

nytt fra Sykehusapotekene i Midt-Norge

nr. 2 – 2008

– Litt mer enn et vanlig apotek



Kom i gang med klinisk audit!

Klinisk audit for økt kvalitet i helsevesenet

Klinisk audit er en prosess der hensikten er å forbedre pasientbehandlingen ved en systematisk gjennomgang mot bestemte kriterier, samt implementering av endringer.

Audit er ikke det samme som forskning, og skal heller ikke brukes til å vurdere personalets innsats eller opplæringsbehov.

Av Elin Høien Bergene, cand. pharm., Sykehusapoteket i Trondheim

Sykehusapoteket i Trondheim ble kjent med metoden klinisk audit i 2007. For å ta i bruk denne interessante arbeidsmetoden mer aktivt, arrangerte Sykehusapotekene i Midt-Norge et todagers kurs i klinisk audit. Her deltok sykehusfarmasøyter fra Midt-Norge sammen med ansatte fra andre helseforetak. Dr. Patricia Maitland fra University of Westminster i London, ledet kurset.

I Storbritannia har klinisk audit vært i bruk i helsevesenet siden 1950-tallet. Etter at rapporter på 1990- og 2000-tallet dokumenterte store feil og mangler i helsevesenet, har interessen for metoden fått fornyet kraft. Det er liten grunn til å tro at vårt eget helsevesen er uten tilsvarende utfordringer. Uavhengig av sted, er målet et helsevesen med høyest mulig kvalitet innen en gitt ressursramme.

I løpet av kursdagene på Stjørdal jobbet deltagerne mye i grupper for å lære hva som

skal til for å gjøre sin egen audit. Det ble understreket at tverrfaglig samarbeid var viktig, fordi dette medfører at problemstillinger raskt kan belyses fra flere sider. En audit starter med en standard som det skal gjøres audit mot. Denne standarden må støttes av målbare kriterier. I tillegg settes det et mål for hvor mange prosent som skal oppfylle denne standarden. Et eksempel på en audit på et sykehusapotek kan være at man fastsetter standarden: Alle pasienter som mottar Flagyl-tabletter, skal motta informasjon om at dette legemidlet ikke skal brukes sammen med alkohol. Et av kriteriene som støtter denne standarden: Etiketten på alle tablettesker med Flagyl skal påføres «Tabletten skal ikke tas sammen med alkohol». Mål: Gjøres hos 100 prosent av pasientene.

Det er tre kategorier audit: 1) Strukturell audit hvor problemstillingene vil omfatte ressurser som utstyr og personell.



Ivrig gruppediskusjon. Marja Kos, Frida Lindseth, Siri Bugge Haugedal og Cathrine Strømhaug.



Patricia Maitland, University of Westminster.



Kristin Kvernød, Aker Sykehusapotek.



Ole Petter Vinjevoll, St. Olavs Hospital.



Siri Bugge Haugedal presenterer fra gruppearbeidet.

2) Prosess-audit som omfatter kommunikasjon og prosedyrer. 3) Resultat-audit hvor man undersøker hvorvidt resultatet av en behandling er som forventet. En audit kan omhandle flere av disse kategoriene. Denne inndelingen er nyttig for å kunne definere standarder og kriteriene som legges til grunn.

Kurset ga rammeverket til morgendagens audit. Nå er det deltagerne jobb å fylle på med viktige problemstillinger fra den kliniske hverdagen.

Erfaring fra Sykehus- apoteket i Trondheim

I 2007 ble det gjennomført to kliniske audit ved Nyfødt Intensiv-avdelingen på St. Olavs Hospital. Temaene var ernæring av premature nyfødte under 1000 g, samt postoperativ smertebehandling av nyfødte.

Resultatene fra ernæringsbehand-

lingen viste at barna mottok for lite ernæring i forhold til europeiske retningslinjer. En ny prosedyre er nå utarbeidet og implementert. For å ferdigstille denne auditen, blir det en ny datainnsamling høsten 2008 og våren 2009.

I vår gjennomførte farmasistudentene i Trondheim en multiapotek-audit. Anginapasierter med resept på nitroglyserin ble intervjuet i

forhold til sin kjennskap til bruk av nitroglyserin. Resultatene viste at apotekene bør stille konkrete spørsmål rundt bruk av nitroglyserin for å sikre riktig legemiddelbruk. Som ved alle audit, er denne intervensjonsfasen svært viktig for å forbedre resultatene ved neste datainnsamling.

Kunsten å gå seg selv etter i sømmene

– Ved St. Olavs Hospital er vi absolutt motiverte for å bli bedre på Clinical Audits. Vi er i planleggings- og pilotfasen. Jeg antar at vi er på linje med de andre helseforetakene når det gjelder systematisk kvalitetsarbeid: At det er et stykke å gå.

Slik svarer fagdirektør Gudmund Marhaug ved St. Olavs Hospital på spørsmål om status for Clinical Audits der i gården.

Marhaug mener at Clinical Audits representerer en litt ny måte å tenke på. Dessuten er det tidkrevende.

– Dette er en måte å kvalitetsforbedre seg på, men man ser ikke resultatet i morgen. Det tar tid, og tid er penger. Men erfaringen er at investeringene betaler seg, fordi man får korrigert sin egen virksomhet.

– *Du har erfaring med Clinical Audit fra England, vil du si at de har kommet lenger enn oss?*

– Ja. Der er det i større grad tatt inn som en standard i tjenestetilbudet. National Health Service (NHS) stiller strenge krav til systematisk gjennomføring av Clinical Audits. Og avdelingen må dokumentere hvilke revisjoner den gjennomfører, slik at sykehuset kan kontrollere at dette blir utført i henhold til gjeldende standard.

– *Hadde du erfaring med Clinical Audit før Englandsoppholdet?*

– Jeg hadde ikke brukt det selv, men visste jo at man kunne etterprøve sin egen virksomhet på denne måten. Det som mangler i Norge, er systematikken og kravet om gjennomføring. Det neste blir å utforme

en strategi for å forandre de feil og mangler som blir avdekket.

Dersom prosedyrene blir fulgt i bare 50 prosent av tilfellene, og det ikke finnes dokumentasjon på hvorfor det er slik, må man undersøke hva som slo feil og rette på dette, forklarer Gudmund Marhaug.

– *Hva mener du er den sterkeste og mest interessante siden ved Clinical Audit?*

– Selve tenkemåten, som del av et kvalitetssystem. At du får vite i hvilken grad du etterlever prosedyrene som er beskrevet.

– *Kunsten å gå seg selv etter i sømmene?*

– Ja. Begrepet Clinical Audit kan inneholde mye forskjellig. Det er mange måter å gjennomføre dette på. Det kan være veldig enkelt eller veldig komplisert. Det er ikke noe hokus pokus eller noe nytt, i og for seg, men en del av en vanlig kvalitetssirkel. På et eller annet tidspunkt sjekker vi ut hvordan vi etterlever tiltakene vi har besluttet å gjennomføre.

– *Og du setter pris på at farmasøytene skolerer og spesialiserer seg på dette feltet?*

– Absolutt. Vi kan alle lære av hverandre. Hvis farmasøytene tar tak i dette og er foregangsmennesker, er ingenting bedre!

– *De har en systematikk som kan være nyttig?*

– Det har de. Jeg skjønner godt at de er pådrivere og interessert i å lage et system for å unngå feil som rammer pasientene. De som jobber med og deler ut medisiner, er vant til å følge veldig strenge og klare prose-



Gudmund Marhaug, fagdirektør/professor, St. Olavs Hospital.

Foto: Jørn J. Fremstad

dyrer. Derfor sitter de også med en kompetanse som er svært verdifull i denne sammenhengen, sier professor Gudmund Marhaug.



Vi skal sikre riktig legemiddelbruk i sykehusene i Midt-Norge

Vi huker tak i ham rett etter styremøtet. Hans første som leder. Jan-Egil Korseberg, den nye styrelederen i Sykehusapotekene i Midt-Norge. Vi slår oss ned i nærmeste sofagruppe, skjenker isvann i pappkrusene mens sola flommer inn gjennom de høye vinduene i hovedkvarteret til Sykehusapotekene i Midt-Norge. Eller i foretaksadministrasjonen, som det mer korrekt heter, i Teknobyen, Trondheim.

På spørsmål om han fikk «den store skjelven» foran dagens styremøte, ler han lett og rister på hodet. En fremmed tanke.

– Nei, det fikk jeg ikke, for dette har jeg gjort før.

– I massevis?

– Ja! Jeg har vært tillitsvalgt, styreleder og styremedlem i det du kan tenke deg av styrer. I aksjeselskaper og gjennom organisasjonslivet og politikken.

– Og du er ikke akkurat fersk i sykehusapotekesammenheng heller?

– Jeg har vært med fra starten av. I den siste toårsperioden som nestleder, og da ble jeg også involvert i lederoppgaver, deltok i forberedende møter og slikt.

– Proklamerte du en programerklæring i styret i dag?

– Nei. Det er nok mer som et

kollegium det jeg leder. Jeg ser det ikke sånn at jeg har mer rett på fornuftige meninger enn de andre i styret. Jeg er satt til å lede dette, og så får jeg prøve å få fram de ulike kvalifikasjoner og synspunkter på en grei måte.

– Så møtet gikk som forventet?

– Absolutt. Det er viktig at alle i styret føler romslighet og frihet til å si det de mener. Derfor legger jeg opp til en lett og uformell stil. Vi tror ham på dette med «lett og uformell stil». Det stemmer med inntrykket her i sofakroken. Kvikk og ledig, engasjert og ikke det minste preget, verken av kjøreturen fra Molde eller det lange møtet han nettopp har lagt bak seg. Latteren sitter fortsatt løst.

– Hva var den viktigste saken på ditt første styremøte som leder?

– Innhenting av tilbud på medisinalleveranser for de neste fem årene er en kjempeviktig sak. Nå har Norsk Medisinaldepot vært vår leverandør så lenge at det kanskje kan være på tide å få inn andre? Det kan også tenkes at vi må splitte leveransen; til sykehus og til publikum. Vi vil i alle fall gå ut i markedet, så det jobbes med et anbudsdokument. Vi skal ha best mulige priser til sykehusene i Midt-Norge!

– Og hvem avgjør saken? Om det skal være samordnet innkjøp?

– Alle foretakene har en felles komité som jobber med anbudsprosessen. Men det er jo det enkelte styre som må avgjøre hvilken type tilbud vi vil gå ut med.

– Og den saken jobber Midt-Norge med nå?

– Ja. Men vi kan ikke pålegge de andre å gå sammen med oss. Vi er avhengig av å bli enige. Jeg tror sjansen er stor for at det blir mindre samordnet denne gangen enn for fem år siden.

– Sykehusapotekene er et slags serviceledd for sykehuset. I andre land utfører kanskje sykehuset selv denne tjenesten?

– Det er riktig. I Norge skal imidlertid medisiner gå via grossister og videre via apotek før de går ut. Når vi nå diskuterer automatisert legemiddelforsyning på nye St. Olavs Hospital, blir den kompetansen enda viktigere.

– Si litt mer om den spesielle kompetansen du mener sykehusapotekene har.

– Det er viktig å forstå at vi driver en logistikkvirksomhet. Det går på å forsyne sykehusene, og lengst ute pasienten, med de rette medikamentene. Det er snakk om å flytte varer. Jeg har jobbet i mange logistikkvirksomheter, og et stykke på vei er utfordringene våre de samme som hos andre. Men så er det større krav her enn for de

Jan-Egil Korseberg,
stiftsdirektør i Møre
bispedømme.

Opprinnelig fra
Mysen i Østfold,
bosatt i Molde.

Siv. ing. fra NTH,
bedriftsøkonomi
fra BI og psykologi
gr.fag. Har arbeidet
med ledelse og
logistikk siden

1984, bl.a. i Jordan,
Scanvest Olivetti og
Glamox, og undervist
i materialadmini-
strasjon på BI og ved
Høgskolen i Molde.
Mangeårig praksis
som bedriftsrådgiver.
Sitter i kommune-
styre og formannskap
i Molde.

I REDAKSJONEN:

Janne Kutschera Sund
janne.sund@sykehusapoteket.no
Tlf. 73 55 01 32

Siri Bugge Haugedal
siri.b.haugedal@sykehusapoteket.no
Tlf. 73 55 01 45



som driver med data eller brød. Vi sørger for at det kommer riktig medisin i riktig mengde til riktig tid og til riktig bruker. Det kan faktisk være dødelig dersom det ikke gjøres rett. Så det stilles enda større krav til logistikkunnskapen her. Farmasi-kompetansen skal være høy og i tillegg må vi være ekstra gode på logistikk.

– Men er det anerkjent at logistikk-kompetansen er å finne på sykehus-
apotekene?

– Etter hvert har det begynt å sige inn. Vi har vært ganske flinke til å reklamere: Så spør oss hvis dere har behov for logistikkkompetanse!

– Kompetansen kan kanskje utnyttes enda bedre?

– Vi har jo diskutert om sykehus-
apotekene kan ta andre serviceoppgaver for sykehusene. Og vi har kjørt forsøk på klinisk farmasi eller avdelingsfarmasi hvor farmasøyten går inn i sykehuset, hjelper til med medisiner og opplæring av pasientene.

Å bidra til riktig bruk av legemidler til den enkelte pasient, er en viktig oppgave når en vet at ca. 20 prosent av alle legemidler som forskrives i Norge, brukes på en annen måte enn legen hadde tenkt.

I strategiprosessen vår vil vi sikkert lete etter helt andre oppgaver hvor vi kan bruke denne kompetansen.

– Den nye styrelederen leter etter muligheter til å utvide forretningsområdet?

– Ja. Det kan godt tenkes at det er flere tjenester vi kan levere til sykehusene. Blant annet skal vi delta mer aktivt i pasientflytprosjektene som nå foregår i Helse Midt-Norge. Sykehusapotekene bør være en del av utskrivingsprosessen i sykehusene. Og det er sykehusene som er hovedkunden vår, så det er overfor dem vi vil satse.

– Du har jobbet mye med organisasjonsutvikling, ledelse og logistikk. Kan eksperten si hvor skoen trykker i sykehusapotekene?

– Når du er langt hjemmefra, blir du spesialist på litt av hvert, vet du, ler Jan-Egil Korseberg, muntert selvironisk. For første gang vrir han seg i stolen og virker en smule rådvill. Men pausen blir kortvarig.

– Vi har jo noen kraftige utfordringer, men hvor skoen trykker... Eeh, det spør hva du mener, men altså, hvis du sier hvor vi har størst forbedringspotensial? – OK.

– Da jeg kom inn her for seks år siden, følte jeg at skoen trykket på logistikk. At man ikke hadde nok kontroll på vareflyten og på lagerstyringa. Jeg føler definitivt at det har blitt veldig mye bedre.

Og så har vi hatt et stort sykefravær i organisasjonen, men det har også bedret seg. Nå er vi på bortimot akseptable tall.

Så var vi jo seks ulike apotek med ulike tradisjoner og kulturer. Det var en utfordring, men nå er vi ett foretak.

– Nå nevner du områder hvor skoen ikke lenger trykker. Det må ha vært en positiv utvikling i løpet av disse årene?

– Det tror jeg de som jobber her også sier. Det er ikke bare styret som har bidratt til det, men sammen har vi gjort mye bra og riktig. Vi har prøvd å dele med hverandre og lære av hverandre. Det skal vi jobbe videre med. Og så må vi selvfølgelig utvikle oss i forhold til de nye utfordringene som kommer.

– Som for eksempel?

– Et nytt, svært St. Olavs Hospital. Og i det hele tatt problemstillingene rundt økonomien i sykehus og helsevesenet. Medikament og medisinleveransene er en viktig del av kostnadsbildet på sykehus. Totalkontrakten for alle sykehusapotekene over fem år, tilsvarer 25 milliarder kroner. Det er et gigantisk beløp som går til dette. Vi må gjøre alt vi kan for at kostnadene skal være under kontroll. Derfor er det å gå ut med nytt anbud nå, en kjempespennende prosess. Kan vi hente noe her? spør styreleder Jan-Egil Korseberg i Sykehusapotekene i Midt-Norge.

Velkommen til Sykehusapotekene i Midt-Norge

SYKEHUSAPOTEKET I TRONDHEIM

Mandag til fredag: Kl. 09.00 – 17.00
Lørdag: Kl. 10.00 – 14.00
Telefon: 73 55 01 50
Telefaks: 73 55 01 55
E-post: trondheim@sykehusapoteket.no

SJUKEHUSAPOTEKET I MOLDE

Mandag til fredag: Kl. 09.00 – 16.30
Lørdag: Kl. 10.00 – 13.00
Telefon: 71 20 11 50
Telefaks: 71 20 11 55
E-post: molde@sykehusapoteket.no

SYKEHUSAPOTEKET I NAMSOS

Mandag til fredag: Kl. 09.00 – 16.00
Lørdag: Stengt
Telefon: 74 21 55 27
Telefaks: 74 21 59 24
E-post: namsos@sykehusapoteket.no

SYKEHUSAPOTEKET I KRISTIANSUND

Mandag til fredag: Kl. 08.30 – 16.00
Lørdag: stengt
Telefon: 71 12 15 30
Telefaks: 71 12 15 37
E-post: kristiansund@sykehusapoteket.no

SJUKEHUSAPOTEKET I ÅLESUND

Mandag til fredag: Kl. 09.00 – 16.00
Lørdag: Kl. 09.00 – 13.00
Telefon: 70 10 66 00,
70 10 66 01
(bandasjeavdelingen)
Telefaks: 70 14 38 32
E-post: alesund@sykehusapoteket.no

SYKEHUSAPOTEKET I LEVANGER

Mandag til fredag: Kl. 09.00 – 16.00
Lørdag: Stengt
Telefon: 74 09 89 20
Telefaks: 74 09 74 90
E-post: levanger@sykehusapoteket.no