitt syn på tilknytningsform for RELIS. I tråd med ulike profesjonsoppfatninger var det uenighet om RELIS skulle være tilknyttet sykehusapotek eller kliniske farmakologiske avdelinger. Ved evalueringen av prøvesentrene skal følgende spørsmål besvares:

- Er lokalisering til sykehusapoteket ved regionsykehuset en hensiktsmessig løsning?
- Kan andre organisatoriske løsninger være hensiktsmessige?
- Hvordan fungerer RELIS i forhold til klinisk farmakologisk avdeling, informasjonsavdelingen ved regionsykehusets apotek og i forhold til informasjon fra sykehusapotekene i regionen?
- Hvordan har prosessen med oppbyggingen av RELIS fungert?

Ved vurderingen av den interne organiseringen, har evalueringen omfattet følgende spørsmål:

- Hvordan er den interne arbeids- og ansvarsdelingen tilpasset de oppgaver som skal utføres?
- Har sentrene tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgavene?
- Blir den tverrfaglige kompetansen ved sentrene tilstrekkelig utnyttet?

I prøveperioden er sentrene pålagt å etablere og dokumentere interne rutiner og arbeidsmåter. Evalueringen omfatter følgende spørsmål:

- Hvordan greier sentrene å dokumentere virksomheten gjennom rutiner, arkivering og internkontroll mht
 - utadrettet virksomhet som møter, nyhetsbrev, artikler o.l.,
 - henvendelser og svar med referanser,
 - kartlegging av legemiddelbruk/behandlingsformer,

- samarbeidsprosjekt med brukere?

Videre omfatter evalueringen en vurdering av rutiner for budsjett og økonomistyring. Sentrene skal selv framlegge utkast til organisasjonsplan, budsjett og arealbehov for de neste 3 år og de skal foreta en vurdering av tilgjengelig informasjonsteknologi.

2.1.4 Effekt av RELIS

Evalueringen har hatt som mandat å så langt det er mulig gi svar på om RELIS har hatt den ønskede effekt mht

- om informasjonen fra RELIS har vært nyttig for brukerne,
- om informasjonen har blitt brukt og om informasjonen har ført til noen endringer,
- om RELIS har en egenverdi mht kompetanseoppbygging i forbindelse med undervisning,
- om prosjektet har vist at det er behov for regionale legemiddel-informasjonssentre.

En prøveperiode på 22 måneder er kort tid til å dokumentere behovet for slike tjenester. En samlet vurdering av de tiltakene RELIS har satt i gang, sammen med brukernes vurdering av tjenestene kan likevel gi et tilstrekkelig grunnlag for å gi en vurdering av om RELIS har vært vellykket eller ikke.

2.2 Metode

Denne rapporten bygger på det *samlede datagrunnlaget* som er blitt benyttet i den første og den siste evalueringsrunden. Datamaterialet omfatter:

- *Gjennomgang av skriftlig materiale* fra begge sentrene og referater fra møter i prosjektgruppen og styringsgruppen.

- *Intervjuer* med ansatte ved RELIS, representanter fra Statens legemiddelkontroll, Institutt for Farmakoterapi, Institutt for Farmakologi, Seksjon/avdeling for klinisk farmakologi, Medisinsk avdeling, Statens helsetilsyn, Norsk Medisinaldepot, Odontologisk fakultet, Giftinformasjonssentralen, Folkehelse, sykehusapoteket ved Haukeland sykehus/Rikshospitalet, Legemiddelindustriforeningen.
- *Brukerundersøkelse* basert på statistikk utarbeidet på grunnlag av svarkort fra 275 brukere, og telefonintervju med 100 brukere.

Spørsmålene i svarkortet er presentert i *vedlegg* bakerst i rapporten. Både svarkortene og telefonintervjuene har gitt brukerne anledning til å svare utfra bestemte svaralternativer (avkrysninger som bearbeides kvantitativt) og til å utdype sine svar ved egne kvalitative beskrivelser.

Blant de 100 brukere som er telefonintervjuet, oppgir 47 at de ikke tidligere har fylt ut og sendt inn svarkort til RELIS. Alle kvantifiserbare størrelser fra disse 47 informantene er derfor tilføyet statistikken over de 275 svarkortene. Det totale tallmaterialet omfatter altså 322 brukere.

Vi har intervjuet 69 brukere av RELIS 2 og 31 brukere av RELIS 3. Grunnen til avviket i utvalgsstørrelse er at RELIS 2 har hatt noe flere brukere i prøveperioden enn RELIS 3.

Intervjuundersøkelsen omfatter

- 14 leger
- 74 farmasøyter
- 9 tannleger, og
- 1 fra gruppen annet helsepersonell.

I følge statistikk fra RELIS 2/RELIS 3 er leger og farmasøyter/reseptarer de største brukergruppene, med flest henvendelser fra farmasøyter. Brukerundersøkelsen omfatter derfor flest farmasøyter. Det ville vært ønskelig å få svar fra noen flere leger, men det har ikke vært mulig pga vansker med å få tak i de aktuelle legene.

Vår intervjuundersøkelse omfatter de samme spørsmålene som brukerne er invitert til å svare på gjennom svarkort til RELIS og noen tilleggsspørsmål. Tilleggsspørsmålene omfatter bl a:

- hvorfor de har henvendt seg akkurat til RELIS og ikke til andre instanser,
- hvilke behov de får dekket bedre gjennom RELIS enn gjennom andre instanser som kan svare på spørsmål om legemidler,
- hva de oppfatter som tilstrekkelig raskt skriftlig svar på henvendelser,
- hva slags rolle RELIS bør ha i arbeidet med informasjon om legemidler, og
- om de har noen råd å gi RELIS med tanke på at brukerne skal få bedre tjenester fra RELIS.

3

SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØ

3.1 Sentralt nivå

3.1.1 Statens legemiddelkontroll

Ved etableringen av RELIS var tanken at sentrene skulle bidra til at råd og anbefalinger fra sentralt hold, som f eks SLK, skulle få større gjennomslagskraft ute i regionene. Samtidig skulle RELIS være et organ som skulle bringe legemiddelspørsmål fra de ulike helseregionene inn til SLK.

SLK skulle kunne benytte RELIS som et apparat i arbeidet med å gi leger, farmasøyter og annet helsepersonell oppdatert informasjon om legemidler.

I prøveperioden har en ikke lyktes med å utvikle slike samarbeidsformer mellom SLK og RELIS, selv om det har vært avholdt flere møter der en diskuterte mulige samarbeidsformer.

Vårt inntrykk er at SLK foreløpig ikke ser på RELIS som et egnet apparat i arbeidet med å spre informasjon om legemidler til regionene, bl a fordi SLK har sine egne kanaler og fordi SLK synes at RELIS har en noe uklar målgruppe. SLK «skreddersyr» og retter sin informasjon direkte til leger eller til spesielle pasientgrupper (diabetes, revmatikere m fl). SLK ser RELIS som en bruker av SLKs tjenester og ikke som en samarbeidspartner som skal bidra til spredning av legemiddelinformasjon eller registrering av bivirkninger.

SLK ser ut til å ha vært noe forbeholdne mht å behandle henvendelser fra RELIS. SLK ser imidlertid at de har en rolle overfor RELIS når det gjelder henvendelser om preparatomtale og pakningsvedlegg. pga at de er et myndighetsorgan på dette området. RELIS ønsker å videreformidle til SLK sine inntrykk av særlige «problemområder» innen legemiddelbruk, hvor det mangler dokumentasjon og terapiveiledning. Erfaringene fra prøveperioden ser ut til å være at SLK først og fremst prioriterer problemstillinger med et bredt nedslagsfelt. Smalere problemstillinger blir ofte tatt hånd om av RELIS.

RELIS får en rekke tilbakemeldinger vedrørende formuleringer/uklarheter i Felleskatalogtekster. RELIS mener denne type informasjon kan være nyttig for SLK, og har ønsket å diskutere et samarbeid om dette. SLK på sin side ønsker at RELIS tar kontakt direkte med industrien når det gjelder formuleringer i Felleskatalogen.

RELIS får henvendelser om bivirkninger av medikamenter. I den forbindelse ønsker RELIS å benytte statistikk og rapporter vedrørende slike bivirkninger i Norge og internasjonalt. RELIS har kontaktet forskjellige personer i SLK og fått god hjelp. For SLK har slike henvendelser medført ekstraarbeid. RELIS opplever at SLK ikke har kapasitet til å besvare slike henvendelser. SLK sender imidlertid bivirkningsrapporter til RELIS. Prosjektleder ved RELIS 2 er medlem av bivirkningsnemnda, som er et rågivende organ for SLK i bivirkningsspørsmål.

RELIS benytter ofte SLK som en kilde i arbeidet med utredning av svar på spørsmål fra brukerne. SLKs terapianbefalinger er sentrale i denne sammenheng. RELIS 2 har med litt vekslende hell forsøkt å formidle informasjon til SLK. RELIS 2 har tatt opp problemet med munntørrethet som legemiddelbivirkning og blitt invitert til å skrive en artikkel om dette i SLK-nytt. SLK har fått forslag fra RELIS om flere terapiområder hvor det kan være behov for et terapiverksted og nasjonale anbefalinger.

3.1.2 Institutt for Farmakoterapi

På møter med *Institutt for Farmakoterapi (UiO)* har RELIS formidlet ønske om å bruke instituttet som kompetansesenter for terapiveiledning, spesielt at RELIS har kontaktpersoner i instituttet som kan kontaktes ved aktuelle problemstillinger. Institutt for Farmakoterapi har gjennomført mange forskningsprosjekter og sitter således inne med mye metodekunnskap som RELIS kan dra nytte av i forbindelse med kartlegging av terapiregimer. RELIS og instituttet har også diskutert en arbeidsdeling når det gjelder hvem som besvarer henvendelser vedrørende legemidler og terapi.

Samarbeidet med Institutt for Farmakoterapi ser ut til å fungere godt. RELIS bruker Institutt for Farmakoterapi som kompetansesenter og de

har fått god hjelp fra instituttet. Når det gjelder problemstillinger i forbindelse med henvendelser, er det særlig RELIS 3 som har brukt instituttet jevnlig. RELIS 2 har kontaktet Institutt for Farmakoterapi mer sporadisk, særlig når det gjelder behandlingsopplegg vedrørende depresjon, graviditet og hjerte-, karsykdommer.

RELIS 2 har deltatt i instituttets tirsdagsmøter som er faglige møter av ca en times varighet. RELIS 2 ble dessuten invitert til å delta i programkomitéen for oppdateringskonferanser for legemiddelkomitéer i hele landet. Institutt for Farmakoterapi har senere besluttet å ikke arrangere denne konferansen, slik at dette ikke ble noe av. RELIS 2 og Institutt for Farmakoterapi har diskutert muligheten for å arrangere oppdateringskonferanser innenfor den enkelte helseregion, og er interessert i å gå videre med dette. RELIS 2 har deltatt i undervisningen og kursutvalg på kurset «Farmakoterapi i almenpraksis.»

Høsten 1995 henvendte Institutt for Farmakoterapi seg til RELIS og andre aktuelle instanser for å lage en oversikt over hvor helsepersonell kan henvende seg angående rådgivning om legemiddelbruk og graviditet. Instituttet har også tatt initiativ til å etablere samarbeid mellom fagmiljøene innenfor legemiddelinformasjon. I januar 1996 arrangerte de et seminar (SENTRIS-møte) med sentrale legemiddelinformasjonsformidlere og hvor RELIS deltok. Hensikten var å bidra til en felles oppdatering i forhold til faglige problemstillinger, og diskutere organisatoriske spørsmål.

3.1.3 Andre sentrale institusjoner

Det er ikke innledet noe formelt samarbeid med *Statens institutt for folkehelse og Giftinformasjonssentralen*. I de tilfellene det har vært kontakt, er det RELIS som har spurt dem om råd og lagt fram forslag til svar på forespørsler fra brukerne. Verken Folkehelsa eller Giftinformasjonssentralen har benyttet seg av RELIS som kanal til spredning av informasjon.

RELIS har ikke innledet faglig samarbeid med *Rettstoksikologisk institutt*. På administrativt plan har en imidlertid diskutert muligheten for at

ansettelse ved RELIS skal være meriterende for tilsatte ved Rettstoksikologisk institutt.

Det er relativt lite kontakt mellom RELIS og *Norsk Medisinaldepot*. I faglig sammenheng hender det at RELIS tar kontakt med NMD for å få besvart henvendelser om «eksotiske» legemidler, dvs om legemidler som er i bruk under fjerne himmelstrøk. RELIS ser behov for samarbeid med NMD når det gjelder utkjøring av forbrukerstatistikk og klassifisering av legemidler, og RELIS har god nytte av denne statistikken.

RELIS har noen ganger i prøveperioden tatt kontakt med *Norges Apotekerforening*. RELIS har tatt initiativ til diskusjon med NAF om hva hvert enkelt apotek bør ha av egne oppslagsverk. RELIS har henvendt seg til NAF om å få tilgang til apotekenes reseptstatistikk. Statistikken vil være av interesse for å måle effekten av endrede anbefalinger vedrørende valg av legemidler.

RELIS har fått tilsagn om bruk av denne statistikken, men har ikke benyttet seg av tilbudet av flere grunner. Helsetilsynet har fremmet forslag om etablering av et sentralt system for innsamling av reseptdata. Det vil være enklere å bruke dette systemet enn å innhente reseptstatistikk fra hvert enkelt apotek. Andre grunner til at tilbudet om reseptstatistikk er ikke benyttet er at RELIS-prosjektet er ved sin avslutning, at kartleggingsprosjektene allerede var valgt ut, og at man av kapasitetshensyn ikke prioriterte dette.

I faglig sammenheng har RELIS vært interessert i å diskutere spørsmål knyttet til apotekproduserte preparater. Diskusjonene har dreiet seg om hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon av stabilitet og holdbarhet av disse, samt ansvarsforholdene i forbindelse med slik dokumentasjon og produksjon.

Det siste året i prøveperioden har RELIS registrert at NAF har forsøkt å få RELIS til å utrede apotekrelaterte problemstillinger som naturlig bør tas hånd om av NAF. Saken er tatt opp med NAF, og de har nå kommet fram til en arbeidsdeling som innebærer at en rekke spørsmål om apotekproduserte preparater og handelsvarer, overføres til NAF.

3.1.4 Videreformidling av informasjon fra sentralt nivå til regionalt nivå

De sentrale instansene, bortsett fra Institutt for farmakoterapi (se 3.1.2) har ikke begynt å bruke RELIS til å formidle informasjon ut til regionene. RELIS har imidlertid fått fast spalte i «Den norske tannlegeforenings Tidene» og «Norsk Farmaceutisk Tidsskrift». Det er gitt tilsagn om fast spalte i «Utposten», men materialet er p.t. ikke trykket. Fast spalte er under etablering også i Legeforeningens tidsskrift, og en sak fra RELIS 3 er allerede publisert.

3.1.5 Innhenting av legemiddelinformasjon

For å kunne formidle så oppdatert, korrekt og uhildet informasjon som mulig søker RELIS å innhente informasjon fra flere ulike kilder. Litteratursøk i tilgjengelig databaser og oppslagsverk er gjerne første fase i arbeidet med å innhente legemiddelinformasjon. Neste fase i innhenting av legemiddelinformasjon er som regel å forelegge utredningen for et fagmiljø; eksempelvis Klinisk farmakologisk avdeling, andre sykehusavdelinger m fl.

3.1.6 Bruk av internasjonale kunnskaper

RELIS har tilgang på flere informasjonskilder og databaser. Ved oppstarten av RELIS hadde sykehusapoteket v/Haukeland Micromedex (CD-ROM). Dette er en amerikansk database over ulike lærebøker og monografier. RELIS har selv skaffet seg Medline (CD-ROM) som gir en oversikt over internasjonale publikasjoner innen biomedisinske fag. I tillegg har RELIS Drugline (Svensk legemiddelinformasjons-sentres database) via universitetsnett/Telnet, og abonnement på MIC. Dette gir tilgang til et stort bibliotek og mulighet til å foreta egne søk på en rekke databaser.

RELIS 3 arbeider med å klarlegge mulighetene på Internett og RELIS 2 undersøker mulighetene til å koble seg mot WHO's databaser. RELIS 2 har flere databaser som er tilgjengelige ved on-linesøk i Universitetsnett, men bruker foreløpig lite internett. RELIS 2 har følgende

databaser på CD-ROM: EMBASE (Excerpta Medica, Drugs and Pharmacology), Medline, IPA, Micromedex og Drugline. Dessuten søker de i alle databaser som er tilgjengelig via Internett. RELIS 2 har tilgang på Felleskatalogen og Medisinsk ordbok via RH-nettet, og har FASS-interaksjonskapittel på diskett. RELIS 2 har dessuten abonnement på 20–25 internasjonale tidsskrifter innenfor legemiddelområdet. Rutinene rundt abonnement på internasjonale databaser beskrives som en «treg materie». Eksempelvis vil bestilling i september måned bety at en ikke får tilgang på databasen før i januar–februar, altså 4–5 måneder senere.

RELIS 3 har sammen med sykehusapoteket og Farmasøytisk Rådgivningstjeneste startet et prosjekt om bruk av Internett i apotek. Den primære målsettingen for prosjektet er å etablere apotekenes/farmasiens egne web-sider på Internett. Prosjektet tar sikte på å lage en veiviser som henviser til de mest interessante steder innen norsk og utenlandsk farmasi. Prosjektet skal også vurdere nytteverdien av Internett-tilkobling for apotek, Farmasøytisk Rådgivingstjeneste og RELIS.

3.1.7 Forholdet til legemiddelindustrien

RELIS har presentert seg på et møte med *Legemiddelindustriforeningen*, med ønske om at foreningen skulle informere sine medlemsbedrifter om RELIS. RELIS 2 er bedt om å presentere RELIS på et møte med registreringsmedarbeidere i februar 1997.

Forholdet til *legemiddelfirmaene* beskrives som godt, og RELIS opplever at de får god hjelp når de henvender seg til dem. RELIS 3 har fått en henvendelse fra et legemiddelfirma som tilbød seg å sende alt bakgrunnsmateriale om sine preparater. RELIS sa nei til dette og formidlet at de ønsket å kontakte firmaet direkte om konkrete problemstillinger ved behov. Legemiddelfirmaene er flinke til å ta kontakt med sine morselskaper dersom de ikke selv kan svare på henvendelsen fra RELIS.

RELIS gir uttrykk for at det er behov for at RELIS blir bedre presentert for legemiddelfirmaene. RELIS har tatt kontakt med noen firma med tanke på å få til en bredere presentasjon og avklaring av hvilke kontaktpersoner RELIS skal forholde seg til i de ulike firmaene. RELIS er presentert på interne møter i enkelte firmaer.

Legemiddelfirmaene er misfornøyd med begrepet «produsentuavhengig» legemiddelinformasjon. De ønsker heller at RELIS bruker begrepet «produsentnøytral» legemiddelinformasjon.

3.1.8 Vurdering

Den produsentuavhengige legemiddelinformasjonen er i dag preget av mange aktører og lite samordning. RELIS er ment som et virkemiddel for å styrke samordningen og øke tilgjengeligheten av legemiddelinformasjonen til helsepersonell. Derfor er det viktig at RELIS etablerer gode samarbeidsformer med de sentrale instansene på legemiddelområdet.

Erfaringene fra prosjektperioden viser at *det ikke er etablert faste samordningsrutiner med aktørene på sentralt nivå*. RELIS har tydeligvis *ikke fått full aksept* for den rollen de er ment å ha. De sentrale instansene har ikke i prøveperioden benyttet RELIS som en regional instans som kan bidra til å videreformidle informasjon og gjøre den sentrale informasjonen relevant for regionen.

Forsøkene på å etablere fast samarbeid med SLK har ikke lyktes. SLK/Bivirkningsnemda har en sentral rolle ved informasjon og anbefalinger om legemiddelbruk. RELIS vil her kunne gjøre en viktig innsats ved å bidra til at de sentrale anbefalingene blir tatt i bruk av helsepersonell i regionen. Det er også viktig at sentralt nivå får tilbakemeldinger på materiell som sendes ut, hvilke virkninger det får i regionen, og aktuelle problemområder som krever terapiveiledning. RELIS bør også kunne bidra til økt oppmerksomhet og meldefrekvens om bivirkninger.

Selv om det institusjonelle samarbeidet med sentralt nivå ikke har fungert tilfredsstillende, greier RELIS å *besvare henvendelsene på en tilfredsstillende måte* (jfr kap 7). RELIS ser ut til å ha *god oversikt* over hvor de skal hente informasjon fra sentrale fagmiljøer og personer.

3.2 Regionnivå

3.2.1 Samarbeid med institusjoner

RELIS 3 har etablert samarbeid med *Institutt for Farmakologi* ved Universitetet i Bergen og Seksjon for klinisk farmakologi på sykehuset. Det er lagt opp til faste samarbeidsmøter en gang i uken hvor aktuelle henvendelser blir drøftet. På møtene deltar fast vitenskapelig personale og stipendiater. Før møtene sender *RELIS 3* ut utkast til svar på henvendelser som er kommet inn. Disse distribueres til personene som deltar på møtet. Møtene kommer i forkant av internundervisning på Institutt for Farmakologi, hvor de ansatte presenterer egne prosjekter, metoder o.l., eller man inviterer forelesere fra sykehuset eller universitetet.

Disse samarbeidsmøtene ser ut til å fungere godt for alle de berørte parter. *RELIS 3* får anledning til å få vurdert henvendelsene utfra faglige perspektiver, mens universitetsmiljøet får informasjon om hvilke problemstillinger som er aktuelle i den praktiske hverdagen.

RELIS 3 har henvendt seg til Seksjon for allmenmedisin ved universitet i Bergen (høsten 1994) med tanke på samarbeid og etablering av kontaktnett i regionen. Henvendelsen har ikke gitt resultater.

RELIS 2 har samarbeidet mest med *Avdeling for klinisk farmakologi* (Rikshospitalet). *RELIS 2* har bl a henvendt seg til avdelingen for å få faglige råd til sine utredninger. I det siste året har *RELIS 2* hatt en dialog med klinisk farmakologisk avdeling der en har søkt å finne løsninger på den manglende legedekningen ved *RELIS 2*, jfr kap 6.2.

I begynnelsen av prosjektperioden ble det avholdt flere fellesmøter mellom *RELIS 2* og de øvrige avdelingene ved Rikshospitalet for å diskutere mulige samarbeidsformer. I 1995 hadde en planer om å opprette en egen referansegruppe internt på sykehuset til støtte for det faglige arbeidet ved *RELIS*. I ettertid har en funnet ut at det er mer hensiktsmessig å etablere direktekontakt med enkeltleger. Samarbeidet mellom *RELIS 2* og de øvrige avdelingene ved Rikshospitalet skjer nå mest med telefonkontakt.

RELIS 2 har et løpende samarbeid med *Rikshospitalets apotek*, både med informasjonsavdelingen og med produksjonsavdelingene. RELIS rådfører seg ofte med produksjonsavdelingene i saker som har med apotek-produserte preparater å gjøre eller som gjelder terapiregimer eller prosedyrer ved enkelte avdelinger på Rikshospitalet. Dette kan være generelle spørsmål eller ha med ankelpasienter å gjøre som er utskrevet fra Rikshospitalet.

Samarbeidet mellom RELIS 2 og *de øvrige fagmiljøene* i regionen skjer gjennom praktisk samarbeid når det er behov for det. RELIS 2 legger forslag til utredninger fram for de ulike fagmiljøene og blir konsultert i saker som de har kunnskap om.

3.2.2 Forholdet til legemiddelkomitéarbeidet

RELIS 3 har valgt å prioritere innsatsen overfor almenpraktikere og lokale apotek i den første oppstartfasen. RELIS 3 har ikke etablert noe fast samarbeid med legemiddelkomitéene i regionen. De begrunner det med at legemiddelkomitéene er mest opptatt av de økonomiske sidene ved legemiddelbruken. Prosjektleder er observatør i legemiddelkomitéen på Haukeland sykehus.

RELIS 3 har deltatt på ett møte i Legemiddelkomitéen ved Sentralsykehuset i Rogaland (SiR). Dette var et samarbeidsmøte med Fylkeslegens rådgivende utvalg for håndtering av legemidler, og tema for møtet var informasjon om RELIS. Momenter som ble diskutert var bl a: Hva kan RELIS gjøre for legemiddelkomitéene? Hva kan legemiddelkomitéene gjøre for RELIS, og hvordan kan man samarbeide til det beste for brukerne? Videre ble det diskutert et prosjektarbeid vedrørende bruk av sovemidler og beroligende midler, og forskjellige infallsvinkler til denne problemstillingen.

I ettertid startet RELIS 3 et prosjekt knyttet til bruken av denne typen legemidler i syke- og aldershjem i Hordaland og Sogn- og Fjordane. Rogaland ble da ikke involvert i prosjektet.

RELIS 3 deltar på legemiddelkomitémøtene ved Fylkessjukehuset i Haugesund, og får innkalling til disse møtene.

RELIS 2 har hatt møter med legemiddelkomitéene ved de sykehus som har dette, med unntak av tre. Hensikten med disse møtene har dels vært å gjøre ordningen kjent og dels å diskutere samarbeidsmuligheter. Resultatet av møterunden er at flere av legemiddelkomitéene har kommet tilbake med forespørsel om å få utredet endringer i terapiregimer, og det er etablert samarbeid om kartlegging av terapiregimer på selekterte områder.

RELIS 2 har observatørplass i Rikshospitalets legemiddelkomité. RELIS 2 leder et samarbeidsprosjekt med legemiddelkomitéen og flere avdelinger ved Rikshospitalet. Prosjektet handler om terapiretningslinjer på et utvalgt fagområde. Det er utarbeidet prosedyreanbefalinger til alle komitéene i regionen.

RELIS 2 ser det som viktig å vite om aktiviteter som andre komitéer kan ha interesse av. Dette betraktes som vesentlig for bestrebelsene med større harmonisering av legemiddelbruken i regionen. Komitéene er for tiden opptatt med innkjøpsavtaler. Både av denne grunn og av kapasitets-hensyn har RELIS 2 valgt å ikke følge opp dette arbeidet videre.

3.2.3 Regionoppgaver

Det vil alltid være en grensedragning mellom hvilke oppgaver som bør løses på regionnivå og hvilke oppgaver som bør løses på lokalnivå. Vår informasjon fra brukerne kan tyde på at noen av henvendelsene like gjerne kunne ha vært utredet lokalt. Knapphet på tid, dårligere tilgang til databaser og oppdaterte oppslagsverk fører til at spørsmålene heller blir rettet til RELIS.

I noen tilfeller har RELIS henvist videre til andre, dvs til apotek, til SLK eller direkte til legemiddelfirma. I den første fasen, ved etableringen av RELIS, kan det være riktig at de legger opp til å ha en «åpen dør» og søker å besvare alle typer henvendelser som kommer. RELIS har imidlertid selv gitt uttrykk for at det ligger en fare i at brukerne i for stor grad vil henvende seg til dem, slik at spørsmål som kan besvares lokalt blir skjøvet opp til regionnivå.

RELIS 2 har deltatt i arbeidet med Regional Helseplan for Helseregion 2.

3.2.4 Vurdering

Samarbeidsformene mellom RELIS og de regionale fagmiljøene ser ut til å ha utviklet seg på en positiv måte. I tillegg til å besvare henvendelser, skal RELIS kartlegge terapiregimer og legemiddelbruk i regionen. I prøveperioden ser det ut til at oppgaver knyttet til henvendelser har tatt det meste av tiden, mens kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk ikke har blitt vektlagt like mye. Dette er forsåvidt i tråd med prosjektbeskrivelsen som angir at RELIS skal foreta kartlegging av legemiddelbruk og terapiregimer for minst to legemiddelgrupper/-behandlingsformer.

3.3 Lokalt nivå

Som beskrevet ovenfor har RELIS 2 brukt mye tid på å etablere kontakt med de lokale legemiddelkomitéene i regionen. I tillegg har de presentert seg for noen av fylkeslagene av Den norske Lægeforening, kretser av Den norske Tannlegeforening, Norges Apotekerforening og Norske Sykehusfarmasøyters forening. De har avholdt et større tverrfaglig temamøte i samarbeid med farmasøyter og tannleger i Halden. De har presentert seg på møter ved enkelte legesentra og i lokale apotekgrupper, og hatt møter med representanter for tilsynstjenesten i Akershus og Buskerud.

RELIS 2 har arbeidet med å gjøre lokalt nivå i stand til å håndtere mer problemstillinger selv ved bl a litteraturrådgivning, kursvirksomhet mm. RELIS 2 har også tatt initiativ til en temadag for farmasøyter med fokus på legemiddelinformasjon og problemsløsning. Temadagen skal avholdes i januar 1997 i regi av VETT, Farmasøytisk Institutt.

RELIS 3 har hatt planer om å arrangere møter i regionen hvor spesielle legemiddeltémaer blir tatt opp og spesialister blir invitert til å delta. Disse planene har ikke blitt realisert i prøveperioden.

RELIS 3 har hatt god nytte av å etablere samarbeid med Farmasøytisk Rådgivningstjeneste i Hordaland. Farmasøytisk Rådgivningstjeneste har

representanter internt ved avdelinger ved Haukeland sykehus og eksternt ved 12 representanter som er spredt rundt ulike steder i hele fylket.

RELIS 3 har kunnet benytte seg av nettverket til denne tjenesten både til å spre informasjon om RELIS og til å gi informasjon tilbake om henvendelser. RELIS 3 blir invitert til de månedlige fellesmøtene som Farmasøytisk Rådgivningstjeneste arrangerer. RELIS 3 og Farmasøytisk Rådgivningstjeneste har satt i gang et samarbeidsprosjekt omkring bruk av sovemedisin blant eldre på sykehjem og aldershjem. Prosjektet er ikke fullført ennå.

Begge RELIS har i prøveperioden kommet i gang med å knytte kontakter på lokalt nivå. På sikt bør RELIS være mer synlige ute i regionen ved konferanser og seminarer, f eks at RELIS presenterer kartleggingsresultater fra prosjekter, og inviterer til diskusjon om legemiddelbruk i regionen.

4

SAMARBEID MELLOM RELIS 2 OG RELIS 3

4.1 Samarbeidsområder

RELIS 2 og 3 hadde i den første fasen et utstrakt samarbeid både om administrative og faglige gjøremål. Etter hvert har sentrene begynt å fungere mer autonomt. I oppstartperioden har sentrene samarbeidet om

- utvikling av felles database for registrering av henvendelser og svar på henvendelser; RELIS-databasen,
- markedsføring av RELIS og dets tjenester (informasjonsbrosjyre, logo, konvolutter, plakater),
- felles prosedyrer og retningslinjer for driften, innkjøp av utstyr,
- administrative gjøremål bl a i forbindelse med utlysningstekst ved rekruttering av personell og lønnsinnplassering,
- gjennomføring av møter med sentrale statlige instanser slik som SLK og Institutt for farmakoterapi.

4.2 Utnyttelse av samlede ressurser

Sentrene har avtalt en arbeidsdeling med sikte på å utnytte ressursene på best mulig måte. F eks har RELIS 3 hatt hovedansvaret for utvikling og implementering av databasen, mens RELIS 2 har hatt ansvar for opplegg av møter med Institutt for farmakoterapi og SLK, og for presentasjon av sentrene i ulike fagtidsskrift slik som «Tidsskrift for den norske legeforening», «Farmasøytisk tidsskrift», «Tannlegetidene» og «Utposten».

RELIS 2 har hatt ansvaret for kontakt med reklamebyrå og utarbeidelse av informasjonsbrosjyre, logo, plakater etc. Sentrene prøver dessuten å bruke hverandres utredninger så mye som mulig. Dette har imidlertid ikke fungert helt optimalt pga forsinket databaseutvikling. Balansen i arbeidsdelingen mellom sentrene blir av begge parter beskrevet som god.

4.3 Vurdering

Sentrene har hatt *et betydelig samarbeid* på mange områder, og alt tyder på at dette samarbeidet har vært til gjensidig nytte. Samarbeidet og arbeidsdelingen har også bidratt til at man har unngått dobbeltarbeid.

5

TJENESTEPRODUKSJON OG KVALITET

5.1 Markedsføring av tjenester

RELIS har markedsført tjenestene generelt ved presentasjoner i tidsskrifter, foredrag, deltagelse på møter, skriftlig informasjon og direkte kontakter.

Som eksempler på informasjon gjennom tidsskrifter o.l. kan nevnes artikkel i NAT nr 13/94, presentasjon i «Hordahelse» (informasjonsskriv for helsepersonell utgitt av Fylkeslegen), intervju i «Innsyn» som er et kontaktorgan for helsetjenesten i Hordaland, presentasjon i medlemsblad for Norske Sykehusfarmasøytters Forening, Tidsskrift for Den norske Lægeforening og Tannlegetidende, spalte i «Utposten» (som ennå ikke er trykket), og intervju i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.

RELIS er presentert overfor en rekke institusjoner/arrangementer, f.eks. Hordaland og Sogn og Fjordane krets av Norges Farmaceutiske Forening, høstkongress for tannleger og tannlegenes årsmøte, Voss sykehus og Bergen legevakt, Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane, Legemiddelkomiteer ved Sentralsykehuset i Akershus, Bærum, Sandefjord, Telemark, Horten, Rogaland, Haugesund, «Buskerudsfarmasøytens dag», på Farmasidagene høsten 1995, på årsmøte for tilsynsfarmasøyer, samt i Sørlandet krets av Apotekerforeningen og Fylkeslegens Rådgivende utvalg for legemiddelspørsmål i Rogaland. RELIS 3 har dessuten benyttet seg av Farmasøytisk Rådgivingstjeneste i Hordaland til å spre informasjonsmateriell.

Det er sendt presentasjonsskriv til sykehusleger, fylkesleger, kommuneleger, almenntilretteliggende leger, tannleger og farmasøyer. Det er laget en egen informasjonsbrosjyre om RELIS.

RELIS 3 har sendt ut «reminders» til almenntilretteliggende leger, hvor det vises til eksempler på spørsmål RELIS har besvart. Hordaland legeförening har invitert RELIS til å informere på et kurs for leger, og RELIS har også deltatt på kretskontaktmøte for Norske sykehusfarmasøytters forening. RELIS 2 mener selv at deres tjenester nå er godt kjent blant

farmasøyter. Kjennskapen til RELIS vurderes fortsatt å være noe mangelfull blant leger og tannleger.

Det medgis at RELIS har vært litt tilbakeholdne med å markedsføre tjenestene fordi en ennå ikke kjenner senterets fremtid og fordi en lett kan komme i en situasjon der en ikke klarer å besvare alle henvendelsene.

5.2 Kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk i regionen

RELIS 2 har i prøveperioden gjennomført tre kartlegginger av legemiddelbruk i helseregionen. To av kartleggingene har vært gjennomført på sykehusnivå. I samarbeid med barnelege og overlege i sykehushygiene ved Rikshospitalet har RELIS 2 kartlagt antibiotikabruk ved barneavdelingene i regionen. Videre har RELIS 2 kartlagt økonomiske konsekvenser av tannreparasjoner som følge av legemiddelbruk. RELIS 2 har sendt prosedyrer angående bruk av heparin til alle legemiddelkomitéene i regionen og skal undersøke om anbefalingene fører til forbruksendringer.

Kartleggingen av antibiotika og heparinforbruk baserer seg på legemiddelstatistikken fra sykehusapotekene. Senere vil det være aktuelt å benytte seg av Helsetilsynets sentrale reseptstatistikk dersom dette systemet blir etablert.

RELIS 3 har etablert to samarbeidsprosjekter om legemiddelbruk. Det ene prosjektet er *en pilotstudie i samarbeid med Farmasøytisk Rådgivningstjeneste i Hordaland og i Sogn og Fjordane*. Prosjektet handler om bruk av sovemedisin blant eldre på sykehjem og aldershjem i Hordaland og i Sogn og Fjordane. Målsettingen er å få inntrykk av hvor mye og hvilke typer medikamenter som brukes, om bruken er forskjellig på hverdag/helg, om bruken er forskjellig mellom by/land, om bruken skiller seg kvantitativt og kvalitativt fra andre fylker, og om metoden fungerer med tanke på senere samarbeidsprosjekt. Prosjektet er ikke fullført ennå, men man er i gang med bearbeiding av data.

Det andre prosjektet er *et samarbeid med Fylkessykehuset/sykehusapoteket i Haugesund*. Prosjektet tar sikte på å avklare bruken av

antibiotika på medisinsk og kirurgisk avdeling ved sykehuset. Målsettingen er å foreslå et sett indikatorer som kan belyse og forklare bruk av antibiotika ved medisinske og kirurgiske avdelinger på norske sykehus, bruke resultatene som bakgrunn for å styre utvikling, og forandre kritiserbare rutiner og tendenser i det etablerte foreskrivingsmønster. Heller ikke dette prosjektet er fullført ennå.

5.3 Bevisstgjøring og optimalisering av bruken av legemidler

Når det gjelder innsats rettet mot bevisstgjøring og optimalisering av bruken av legemidler, så har RELIS først og fremst satset på å besvare henvendelser og således påvirke gjennom individuell veiledning. I tillegg kan man forvente at det skjer en bevisstgjøring av legemiddelbruk ved at RELIS publiserer utredninger, deltar i møter og ved kursvirksomhet.

5.4 Håndtering av henvendelser, kvalitet

Ved henvendelse til RELIS får brukerne gjerne et muntlig svar i løpet av 1–2 dager, etterfulgt av et *skriftlig svar* etter 1–4 uker. Det er utarbeidet en prosedyrebeskrivelse ved henvendelser som gjelder begge RELIS.

Henvendelsene kommer enten muntlig, pr telefon eller skriftlig pr brev/fax. Brukere er primært leger og farmasøyter, men også tannleger, veterinærer og annet helsepersonell har kontaktet RELIS. Ved henvendelse benyttes egne skjema hvor dato, navn, adresse og telefonnummer til spørsmålstiller noteres. På dette skjemaet noteres problemstilling og når svar ønskes. Opplysninger om evt. pasient begrenses seg til alder, vekt, kjønn, graviditet, allergier, stimulantia, medikamenter, hjerte, nyre og leverfunksjon. Pasienten forblir anonym.

Med utgangspunkt i problemstilling gjøres et søk ved hjelp av bøker, databaser, originalartikler, kontakt med fagpersoner og kompetansesenter. Liste over bøker, databaser og aktuelle kontaktpersoner utarbeides. Alle opplysninger om og oversikt over saksgangen legges i en egen saksmappe som er en loggbok for utredningen. Den inneholder opplysninger om hvilke kilder som er sjekket. Saksmappen ordnes etter spørsmålsnummer og legges i et eget låsbart arkivskap eller i en egen hylle.

En *database* for håndtering av henvendelser er utviklet i prøveperioden. Databasen er fortsatt under utvikling og vil etter hvert være til god hjelp ved registrering, søk, vedlikehold av data, rapporter/statistikk, kommunikasjon mellom sentrene og sikkerhet.

Prosjektgruppen for prøveperioden har diskutert kriterier for vurdering av kvaliteten på svarene fra RELIS. Kvaliteten på svarene må sees i sammenheng med hvilken rolle RELIS er ment å ha. RELIS skal på den ene siden dekke brukernes behov for hurtig informasjon, dvs ofte i form av et raskt og kort svar. Samtidig skal svarene være grundige nok til at de blir oppfattet som korrekte og til å stole på. Informasjonen fra RELIS skal dessuten bidra til bevisstgjøring og rasjonell legemiddelbruk i regionen.

De ulike samarbeidspartnerne vi har kontaktet gir uttrykk for at RELIS holder *god faglig standard* på sine besvarelser.

RELIS har innført en ordning med *svarkort*. Ved utsendelse av svarene fra RELIS vedlegges et enkelt skjema som brukerne bes besvare og sende tilbake til RELIS. RELIS kan dermed få jevnlig tilbakemeldinger fra brukerne, og fange opp hva brukerne mener om de tjenestene de gir.

5.5 Dokumentering av behov for forsknings-aktiviteter

RELIS 3 har som nevnt ovenfor etablert to samarbeidsprosjekter omkring kartlegging av legemiddelbruk. Foreløpig er det ikke satt i gang andre tiltak mht å dokumentere forskningsbehov.

RELIS 2 har som tidligere nevnt gjennomført tre kartlegginger av legemiddelbruk i regionen. I 1995 tok RELIS 2 initiativ til å se nærmere på effekten av apotekproduserte preparater og til å få kartlagt omfang og hyppighet av tannskader som forårsakes av legemidler til pasienter med psykiske lidelser.

I 1996 har RELIS 2 sett at det bl a kan være behov for å få kartlagt og undersøkt faktisk legemiddelbruk på sykehjem, få gjennomført en forbruksstudie blant almenpraktiserende leger mht forskrivning av

spesielle legemidler og en undersøkelse av bruk av legemidler utenom godkjent indikasjon.

RELIS har imidlertid svært begrensede ressurser til selv å gjennomføre slike undersøkelser innenfor nåværende stillingsramme. Etter RELIS' oppfatning vil flere av problemstillingene som oppdages, kunne løses gjennom mindre utredningsoppdrag eller gjennom hovedfagsoppgaver. RELIS 2 har innledet et samarbeid med Odontologisk fakultet (UiO) med tanke på økt oppmerksomhet rundt problemet med tannskader forårsaket av legemiddelbruk blant pasienter med psykiske lidelser.

5.6 Vurdering

RELIS har drevet *en aktiv og betydelig markedsføring og informasjonsvirksomhet* både overfor brukerne og samarbeidspartnerne. Begge sentrene har kommet *i gang med kartleggingsaktiviteter*, men har ennå *ikke fullført disse aktivitetene*.

RELIS har først og fremst kunnet påvirke legemiddelbruken gjennom besvarer til *enkeltpersoner* og i noen grad gjennom kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk i regionen. RELIS 2 har bl a gjennomført to ulike kartlegginger av legemiddelbruk på sykehusnivå. Ut fra det vi kan bedømme, greier RELIS å håndtere henvendelsene fra brukerne på en tilfredsstillende måte både mht sikkerhet og kvalitet.

RELIS' oppgaver knyttet til *dokumentering av forskningsbehov* er derimot *ikke ivare tatt like godt* i prøveperioden. RELIS har identifisert områder som bør undersøkes nærmere, men uten at en er kommet i gang med noen forskningsaktivitet. Sentrene er i dag små enheter med få fagpersoner. Ambisjonsnivået for RELIS' mål og oppgaver mht forskningsaktiviteter må derfor tilpasses denne virkeligheten.

6

ORGANISERING, DRIFT OG KOMPETANSE

6.1 Bemanning

RELIS 2 er pr i dag bemannet med 3,1 årsverk fordelt på 4 fagstillinger. Fagstillingene er besatt av 2 farmasøyter i 100% stilling, 1 farmsøyt i 60% stilling og 1 tannlege i 50% stilling. I tillegg har RELIS 2 en kontormedarbeider i 40% stilling, samt en edb-konsulent i 20% stilling.

RELIS 3 er pr i dag bemannet med 3,3 årsverk fordelt på 3 fagstillinger og en sekretær. Fagstillingene består av to leger, hvorav den ene er i 100% stilling, den andre i 80% stilling, og en farmasøyt i 100% stilling. Sekretæren har 50% stilling.

6.2 Organisasjonstilknytning

RELIS 3 er organisatorisk tilknyttet sykehusapoteket som en avdeling. Sykehusapoteket har arbeidsgiveransvar og ansvar for lønnsutbetalingene. Prosjektleder fungerer som en avdelingsleder med apoteker/assisterende-apoteker som sin nærmeste overordnede. Dette innebærer møterett, men ikke møteplikt til ledergruppemøtene i apoteket. Prosjektleder deltar ikke i disse ledermøtene.

Apoteket sørger for lokaler, regnskapsføring og budsjettkontroll. Sykehusapoteket og RELIS 3 har inngått en formell avtale om kostnadsfordeling for de tjenester apoteket yter RELIS 3. RELIS 3 har hatt god nytte av fagkompetansen og velvilligheten til edb-ansvarlige og økonomiansvarlige ved apoteket. For RELIS har det også vært nyttig å kunne samarbeide med Farmasøytisk Rådgivingstjeneste.

Sett fra RELIS 3's side er det gunstig å være tilknyttet apoteket mht de administrative og økonomiske funksjonene. Apoteket er nært, man kjenner folk og kan ta opp ting direkte. Fra en faglig synsvinkel ansees det å være mest gunstig med tilknytning til det kliniske farmakologiske og farmakologiske miljøet. Både arbeidsmåte i RELIS, RELIS' oppgaver

og behovet for nærhet til forskningsmiljøer gjør at RELIS og de andre fagmiljøene ser en slik tilknytning som mest hensiktsmessig.

Det farmakologiske miljøet i regionen er lite, og er i dag splittet opp på tre steder. Sett fra fagmiljøenes side ville det være en styrke å samle disse miljøene. De farmakologiske fagmiljøene er dessuten opptatt av at RELIS får en rolle mht kompetanseoppbygging.

RELIS 3 har lagt ned et betydelig arbeid i å få til en avtale hvor lege ved RELIS får en tilknytning til Seksjon for klinisk farmakologi med sikte på spesialistutdanning. Spesialistkomiteen i Lægeforeningen har ennå ikke gitt svar på om de vil godta en slik løsning. Farmasøyten ved RELIS 3 er i gang med sin spesialisering innen sykehusfarmasi.

RELIS 2 er samlokalisert med sykehusapoteket, men inngår ikke som en avdeling ved apoteket. RELIS 2 opplever å ha en relativ autonom rolle i forhold til Rikshospitalets apotek, men nyter samtidig godt av en del administrative rutiner ved apoteket (innkjøp, regnskap, lønn, arkivnøkkel, registrering av fravær mm). Gjennomføring av disse rutinene ved apoteket har naturlig nok ført til en viss merbelastning for apoteket. Merbelastningen er vanskelig å kvantifisere. Prosjektleder deltar ikke i ledermøtene ved sykehusapoteket. De ansatte ved RELIS 2 har anledning til å ta del i apotekets faglige aktiviteter.

Rikshospitalets apotek er arbeidsgiver og fører budsjettkontroll med RELIS 2. Dette betyr at RELIS må klarere med apoteket om det finnes budsjettdekning ved f.eks. tilsetting av nytt personell. Apoteket sørger for felles lokaler og regnskapsføring. Sykehusapoteket og RELIS 2 har en overenskomst om hvordan administrative tjenester, husleie mm skal fordeles mellom apoteket og RELIS 2.

Det første året hadde verken apoteket eller RELIS 2 egen edb-kompetanse. RELIS 2 fikk bistand fra Rikshospitalets edb-avdeling til oppsett av edb-anlegget og tilkobling til sykehusnettet. I 1996 har Apoteket og RELIS gått sammen om å samfinansiere en egen edb-stilling. RELIS 2 betaler 20% av stillingen mens apoteket betaler 80%. Ordningen varer foreløpig fram til årsskiftet 1996/97.

Erfaringen med å ha egen edb-kompetanse beskrives som svært nyttig fordi RELIS 2 har datanettverk og databaser som skal videreutvikles og vedlikeholdes. Dersom det blir vedtatt å opprette flere regionale legemiddelinformasjonsentra bør det etter RELIS 2's mening vurderes om det skal opprette en felles edb-stilling med ansvar for overordnede edb-oppgaver for de forskjellige sentrene, og ansvar for oppdatering, vedlikehold og utvikling av felles database. Dette er oppgaver som må utføres, men som det er unaturlig å legge til fagpersonalet i RELIS. Samordning av abonnement på ulike databaser bør også vurderes nærmere. Det vil likevel være behov for en viss edb-kompetanse ved hvert enkelt senter.

To av farmasøytene ved RELIS 2 er i gang med spesialistutdanning i sykehusfarmasi.

En ulempe ved dagens lokalisering er at RELIS 2 foreløpig har en noe dårlig tilgjengelighet utenfra. Besøkende må ringe på ved inngangsdøren til de ansatte på apoteket og bli hentet der.

RELIS 2 har ikke prinsipielle innvendinger mot den valgte organisatoriske løsningen, men er samtidig åpen for å vurdere andre løsninger. Erfaringene fra RELIS 2 er at det har vært svært nyttig å kunne få hjelp til gjennomføring av en del administrative rutiner fra en eksisterende organisasjon samtidig som en kan ha en faglig fri stilling.

Det er imidlertid enighet om at staben bør ha, eller ha tilgang til, medisinsk-faglig kompetanse. Inntil nå har ikke RELIS 2 lyktes med å få tilsatt lege. I 1995 prøvde RELIS 2 å rekruttere lege, men lyktes ikke. Problemene med rekrutteringen skyldtes at RELIS 2 ikke er meritterende for leger, og at Rikshospitalet ikke fikk tildelt de ønskede stillingshjemlene for leger fra det rådgivende utvalget for legers stillingsstruktur.

I den senere tid har RELIS 2 hatt en dialog med klinisk farmakologisk avdeling ved Rikshospitalet hvor man har diskutert ulike måter å løse problemet på. En har nå kommet fram til en løsning som et stykke på vei dekker de medisinsk-faglige behov ved RELIS 2. Løsningen går ut på at det opprettes en ny stilling ved klinisk farmakologisk avdeling finansiert gjennom RELIS 2. Som gjenytelse skal klinisk farmakologisk avdeling yte tjenester tilsvarende ett årsverk til RELIS 2.

Det er foreløpig uklart om løsningen lar seg realisere. Løsningen ser så langt ikke ut til å bli satt ut i livet fordi Rikshospitalet ikke er tildelt de legestillingene som de søkte om. En vil nå vurdere å utlyse en prosjekstilling ved Avdeling for klinisk farmakologisk avdeling finansiert av RELIS. Ideén er at stillingen skal besettes av en lege.

Ved etableringen av prøveprosjektet med RELIS kom det fram en del innvendinger mot den organisasjonsløsning som var valgt. Det var først og fremst fra legehold at innvendingene var sterke. Legene mener at legemiddelinformasjon må forankres i de miljøene som har klinisk farmakologisk kompetanse, og at råd om legemidler skal gis av leger fordi de er nærmest pasienten. Det ble også vist til at leger forholder seg til leger, og at autoritet overfor leger best kan oppnås gjennom å ha lege ansatt i RELIS. Mange leger hadde derfor problemer med å se den faglige begrunnelsen for den organisatoriske løsningen for prøveperioden.

Fra flere hold blir den planlagte organsiering av den farmasøytiske og klinisk farmakologiske kompetansen ved Regionsykehuset i Trondheim trukket fram som en løsning som med fordel kan etterliknes. Etter det vi forstår planlegger en der å samordne sykehusapoteket, RELIS og den klinisk farmakologiske virksomheten med tanke på å få til en best mulig utnyttelse av fellesressursene i en egen legemiddelenhet. En slik løsning er imidlertid ikke i samsvar med Lov om drift av apotek mv av 21 juni 1963. Loven stiller krav om at sykehusapotek har egen driftsledelse og eget budsjett. Dersom man skal prøve ut en slik organisasjonsmodell, må det gis dispensasjon for loven innenfor en bestemt tidsramme.

6.3 Forholdet til klinisk farmakologisk avdeling, info-avdelingen ved regionsykehusets apotek, og sykehusapotekene

RELIS 3 har som tidligere beskrevet etablert et fast samarbeid med klinisk farmakologisk avdeling (Haukeland). De bruker i liten grad sykehusapoteket når det gjelder henvendelser. Sykehusapotekene blir ansett som brukere på lik linje med andre. Som nevnt tidligere, har de inngått et samarbeidsprosjekt med sykehusapoteket i Haugesund.

Samarbeidet mellom RELIS 3 og klinisk farmakologisk avdeling beskrives som godt selv om avdelingen har hatt liten kapasitet til å betjene

RELIS. «Vi tror RELIS har kommet for å bli», heter det fra avdelingens side. Samtidig understrekes behovet for å styrke RELIS med klinisk farmakologisk kompetanse.

Både RELIS 2 og Rikshospitalets apotek vurderer det slik at en har kommet fram til en god arbeidsdeling. RELIS 2 betjener i hovedsak de henvendelsene som kommer fra helseregion 2, inklusive henvendelser fra sykehusapotekene i regionen. Rikshospitalets apotek konsentrerer seg om henvendelser fra Rikshospitalet og henvendelser fra andre som kan besvares raskt. Henvendelser fra Rikshospitalet går både til RELIS og apoteket. Enkelte henvendelser som kommer inn til apoteket videreformidles til RELIS etter en vurdering av kompleksitet, krav til litteratur/databasetilgang mm. Informasjonsavdelingen har for øvrig fått tilgang til RELIS' datanett med CD-ROM databaser.

6.4 Prosessen med oppbygging av RELIS

Ansatte ved RELIS er i hovedsak *fornøyd med prosessen ved etableringen av sentrene*. Etablering av RELIS som organisasjon har imidlertid tatt lenger tid enn forutsatt. Særlig har ansettelse av vitenskapelig personell og implementering av felles databasesystem for håndtering av forespørsler fra brukerne tatt lengre lang. Bedre tilgang på edb-støtte ville sannsynligvis medvirket til at databasesystemet hadde kommet raskere på lufta.

Prosjektbeskrivelsen som ble utarbeidet av en arbeidsgruppe, har vært til god hjelp ved etableringen. Prosjektbeskrivelsen er klart utformet og har ført til at man har behandlet utfordringer og problemer i forkant av prosessen. Statens helsetilsyn framhever at *prosjektlederne ved sentrene har gjort en god jobb* – de har vært «selvgående» og har samarbeidet godt med hverandre.

Lokalitetene ved RELIS er imidlertid ikke tilfredsstillende, begge RELIS har for liten plass.

RELIS 3 har fulgt de fylkeskommunale retningslinjene mht til lønns- og arbeidsbetingelser i prøveperioden, i og med at Haukeland sykehus er en fylkeskommunal virksomhet. Det betyr at de ansatte har hatt samme

ansettelsesforhold, permisjonsrettigheter mm som de ansatte ved Haukeland sykehusapotek. RELIS 3 avventer avklaring av organisasjonsmodell, og vil vurdere lønns- og arbeidsbetingelser i forhold til framtidig organisasjonstilknytning.

RELIS 2 har framhevet at spørsmålene rundt de ansattes lønns- og arbeidsbetingelser var mangelfullt utredet da en startet prøveprosjektet. Spørsmålene har bl a dreid seg om hvilke tariffavtaler som skal legges til grunn for de ansattes lønns- og arbeidsbetingelser, hvilke satser og regler som skal gjelde på tjenestereiser og hva slags pensjons- og forsikringsordninger som gjelder mm. RELIS 2 har i hovedsak lagt statens lønns- og arbeidsbetingelser til grunn (jfr at Rikshospitalet er statlig), mens de ansatte på apoteket følger apotekenes lønns- og arbeidsavtaler, dvs tilsvarende privat sektor. Det er visse forskjeller mellom disse arbeidsavtalene, bl a permisjonsrettigheter og godtgjørelser på tjenestereise.

RELIS 2 har i 1996 inngått personalkontrakter med de ansatte. Kontraktene er undertegnet av apotekeren som arbeidsgiver og den enkelte stillingsinnehaver. Alle stillingene er foreløpig direkte innplassert på lønnstrinn. Dersom RELIS blir en permanent ordning ønsker de ansatte stillingene innplassert på lønnsstige.

6.5 Kompetanse ved RELIS

Det har vært en forutsetning fra Statens helsetilsyn at den faglige aktiviteten ved RELIS skal være tverrfaglig. RELIS ser det også som nødvendig at senteret har *både lege og farmasøyt*. Den tverrfaglige kompetansen har avgjørende betydning i forhold til de oppgaver som skal løses.

Behovet for tverrfaglig kompetanse bekreftes også gjennom brukerundersøkelsen. Henvisningene omfatter et vidt spekter av problemstillinger. Det er viktig å ha oversikt over hvor man kan hente informasjon og bruke de fagpersoner og kompetansemiljøer som finnes.

RELIS 3 har både farmasøyt og lege med forskningserfaring. Det er viktig å ha kontakt med klinikere, og for RELIS ville det være gunstig

å ha en erfaren klinisk farmakolog. Som nevnt mangler RELIS 2 foreløpig den medisinske kompetansen i den faste staben. Både RELIS 2 og senterets samarbeidspartnere mener det er viktig å få tilført denne kompetansen, helst ved tilsetting av lege eller ved et formelt og bindende samarbeid med en fast gruppe leger.

6.6 Den interne arbeids- og ansvarsdelingen

Ved RELIS 3 legges det opp til at medarbeiderne tar oppgaver på lik linje og at alle tar ansvar for sin del. Arbeidsformen er basert på at man prøver seg fram først, og deretter fester på papiret hvordan tingene skal gjøres. Medarbeiderne kritiserer hverandres faglige svar og gir hverandre vurderinger. I løpet av prøveperioden har det utviklet seg i retning av noe spesialisering, dvs at farmasøyten tar ansvar for det edb-faglige, legen har ansvaret for å legge inn informasjon i databasen og sørge for innkjøp av litteratur, mens lederen for senteret ivaretar kontakten med tidsskrifter mm. Stillingsbeskrivelser er under utarbeidelse.

Hver mandag morgen avholdes et internt møte med sekretæren på senteret. På dette møtet blir sekretæren informert om konkrete arbeidsoppgaver den kommende uken. Hver fredag morgen avholdes et stabsmøte for fagpersonene på senteret. På møtet gjennomgås boken hvor alle henvendelser registreres og man fordeler henvendelsene på personer. Det blir også sjekket om senteret har avgitt muntlig eller skriftlig svar på henvendelsene. Møtet brukes også til informasjon om møter, kongresser og annen virksomhet hvor RELIS 3 har deltatt. Alle forhold som vedrører senteret blir tatt opp på møtet. Det skrives referat fra møtene.

Ved RELIS 2 hadde en i 1995 ingen spesiell deling av arbeidsoppgavene mellom fagpersonalet, med unntak for henvendelser som kom fra tannleger. De ble stort sett tatt hånd om av teamets tannlege.

I 1996 har en praktisert en viss grad av spesialisering av arbeidsoppgaver, dvs at medarbeidere som har jobbet mye med en problemstilling, også tar hånd om nye henvendelser innenfor samme felt. Denne spesialiseringen har nå «gått litt langt», fordi en lett blir sårbar ved fravær. Innenfor områder med mange henvendelser har RELIS 2 funnet ut at kompetansen bør spres på to medarbeidere.

Annenhver uke avholdes et internt møte. Møtene har fast dagsorden og det skrives referat fra møtene. På møtene behandles eller informeres det om oppfølgingssaker, pågående utredninger, økonomi, invitasjoner til møter og kurs. Medarbeiderne kritiserer hverandres faglige spørsmål og gir hverandre vurderinger. Boken over henvendelser gjennomgås og fordeles. Av andre ting som tas opp på disse møtene kan nevnes personalspørsmål og innkjøp av litteratur.

6.7 Dokumentasjon og rutiner

Som nevnt har RELIS kunnet nyte godt av en del etablerte administrative rutiner ved henholdsvis Haukeland sykehusapotek og Rikshospitalets apotek. Ved RELIS 2 gjenstår det imidlertid noe arbeid med å finne den endelige formen på enkelte administrative rutiner. Det er bl a ennå ikke funnet noen løsning på hva slags arkivnøkkel som en skal ha. Inntil nå har en benyttet en modifisert utgave av apotekets arkivnøkkel som vurderes å være tilfredsstillende inntil man eventuelt går over til elektroniske journalsystemer.

Postjournalene føres foreløpig manuelt. Dessuten blir alle henvendelser notert ned i en egen protokoll. Alle utgående brev skrives på brevark med RELIS 2's logo, og det er laget faste brevmaler til forskjellige typer brev.

Når det gjelder faglige rutiner er det etablert faste rutiner for hvordan de ferdige utredningene skal legges inn i databasen. Her er det for øvrig utarbeidet en egen manual for registrering og indeksering av utredninger. Disse rutineene beskrives som gode. Det vises imidlertid til visse problemer med å velge riktige nøkkelord eller kodex til bruk ved gjenfinning av dokumentene. Dette går lettere med erfaring.

RELIS 2 kjører fortløpende ut statistikk over antallet og type henvendelser. Rutinene er ennå ikke fullt automatisert fordi en har et for stort etterslep mht registrering av saker i databasen.

Alle henvendelser til RELIS legges nå inn i en database. Databasen gir gode muligheter til å holde oversikt over antall, type henvendelser,

hvilke brukere som henvender seg, hvilke svar som gis osv. RELIS har i prøveperioden ikke lagt opp til å bruke database til dokumentasjon av møter, nyhetsbrev, artikler o.l.

RELIS er en liten og oversiktlig virksomhet. Som nevnt tidligere blir oppgaver knyttet til regnskap og lønn utført av sykehusapotekene ved Haukeland og Rikshospitalet. Dette er en ordning som er hensiktsmessig og som alle synes fungerer godt. RELIS mottar etter vår vurdering de regnskapsrapportene som er nødvendige for å kunne følge opp virksomheten økonomisk.

6.8 Vurdering

Både RELIS 2 og RELIS 3 ser ut til å ha funnet fram til en *god samarbeidsform med sykehuseapoteket* når det gjelder de praktiske og administrative funksjonene ved sentrene.

Når det gjelder den faglige aktiviteten ved sentrene er ikke erfaringene fra prøveperioden like entydige. Prøveperioden har vist at det er *vanskelig å få rekruttert leger* til RELIS, jmf problemene ved RELIS 2. Skal RELIS bli en attraktiv arbeidsplass for leger, vil det trolig være av avgjørende betydning at arbeidet ved RELIS kan være meritterende. Muligheten for å sikre tverrfaglig kompetanse til sentrene bør derfor være det viktigste kriteriet for valg av framtidig modell.

I følge prosjektbeskrivelsen skal RELIS drive *kartleggingsvirksomhet* og etablere *forskningsaktiviteter*. Dette er *tidkrevende oppgaver* som vil kreve *tett samarbeid med forskningsmiljøer* i produsentuavhengig klinisk forskning/legemiddelutprøvninger og i utarbeidelse av behandlingsanbefalinger. Den framtidige organisasjonsmodellen bør derfor legge til rette for et slikt samarbeid.

Et tredje moment mht valg av framtidig organisasjonsmodell, er behovet for å *styrke og samordne de ulike fagmiljøene* innenfor den produsent-uavhengige legemiddelinformasjonen. Legemiddelindustrien bruker betydelige ressurser i markedsføringen av sine produkter. Skal den produsent-uavhengige legemiddelinformasjonen ha mulighet til å nå fram til

brukerne, må fagmiljøene og de samlede ressursene både sentralt og regionalt settes inn som en samordnet innsats på dette området.

Prosessen med *oppbyggingen av RELIS* ser ut til å ha fungert *tilfredsstillende*. Bortsett fra at RELIS 2, mangler medisinsk kompetanse, har vi inntrykk av at begge sentrene har kompetanse tilpasset de oppgavene som skal løses. *Den interne arbeidsfordelingen fungerer godt*, og arbeidet med utviklingen av rutiner og dokumentasjon av virksomheten ser ut til å ha fungert tilfredsstillende.

7

EFFEKT AV RELIS

I følge mandatet for evalueringen skal effekten av RELIS vurderes i henhold til

- *nytteverdi* for brukerne, om brukerne har brukt informasjonen fra RELIS, og om informasjonen har ført til noen endringer.

I tillegg skal evalueringen gi en vurdering av

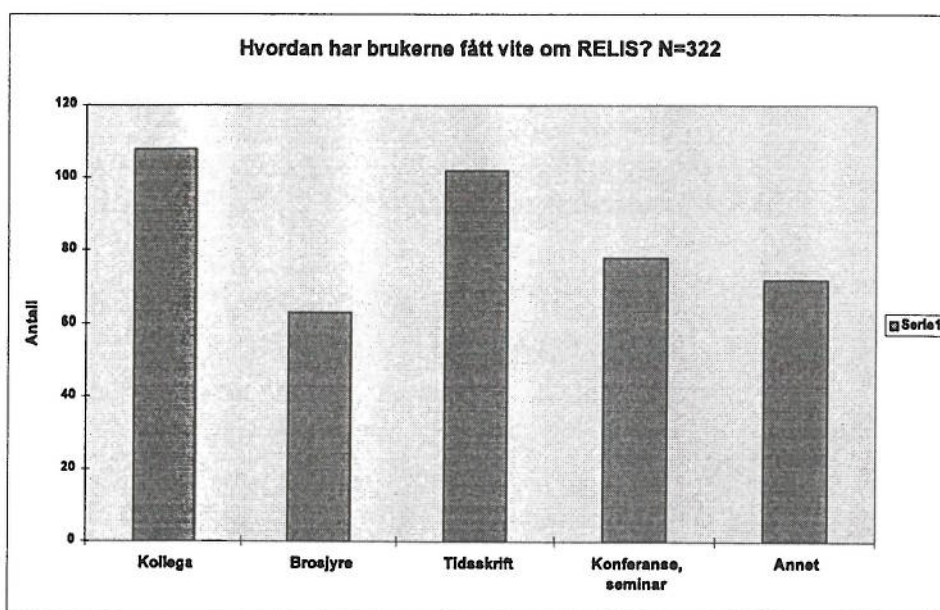
- om *RELIS har en egenverdi* f eks mht kompetanseoppbygging i forbindelse med undervisning, og
- om prosjektet har vist at det *er behov for regionale legemiddelinformasjonssentre*.

7.1 Har RELIS nytteverdi for brukerne?

Dersom RELIS skal være nyttig for brukerne, *må brukerne vite at RELIS finnes*. Vi har derfor undersøkt hvordan brukerne har fått kjennskap til RELIS.

7.1.1 Hvordan har brukerne fått vite om RELIS?

Svarkortundersøkelsen (jfr figur 2 nedenfor) viser at de fleste brukerne har fått vite om RELIS gjennom kollegaer og gjennom tidsskrifter. Konferanser, seminarer og møter ser også ut til å være viktige kilder for å gjøre RELIS kjent blant brukerne. Intervjuundersøkelsen viser at brukerne har fått vite om RELIS fra flere hold, dvs fra kollegaer, gjennom tidsskrifter, gjennom møter mm. De som har svart «annet» på dette spørsmålet, er brukere som oppgir at de har kjent til RELIS fra «tidenes morgen», at de har vært høringsinstans ved igangsetting av prøveordningen, og at de har fått høre om RELIS via apoteket, Apotekerforeningen eller lege.

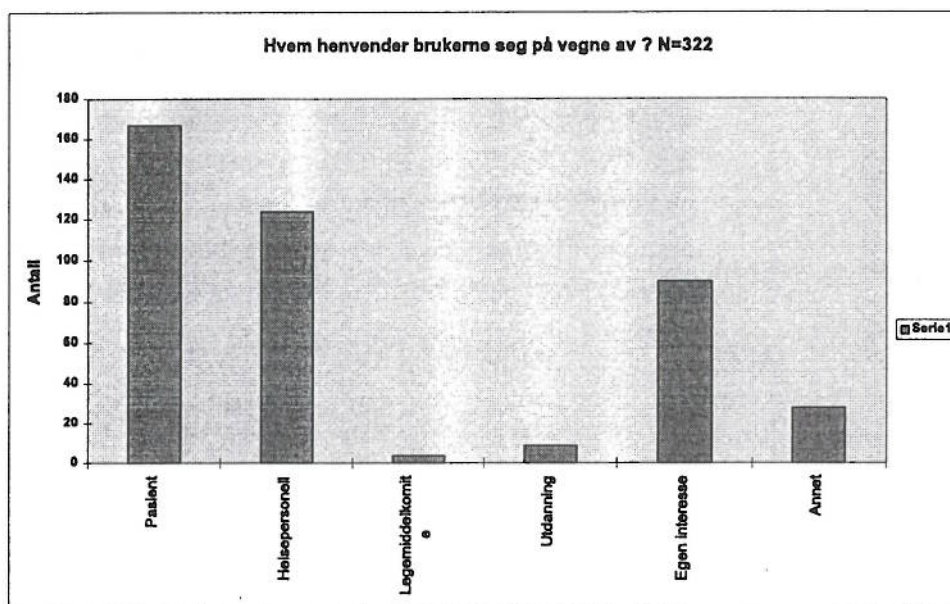


Figur 2 Hvordan har brukerne fått vite om RELIS?

7.1.2 Hvem henvender brukerne seg på vegne av?

Brukerne henvender seg oftest på vegne av pasient og annet helsepersonell og ut fra egeninteresse. Svarkortene som RELIS har sendt ut har ingen oppdeling av gruppen «annet helsepersonell». I vår intervjuundersøkelse har vi fått vite at når brukerne svarer på vegne av «helsepersonell», så betyr dette vanligvis på vegne av lege.

Leger og tannleger henvender seg til RELIS på vegne av en pasient og dels ut fra egen interesse. Farmasøyter henvender seg svært ofte på vegne av både lege, pasient og egen (apotekets) interesse.



Figur 3 Oversikt over hvem brukerne henvender seg på vegne av?

7.1.3 Er foreløpige muntlige svar nyttige?

Praksis ved RELIS er at de forsøker å gi brukerne foreløpige muntlige svar. 84% av de 322 spurte oppgir at de har mottatt et foreløpig muntlig svar fra RELIS. Blant de som har mottatt et foreløpig muntlig svar mente 81% at *det foreløpig svaret var nyttig* - fordi det muntlige svaret ga tilstrekkelig informasjon på spørsmålet, eller fordi en ble klar over at spørsmålet måtte utredes nærmere før en kunne iverksette rådene fra RELIS. Noen av de som mente at svaret ikke var nyttig, har begrunnet dette med at de ikke fikk mer informasjon enn det de visste fra før, og at svaret var litt for generelt.

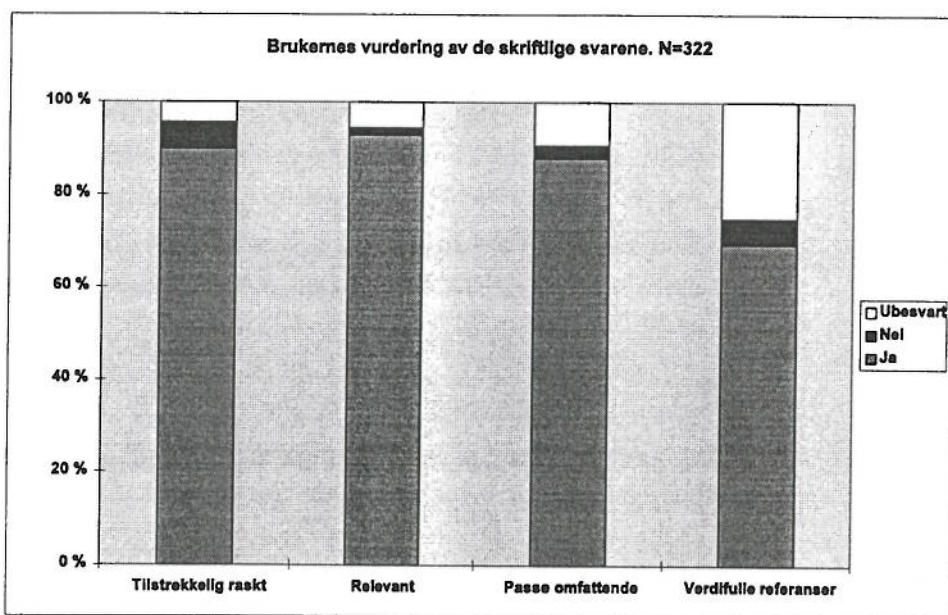
Vel halvparten (55%) av de 100 intervjuede sier at de hadde forventet å få et foreløpig, muntlig svar fra RELIS.

7.1.4 Er brukerne fornøyd med de skriftlige svarene?

Gjennom intervjuene har flere brukere sagt at de opplever de skriftlige svarene fra RELIS som en slags «*ekstra service*». Figur 4 viser at *brukerne i hovedsak er fornøyd med de skriftlige svarene de får*.

Svarkortundersøkelsen (322 brukere) viser at 90 % av brukere har fått det skriftlige svaret raskt nok, mens 6 % av brukerne mener at de ikke har fått det raskt nok. Vi har i intervjuundersøkelsen spurt brukerne hva som vil være «tilstrekkelig raskt svar». Svarene fra brukerne gir imidlertid ikke grunnlag for å si hva som vil være «tilstrekkelig raskt svar». Et typisk svar fra brukerne er «det kommer alt an på sakens natur». Likedan er det mange som sier at «vi hadde ingen bråhast med svaret».

Vårt inntrykk er at brukerne i hovedsak er fornøyd med utredningstiden av de skriftlige svarene fordi de på forhånd har fått tilstrekkelig gode muntlige svar. I de tilfellene en ikke har fått det skriftlige svaret i tide, har det som regel dreid seg om saker der en har vært avhengig av et raskt svar i forbindelse med behandling av pasienten. En del brukere har imidlertid svart at de har mottatt det skriftlige svaret først etter at de har avgitt svar til pasient/kunde. I intervjuene er det 8 av brukerne som sier at RELIS må bli raskere med tilbakemelding av svar på spørsmål fra brukerne.



Figur 4 Brukernes vurdering av de skriftlige svarene

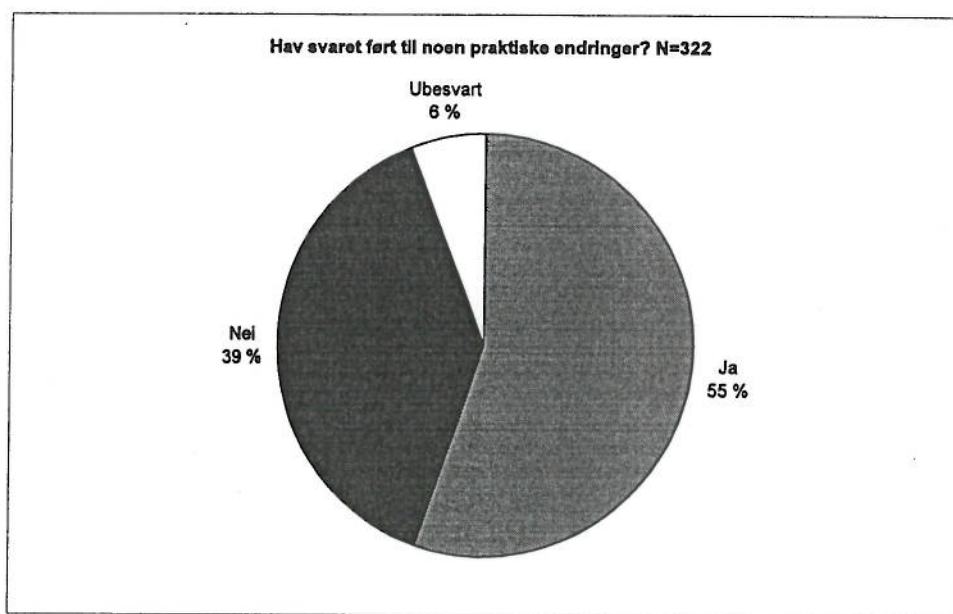
92 % av brukerne sier at de har fått et relevant svar, mens bare 2% mener at svaret ikke var relevant. Noen brukere har etterlyst et mer konkret svar angående valg av legemidler. Andre viser til at de selv ikke har vært flinke nok til å stille riktig spørsmål til RELIS.

88% av brukerne mener at svarene fra RELIS var passe omfattende, mens 3 % mener de ikke har fått et passe omfattende svar. Disse brukerne mener at utredningene fra RELIS er for omfattende i forhold til deres forventninger.

Brukerundersøkelsen viser at 70 % betrakter referansene fra RELIS som verdifulle. 5% mener de ikke har fått verdifulle referanser, mens 25 % av brukerne har ikke besvart spørsmålet. Vårt inntrykk fra intervjuene er at brukerne i liten grad sjekker eller benytter seg av referansene. Flesteparten av brukerne mener likevel at det er «greit» at utredningene har referanser.

7.1.5 Har brukerne hatt praktisk nytte av svarene?

55% av brukerne sier at svarene fra RELIS har ført til *praktiske endringer eller råd* fra deres side. Svarfordelingen framgår av figur 5.



Figur 5 Har svarene ført til noen forandringer eller råd fra brukernes side?

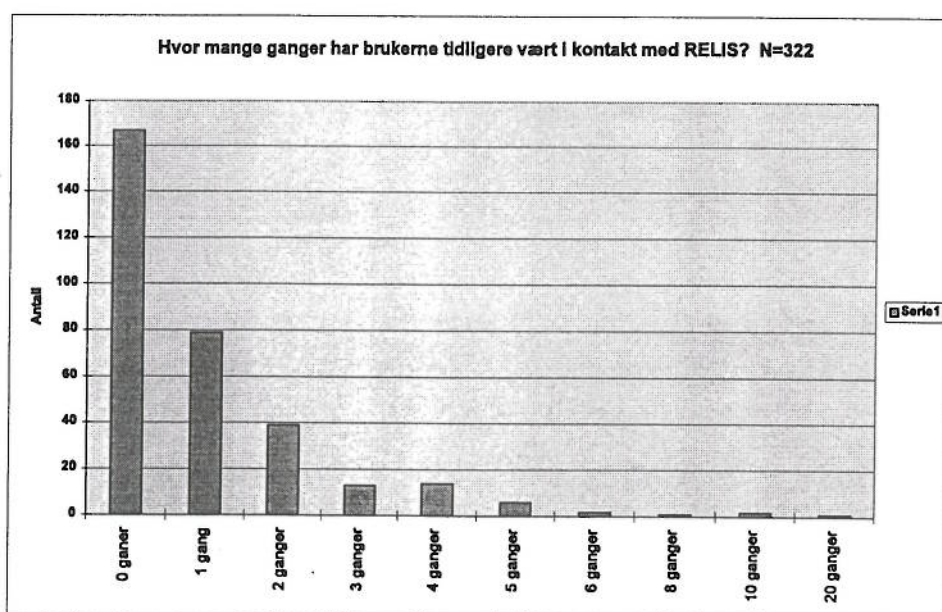
Gjennom intervjuundersøkelsen har vi undersøkt hva slags nytte brukerne har hatt av rådene. Svarene fra de som har besvart dette spørsmålet i svarkort- og intervjuundersøkelsen kan grupperes i følgende kategorier:

• Anvendt i videre veiledning	98
• Bekreftet egen praksis/blitt tryggere i arbeidet	30
• Endringer mht til foreskriving av medikamenter	44
• Bedre oversikt over bivirkninger	14
• Endret rutinene for håndtering av legemidler	11

Flesteparten av de spurte (82%) sier at de har diskutert eller lagt svaret fra RELIS fram for andre. Vanlig praksis er at svaret arkiveres med tanke på at det skal kunne benyttes ved senere anledninger.

7.1.6 Blir RELIS brukt på nytt?

En indikator på nytteverdien av RELIS kan være gjenbruk av tjenestene. Figur 6 gir oversikt over hvor mange ganger brukerne har kontaktet RELIS tidligere.



Figur 6 Oversikt over antall brukere som har henvendt seg til RELIS tidligere

Omlag halvparten av de spurte oppgir at de har henvendt seg til RELIS tidligere, vanligvis 1–3 ganger. Gjenbruk av tjenestene fra RELIS er vanlig og sannsynligvis tiltakende. Tilfredshet med første gangs henvendelse ser ut til å være en viktig årsak til gjenbruk av tjenester fra RELIS.

Foreløpig er det imidlertid svært få brukere som har kontaktet RELIS mer enn 5 ganger tidligere.

7.2 Har RELIS en egenverdi?

Hvorvidt RELIS har en egenverdi er i evalueringen knyttet til spørsmålet om RELIS' rolle i kompetanseoppbygging mht undervisning. I prøveperioden har RELIS vært en aktiv bidragsyter i undervisningssammenheng, bl a ved deltagelse i kursvirksomhet for studenter og almenleger. RELIS 2 har deltatt i flere kursutvalg for etter- og videreutdanningskurs og hatt hovedfagsundervisning for farmasistudenter. RELIS 3 har undervist medisinerstudenter ved Universitetet i Bergen.

Erfaringene fra prøveperioden viser imidlertid at RELIS først og fremst har en verdi som en instans som kan svare på henvendelser.

7.3 Er det behov for regionale legemiddelinformasjonsentre?

RELIS har vært i virksomhet i en periode på 20 måneder. I løpet av denne perioden har RELIS 2 hatt 527 henvendelser og RELIS 3 har hatt 340 henvendelser. *Antallet henvendelser i prøveperioden tyder på at det er behov for denne typen tjenester.*

Men selv om RELIS i løpet av kort tid har opparbeidet seg en relativt stor «kundekrets», har flere brukere (29) i telefonintervjuene *etterlyst bedre markedsføring* av tjenestene. I «kundelistene» til RELIS 3, er det angitt få allmennpraktiserende leger som brukere. Dette tyder på at RELIS 3 ikke har nådd tilstrekkelig ut med informasjon til denne gruppen brukere.

bør
rette
2
RELIS

I intervjuundersøkelsen har flere brukere (14) anbefalt at utredningene fra RELIS i større grad gjøres kjent eller tilgjengelig for andre brukere. Flere brukere ville dermed få nytte av tjenestene, og RELIS kunne bli avlastet mht pågangen av henvendelser.

7.3.1 Hvorfor har brukerne henvendt seg til RELIS og ikke til andre?

Vi har spurt brukerne hvorfor de har henvendt seg til RELIS og ikke til andre instanser. Noen av brukerne husker ikke hvorfor de akkurat henvendte seg til RELIS første gangen. De som har svart på spørsmålet viser til ulike grunner til at de har kontaktet RELIS.

En del av brukerne *viser til fortrinn* som RELIS har, f eks

- RELIS er nøytrale/objektive
- RELIS gir helhetlige vurderinger
- RELIS har god tilgang til databaser
- RELIS er raske/sparer tid for oss

Andre brukere svarer at de *tror de kan få hjelp av RELIS*:

- Trodde/visste at RELIS hadde utredet tilsvarende problem tidligere
- Trodde RELIS kunne hjelpe
- Vi hadde spørsmål om svært spesielle legemidler

Andre igjen viser til at *de ikke hadde andre muligheter*:

- Vi visste ikke hvor vi skulle henvende oss
- Vi fant ikke svar i egne oppslagsverk
- NMD kunne ikke hjelpe

Blant dem som har kontaktet RELIS mer enn én gang blir RELIS' grundige og utfyllende svar trukket fram som positive erfaringer. De viser til bl a til at «Legemiddelfirmaer gir oss bare A4-svar». Noen brukere gir uttrykk for at RELIS' solide faglig kompetanse i seg selv er god nok grunn til å søke råd nettopp fra RELIS.

Svarkortundersøkelsen viser at *RELIS er førstevalget for de fleste av brukerne, dvs 61%*. Disse brukerne hadde ikke forsøkt å få svar fra andre instanser før de kontaktet RELIS.

I intervjuundersøkelsen var det 29 brukere som oppga at de hadde kontaktet andre instanser før de kontaktet RELIS. Svarene fra svarkortundersøkelsen og intervjuundersøkelsen fordelte seg på følgende instanser:

• Legemiddelfirmaer	39
• Spesialister, leger, tannleger, farmasøyer	22
• NMD	11
• Andre (SIFF, sykehusapotek/apotek, SLK, NAF Giftkartoteket og Arbeidstilsynet)	36

En del brukere har svart at de først har kontaktet kolleger. Noen har kontaktet Bivirkningsnemnda, Universitetet i Oslo og i Bergen, Rettstoksikologisk Institutt og utenlandske miljøer.

Brukerne opplever RELIS som seriøse og grundige. RELIS er et bedre sted å henvende seg enn andre instanser når en skal ha nøytral informasjon, når det er snakk om å sammenlikne flere preparater, når en skal besvare spørsmål som krever kompetanse med bred innsikt og når en vil ha godt dokumenterte svar som er belyst ved hjelp av flere kilder. Noen brukere trekker frem at RELIS er et naturlig sted å henvende seg når det er snakk om interaksjon mellom legemidler og når det gjelder bivirkninger av sjelden anvendte legemidler.

7.3.2 Hvilken rolle bør RELIS ha?

På spørsmål om hva slags rolle RELIS bør spille i arbeidet med informasjon om legemidler, har *halvparten av de spurte ingen spesielle meninger* om dette. Blant dem som svarer på spørsmålet er det angitt følgende synspunkter fra mange av brukerne:

- RELIS bør ha en *nøytral og uavhengig rolle* (19).
- RELIS bør være *et ressurscenter* i legemiddelspørsmål. Ressurscenteret bør ha høyt faglig nivå, tilgang til flere databaser og kunne gi raske svar og holde seg faglig ajour (15).

- RELIS bør ha en *aktiv rolle*, dvs gå ut og informere, og ikke bare svare på henvendelser. De bør gå aktivt ut og avdekke problemområder og informere om dem. De bør bruke tidsskrifter og media (8).

I tillegg er det kommet fram noen spredte synspunkter fra enkelte brukere:

- RELIS bør være *tverrfaglig* som håndterer spørsmål fra flere sider.
- RELIS bør *konsentrere seg om de farmasøytiske sidene* ved legemiddelbruk, ikke de kliniske.
- RELIS bør være et *supplement til SLK*, dvs SLK må ta de tunge, grundige terapiutredningene.
- RELIS bør *erstatte NMD's informasjonsavdeling*.
- RELIS bør kanskje være en *akutt-telefon*.
- RELIS bør *kjenne de lokale terapitradisjonene*.
- Det er *ikke så viktig at RELIS er på region-nivå*.

Én av brukerne har stilt spørsmål ved berettigelsen av RELIS, og en annen har uttrykt seg på følgende måte:

- «Er usikker på om det er behov for RELIS - de opptrer i konkurranse med SLK og grossistene. Ser ikke for meg at det er lurt å spre ressursene på flere instanser.»

Fem av brukerne mener at RELIS nå har funnet sin rolle, at de fungerer greit og bør fortsette som nå. Blant enkelte brukere er det en viss frykt for at RELIS skal bli en ren informasjonsbank som tar hånd om alle typer henvendelser uavhengig av vanskelighetsgrad. Dette inntrykket blir forsterket gjennom intervjuer med farmasøyter på apotek som medgir at i det i enkelte tilfeller synes enklere å ringe RELIS enn å forsøke å finne svar på problemet ved hjelp av egne oppslagsverk.

7.4 Vurdering

Brukerundersøkelsen viser at de *fleste brukerne er godt fornøyd* med de svarene de får fra RELIS. Både gjenbruken av tjenestene og den nytten brukerne sier de har av svarene, tyder på at RELIS har lyktes med sin virksomhet. Antallet henvendelser i prøveperioden viser at *det er behov for denne typen tjenester*. Inntrykkene fra brukerintervjuene tyder imidlertid på at *RELIS ennå ikke er tilstrekkelig kjent blant helsepersonell i kommunene*. At over halvparten av de spurte brukerne ikke har noen formening om hvilken rolle RELIS bør ha i arbeidet med legemiddelinformasjon, må også tas som tegn på at RELIS er en nykomling som ennå ikke er synlig nok for brukerne.

Mange av brukerne framhever at det er viktig at RELIS har en nøytral og uavhengig rolle. RELIS blir *oppfattet som seriøse og grundige*. Samtidig stilles det forventninger om at RELIS skal svare raskt på henvendelser, være faglig oppdaterte, gå aktivt ut og avdekke problemområder og informere brukerne om legemiddelbruk. Hvorvidt RELIS kan innfri disse forventningene, vil avhenge både av størrelsen på RELIS og hvor stor pågangen av henvendelser blir når RELIS er blitt bedre kjent blant brukerne.

8

EN SAMLET VURDERING AV RELIS

8.1 Brukerne er fornøyd med RELIS

Brukerundersøkelsen viser at de *fleste brukerne er godt fornøyd* med de svarene de får fra RELIS. RELIS greier å besvare henvendelsene på en tilfredsstillende måte og de har god oversikt over hvor de skal hente informasjon fra sentrale fagmiljøer og personer. Brukerne oppfatter RELIS som seriøse og grundige. Både gjenbruken av tjenestene og den nytten brukerne sier de har av svarene, tyder på at RELIS har lyktes med sin virksomhet. Antallet henvendelser i prøveperioden viser at det er behov for denne typen tjenester.

8.2 RELIS er ennå for lite kjent blant brukerne

RELIS har drevet en aktiv og betydelig markedsføring og informasjonsvirksomhet både overfor brukerne og samarbeidspartnerne. Inntrykkene fra brukerintervjuene tyder imidlertid på at RELIS ennå ikke er tilstrekkelig kjent blant helsepersonell i kommunene. Over halvparten av de spurte brukerne har ikke noen formening om hvilken rolle RELIS bør ha i arbeidet med legemiddelinformasjon.

8.3 Manglende samordning med sentralt nivå

Den produsentuavhengige legemiddelinformasjonen er i dag preget av mange aktører og lite samordning. RELIS er ment som et virkemiddel for å styrke samordningen og øke tilgjengeligheten av legemiddelinformasjonen til helsepersonell. Derfor er det viktig at RELIS etablerer gode samarbeidsformer med de sentrale instansene på legemiddelområdet.

Erfaringene fra prosjektperioden viser at det *ikke er etablert faste samordningsrutiner med aktørene på sentralt nivå*. RELIS har tydeligvis ikke fått full aksept for den rollen de er ment å ha. De sentrale instansene har ikke i prøveperioden benyttet RELIS som en regional instans som

kan bidra til å videreformidle informasjon og gjøre den sentrale informasjonen relevant for regionen.

Forsøkene på å etablere fast samarbeid med SLK har ikke lyktes. SLK/Bivirkningsnemda har en sentral rolle ved informasjon og anbefalinger om legemiddelbruk. RELIS vil her kunne ha en viktig rolle ved å bidra til at de sentrale anbefalingene blir tatt i bruk av helsepersonell i regionen. Det er også viktig at sentralt nivå får tilbakemeldinger på materiell som sendes ut, hvilke virkninger det får i regionen, og aktuelle problemområder som krever terapiveiledning. RELIS bør også kunne bidra til økt oppmerksomhet og meldefrekvens om bivirkninger.

8.4 Etablert samarbeid på regionalt nivå

Samarbeidsformene mellom RELIS og *de regionale fagmiljøene* ser ut til å ha utviklet seg på en *positiv* måte. Begge RELIS har i prøveperioden *kommet i gang* med å knytte kontakter på *lokalt nivå*. På lengre sikt bør RELIS være mer synlige ute i regionen ved konferanser og seminarer, f.eks. at RELIS presenterer kartleggingsresultater fra prosjekter, og inviterer til diskusjon om legemiddelbruk i regionen.

8.5 Behov for bedre samsvar mellom mål og ressurser

I følge prosjektbeskrivelsen skal RELIS formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell på regionalt nivå, utfra følgende hovedsatsingsområder:

- RELIS skal kartlegge terapiregimer og legemiddelbruk i regionen og formidle informasjon for å øke bevisstgjøringen om legemidler og optimalisere bruken av dem både mht pasientens beste og økonomiske utgifter for samfunnet.
- RELIS skal ta imot og besvare henvendelser fra helsepersonell i primærhelsetjenesten og sykehus.
- RELIS skal søke å etablere forskningsaktiviteter.

RELIS har i prøveperioden først og fremst kunnet påvirke legemiddelbruken gjennom *besvarelser til enkeltpersoner*. Ut fra det vi kan bedømme, greier RELIS å håndtere disse henvendelsene *på en tilfredsstillende måte* både mht sikkerhet og kvalitet.

I følge brukerundersøkelsen stilles det forventninger til RELIS om å svare raskt på henvendelser, være faglig oppdaterte, gå aktivt ut og avdekke problemområder og informere brukerne om legemiddelbruk. Hvorvidt RELIS kan innfri disse forventningene, vil avhenge både av størrelsen på RELIS og hvor stor pågangen av henvendelser blir når RELIS er blitt bedre kjent blant brukerne.

I tillegg til å besvare henvendelser, skal RELIS *kartlegge terapiregimer og legemiddelbruk* i regionen. Det ser ut til at oppgaver knyttet til henvendelser har tatt det meste av tiden i prøveperioden, mens kartlegging av terapiregimer og legemiddelbruk *ikke har blitt vektlagt like mye*. Begge sentrene har kommet i gang med kartleggingsaktiviteter. RELIS 2 har gjennomført tre kartlegginger av legemiddelbruk i regionen. Det er for tidlig å fastslå effekter av dette arbeidet. Oppgaver knyttet til *dokumentering av forskningsbehov* er i mindre grad vektlagt i prøveperioden.

Sentrene er i dag *små enheter med få fagpersoner*. Ambisjonsnivået for RELIS' mål og oppgaver må derfor tilpasses denne virkeligheten.

8.6 Valg av organisasjonsmodell

Både RELIS 2 og RELIS 3 ser ut til å ha funnet fram til en *god samarbeidsform med sykehusapoteket* når det gjelder de praktiske og administrative funksjonene ved sentrene.

Når det gjelder den faglige aktiviteten ved sentrene er ikke erfaringene fra prøveperioden like entydige. Prøveperioden har vist at det er *vanskelig å få rekruttert leger* til RELIS, jmf problemene ved RELIS 2. Skal RELIS bli en attraktiv arbeidsplass for leger, vil det trolig være av avgjørende betydning at arbeidet ved RELIS kan være meritterende. Muligheten for å sikre tverrfaglig kompetanse til sentrene bør derfor være det viktigste kriteriet for valg av framtidig modell.

I følge prosjektbeskrivelsen skal RELIS drive kartleggingsvirksomhet og etablere forskningsaktiviteter. Dette er tidkrevende oppgaver som vil kreve tett samarbeid med forskningsmiljøer i produsentuavhengig klinisk forskning/legemiddelutprøvninger og i utarbeidelse av behandlingsanbefalinger. Den framtidige organisasjonsmodellen bør derfor *legge til rette for et slikt samarbeid*.

Et tredje moment mht valg av framtidig organisasjonsmodell, er behovet for å *styrke og samordne de ulike fagmiljøene innenfor den produsent-uavhengige legemiddelinformasjonen*. Legemiddelindustrien bruker betydelige ressurser i markedsføringen av sine produkter. Skal den produsent-uavhengige legemiddelinformasjonen ha mulighet til å nå fram til brukerne, må fagmiljøene og de samlede ressursene både sentralt og regionalt settes inn som en samordnet innsats på dette området.

