

Evaluering av pilotprosjektet Trygg Mammamedisin

-en kvantitativ og kvalitativ studie av en legemiddelinformasjons-tjeneste
for gravide og ammende



av

Anne Marte Gjøvik Andresen

Masteroppgave i farmasi



Senter for farmasi

Institutt for Indremedisin

Universitetet i Bergen

21.05.2012

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven pågikk fra august 2011 til mai 2012.

Først vil jeg rette en stor takk til mine veiledere Jan Schjøtt og Trude Giverhaug, som har gitt meg verdifull veiledning og konstruktive tilbakemeldinger i mitt arbeid med oppgaven.

Jeg vil også takke alle ved RELIS som bidro til oppgaven, spesielt i forbindelse med fokusgruppeintervju. En særskilt takk til alle ved RELIS Midt-Norge for hjelp, støtte og trivelige lunsjer gjennom året.

Takk til RELIS for støtte til reise i forbindelse med gjennomføring av intervju, og konferanse. Takk til Universitetet i Bergen for støtte til utgifter i forbindelse med at jeg tok valgemne til masteren i Tromsø.

Jeg ønsker også å takke Kjetil Andre Mulelid for lån av opptaksutstyr, slik at forholdene for intervjuene ble optimale.

Takk til mamma, Lisa Gjøvik Andresen, og Synne Agnete Gjøvik Sortland for korrekturlesing og engasjement rundt oppgaven. Takk også til familie, venner og medstudenter for støtte og oppmuntring!

Til slutt vil jeg takke min kjære mann, Tor Inge Mulelid, for korrekturlesing og fantastisk støtte og oppmuntring i prosessen. Uten deg hadde ikke dette vært mulig!

Anne Marte Gjøvik Andresen

Trondheim, mai 2012

Forkortelser

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
ENTIS	European Network of Teratology Information Services
FAQ	Frequently Asked Questions
HOD	Helse- og Omsorgsdepartementet
NSAIDs	Non-steroidal anti-inflammatory drugs
OTIS	Organization of Teratology Information Specialists
RELIS	Regionale Legemiddelinformasjonssenter
SDI	Stegvis-deduktiv induktiv metode
SLV	Statens Legemiddelverk
SPC	Summary of Product Characteristics
SQL	Structured Query Language
TIS	Teratologiinformasjonstjeneste
TMM	Trygg Mammamedisin

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1 Introduksjon	3
1.1 <i>Legemiddelbruk ved graviditet</i>	4
1.1.1 Effekten av legemidler på svangerskap, foster og nyfødt.....	5
1.1.1.1 Fosterskadelige effekter.....	5
1.1.1.2 Andre effekter på foster og nyfødt.....	9
1.1.2 Effekten av graviditeten på legemidlers farmakokinetikk	9
1.1.3 Forventet nytte av legemidler i forhold til mors sykdom.....	9
1.2 <i>Legemiddelbruk ved amming</i>	10
1.2.1 Overgang av legemidler til melk	10
1.2.2 Effekten av legemidler på det brysternærte barn.....	11
1.2.3 Effekten av legemidler på melkeproduksjon.....	12
1.2.4 Forventet nytte av legemidler i forhold til mors sykdom.....	12
1.3 <i>Gravide og ammendes oppfatning av risiko og behov for informasjon</i>	13
1.4 <i>Informasjon om legemidler brukt ved graviditet og amming</i>	14
1.4.1 Hvor finner gravide og ammende informasjon om legemiddelbruk?	15
1.4.1.1 Informasjon fra lege og annet helsepersonell.....	15
1.4.1.2 Apotek som informasjonskilde	15
1.4.1.3 Internett som informasjonskilde	16
1.4.1.4 Andre informasjonskilder	17
1.4.2 Informasjonskilder og deres kvalitet	18
1.5 <i>Teratologiinformasjonstjenester</i>	19
1.5.1 European Network of Teratology Information Services	19
1.5.2 Organization of Teratology Information Specialists.....	20
1.6 <i>Pilotprosjektet TMM</i>	20
1.6.1 Bakgrunn for prosjektet	20
1.6.2 Organisering av tjenesten	21
2 Hensikt	24
3 Materiale og metode	25
3.1 <i>Valg av studiedesign</i>	25
3.2 <i>Data fra TMM-databasen</i>	25
3.2.1 Valg av materiale	27
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier og innhenting av manglende informasjon.....	27
3.2.3 Datahåndtering og retting av feil i datagrunnlaget.....	28
3.2.4 Analyse av data	29
3.2.4.1 Statistiske metoder.....	30
3.3 <i>Spørreundersøkelse</i>	31
3.4 <i>Fokusgruppeintervju</i>	31
3.4.1 Populasjon og inklusjonskriterier	32
3.4.2 Utvalg og rekruttering	32
3.4.3 Utforming av intervjuguide.....	32
3.4.4 Gjennomføring av intervju	33
3.4.5 Transkripsjon	33

3.4.6	Analyse.....	33
3.4.7	Etikk og personvern.....	34
3.5	Litteratursøk.....	34
4	Resultater.....	35
4.1	Data fra TMM-databasen.....	35
4.1.1	Innsendte spørsmål.....	35
4.1.2	Indekserte legemidler.....	38
4.1.3	Svarfrist og hentestatus.....	40
4.1.4	Oppfølgingsspørsmål fra brukere.....	41
4.1.5	Brukerevaluering.....	41
4.1.5.1	Kommentarer.....	43
4.1.6	Intern evaluering i RELIS.....	46
4.1	Spørreundersøkelse.....	49
4.1.1	Å kommunisere med publikum i forhold til helsepersonell.....	49
4.1.1.1	Utfordringer ved spørsmål.....	49
4.1.1.2	Formulering av svar.....	50
4.1.2	Sammendrag av kommentarer fra spørreundersøkelse.....	50
4.1.2.1	Databasen.....	50
4.1.2.2	Kvalitet på svar.....	50
4.1.2.3	Markedsføring.....	50
4.1.2.4	Videreutvikling av tjenesten.....	51
4.1.2.5	Brukervennlighet.....	51
4.1.2.6	Samhandling.....	51
4.2	Fokusgruppeintervju.....	51
4.2.1	Organisering av tjenesten.....	53
4.2.1.1	Ansvar.....	53
4.2.1.2	Prosedyrer og kvalitetsdokumenter.....	53
4.2.1.3	Aidentifisering.....	54
4.2.1.4	Fordeling og prioritering av spørsmål.....	55
4.2.1.5	Ressurser.....	56
4.2.2	Utarbeiding av svar.....	56
4.2.2.1	Vurdering av spørsmålet.....	56
4.2.2.2	Hva er et godt svar?.....	57
4.2.2.3	Gjenbruk.....	58
4.2.2.4	Titler.....	58
4.2.2.5	Unødvendig bruk av legemidler og annet.....	59
4.2.2.6	Kosignatur.....	59
4.2.3	Intern evaluering.....	60
4.2.3.1	Indeksring av legemidler.....	60
4.2.3.2	Klassifisering av råd.....	60
4.2.3.3	Tidsbruk.....	61
4.2.4	Kommunikasjon med spørsmålsstiller.....	61
4.2.5	Videreutvikling av tjenesten.....	64
4.2.5.1	Markedsføring.....	64
4.2.5.2	Tekniske forbedringer.....	64
4.2.5.3	Søkefunksjon.....	65
4.2.5.4	Fremtidig organisering av tjenesten.....	66
4.2.5.5	Teratologiinformasjonstjeneste.....	66
4.2.5.6	Utvidelse av tjenesten.....	66

5	Diskusjon	68
5.1	<i>Metode</i>	68
5.1.1	TMM-databasen	68
5.1.1.1	Materiale	68
5.1.1.2	Valg av metode	69
5.1.1.3	Seleksjonsskjevhet	69
5.1.1.4	Validitet	70
5.1.2	Spørreundersøkelse	70
5.1.2.1	Valg av metode	70
5.1.2.2	Seleksjonsskjevhet	71
5.1.2.3	Validitet	71
5.1.3	Fokusgruppeintervju	72
5.1.3.1	Valg av metode	72
5.1.3.2	Reliabilitet	72
5.1.3.3	Intern validitet	73
5.1.3.4	Ekstern validitet (overførbarhet)	74
5.1.3.5	Objektivitet og forforståelse	74
5.2	<i>Resultater</i>	75
5.2.1	Data fra TMM-databasen	75
5.2.1.1	Fordeling av spørsmål	75
5.2.1.2	Svarfrist og hentestatus	78
5.2.1.3	Brukerevaluering	79
5.2.1.4	Intern evaluering	81
5.2.2	Spørreundersøkelse	82
5.2.3	Fokusgruppeintervju	84
5.2.3.1	Organisering av tjenesten	84
5.2.3.2	Utarbeiding av svar	85
5.2.3.3	Intern evaluering	85
5.2.3.4	Kommunikasjon med spørsmålsstiller	86
5.2.3.5	Videreutvikling av tjenesten	87
6	Konklusjon	89
7	Etterord	90
7	Referanser	91
	Vedlegg	98
	<i>Vedlegg 1: ENTIS Constitution and Bylaws</i>	99
	<i>Vedlegg 2: Konesjon fra Datatilsynet</i>	105
	<i>Vedlegg 3: Prosedyre for aidentifisering</i>	107
	<i>Vedlegg 4: SQL-spørring utført i TMM-databasen (div. variabler)</i>	109
	<i>Vedlegg 5: SQL-spørring utført i TMM-databasen (ATC)</i>	110
	<i>Vedlegg 6: Kodeskjema nye variabler</i>	111
	<i>Vedlegg 7: Oversikt over nye variabler opprettet på grunnlag av eksisterende variabler</i>	112
	<i>Vedlegg 8: Spørreundersøkelse om TMM</i>	113
	<i>Vedlegg 9: Intervjuforespørsel og samtykkeerklæring ved fokusgruppeintervju</i>	119

<i>Vedlegg 10: Intervjuguide ved fokusgruppeintervju</i>	122
<i>Vedlegg 11: Fylkesvis fordeling av spørsmål til TMM</i>	124
<i>Vedlegg 12: Fordeling av indekserte legemidler per ATC-kode</i>	125
<i>Vedlegg 13: Hypotesetester</i>	141
<i>Vedlegg 14: Resultater fra spørreundersøkelse blant RELIS-ansatte</i>	147
<i>Vedlegg 15: Saksgang i TMM</i>	148

Figurer

Figur 1: Kritiske perioder i fosterutviklingen med relevans for legemiddeleksponering	8
Figur 2: TMMs nettside www.tryggmamma.no	21
Figur 3: Nettsiden www.tryggmamamedisin.no hvor publikum kan stille spørsmål	22
Figur 4: Flytdiagram for eksklusjon av spørsmål hentet ut fra TMM-databasen.....	28
Figur 5: Behandling av data hentet ut fra TMM-databasen.....	29
Figur 6: Antall innsendte spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11	36
Figur 7: Fordeling av spørsmål til TMM etter tema i perioden 09.06.11-31.12.11	37
Figur 8: Fordeling av spørsmål til TMM etter reseptkategori i perioden 09.06.11-31.12.11.	38
Figur 9: Fordeling av indekserte legemidler per ATC-kode i spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11....	39
Figur 11: Tid fra svarfrist til henting av svar i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11	41
Figur 12: Fordeling av svar på brukerevaluering i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11.....	42
Figur 13: Fordeling av antall saker etter type råd gitt av TMM i perioden 09.06.11-31.12.11	47
Figur 14: Fordeling av antall spørsmål med hensyn til tid brukt på svaret i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11.	48
Figur 15: Fordeling av antall innsendte spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11 per måned.	48

Tabeller

Tabell 1: Antall treff ved utvalgte søk ved hjelp av søkemotoren Google.....	17
Tabell 2: Fylkesvis fordeling av spørsmål til TMM til de ulike RELIS-sentrene.	23
Tabell 3: Eksempel på indeksering etter ATC-kode, med angitt ATC-nivå ¹⁰¹	26
Tabell 4: Kategorier for spørsmål og påstander i spørreundersøkelse om TMM.	31
Tabell 5: Fordeling av innsendte spørsmål til TMM per RELIS-senter i perioden 09.06.11-31.12.11.	37
Tabell 6: Kategorier funnet ved analyse av kommentarer fra brukere av TMM i perioden 09.06.11-31.12.11	43
Tabell 7: Gjennomsnitt, median og total tid brukt på svar i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11	47
Tabell 8: Antall svar fra RELIS vedrørende spørsmål om TMM med hensyn til kommunikasjon.....	49
Tabell 9: Informasjon om utførte intervju om TMM, per RELIS-senter.	52
Tabell 10: Kategorier utviklet under analysen av fokusgruppeintervju om TMM.	52

Sammendrag

Introduksjon: Mange kvinner opplever ulike plager forbundet med graviditet, og enkelte har behov for legemidler. Gravide og ammende kan også ha kronisk sykdom, som krever legemiddelbehandling. En studie har vist at en høy andel av norske kvinner bruker legemidler før, under og i månedene etter graviditet. Det er knyttet mye usikkerhet til bruken av legemidler under graviditet og amming, og det kan være vanskelig for gravide og ammende å få informasjon om hvilke legemidler som er trygge å bruke. Forskjellige kilder gir i mange tilfeller også ulik informasjon om risiko ved bruk av legemidler brukt ved graviditet og amming. En norsk studie har vist at gravide og ammende ønsker mer informasjon om legemiddelbruk. Regionale Legemiddelinformasjonsentre (RELIS) har i mange år gitt informasjon til helsepersonell om legemiddelbruk under graviditet og amming, og gjennomførte i 2011 et pilotprosjekt med en nettbasert informasjonstjeneste rettet mot gravide og ammende. Tjenesten er kalt Trygg Mammamedisin (TMM).

Hensikt: Hensikten med studien var å evaluere tjenesten TMM, en nettbasert legemiddelinformasjonsstjeneste for gravide og ammende. Evalueringen skulle beskrive og systematisere data fra tjenesten, vurdere ressursbruk og nytteverdi og komme med forslag til videreutvikling.

Materiale og metode: Studien bestod av tre deler: analyse av data fra TMM-databasen, spørreundersøkelse av RELIS-ansatte involvert i arbeidet med TMM og fokusgruppeintervju utført ved hvert RELIS-senter.

Data fra TMM-databasen bestod av alle innsendte spørsmål til tjenesten, utarbeidede svar, indekserte legemidler fra svarene, opplysninger fra intern evaluering utført av RELIS-ansatte og resultater fra brukerevaluering utført av brukere av tjenesten. Data ble hentet ut for perioden 09.06.11 til og med 31.12.11. Av 906 innsendte spørsmål ble 892 saker inkludert i studien. Disse ble videre analysert ved hjelp av kvantitative metoder, som deskriptiv statistikk og hypotesetesting, og kvalitative metoder i form av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI).

Spørreundersøkelse av RELIS-ansatte involvert i arbeidet med TMM ble utført i januar 2012 ved hjelp av et nettbasert spørreskjema. 24 RELIS-ansatte fikk tilsendt undersøkelsen. Analyse ble foretatt ved hjelp av deskriptiv statistikk og analyse av kvalitative data ved hjelp av SDI.

Fokusgruppeintervju ble utført ved hvert RELIS-senter i perioden februar til april 2012. Ved hvert senter deltok 2-4 RELIS-ansatte. Analyse ble utført ved systematisk tekstkondensering.

Resultater: De aller fleste brukere uttrykte at de var fornøyd med tjenesten og at den formidlet nyttig informasjon. De hyppigst indekserte legemidlene inngikk i ATC-gruppene N (nervesystemet), R (respirasjonsorganer) og A (fordøyelsesorganer og stoffskifte).

Uavhentede svar var assosiert med manglende informasjon, lengre svarfrist og kort tid brukt på å utarbeide svaret.

Evaluering av pilotprosjektet viser imidlertid at tilbudet kan forbedres på en rekke områder dersom det skal etableres permanent. Det har også vært en utfordrende prosess for RELIS å etablere TMM.

Den relativt høye andelen spørsmål som gjaldt reseptpliktige legemidler kan være en indikasjon på at TMM kan bidra til å supplere informasjon fra helsepersonell som leger og farmasøyter. Det er også et signal om at gravide og ammende har behov for mer og bedre informasjon ved forskrivning og utlevering av legemidler.

Konklusjon: Publikum synes å være positive til tjenesten, og de aller fleste syntes svar de har mottatt har vært nyttig. Mange stilte spørsmål om legemidler brukt ved smerter, allergi, psykiske lidelser og astma. TMM kan bidra til å redusere bekymring, og slik bidra til å forhindre komplikasjoner ved avbrutt behandling.

Den relativt høye andelen spørsmål som gjaldt reseptpliktige legemidler kan være en indikasjon på at TMM kan bidra til å supplere informasjon fra helsepersonell som leger og farmasøyter. Det er også et signal om at gravide og ammende har behov for mer og bedre informasjon ved forskrivning og utlevering av legemidler.

En tredjedel av svarene fra tjenesten ble ikke hentet. Lang svarfrist, manglende informasjon i spørsmål og kort tid brukt på svaret var assosiert med uavhentede svar. Dette kan indikere at kortere svarfrist kan gi flere hentede svar.

En gjennomgang og strukturering av prosedyrer og kvalitetsdokumenter for TMM vil kunne bidra til å gi en mer effektiv tjeneste. Ved klare og oversiktlige prosedyrer vil det være lettere for de RELIS-ansatte å sette seg raskt inn i arbeidsoppgavene.

1 Introduksjon

De fleste kvinner opplever ulike plager forbundet med graviditet, og enkelte har behov for legemidler¹. Det kan også forekomme kroniske sykdommer som krever legemiddelbehandling gjennom graviditet og ammeperiode. Flere studier har vist at en høy andel av norske kvinner bruker legemidler før, under og i månedene etter graviditet²⁻⁴. Legemidler for vanlige plager er lett tilgjengelige, blant annet gjennom salg av reseptfrie legemidler utenom apotek (LUA-ordningen)⁵. Det er knyttet mye usikkerhet til bruken av legemidler under graviditet og amming, og det kan være vanskelig for gravide og ammende å få informasjon om hvilke legemidler som er trygge å bruke. Vissheten om sammenhengen mellom bruk av legemidler i svangerskapet og medfødte fosterskader ble for alvor befestet ved thalidomid-skandalen på 1960-tallet⁶.

Bruk av legemidler hos gravide og ammende krever en ekstra grundig nytte-risikovurdering. Gravide er sjelden inkludert i kliniske studier av legemidler av etiske hensyn. Få legemidler er derfor testet på gravide og ammende, og det er ofte lite informasjon tilgjengelig om sikkerhet ved bruk i svangerskapet. Det er flere faktorer som kan påvirke legemidlers risiko og effekt for fosteret, den gravide og det brysternærte barn. En viktig faktor å ta hensyn til er legemidlets effekt på fosteret. Legemidler kan utgjøre ulik risiko for fosteret i ulike faser av utviklingen. Fysiologiske endringer hos kvinnen under graviditeten gjør også blant annet at enkelte legemidler må doseres på en annen måte enn hos kvinner som ikke er gravide. Dette må tas hensyn til ved formidling av informasjon om legemidler til gravide og ammende. Forskjellige kilder gir i mange tilfeller ulik informasjon om risiko ved bruk av legemidler brukt ved graviditet og amming^{7, 8}. Legemiddelprodusentene angir ofte at legemidler ikke skal brukes under graviditet og amming fordi legemidlene ikke er testet på gravide og ammende i kliniske studier. Legemidler har allikevel ofte over tid blitt brukt av gravide og ammende, og slik erfaring må tas med ved vurdering av nytte-risiko. Erfaringsbasert kunnskap er i mange tilfeller ikke lett tilgjengelig, eller den kan være vanskelig å tolke⁹.

Det er vist at mange gravide og ammende ønsker mer informasjon om legemiddelbruk⁴. Gravide og ammende har også en lovfestet rett til å få informasjon om egen legemiddelbehandling og eventuell risiko eller bivirkninger ved denne¹⁰. Myndighetene har pekt på at det kan oppfattes som en mangel at det ikke finnes et nettsted med lettfattelige svar på generelle og detaljerte spørsmål om de legemidlene som brukes¹¹. I mange land finnes

egne teratologiinformasjonstjenester (TIS), som gir informasjon til gravide, ammende og helsepersonell¹². En slik tjeneste eksisterer ikke i Norge.

Regionale Legemiddelinformasjonsentre (RELIS) har i mange år gitt informasjon til helsepersonell om legemiddelbruk under graviditet og amming, og har i 2011 gjennomført et pilotprosjekt med en tilsvarende nettbasert informasjonstjeneste rettet mot allmennheten. Tjenesten er kalt Trygg Mammamedisin (TMM). Denne oppgaven er en evaluering av pilotprosjektet. Evalueringen beskriver innkomne data, ser på nytteverdi av tjenesten og gir forslag til videreutvikling. En evaluering av tjenesten er viktig for kvalitetssikring, samt videreutvikling av tjenesten.

En rekke forhold knyttet til legemiddelbruk ved graviditet og amming er bakgrunn for et informasjonsbehov hos publikum. Kunnskap om disse er viktig for å vurdere nytteverdi av ulike tilbud, inkludert TMM. I de følgende avsnittene gis en oversikt over brukergruppen gravide og ammende, deres bruk av legemidler og faktorer som er viktige med hensyn til vurdering av nytte-risiko av legemiddelbehandling hos disse. Det vil deretter bli redegjort for gravide og ammendes oppfatning av risiko og deres informasjonsbehov. Ulike informasjonskilder om legemiddelbruk ved graviditet og amming vil bli beskrevet, og kvaliteten på disse vil bli vurdert. Beskrivelse av bakgrunn og organisering av tjenesten TMM gis avslutningsvis.

1.1 Legemiddelbruk ved graviditet

I Norge fødes omtrent 60 000 barn hvert år¹³. Gjennomsnittsalderen for fødende kvinner er 29,7 år, mens gjennomsnittlig alder ved første fødsel er 27,5 år¹³. En graviditet medfører fysiologiske endringer som kan føre til symptomer som ellers ville vært knyttet til sykdom. En ukomplisert graviditet er en normal fysiologisk tilstand, men enkelte plager kan gi behov for eller ønske om legemiddelbehandling.

Kvalme (emesis gravidarum) og oppkast er en hyppig forekommende plage. Rundt 80-85 % er plaget i første trimester, og halvparten av alle gravide kaster opp¹. Tilstanden går over spontant, og krever som oftest ikke legemiddelbehandling¹⁴. Hos omtrent 0,5 % av alle gravide oppstår kvalme og brekninger som medfører redusert allmenntilstand (hyperemesis gravidarum)¹⁴ og behov for behandling. Mange gravide opplever også halsbrann (refluks) i løpet av svangerskapet. Halsbrann er ikke relatert til skadelige utfall av graviditeten¹. En engelsk studie viser en økning i forekomsten av symptomer på halsbrann utover i

svangerskapet (22 % i første trimester, 39 % i andre trimester og 72 % i tredje trimester)¹⁵. 11-38 % av gravide kvinner er plaget med forstoppelse (obstipasjon)¹⁶. Andre plager inkluderer blant annet hemoroider, åreknuter, bekkenløsning, trøtthet og leggekramper.

Flere gravide har også kroniske sykdommer som kan kreve legemiddelbehandling. Tall fra Medisinsk Fødselsregister viser blant annet at 4,6 % av fødende kvinner i Norge i 2009 hadde astma, mens 2,2 % hadde diabetes¹³.

En norsk studie basert på kobling av data fra Reseptregisteret og Medisinsk Fødselsregister viser at 83 % av norske mødre ble forskrevet legemidler i perioden fra 3 måneder før befruktning til 3 måneder etter fødsel¹⁷. I samme studie fant man at over halvparten (57 %) av kvinnene hadde blitt forskrevet legemidler under graviditet¹⁷. De hyppigst forskrevne legemidlene var i ATC-gruppene urogenitalsystem og kjønnshormoner (G), antiinfektiva til systemisk bruk (J) og respirasjonsorganer (R)¹⁷. I en annen norsk studie oppga mer enn 80 % av kvinnene at de hadde brukt legemidler under svangerskapet⁴. Av disse brukte flest paracetamol (67 %), penicillin (17 %) og antirefluksmidler (28 %)⁴.

Ved bruk av legemidler i svangerskapet er det tre viktige faktorer som må vurderes:

- Effekten av legemidler på svangerskap, foster og nyfødt
- Effekten av svangerskapet på legemidlers farmakokinetikk
- Forventet nytte av legemidler i forhold til mors sykdom

1.1.1 Effekten av legemidler på svangerskap, foster og nyfødt

1.1.1.1 Fosterskadelige effekter

Det har siden 1920-tallet vært kjent at ytre faktorer kan påvirke fosterutvikling, da det ble oppdaget at røntgenstråling i graviditet kunne forårsake misdannelser¹⁸. To tiår senere ble rubellainfeksjonens påvirkning på fosteret kjent. Først rundt 1960 ble legemidler funnet å være årsak til medfødte misdannelser. Dette ble kjent ved at legemiddelet thalidomid forårsaket alvorlige medfødte strukturelle misdannelser hos en rekke barn som følge av mødres bruk av legemidlet tidlig i svangerskapet⁶.

Større eller mindre medfødte misdannelser forekommer hos 2-5 % av alle barn^{6, 19}. I Norge hadde 4,2 % (2638 av 62785) av alle levende fødte i 2009 en medfødt misdannelse, og 2,1 % (1334 av 62785) hadde alvorlige medfødte misdannelser¹³. Omtrent halvparten av medfødte

misdannelser oppdages ved fødselen, mens de resterende vanligvis oppdages innen det første leveåret¹⁹. Misdannelser kan også oppdages i fosterlivet. Funksjonelle forstyrrelser uten misdannelser og defekter i mental utvikling er ikke inkludert i disse tallene¹⁹.

Det er estimert at opptil 10 % av medfødte misdannelser kan skyldes miljømessige eksponeringer (kjemiske, fysiske eller biologiske)^{6, 20, 21}. Av disse er det beregnet at bare 1-5 % kan tilskrives legemiddelbruk, det vil si under 1 % av totalt antall medfødte misdannelser^{6, 21}. Denne beregningen er basert på kunnskap om hvilke legemidler som er teratogene hos mennesker og at man derfor kan regne ut deres sannsynlige bidrag til den totale prevalensen av misdannelser²². Et teratogen er definert som «agens, for eksempel et legemiddel, en infeksjon eller lignende, som forstyrrer den normale veksten og utviklingen av fosteret»⁶. Rundt 20-25 legemidler eller grupper av legemidler som er i bruk i dag har kjente teratogene effekter på mennesker^{18, 20, 22}. Disse kan gi strukturelle eller funksjonelle misdannelser hos barnet. Det er imidlertid verdt å merke seg at om lag 65-75 % av medfødte misdannelser har ukjent årsak, men det kan ikke utelukkes at noen av disse kan skyldes legemiddelbruk²¹.

Tidspunktet for eksponering kan være avgjørende for sannsynlighet for misdannelse, omfang av eventuell misdannelse og misdannelsens alvorlighet. Risiko blir vanligvis vurdert ut fra hvilket trimester eksponeringen forekommer i⁶. Noen legemidler gir forskjellig risiko i ulike trimestre. Et eksempel er ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), som hemmer syntesen av prostaglandiner. Mens NSAIDs gitt i første trimester kan medføre økt risiko for hjertemisdannelser²³, kan bruk i tredje trimester ha uheldige virkninger på foster og fødselsforløp (økt blødningstendens, rihemmende effekt og eventuelt lukking av blodåren som går fra lungearterien til aorta hos fosteret før fødsel)^{6, 24}.

Bruk av legemidler i første trimester utgjør størst risiko for misdannelser. Dette skyldes at fosterets organer dannes i denne perioden (organogenesen) (Figur 1). I de to første ukene etter befruktning kan legemidler skade embryoet ved å hemme celledeling. Dersom skade oppstår blir resulterende dette ofte i spontanabort, men dersom embryoet overlever ser det generelt ikke ut til at utviklingen etter dette påvirkes⁶. Dette omtales ofte som en alt-eller-intet («all-or-none») respons. Det blir vurdert som lite sannsynlig at misdannelser oppstår i denne perioden hvis ikke legemiddelet har en halveringstid som er lang nok til at eksponeringen strekker seg over lengre tid enn de første ukene etter befruktning⁶. Etanol er imidlertid et unntak, da det påvirker utvikling på dette svært tidlige stadiet¹⁸.

Legemidler kan forårsake større misdannelser dersom de brukes under organogenesen¹⁸. Den strukturelle organiseringen av embryoet skjer i en gitt rekkefølge med dannelse av; øye og hjerne, skjelett og lemmer, hjerte og store blodkar, gane og urogenitalsystemet. Typen misdannelser som kan oppstå avhenger derfor av tidspunktet for eksponering¹⁸(Figur 1). Den mest kritiske tiden for større skjelettmisdannelser er for eksempel fra 4. til 6. uke¹⁹.

Utviklingen og modningen av fosteret fortsetter etter organogenesen og frem til fødsel. Fosteret er avhengig av tilstrekkelig tilførsel av næringsstoffer i det siste stadiet av histogenese (dannelsen av vev) og funksjonell modning¹⁸. Utviklingen er regulert av ulike hormoner. Det forekommer ikke store strukturelle misdannelser som følge av eksponering for mutagener i dette stadiet, men legemidler som virker inn på forsyningen av næringsstoffer eller på det hormonelle miljøet kan påvirke vekst og utvikling¹⁸. For eksempel kan eksponering av kvinnelige fostre for androgener i dette stadiet forårsake maskulinisering^{6, 18}. Legemidler med antiandrogene egenskaper, som for eksempel spironolakton, kan ha feminiserende effekt på mannlige fostre^{6, 24}.

Utviklingen av sentralnervesystemet starter tidlig i graviditeten og modningen fortsetter frem til fødsel og videre etter fødsel. Sentralnervesystemet kan derfor skades av eksponering for visse substanser, deriblant etanol, gjennom hele graviditeten⁶. Norske helsemyndigheter anbefaler at gravide ikke drikker alkohol under graviditet²⁵.

Første trimester								Andre trimester	Tredje trimester		
Blastogenese (1-2 uker etter befruktning)		Organogenese (3-8 uker etter befruktning)						Fetogenese/Fosterperiode (9-38 uker etter befruktning)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	16	32	38
		Sentralnervesystemet								Sentralnervesystemet	
		Hjerte				Hjerte					
		Armer og bein			Armer og bein						
			Overleppe			Overleppe					
			Ører					Ører			
			Øyne				Øyne				
					Tenner			Tenner			
					Gane		Gane				
						Kjønnsorganer		Ytre kjønnsorganer			
Embryonal død og spontanabort er vanlig		Større medfødte misdannelser						Funksjonelle defekter og mindre misdannelser			

Figur 1: Kritiske perioder i fosterutviklingen med relevans for legemiddeleksponering. Mørk merking indikerer perioder hvor det er høy risiko for utvikling av medfødte misdannelser ved eksponering for teratogener. Lys merking indikerer perioder hvor risikoen er lavere, og hvor mindre medfødte misdannelser og funksjonelle defekter kan forekomme. (Basert på figur hentet fra Moore²⁶.)

1.1.1.2 Andre effekter på foster og nyfødt

Legemidler kan krysse placenta og påvirke fosteret. De fleste legemidler passerer lett over placenta og når slik til en viss grad den føtale sirkulasjonen^{6, 19}. Noen legemidler kan også påvirke morens sirkulasjon, og slik virke indirekte på fosteret⁶. Et eksempel er antihypertensiva, som kan føre til hypoksi hos fosteret sekundært til hypotensjon hos mor⁶.

Det nyfødte barnet kan bli påvirket av mors legemiddelbruk i svangerskapet. Ved fødselen vil legemidler som passerer hurtig over placenta kunne gi mer uttalte effekter på fosteret og den nyfødte enn legemidler som passerer langsommere over placenta¹⁹. Dersom fosteret har blitt eksponert for legemiddel i fosterlivet, kan det få problemer med å eliminere legemiddelet etter fødsel, da eliminasjonskapasiteten til den nyfødte er ikke ferdig utviklet⁶. Legemiddelet kan følgelig akkumuleres og gi toksiske effekter som manifesterer seg rett etter fødselen. Et annet problem er seponeringsreaksjoner. For eksempel kan mors bruk av metadon gi abstinensreaksjoner hos den nyfødte på grunn av plutselig stans i legemiddeltilførsel.

1.1.2 Effekten av graviditeten på legemidlers farmakokinetikk

I løpet av graviditeten forekommer en rekke fysiologiske forandringer hos den gravide. Blant annet øker kroppens væskevolum og andelen fett, konsentrasjon av plasmaproteinet albumin faller og renal utskillelshastighet øker⁶. Dette kan påvirke legemidlers absorpsjon, distribusjon, metabolisme og ekskresjon. Følgelig kan det være behov for endring i dosering ved bruk av legemidler ved graviditet. Det kan for eksempel være nødvendig å øke vedlikeholdsdosen av legemidler som hovedsakelig skilles ut via nyrene, for eksempel penicilliner.

1.1.3 Forventet nytte av legemidler i forhold til mors sykdom

Legemiddelbehandling av gravide innebærer en ekstra grundig vurdering av nytten av legemidlet for mor opp mot en potensiell risiko for foster. Helsemyndighetene anbefaler at gravide generelt er forsiktige med å bruke legemidler^{1, 27-29}, og leger anbefales å begrense forskrivning av legemidler til gravide til tilfeller hvor fordelene er større enn risikoen for fosteret¹. Utsiktet eksponering for legemidler forekommer allikevel hyppig, ettersom inntil halvparten av alle svangerskap ikke er planlagt³⁰.

Utilstrekkelig legemiddelbehandling av gravide kan være negativt for både mors og fosters helse. For eksempel kan plutselig avbrudd eller underbehandling av astma i svangerskapet sette både mor og foster i fare. Studier viser at mødres astma under graviditet kan øke risikoen for dødfødsel, preeklampsi, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt^{31, 32}. Hos en tredjedel av gravide astmatikere forverres sykdommen i løpet av graviditeten, og det er generelt sett på som tryggere at gravide kvinner bruker legemidler enn at astmasymptomer og forverringer oppstår³³. Tall fra Medisinsk Fødselsregister viser blant annet at 4,6 % av fødende kvinner i Norge i 2009 hadde astma¹³. Et annet eksempel er utilstrekkelig behandling av psykiske lidelser ved graviditet. Ubehandlet psykisk sykdom hos gravide kan øke risiko for dårlig ernæringstilstand og gi impulsiv og selvdestruktiv atferd³⁴. Psykisk sykdom gir også økt risiko for prematuritet, lav fødselsvekt og er assosiert med innleggelse på nyfødtafdeling³⁴. Kvinner som slutter å ta antidepressiva under graviditet har økt risiko for tilbakefall i forhold til kvinner som fortsetter med behandling³⁴. Det kan derfor være avgjørende for mor og barns helse at den gravide fortsetter med behandling. Her kan god legemiddelinformasjon spille en viktig rolle³⁵.

1.2 Legemiddelbruk ved amming

I en landsomfattende undersøkelse av spedbarns kosthold fikk totalt 80 % av barna morsmelk (ammede) ved 6 måneders alder, mens 9 % av barna fikk morsmelk (fullammede) som eneste næring³⁶. Ved 12 måneders alder fikk 46 % av barna fortsatt morsmelk³⁷. Helsedirektoratet anbefaler at spedbarn får morsmelk som eneste næring de første seks levemånedene, og at amming opprettholdes gjennom hele det første leveåret³⁸. Det er lagt til rette for at kvinner skal amme også i arbeidslivet³⁹.

Ved bruk av legemidler ved amming er det fire viktige faktorer som må vurderes:

- Overgang av legemidlet til melk
- Effekten av legemidlet på det brysternære barnet
- Effekten av legemidlet på melkeproduksjon
- Forventet nytte av legemidlet i forhold til mors sykdom

1.2.1 Overgang av legemidler til melk

Overgangen av et legemiddel til melk avhenger av mors evne til å absorbere, metabolisere og utskille legemidlet (det vil si mors plasmakonsentrasjon) og av legemidlets fysisk-kjemiske

egenskaper^{40,41}. De første tre dagene etter fødsel kan de fleste legemidler og proteiner fra mor passere mellom de alveolære cellene i brystvevet, men etter hvert sveller disse cellene opp, slik at passasjen må foregå over lipidmembranene gjennom de alveolære cellene⁴¹. Legemidler passerer som oftest over fra plasma til melk ved passiv diffusjon, og i de fleste tilfeller er plasmakonsentrasjonen av legemiddel hos mor mest avgjørende for overgang av legemiddel til melk⁴¹. Konsentrasjonen av legemiddel i melk vil da øke med økende plasmakonsentrasjon, og på samme måte synke ved redusert plasmakonsentrasjon. Melk vil teoretisk sett ikke inneholde noe legemiddel når legemiddelet er eliminert fra mors plasma (etter omtrent fem halveringstider)⁴².

Morsmelk (pH ca. 6,8) er noe surere enn plasma (pH 7,4), og basiske legemidler som har passert over i melk, kan derfor ioniseres og hindres i å passere tilbake til mors plasma («ion trapping»)⁴⁰⁻⁴².

Det er den frie fraksjonen av legemiddel i plasma som går over i melk, mens den proteinbundne fraksjonen forblir i morens plasma⁴¹. Mors inntak av legemidler med høy proteinbinding, som for eksempel warfarin, vil derfor gi små mengder av legemiddel i melk⁴¹.

En metode for å beregne det brysternærte barnets grad av eksponering for legemiddel er å beregne *barnets teoretiske dose*. Dette er mengde legemiddel i melka inntatt av det brysternærte barnet, og regnes ut ved å multiplisere konsentrasjonen av legemiddel i melk med volumet av melk (vanligvis 150 mL/kg/døgn) som det brysternærte barnet inntar⁴⁰. En kan også beregne *barnets relative dose* ved å dividere barnets teoretiske dose (mg/kg/døgn) med mors dose (mg/kg/døgn)⁴¹. Barnets relative dose tar hensyn til legemidlets distribusjonsvolum, og er derfor et bedre estimat for å vurdere barnets risiko for eksponering av legemiddel fra morsmelk⁴⁰. Generelt anses relative doser under 10 % ifølge en anerkjent kilde som trygge⁴¹.

1.2.2 Effekten av legemidler på det brysternærte barn

Effekten av et legemiddel på brysternærte barn avhenger av barnets evne til å absorbere, metabolisere og skille ut legemidler⁴⁰. Dette avhenger igjen av barnets alder og modning⁴⁰. Absorpsjon fra barnets gastrointestinaltrakt påvirkes av pH og enzymer i gastrointestinaltrakten på legemidlet^{40,41}. Legemidler som for eksempel omeprazol og insulin

er ustabile i dette miljøet, og absorberes i liten grad⁴¹. I tillegg kan tilstedeværelsen av mat (som brystmelk) forsinke eller minske absorpsjonen⁴⁰.

Spedbarns lever og nyrer er umodne ved fødsel, men modnes gradvis i løpet av de første levemånedene. Legemidler som er avhengig av renal ekskresjon vil derfor kunne akkumuleres hos spedbarn. Legemidler som avhenger av levermetabolisme, som morfin, utskilles langsommere hos nyfødte enn hos eldre spedbarn og barn⁴³. Generelt gjelder det at dersom et legemiddel kan gis direkte til barnet, kan det som oftest også gis til en ammende mor.

1.2.3 Effekten av legemidler på melkeproduksjon

Legemidler kan påvirke melkeproduksjonen, hovedsakelig ved å påvirke utskillelsen av prolaktin⁶. Dopaminantagonister (for eksempel antipsykotika) øker utskillelsen av prolaktin, og kan slik gi økt produksjon av melk⁴⁰. Andre legemidler, som dopaminagonister, kan redusere utskillelsen av prolaktin og slik gi redusert produksjon av melk. Hormoner, som østrogen, distribueres i liten grad til melk, men kan øke utskillelsen av prolaktin⁶. Det er derfor anbefalt å bruke minipiller (kun progestagen) ved behov for prevensjon i ammeperioden⁶, ⁴⁰. En annen effekt, som utnyttes ved amming er stimulering av utdrivningsrefleksen. Legemidlet oksytocin anvendes blant annet til dette formålet.

1.2.4 Forventet nytte av legemidler i forhold til mors sykdom

Ved legemiddelbehandling av ammende kvinner må man gjøre en vurdering av nytte av brystmelk opp mot risiko for at barnet blir eksponert gjennom brystmelken. Fordeler ved å amme inkluderer blant annet lavere risiko for at barnet får gastrointestinale infeksjoner, raskere vekttap hos mor, og utsatt menstruasjon og manglende evne til å bli gravid på nytt⁴⁴. Morsmelken dekker barnets behov for næringsstoffer, vitaminer og mineraler⁴⁵. De første dagene etter fødsel har melka enn annen sammensetning enn vanlig morsmelk. Denne melka kalles råmelk, eller kolostrum. Kolostrum er rik på immunoglobuliner (antistoffer) fra mor, og disse beskytter barnet mot infeksjoner til barnets eget immunsystem er utviklet⁴⁵. Kolostrum inneholder også andre proteiner med antibakteriell virkning⁴⁵.

Det kan også være aktuelt å avslutte legemiddelbehandling, men dette kan gi redusert helsetilstand. Sykdom hos mor kan påvirke barnet. Et eksempel er fødselsdepresjon, som forekommer hos 10-15 % av fødende kvinner⁴⁶. Fødselsdepresjon kan blant annet ha negativ

effekt på barnets kognitive utvikling³⁴. Risikoen for barn og mor kan derfor være større en risiko for eksponering av legemiddel for barnet.

1.3 Gravide og ammendes oppfatning av risiko og behov for informasjon

Både gravide kvinner, ikke gravide og helsepersonell har en tendens til å overestimere risiko assosiert med legemiddelbruk under graviditet⁴⁷.

Gravide oppga i en studie at de trodde at risiko for medfødte misdannelser ved eksponering for amoxicillin var omtrent 40 %⁴⁷. Faktum er at risikoen for medfødte misdannelser ved bruk av for eksempel isotretinoin, som er et kjent teratogen, er omtrent 21 % dersom mor behandles gjennom hele graviditeten⁴⁸. Bakgrunnsrisiko for misdannelser er under 5%.

Gravide og ammendes oppfatning av risiko påvirker avgjørelsen om å bruke et legemiddel eller ikke, spesielt når det gjelder reseptfrie legemidler⁴. I en norsk studie oppga omtrent 70 % av kvinnene at de hadde valgt ikke å bruke et legemiddel fordi de var gravide⁴. Den vanligste årsaken var at de var redd for å skade det ufødte barnet⁴. Kvinner som hadde brukt et gitt legemiddel under graviditet rangerte risikoen for dette legemiddelet som mindre enn kvinner som ikke hadde brukt det⁴. Forskjellen i oppfatningen av risiko var størst hos brukere/ikke-brukere av midler mot halsbrann, mens forskjellen var minst hos brukere/ikke-brukere av urtemedisin⁴.

Når det gjelder forskrevne legemidler vil oppfattelse av risiko kunne påvirke etterlevelse, det vil si i hvilken grad pasienten tar legemidler som foreskrevet. Hancock og medarbeidere peker på at mange kvinner vil unngå å ta reseptpliktige legemidler over korte perioder, og reseptfrie legemidler som paracetamol og antihistaminer i svangerskapet på grunn av frykt og feil oppfatninger om legemidlenes sikkerhet⁴⁹. Å unngå bruk av disse legemidlene kan for eksempel føre til tap av produktivitet eller livskvalitet, i tillegg til negativ påvirkning på mors helse⁴⁹. Ubehandlete sykdomstilstander kan også føre til hos kvinner under graviditeten kan føre til økt risiko for fosteret. Fortsettelsen av legemiddelbehandling kan derfor være essensiell for optimal medisinsk behandling av både mor og foster⁵⁰. I en nederlandsk studie rapporterte 22 % at de ikke brukte legemidlene under graviditet slik de hadde avtalt med legen (non-compliance), og at de vanligvis brukte lavere døgndose enn forskrevet⁵¹. Dette gjorde de

til tross for at det ikke er noe støtte for teorien om at lavere dose er tryggere for fosteret. Dette illustrerer at gravide ofte overestimerer risiko ved legemiddelbruk under graviditet.

I Norge er det lite tilgjengelig produsentuavhengig, kvalitetssikret informasjon om legemidler spesifikt tilrettelagt for enkeltpasienter⁵². Nærmere 80 % av kvinnene i en norsk studie oppga at de trengte informasjon om bruk av legemidler under graviditet⁴.

Mange legemidler kan brukes ved amming⁴⁹. Allikevel frarådes mange å amme på grunn av behov for legemidler, eller de velger selv ikke å amme på grunn av misoppfatninger av risiko⁵³. Å la være å amme på grunn av feil oppfatning av risiko ved bruk av legemidler kan gi en negativ påvirkning på spedbarnet, da det vil miste de påviste helsegevinstene og psykologiske fordelene ved amming⁵⁴.

En canadisk studie av kvinner som ringte inn til en TIS viste at evidensbasert rådgivning bidro til å redusere oppfatning av risiko ved legemiddelbruk hos gravide som brukte antidepressiva³⁵. Studien fant også at den gravides avgjørelse om å fortsette med legemidler under graviditeten var avhengig av om den første kilden de konsulterte ga betryggende informasjon³⁵.

1.4 Informasjon om legemidler brukt ved graviditet og amming

For de fleste legemidler er lite informasjon om teratogen risiko eller sikkerhet tilgjengelig på markedsføringstidspunktet. Selv når de er tilgjengelige, kan studier av føtale effekter av legemiddelbruk hos mor gi motstridende, utilstrekkelig, eller vanskelig tolkbar informasjon for å vurdere alle potensielle utfall eller risikonivå⁵⁵.

Ifølge Cragan og medarbeidere innebærer begrepet «sikkerhet» et fravær av risiko, noe de mener er umulig å konkludere med ut fra noen type studier. Det kan derfor, ifølge Cragan og medarbeidere, være vanskelig for kvinner og helsepersonell å avgjøre hvorvidt en skal bruke et legemiddel under graviditet. Balansen mellom risiko og nytte, og behandlingseffekt for mor og foster er ikke alltid klart, og må individualiseres⁵⁶.

Pasientrettighetslovens § 3-2 gir pasienten, her den gravide eller ammende kvinnen, rett til å få informasjon om helsehjelpen hun mottar, herunder legemiddelbehandling¹⁰. Kvinnen har

også rett til å få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger ved behandlingen¹⁰. I tillegg har kvinnen rett til å medvirke ved gjennomføringen av behandlingen, herunder valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder¹⁰. For at dette skal være mulig er det nødvendig med tilstrekkelig informasjon. I «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» står det at «den gravide bør få informasjon og støtte som gjør henne i stand til å ta informerte beslutninger»¹. Det legges også vekt på at informasjonen bør være fri for reklame¹.

1.4.1 Hvor finner gravide og ammende informasjon om legemiddelbruk?

I en norsk studie blant gravide og småbarnsmødre var lege, pakningsvedlegg og apotek de vanligste kildene til informasjon om risiko og bruk av legemidler i svangerskapet⁴. Av 1373 spurte kvinner hadde 78 % spurt legen, 50 % hadde funnet informasjon i pakningsvedlegg eller i Felleskatalogen, 49 % hadde oppsøkt apotek, 42 % hadde søkt etter informasjon på internett, og 26 % hadde fått informasjon fra jordmor⁴.

1.4.1.1 Informasjon fra lege og annet helsepersonell

I Norge har gravide god tilgang på helsepersonell gjennom svangerskapsomsorgen. Dette er et tilbud gitt av lege eller jordmor og det omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger det er behov for i et normalt svangerskap^{1, 57}. Oppslutningen om dette tilbudet er høy¹. I «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» vises det til en undersøkelse hvor brukerne var minst fornøyde med helsepersonellens evne til å informere¹.

1.4.1.2 Apotek som informasjonskilde

Ved å oppsøke et apotek kan gravide og ammende få informasjon fra farmasøyter. Det er vist at farmasøyter ofte henviser kunder videre til lege ved spørsmål om legemiddelbruk i svangerskapet⁵⁸. I en studie i Canada, Nederland og Island henviste 90 % av farmasøytene kunden videre til lege uten å gi noe evidensbasert informasjon⁵⁸.

Foruten muntlig informasjon fra apotekpersonalet, har apotekene også brosjyrer som omhandler graviditet og ammeperiode^{59, 60}. De store apotekkjedene i Norge har også nettsider med informasjon om blant annet graviditet og amming⁶¹⁻⁶³. To av kjedene har spørsmålstjenester på sine nettsider, hvor publikum kan stille spørsmål som besvares av en farmasøyt^{64, 65}. Inntrykket fra et av disse apotekene er at en god del gravide og ammende bruker tjenestene⁶⁶. Enkelte spørsmål og svar blir også lagt ut på apotekenes nettsider^{65, 67}. I informasjonen gitt om tjenestene poengteres det at det kun svares på spørsmål som går inn under apotekets naturlige kompetanseområde^{68, 69}. Eksempler er spørsmål knyttet til riktig

legemiddelbruk, egenomsorg, bruk av kosttilskudd, spørsmål om produkter i sortimentet eller andre apotekrelaterte spørsmål^{68, 69}.

1.4.1.3 Internett som informasjonskilde

Internett er en lett tilgjengelig informasjonskilde, og bruken har økt i takt med den teknologiske utviklingen. Store deler (95 %) av befolkningen har tilgang til internett, og 82 % bruker internett hver dag eller nesten hver dag⁷⁰. 1 av 4 personer i Norge har per i dag tilgang til mobilt bredbånd via smartmobiltelefon⁷⁰. Stadig flere bruker også internett til helseformål. Over halvparten (59 %) av norske kvinner har brukt internett til å søke etter helserelatert informasjon⁷⁰, og 42 % oppga at de hadde søkt etter informasjon om legemiddelbruk i svangerskapet⁴. I en svensk studie blant gravide kvinner oppga 84 % at de brukte internett for å finne informasjon relatert til graviditet⁷¹, og over halvparten (57 %) av de spurte gravide kvinnene i en italiensk studie hadde brukt internett for å finne medisinsk informasjon om eksponering i svangerskapet⁷².

Internett blir ansett som en rask og enkel informasjonskilde⁷². Informasjon fra internett kan være lettere tilgjengelig enn helsepersonell, og flere bruker internett for å få en ny vurdering («second opinion») på sine spørsmål til helsepersonell⁷³. Mange kvinner søker også informasjon tidlig i graviditeten eller ved planlegging av graviditet⁷¹.

Flere norske nettsider tilbyr informasjon om graviditet og amming, og emner relatert til dette^{28, 74, 75}. Noen nettsider tilbyr råd om legemiddelbehandling mot betaling⁷⁶. Det finnes også offentlig nettbasert informasjon, deriblant www.helsenorge.no, som ble åpnet i juni 2011⁷⁷. Dette er en helseportal drevet av Helsedirektoratet. Her inngår også egne sider med generell informasjon om legemiddelbruk ved graviditet og amming⁷⁷.

Sosiale nettsamfunn er også en arena hvor mange gravide og ammende finner informasjon. Om lag tre av fem personer i Norge bruker sosiale nettsamfunn (per 2. kvartal 2011)⁷⁸. Flere nettsamfunn er rettet spesielt mot gravide og ammende. Blant annet finnes det fora hvor gravide og ammende kan ta opp tema de interesserer seg for og få støtte fra andre i samme situasjon. Per 08.01.12 hadde nettforumet barnimagen.no 134 540 registrerte medlemmer⁷⁹, og mammanett.no 33 964 medlemmer⁸⁰. Her diskuteres blant annet legemiddelbruk og behandling av ulike plager i svangerskapet.

Et utvalg av søk utført ved hjelp av søkemotoren Google illustrerer mengden av informasjon som finnes på nettet (Tabell 1).

Tabell 1: Antall treff ved utvalgte søk ved hjelp av søkemotoren Google.

Søkeord	Antall treff 01.12.2007 ⁸¹	Antall treff 08.01.2012
«medisin» + «gravid»	695 000	640 000
«medisin» + «graviditet»	-	1,74 millioner
«medicine» + «pregnancy»	4,7 millioner	218 millioner
«medisin» + «amming»	145 000	256 000
«medicine» + «lactation»	1,67 millioner	11,7 millioner

Medisinsk informasjon på internett er ikke alltid pålitelig eller oppdatert, og referanser er sjelden angitt^{82, 83}. Mange som søker etter medisinsk informasjon på nettet undersøker heller ikke hvem som står bak sidene de besøker^{84, 85}. Det kan være vanskelig å skille god informasjon fra dårlig og feilaktig informasjon, og kvinner som leser informasjon på nettet er ofte ikke klar over at informasjon om legemidler under graviditet som oftest ikke er evidensbasert⁴. Informasjon av dårlig kvalitet kan bidra til unødvendig usikkerhet og forvirring. I en studie blant gravide som ringte inn til en italiensk TIS ble informasjonen kvinnene hadde funnet på internett vurdert⁸⁵. De Santis og medarbeidere fant at rundt 60 % av de spurte kvinnene hadde fått evidensbaserte svar. 40,5 % av kvinnene oppga at internettsøket hadde gjort dem mer forvirret⁸⁵. 30,2 % ble skremt av å konsultere internett, mens bare 15,5 % hadde en faktisk økt risiko for medfødte misdannelser⁸⁵. Mange kvinner bruker informasjon tilgjengelig via internett til å ta avgjørelser i svangerskapet⁷³. Internett byr på et vell av informasjon, men det kan være vanskelig å bedømme kvaliteten på informasjonen⁸⁴. Evidensbasert og produsentuavhengig kan derfor være essensielt for kvinnenes beslutningsgrunnlag.

1.4.1.4 Andre informasjonskilder

Felleskatalogen er for mange helsepersonell, samt gravide og ammende, en lett tilgjengelig og mye brukt informasjonskilde når det gjelder legemiddelbruk under graviditet og amming. Tekstene i Felleskatalogen er laget av legemiddelprodusentene.

Pakningsvedlegg, som også lages av legemiddelprodusenten, er den eneste informasjonen kvinnene er garantert å få ved kjøp av legemidler. Ved kjøp av legemidler utenom apotek

finnes det for eksempel ingen mulighet til å få informasjon om valg av legemiddel eller om legemiddelets egenskaper eller bruk⁸⁶.

1.4.2 Informasjonskilder og deres kvalitet

Ved bruk av flere informasjonskilder oppga 1 av 4 spurte gravide kvinner i en norsk undersøkelse at informasjon fra ulike kilder ikke stemte overens⁴. Flere (17 %) valgte som følge av dette ikke å bruke legemiddelet, noen (14 %) valgte å stole på en kilde og se bort fra en annen. Enkelte (11 %) valgte å konsultere en ny kilde, 9 % ble engstelige og 12 % tok ingen konsekvens av dette⁴.

Det er blant annet vist at pakningsvedlegg i flere tilfeller gir ulik informasjon om bruk under graviditet og amming⁸⁷. I pakningsvedlegg for legemidler med budesonid til inhalasjon varierte for eksempel informasjonen fra en advarsel om å bruke legemiddelet ved graviditet og amming til beskjed om at det ikke er sannsynlig at legemiddelet vil gi skade på mor eller barn ved bruk under graviditet eller amming⁸⁷. Et pakningsvedlegg ga også informasjon om at legemiddelet hadde ført til misdannelser hos dyr, uten å nevne konsekvenser for den gravide⁸⁷

I en canadisk undersøkelse oppga allmennpraktikere at de følte seg trygge på at de ga god rådgivning til gravide kvinner angående legemiddelbruk, men majoriteten av de spurte oppga samtidig at tilgjengelige kilder til informasjon ikke var tilstrekkelige⁹. I en norsk studie ble det funnet betydelige forskjeller mellom to norske kilder til informasjon om legemidler brukt under graviditet⁸⁸. Det ble gitt ulike råd for nesten halvparten av de undersøkte legemidlene⁸⁸. Råd fra Felleskatalogen var signifikant ($p < 0.01$) mer restriktive enn råd fra RELIS⁸⁹. Helsepersonell kan mangle evidensbasert informasjon om sikkerhet ved bruk av legemidler under graviditet, og eksisterende data kan være vanskelig å tolke, noe som understreker behovet for produsentavhengig, kvalitetssikret informasjon^{9, 49}.

RELIS er en viktig kilde til legemiddelinformasjon for leger som gir råd til gravide kvinner. 21 % av spørsmålene RELIS mottok i 2010 gjaldt legemiddelbruk ved graviditet og amming⁹⁰. Informasjonen som blir gitt bidrar, ifølge en undersøkelse gjort blant leger som brukte tjenesten, til å redusere termineringer av svangerskap og til å fremme rasjonell legemiddelbehandling⁸⁹.

I St.meld. nr. 18 (2004-2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk” (Legemiddelmeldingen) pekes det på at det kan oppfattes som en mangel at helsepersonell

ikke har mulighet til å henvise pasienter til et nettsted med lettfattelig svar på generelle og detaljerte spørsmål om de legemidlene de bruker¹¹. Det vises til at de i Danmark og Sverige har nettsider og informasjonstjeneste om legemiddelbruk for publikum¹¹.

For å fremme en riktigere oppfatning av risiko ved legemiddelbruk under graviditet og amming anbefaler Nordeng og medarbeidere blant annet at det opprettes TIS i land hvor dette ikke finnes, i tillegg til å tilby en kvalitetssikret informasjonsside på internett⁴.

1.5 Teratologiinformasjonstjenester

Som følge av den økende oppmerksomheten omkring fosterskadelige effekter av legemidler ble det på 1980-tallet opprettet TIS (TIS) i flere land⁹¹. Disse tjenestene fokuserer på rådgivning angående reproduktiv sikkerhet og risiko ved prenatale eksponeringer til gravide kvinner, kvinner som planlegger graviditet, ammende kvinner og deres familier og helsepersonell⁹².

Studier har vist at TIS har bidratt til å hindre medfødte misdannelser og unødvendig avbrutte svangerskap. TIS har også vært viktig når det gjelder å gi råd om riktig legemiddelbruk under graviditet og amming⁴⁹. Det er også vist at rett rådgivning kan bidra til å redusere risikooppfatning, og gi trygghet til å fortsette legemiddelbehandling⁴⁹.

Samarbeid mellom ulike TIS er organisert gjennom to nettverk, European Network of Teratology Services (ENTIS) og Organization of Teratology Information Specialists (OTIS).

1.5.1 European Network of Teratology Information Services

I 1990 gikk 13 europeiske institusjoner involvert i rådgivning om legemidler til gravide sammen og stiftet European Network of Teratology Information Services (ENTIS)⁹¹. Per april 2012 har nettverket aktive medlemmer i 14 land¹². Medlemskap i ENTIS krever at kandidaten har praktisk erfaring med teratologiinformasjonsprosedyrer og møter bestemte kriterier⁹¹. Ifølge ENTIS' vedtekter kan kandidater for medlemskap i ENTIS være enhver TIS som har praktisk erfaring i rådgivning og oppfølgingsprosedyrer⁹³. Videre må kandidaten levere en beskrivelse av struktur, metode, finansiering og aktiviteter hos sin TIS for å kunne søke om medlemskap. Lederen av tjenesten bør ha en doktorgrad i medisin, medisinsk biologi, farmasi eller liknende, og bør ha erfaring i å drive en TIS⁹³. Kandidaten bør tilby gratis informasjon og/eller rådgivning (Vedlegg 1).

Alle deltagende sentre anvender standardiserte prosedyrer for å samle inn data⁹¹. Prospektive data samles inn ved tidspunktet for henvendelsen. Dette inkluderer spørsmål om sosiale karakteristika, tidligere og nåværende svangerskap, forekomst av medfødte misdannelser i familien og eventuell kronisk sykdom hos mor⁹¹.

1.5.2 Organization of Teratology Information Specialists

Organization of Teratology Information Services (OTIS) ble dannet i 1990 av individuelle TIS i USA og Canada⁹⁴. De fleste medlemmene av OTIS representerer ulike TIS i USA og Canada, men organisasjonen har også medlemmer i andre deler av verden. Medlemmene inkluderer blant annet leger, sykepleiere, forskere og folk involvert i undervisning, og mange medlemmer er ikke direkte knyttet til en TIS. OTIS skiftet derfor navn til Organization of Teratology Information Specialists (OTIS) i 2005. I 2002 etablerte OTIS en nasjonal gratis telefontjeneste for alle i Nord-Amerika⁹⁴. Innringerer blir viderekoblet til en TIS i sin hjemstat eller andre liknende tjenester⁹⁴. OTIS har mulighet til å monitorere svangerskapsutfall. De driver ulike forskningsprosjekt, blant annet ved rekruttering og oppfølging av kvinner, og av utfallet av ulike eksponeringer de ble utsatt for i svangerskapet⁹⁴.

En hovedoppgave for OTIS er å informere pasienter, helsepersonell og publikum om teratologi. OTIS har blant annet utarbeidet faktaark om ulike eksponeringer i svangerskap og ved amming som ligger tilgjengelig på www.otispregnancy.org⁹⁵.

1.6 Pilotprosjektet TMM

1.6.1 Bakgrunn for prosjektet

I St.meld. nr. 18 (2004-2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk” uttrykker departementet et mål om at «pasientene må gis uavhengig legemiddelinformasjon som kan supplere opplysningsplikt og balansere industriens markedsføring»¹¹. En selvoppnevnt gruppe har på eget initiativ utredet allmennhetens tilgang til kunnskapsbasert informasjon om legemiddelbruk i svangerskapet og ammeperioden⁸¹. Gruppen foreslår etablering av en norsk TIS⁸¹.

I oppdragsbrev fra Statens Legemiddelverk⁹⁶ ble RELIS i 2007 bedt om å “avgi en utredning for hvordan RELIS kunne tenke seg å koordinere og ta ansvar for å besvare henvendelser om legemiddelspørsmål fra publikum og estimere ressursbruk til denne aktiviteten”. I rapporten

«Legemiddelinformasjonstjeneste for pasienter og publikum» foreslo RELIS en modell hvor de regionale RELIS samarbeidet om en felles spørsmålstjeneste for legemidler og liknende til pasienter og publikum, herunder en tjeneste for gravide og ammende⁹⁷. Som resultat av dette ble TMM utarbeidet som en pilot for en løsning som etter hvert skal kunne betjene andre målgrupper med behov for legemiddelinformasjon. TMM er utviklet som en nettbasert spørsmål/svar-tjeneste hvor publikum kan stille spørsmål om bruk av legemidler, kosttilskudd, naturmidler og annet under graviditet og amming. Målet med tjenesten er å gi publikum økt tilgang til nøytral informasjon for å oppnå bedre og tryggere legemiddelbruk. TMM ble åpnet for publikum 9. juni 2011. Tjenesten er finansiert med midler fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).

1.6.2 Organisering av tjenesten

Prosjektet TMM er et felles RELIS-prosjekt, og styres administrativt og faglig av ledergruppen i RELIS. En arbeidsgruppe med representanter fra alle RELIS-sentra og ledergruppen har ansvar for arbeidet med prosjektet.

Tjenesten er gratis og nettbasert. Nettstedets adresse er www.tryggmammamedisin.no. Nettsiden er vist i Figur 2.



Figur 2: TMMs nettside www.tryggmammamedisin.no.

På tjenestens nettsider (Figur 3) kan publikum skrive inn og sende sitt spørsmål. Spørsmålsstiller er anonym, og det oppfordres til ikke å oppgi personidentifiserbare opplysninger, som navn og e-postadresse, i spørsmålsteksten. Spørsmålsstiller må oppgi bostedsfylke før de sender inn sitt spørsmål.

TRYGG Mammamedisin.no
Råd om medisinbruk til gravide og ammende

Forsiden | Spør oss
Om tjenesten | Kontakt oss
Hvem er vi? |

Send spørsmål

Mitt spørsmål gjelder...

- Bruk av medisiner under graviditet
- Bruk av medisiner under amming
- Bruk av medisiner under både graviditet og amming

Mitt spørsmål er...

Skry med navn, e-postadresse, telefonnummer eller andre opplysninger om identitet (spørsmål).

Viktig! Dette trenger vi å vite...

- Hvilke medisiner du bruker, har brukt eller vurderer å bruke.
- Hva du bruker medisinene mot.
- Når i graviditeten/ammingen medisinene/et er bruk/brukt bruk.
- Alderen på barnet du ammer (hvis du ammer).

Hvor i landet bor du?
Velg fylke

Svar fra Trygg Mammamedisin er utelukkende basert på opplysninger gitt av spørsmålsstiller, og er ikke nødvendigvis relevant for andre. Svaret er ikke egnet til å stille diagnoser og gjennomføring av videre behandling må alltid sjekkes av behandlende lege. Helsemessige spørsmål bør alltid diskuteres med lege eller annet helsepersonell med behandlingsansvar.

Jeg godtar brukerbetingelsene.
[Lese mer](#)

Figur 3: Nettsiden www.tryggmammamedisin.no hvor publikum kan stille spørsmål.

Det er etablert en sikkerhetsløsning som gjør at IP-adresser ikke loggføres på server, og opplysninger fra tjenesten ikke mellomagres på PC⁹⁸. Prosjektet er godkjent og har konsesjon fra Datatilsynet (Vedlegg 2). RELIS Vest er ansvarlig for konsesjonen, og ansatte ved RELIS-Vest har ansvar for fjerning av personidentifiserbare opplysninger i spørsmål, også kalt «vasking», som kommer inn til tjenesten (Vedlegg 3). Spørsmålene blir så gjort tilgjengelige for de øvrige RELIS-sentrene. Alle RELIS-ansatte har tilgang til nettløsningen ved å logge seg på med personlig brukernavn og passord. De innsendte spørsmålene fordeles etter en fylkesvis fordelingsnøkkel (Tabell 2) til de ulike RELIS-sentrene som så utarbeider svar.

Tabell 2: Fylkesvis fordeling av spørsmål til TMM til de ulike RELIS-sentrene, i perioden fra og med 09.06.11 til og med 15.01.12.

RELIS-senter	Fylker senteret har ansvar for
RELIS Nord-Norge	Nordland Troms Finnmark Nord-Trøndelag Møre og Romsdal
RELIS Midt-Norge	Sør-Trøndelag Oppland
RELIS Vest	Rogaland Hordaland Sogn og Fjordane Vest-Agder Aust-Agder Telemark Vestfold Buskerud Hedmark Akershus Østfold
RELIS Sør-Øst	Oslo

Innsending av spørsmål genererer en referansekode. Brukeren må ta vare på denne, da den må benyttes for å hente opp svaret. TMM opererer med en svarfrist på to virkedager, og etter publisering er svaret tilgjengelig for henting i to uker. Koblingen mellom spørsmål og referansekode slettes to uker etter dato for publisering av svar⁹⁸.

Alle spørsmål og svar lagres i en intern database som er tilgjengelig for RELIS-ansatte ved innlogging på nettløsningen. Før publisering av svar, indekserer RELIS-ansatte legemidlene i svaret, og angir tiden brukt på å utarbeide svaret og om de har diskutert svaret med en kollega. Løsningen har en enkel søkefunksjon, hvor tidligere svar kan gjenfinnes ved søk på ATC-kode eller fritekstsøk. En statistisk oversikt over data i databasen kan hentes ut av RELIS-ansatte.

Ved henting av svar blir bruker oppfordret til å evaluere tjenesten. Evalueringsskjema finnes nederst på svarsiden, og inkluderer spørsmål om svaret var nyttig, hvor spørsmålstiller har hørt om tjenesten og mulighet for å gi en kommentar.

2 Hensikt

Denne studien er en evaluering av pilotprosjektet Trygg Mammamedisin. Evalueringen tar for seg både kvantitative og kvalitative aspekter av tjenesten. Data fra TMM-databasen beskrives og systematiseres. Kvalitative data fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju utført blant RELIS-ansatte involvert i prosjektet vil også beskrives. Dette danner grunnlag for evaluering av blant annet ressursbruk, nytteverdi, forslag til forbedring av rutiner og videreutvikling av tjenesten.

3 Materiale og metode

3.1 Valg av studiedesign

Pilotprosjektet representerer et mangfold av informasjon, som krever bruk av ulike evalueringsmetoder⁹⁹. Denne studien består av flere delundersøkelser, og det anvendes både kvantitative og kvalitative metoder. Av kvantitative metoder ble deskriptiv statistikk, hypotesetesting og spørreundersøkelse anvendt. Kvalitative metoder inkluderte analyse av kommentarer fra brukere av tjenesten og RELIS-ansatte og fokusgruppeintervju.

Metodene er gruppert etter datagrunnlag. Data fra TMM-databasen relatert til antall spørsmål, tidsbruk, fylkesfordeling og variabler relatert til evaluering utført av brukere av tjenesten ble analysert ved bruk av deskriptiv statistikk. Kvalitative metoder (som stegvis induktiv metode¹⁰⁰) ble tatt i bruk for å analysere kommentarer fra brukere av tjenesten. Hypotesetesting ble utført med hensyn til henting av svar og assosiasjon med andre variabler i materialet.

For å kartlegge RELIS-medarbeideres erfaringer med og holdninger til TMM ble det utarbeidet en spørreundersøkelse. Denne bestod av både kvantitative og kvalitative elementer. Spørreundersøkelsen gjorde det mulig å samle data fra alle medarbeidere involvert i prosjektet.

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å få frem RELIS-ansattes erfaringer og synspunkter på tjenesten. Hovedfokus for intervjuene var å undersøke hvordan TMM var organisert ved de ulike RELIS-sentrene og å få dypere innsikt i tema tatt opp i spørreundersøkelsen angående holdninger til og erfaringer med tjenesten. Fokusgruppeintervju ga mulighet for interaksjon mellom deltakerne og utvikling av nye idéer. Dette ga potensiale for å få mye og variert informasjon. Det ble vurdert som en fordel at fokusgruppeintervju kunne være mindre ressurskrevende enn gjennomføring av flere enkeltintervju.

3.2 Data fra TMM-databasen

Alle innsendte spørsmål og utarbeidede svar fra TMM-databasen dokumenteres i en nettbasert database. Data inkluderer indeksering av spørsmål gjort av RELIS-ansatte som svarer på de enkelte spørsmål, automatisk genererte data og evaluering fra publikum.

Ved innsending av spørsmål angir spørsmålsstiller hva spørsmålet gjelder (bruk av legemidler under graviditet, amming eller under både graviditet og amming). Spørsmålsstiller må også velge fylkestilhørighet. Etter innsending av spørsmål, mottar spørsmålsstiller et referansenummer som benyttes ved henting av svar.

Innkommene spørsmål får automatisk et ID-nummer. Spørsmålene blir aidentifisert (eventuelle personopplysninger fjernes) og tillagt overskrift som angir hvilke(t) legemiddel/legemidler (evt. annet) det gjelder og eventuelt graviditet (evt. trimester) eller amming (evt. alder på barnet) (Vedlegg 3).

Den RELIS-ansatte som svarer på et spørsmål indekserer legemiddelet/legemidlene ifølge ATC-systemet. Dersom flere legemidler i samme gruppe inngår i samme spørsmål vil dette kun bli registrert en gang på overordnet nivå (1. ATC-nivå, for eksempel R), som vist i Tabell 3. Dette kan gi et høyere antall indekserte legemidler på lavere nivå (for eksempel R06) enn på høyere nivå (for eksempel R).

Tabell 3: Eksempel på indeksering etter ATC-kode, med angitt ATC-nivå¹⁰¹.

Sak ID	ATC-kode	Generisk navn	ATC-nivå
227	R	RESPIRASJONSORGANER	1. nivå, hovedgruppe
227	R01	Rhinologika	2. nivå, terapeutisk
227	R01A	Rhinologika og andre preparater til lokal bruk i nesen	3. nivå, terapeutisk
227	R01AC	Antiallergiske midler, ekskl. kortikosteroider	4. nivå, kjemisk terapeutisk
227	R01AC02	Levokabastin	5. nivå, kjemisk substans
227	R06	Antihistaminer til systemisk bruk	2. nivå, terapeutisk
227	R06A	Antihistaminer til systemisk bruk	3. nivå, terapeutisk
227	R06AE	Piperazinderivater	4. nivå, kjemisk terapeutisk
227	R06AE07	Cetirizin	5. nivå, kjemisk substans
227	R06AX	Andre antihistaminer til systemisk bruk	4. nivå, kjemisk terapeutisk
227	R06AX13	Loratadin	5. nivå, kjemisk substans
227	R06AX22	Ebastin	5. nivå, kjemisk substans
227	R06AX26	Feksofenadin	5. nivå, kjemisk substans
227	R06AX27	Desloratadin	5. nivå, kjemisk substans

Substanser som ikke går inn under ATC-systemet klassifiseres ikke. Dette gjelder for eksempel naturmidler, homeopatiske midler, matvarer og lignende.

Den RELIS-ansatte angir også svarkategori (konkret råd gitt, kontakt lege, kontakt annen instans, manglende opplysninger i spørsmålet, annet), hvor lang tid de har brukt på svaret (tidsbruk) og om de har diskutert svaret med en kollega (ja, nei).

Publikum har mulighet til å evaluere tjenesten (brukerevaluering) når de henter svaret. De kan svare på hvor de har hørt om tjenesten (lege, jordmor eller helsesøster, apotek eller farmasøyt, venner eller familie, sosiale medier, avis eller blad), om de synes svaret var nyttig (svar nyttig, svar ikke nyttig) og de har også mulighet til å gi en kommentar.

Innsendestidspunkt blir registrert i applikasjonen, og tidspunkt for svarfrist blir automatisk generert. Svarfrist er innen kl. 16 to virkedager fra innsendingstidspunktet. Tidspunkt for publisering og henting av svar blir registrert.

3.2.1 Valg av materiale

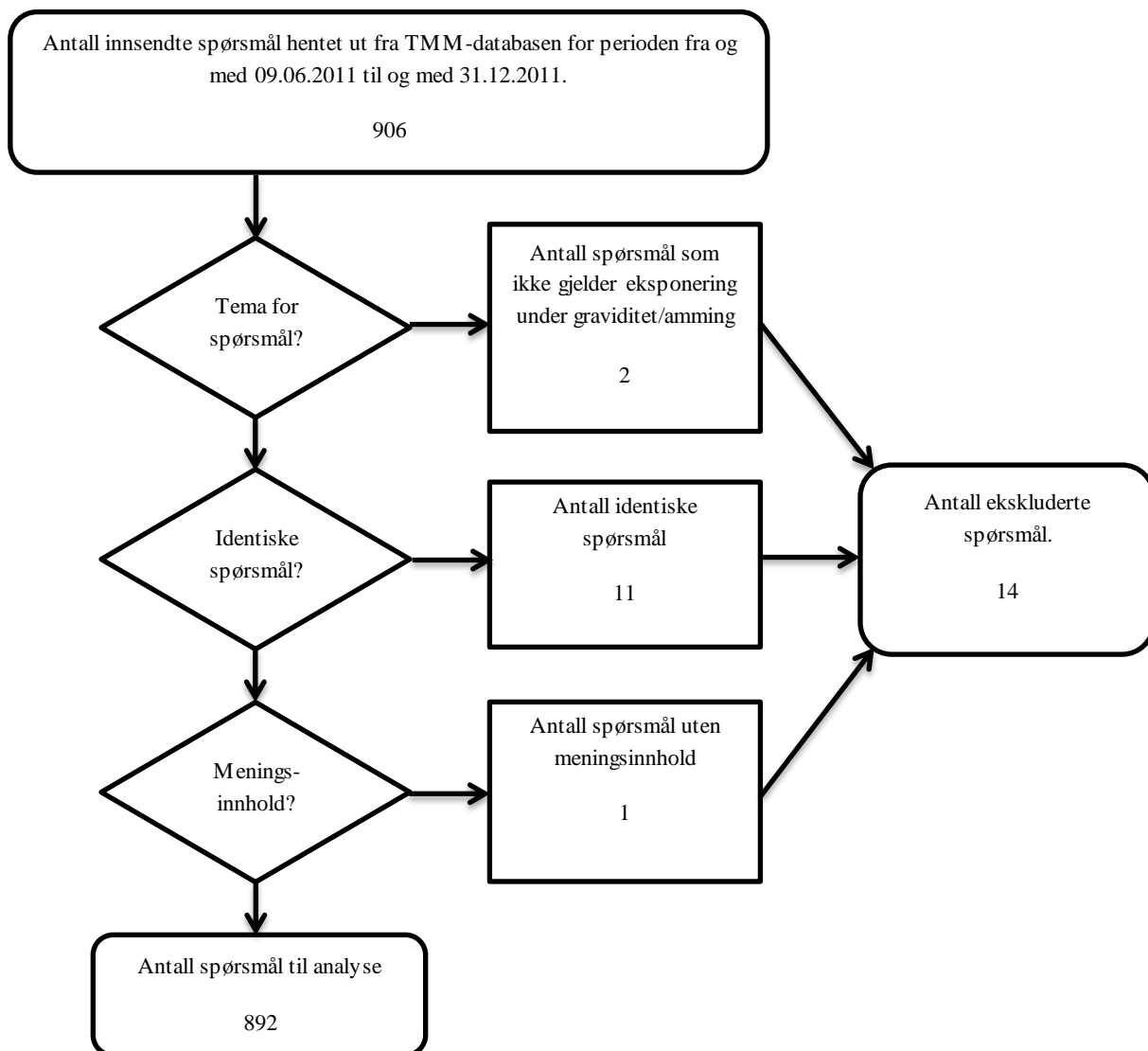
TMM-databasen består av alle spørsmål sendt inn fra oppstart av tjenesten, og svar og opplysninger tilknyttet disse. Data for innsendte spørsmål i perioden fra og med 09.06.2011 til og med 31.12.2011 ble hentet ut ved hjelp av SQL-spørringer og ble overført til Excel-format (Vedlegg 4). Det ble gjort en egen spørring for data angående legemidler indeksert etter ATC-kode (Vedlegg 5).

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier og innhenting av manglende informasjon

Innsendte spørsmål ble hentet ut fra Excel-fil etter følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier (Figur 4):

- Spørsmål om eksponering i svangerskap eller ammeperiode
- Spørsmål med meningsinnhold
- Ved flere identiske spørsmål, inkluderes bare ett av disse i analysen*

*Dersom spørsmål er identiske, inkluderes det spørsmålet hvor svar er hentet. Dersom svar ikke er hentet, inkluderes det først innsendte spørsmålet i perioden.



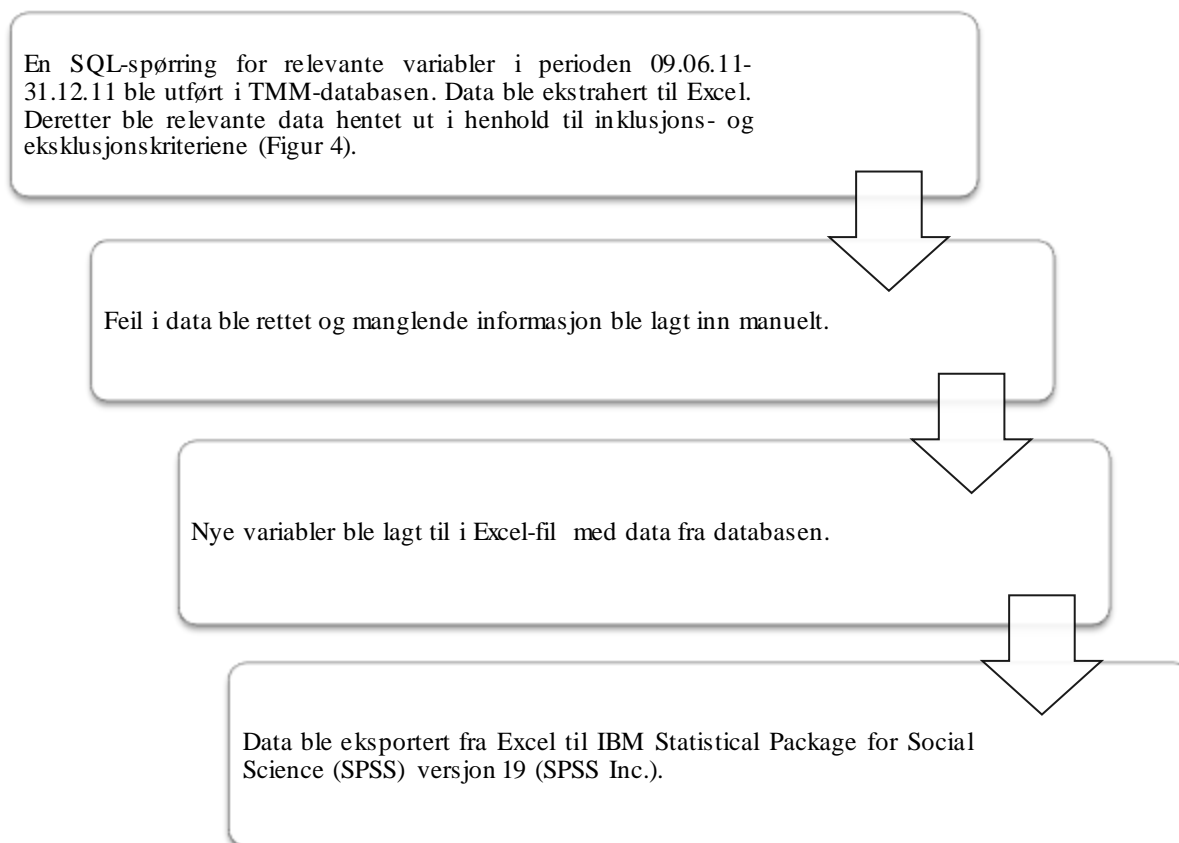
Figur 4: Flytdiagram for eksklusjon av spørsmål hentet ut fra TMM-databasen.

3.2.3 Datahåndtering og retting av feil i datagrunnlaget

Enkelte feil måtte rettes for å få lesbare resultater ved analyse. Trinnvis gjennomgang av datahåndtering er vist i Figur 5. Tidspunkt var i feil format for hver nye dato i rapport fra databasen. Dette gjaldt for variablene tidspunkt for innsendt spørsmål, beregnet svarfrist, publisert svar og hentet svar. Dato ble endret, slik at den ble lesbar. For eksempel ble «2011-06-15 10:02:28.090» endret til «2011-06-15 10:02:28».

Tiden brukt på å utarbeide svar (angitt av RELIS-medarbeider) var i enkelte tilfeller i feil format. Dette ble endret, slik at data ble lesbart. Eksempelvis ble «45 min», «60 min» og «1,5 time» endret til henholdsvis «45», «60» og «90».

I tillegg til data hentet ut fra TMM-databasen ble manglende informasjon uthentet manuelt fra datagrunnlaget. Variabler som beskrev om det forespurte legemiddelet var reseptpliktig/ikke reseptpliktig og om de oppga å ha stilt spørsmål til tjenesten tidligere (oppfølgingsspørsmål) ble opprettet på bakgrunn av dette (Vedlegg 6). Ytterligere variabler ble opprettet ved beregninger basert på eksisterende variabler (Vedlegg 7).



Figur 5: Behandling av data hentet ut fra TMM-databasen.

3.2.4 Analyse av data

Kvantitativ analyse av endelige data ble utført ved hjelp av filterfunksjon og del sammendrag i Excel, og ved bruk av funksjoner for deskriptiv statistikk og analyse i SPSS.

Endelige data for indekserte legemidler etter ATC-kode ble analysert med hensyn til fordeling på ulike ATC-koder, og på ulike ATC-nivå.

Endelige data for spørsmål/svar ble analysert med hensyn til fordeling av spørsmål over tid, på fylke, status, reseptkategori, hentetid og svartid. Data for intern evaluering utført av RELIS-medarbeidere ble analysert med hensyn til om svaret var diskutert med kollega, indeksert svarkategori og tidsbruk angitt av RELIS-medarbeider.

Data fra brukerevaluering ble analysert med hensyn til fordeling av spørsmål etter hvor de hadde hørt om tjenesten og om de syntes svaret var nyttig.

Kvalitativ analyse av kommentarer fra brukere ble utført ved hjelp av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) som beskrevet av Tjora¹⁰⁰. Ved analyse av data ble teksten først kodet. Koding vil si å finne ord og uttrykk som beskriver avsnitt eller deler av materialet. Deretter ble kodene som var relevante for problemstillingen samlet i grupper (kategorier).

3.2.4.1 Statistiske metoder

Statistiske metoder ble anvendt for analyse av uavhentede/hentede svar mot ulike variabler. Analysen ble utført ved bruk av ulike former for hypotesetesting. Ved hypotesetesting setter man opp hypoteser slik at man kan teste om det er signifikante assosiasjoner mellom faktorene man studerer. Tester utføres ved hjelp av signifikanstester. Først setter man opp to hypoteser. Disse kalles nullhypotesen (H_0) og den alternative hypotesen (H_1). Et eksempel fra denne studien er en test utført for å undersøke om det var noen signifikant forskjell mellom hentede og uavhentede svar (hentestatus) med hensyn til tid brukt på svar:

H_0 : Det er ingen forskjell i tid brukt på uavhentede svar og hentede svar.

H_1 : Det er forskjell i tid brukt på uavhentede svar og hentede svar.

Valg av test ble avgjort på grunnlag av om data oppfylte kravene for testen¹⁰². Kjikvadrat-test og Mann Whitney U-test ble anvendt.

Kjikvadrat-test anvendes for å teste om det er assosiasjoner mellom to kategoriske variabler ved å sammenligne andelene (prosentandelene) i hver celle¹⁰². Testen brukes for store utvalg. Den er basert på en antagelse om at 80 % av cellene har et forventet antall større en fem, og at alle celler har forventet antall større enn en¹⁰².

Mann-Whitney U-test er en ikke-parametrisk test som undersøker forholdet mellom kontinuerlig variabel og en dikotom variabel¹⁰². Testen brukes ofte dersom betingelsene for parametriske tester ikke er oppfylt. Dette vil si dersom de kontinuerlige data ikke er normalfordelt og variansen til de to variablene ikke er like. Testen gir kun en p-verdi.

Signifikansnivå ble i oppgaven satt til 0,05.

3.3 Spørreundersøkelse

Utforming av spørsmål til spørreundersøkelsen ble gjort med tanke på å kartlegge RELIS-medarbeideres erfaringer og holdninger til tjenesten. Elementer av både kvalitativ og kvantitativ metode ble inkludert. Ulike målenivå, i denne sammenheng åpne spørsmål, direkte spørsmål med svaralternativ og påstander med rangordnede svar, ble benyttet¹⁰³ (Vedlegg 8). Spørreundersøkelsen var inndelt i grupper av spørsmål og påstander etter tema (Tabell 4).

Tabell 4: Kategorier for spørsmål og påstander i spørreundersøkelse om TMM.

Kategori for spørsmål og påstander	
1.	Arbeidstaker og TMM
1.1	<i>Opplæring og hjelpemidler</i>
1.2	<i>Arbeidssituasjon</i>
2.	Relasjon til publikum og kollegaer
2.1	<i>Respons</i>
2.2	<i>Kommunikasjon med publikum vs. helsepersonell</i>
3.	Utvikling og videreføring av TMM
3.1	<i>Arbeidsgruppas arbeid</i>
3.2	<i>Forbedringer og utvidelse av tjenesten</i>
3.3	<i>Kommentarer</i>

En pilotversjon av spørreundersøkelsen ble testet ut på veiledere. Rettinger og endringer ble gjort på bakgrunn av deres kommentarer. Spørreundersøkelsen var nettbasert og ble sendt ut via e-post til alle RELIS-RELIS-ansatte involvert i TMM, med unntak av veiledere. Svar på undersøkelsen ble registrert direkte i et nettbasert dokument. Resultatene ble eksportert til Excel, og derfra videre eksportert til SPSS. Data fra spørsmål av kvalitativ karakter (nr. 2.2 og 3.3, Tabell 4) ble analysert ved hjelp av stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) som beskrevet av Tjora¹⁰⁰. Resterende spørsmål ble analysert med hensyn til fordeling i svarkategorier ved hjelp av SPSS. I kategorien «Arbeidsgruppas arbeid» (3.1, Tabell 4) ble svar fra daværende medlemmer av arbeidsgruppen for TMM ekskludert, da spørsmålene omhandlet meninger om hvordan gruppens arbeid hadde blitt utført.

3.4 Fokusgruppeintervju

En fokusgruppe er et gruppeintervju kjennetegnet av en ikke-styrende intervjustil, der det først og fremst er viktig å få frem flere forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for

gruppen¹⁰⁴. En fokusgruppe består som regel av 4-10 personer, og ledes av en moderator^{104, 105}. Moderatoren presenterer emnene som skal diskuteres og legger til rette for samtale. Moderatorens oppgave er å skape en velvillig og åpen atmosfære, der deltakerne kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som er i fokus¹⁰⁴. Formålet med fokusgrupper er ikke å komme til enighet om eller presentere løsninger på de spørsmålene som diskuteres, men å få frem forskjellige synspunkter på saken. For eksplorative undersøkelser kan fokusgrupper være bedre egnet enn individuelle intervjuer, da ordvekslingen i et fokusgruppeintervju kan bringe frem spontane synspunkter¹⁰⁴. Gruppesamspillet kan også gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige. En utfordring ved fokusgruppeintervju kan være at gruppesamspillet reduserer moderatorens kontroll over intervjuforløpet¹⁰⁴.

3.4.1 Populasjon og inklusjonskriterier

Alle RELIS-ansatte som hadde deltatt i utforming av svar i TMM i perioden 09.06.11 til 31.12.11 ble inkludert. Det var ønskelig å inkludere flest mulig for å sikre størst mulig informasjonsrikdom. Dette var også et mål for at resultatene skulle være representative for de enkelte sentra. Det var også ønskelig at minst tre personer deltok i hvert intervju, da fokusgruppe som metode egner seg best for grupper av 3-10 personer^{100, 104, 105}.

3.4.2 Utvalg og rekruttering

Det ble foretatt et bekvemmelighetsutvalg for fokusgruppeintervjuene. Mangel på tid og praktiske hensyn i forhold til reise til intervjustedene begrenset mulighetene for tidspunkt for intervju. Tidspunkt for intervju ble på forhånd avtalt med leder ved det enkelte RELIS-senter. Ansatte involvert i TMM, som var tilgjengelig den avtalte dagen, ble forespurt per e-post om å delta i intervju. Ved forespørsel om intervju ble det også sendt ved informasjon om intervjuet og samtykkeerklæring (Vedlegg 9).

3.4.3 Utforming av intervjuguide

Intervjuguide for gjennomføring av fokusgruppeintervju ble uformet på bakgrunn av resultater fra spørreundersøkelsen, med tanke på å avdekke hvilke rutiner de ulike sentrene hadde. Guiden ble brukt for å huske tema og problemstillinger, men tillot også at andre tema som kom frem i intervjuet kunne følges opp. De første spørsmålene omhandlet faktaopplysninger. Disse ble brukt som oppvarmingsspørsmål for å starte interaksjonen mellom intervjudeltakerne^{100, 105}.

3.4.4 Gjennomføring av intervju

Fjorten RELIS-ansatte fordelt på de fire RELIS-sentrene ble intervjuet i løpet av perioden februar til april 2012. Intervjuene foregikk ved de ulike RELIS-sentrene. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker og ble overført og lagret umiddelbart etter gjennomføring. Data ble så slettet fra lydopptaker. Før lydopptak startet ble intervjudeltakerne informert om formålet med intervjuet og det ble åpnet for muligheter til å stille spørsmål (se vedlegg 10).

3.4.5 Transkripsjon

Lydopptakene ble transkribert av masterstudenten. Intervjuene ble hovedsakelig transkribert ord for ord, men dialekter og andre språk ble oversatt til norsk bokmål. Betonede ord ble angitt med kursiv, og informasjon om intervjusituasjonen ble angitt i parentes. For eksempel anga «(latter)» eller «(ler)» tilfeller hvor latter forekom under intervjuet. Utfyllingsuttrykk, som «mm» ble tatt med i transkripsjonen, i den grad det var mulig å høre disse på lydopptaket. Teksten ble til en viss grad redigert under utskriften. Dette ble gjort med den hensikt å på best mulig måte representere det som intervjudeltakeren hadde til hensikt å meddele¹⁰⁶. Hver intervjudeltaker ble tildelt et pseudonym i overgangen fra tale til skrift.

3.4.6 Analyse

Analyse av intervju ble utført manuelt basert på systematisk tekstkondensering, beskrevet av Malterud¹⁰⁶. Analysen kan deles inn i fire trinn:

1. Først ble intervjuene lest gjennom for å få overblikk over materialet. Mulige foreløpige tema eller kategorier, som kunne representere det intervjudeltakerne hadde uttrykt, ble notert ned. Kategoriene sammenfalt ikke nødvendigvis med hovedtemaene i intervjuguiden.
2. I andre trinn av analysen ble relevant tekst skilt fra irrelevant tekst ved en systematisk gjennomgang av teksten. Meningsbærende enheter, det vil si tekst som var relevant for problemstillingen, ble identifisert og kodet i de ulike kategoriene funnet i trinn 1. Definisjonen av kodene og antallet koder ble justert i dette trinnet.
3. I tredje trinn ble innholdet i hver kodegruppe/kategori kondensert til sammendrag. Det ble også utviklet undergrupper av hovedkategoriene. Sitat som kunne utdype tema i kategoriene ble også sortert inn i relevante kategorier.
4. I det siste trinnet ble innholdet i kodegruppene sammenfattet for hvert av de fire intervjuene. Hver kategori og undergruppe ble tildelt overskrift. De fire sammendragene ble deretter samlet i et nytt sammendrag.

3.4.7 Etikk og personvern

Invitasjon og skjema for informert samtykke ble utformet etter mal fra WHO og retningslinjer fra Forskningsetiske komiteer¹⁰⁷⁻¹⁰⁹ (Vedlegg 9). Intervjudeltakerne ble informert om formålet med intervjuet, hvordan data ville bli håndtert og at det var frivillig å delta. De som sa seg villige til å delta signerte samtykkeerklæring.

Deltakerne ble også informert om at informasjonen som ble samlet inn ville bli behandlet konfidensielt, men at moderator ikke kunne hindre at deltakere i intervjugruppa delte informasjon fra intervjuet.

Ved å tildele et pseudonym til hver intervjudeltaker ved transkripsjon ble det forsøkt å gjøre sitat mindre gjenkjennelige slik at skriftlige sitat ikke skulle kunne knyttes til enkeltpersoner.

3.5 Litteratursøk

Søk etter litteratur ble utført i databasene PubMed¹¹⁰ og Embase¹¹¹. Det ble utført både systematiske og usystematiske søk, både ved hjelp av Medical Subject Headings (MeSH) og fritekstsøk. Søkeord inkluderte blant annet *health information, drug information, Drug Information Center (centre), pregnant, pregnancy, internet, e-health, risk perception, teratology, information service, counseling* og *pharmacists* og kombinasjoner av disse. Flere artikler ble funnet ved hjelp av referanser funnet i relevante artikler. I oppstartsfasen fikk jeg også tilsendt noen artikler fra en RELIS-ansatt og en veileder.

Informasjon om TMM og RELIS ble funnet på RELIS intranett¹¹².

Informasjon om legemidlers indikasjon ble funnet ved hjelp av legemiddelsøk på Statens Legemiddelverks nettsider¹¹³. Relevante lover ble funnet på Lovdatas nettsider¹¹⁴. Informasjon ble også funnet ved søk ved hjelp av søkemotoren Google.

4 Resultater

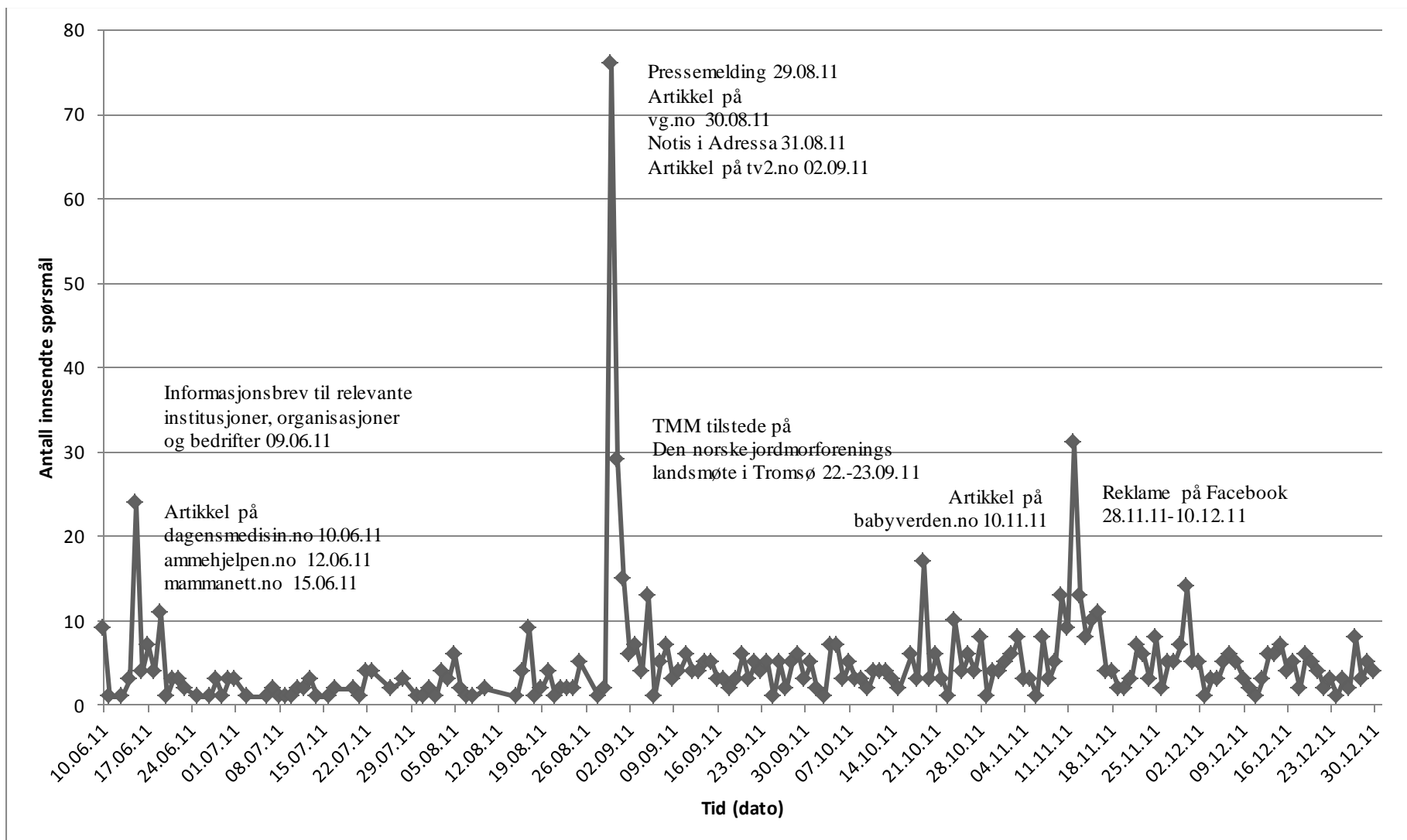
Resultater fra studien inkluderer beskrivelse og analyse av data fra TMM-databasen (TMM-databasen), spørreundersøkelse utført blant alle RELIS-ansatte involvert i TMM og fokusgruppeintervju utført ved hvert RELIS-senter.

4.1 Data fra TMM-databasen

Data fra TMM-databasen inneholdt data fra både brukere av tjenesten og RELIS-ansatte involvert i tjenesten. Data ble hentet ut for perioden 09.06.11-31.12.11. I de følgende avsnittene vil resultater fra analyse av data fra TMM-databasen beskrives.

4.1.1 Innsendte spørsmål

Av totalt 906 innsendte spørsmål til TMM i pilotperioden 09.06.11-31.12.11 ble 892 spørsmål inkludert i materialet for videre analyse. Antall innsendte spørsmål varierte fra dag til dag i pilotperioden, men oversteg sjelden 10 spørsmål per dag (Figur 6). Enkelte dager hadde imidlertid markert flere spørsmål enn vanlig. Fordelingen av innsendte spørsmål over tid i pilotperioden viser tre markante topper hvor antall innsendte spørsmål var høyt sammenlignet med det normale antallet spørsmål per dag. Informasjon om TMM ble sendt ut til institusjoner, organisasjoner og bedrifter 9. juni 2011. Flere medier videreformidlet informasjonen. Blant annet ble det publisert artikler på ammehjelpen.no og mammanett.no. Den første toppen kom 15. juni 2011, 6 dager etter oppstart av tjenesten. Den 29. august 2011 sendte RELIS ut en pressemelding om TMM. Dagen etter, 30. august 2011, ble en artikkel om TMM publisert på vg.no. Den andre, og mest markante toppen, kom denne dagen, med over 70 innsendte spørsmål til tjenesten. 10. november 2011 ble det publisert en artikkel om tjenesten på nettstedet babyverden.no. Den tredje toppen forekom 12. november 2011, med over 30 innsendte spørsmål til tjenesten. Effekt av andre markedsføringstiltak og oppslag om TMM i media på antall innsendte spørsmål er angitt i Figur 6.



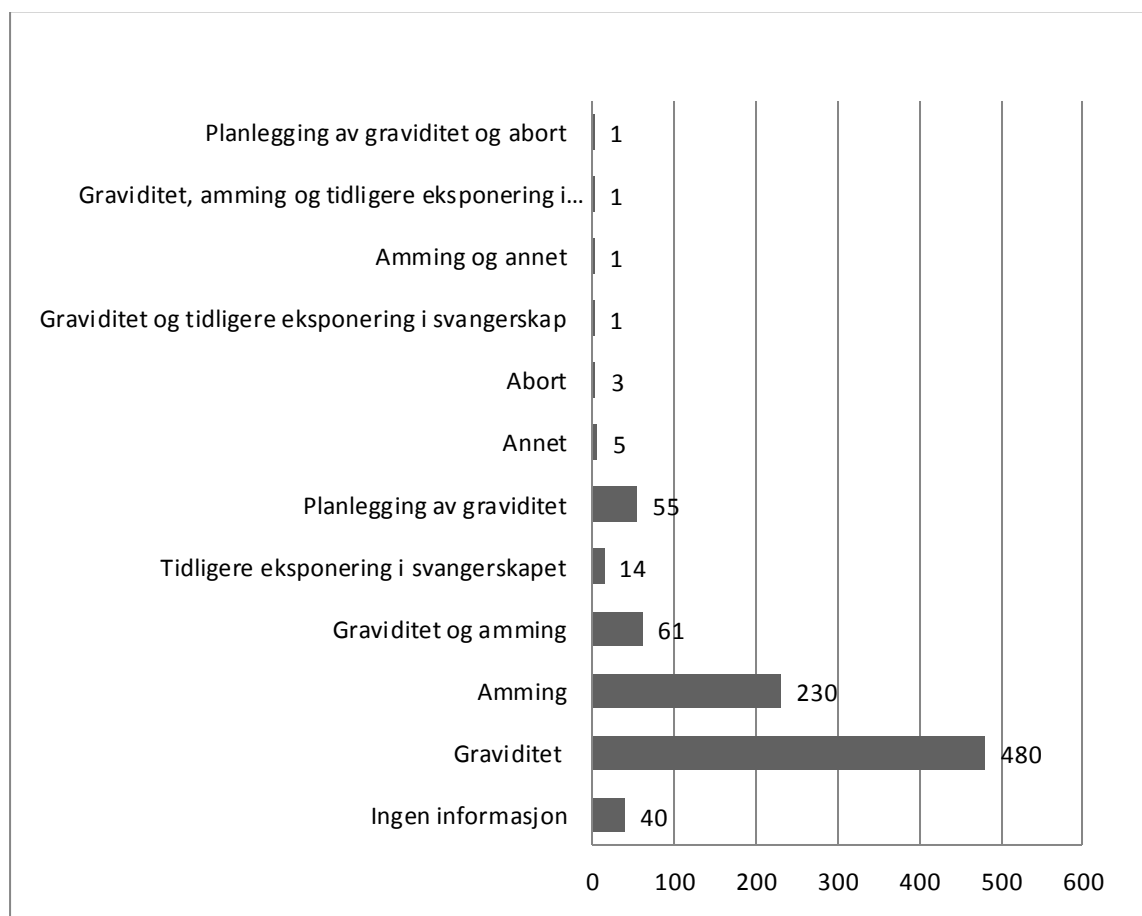
Figur 6: Antall innsendte spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11 Markedsføringstidspunkt og oppslag i media om TMM er vist i figuren.

RELIS Vest behandlet over halvparten av de innkomne spørsmålene til TMM i perioden. Den fylkesvise fordelingen av spørsmål (Tabell 2, kap. 1.6.2) per RELIS-senter er gitt i Tabell 5. Fordeling av innsendte spørsmål per fylke er gitt i vedlegg 1.

Tabell 5: Fordeling av innsendte spørsmål til TMM per RELIS-senter i perioden 09.06.11-31.12.11.

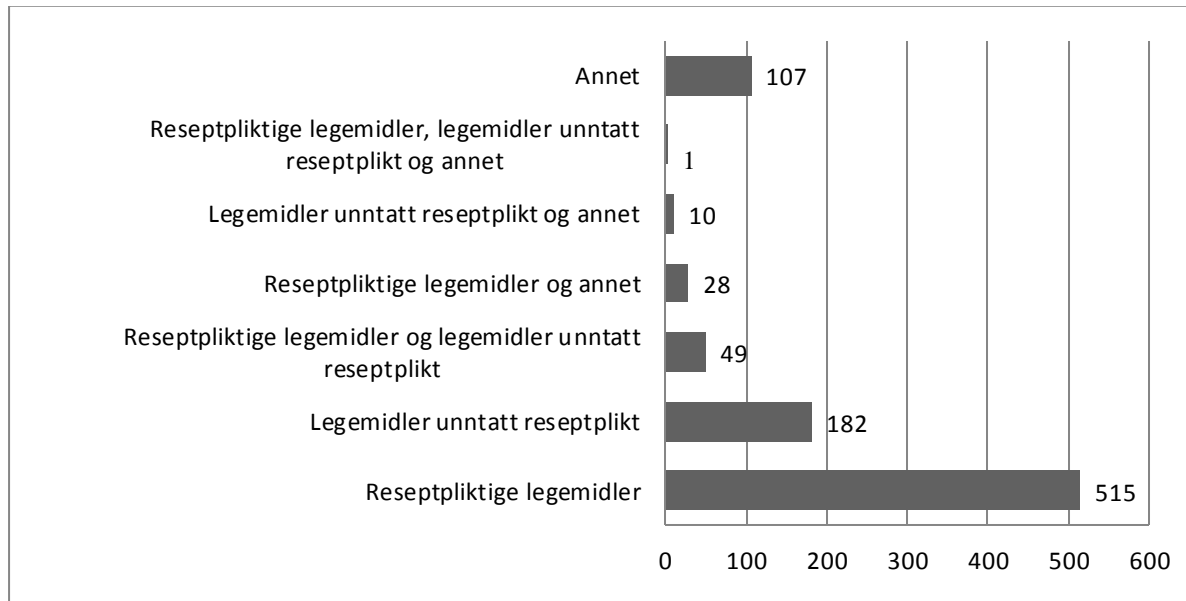
RELIS-senter	Antall spørsmål	Andel spørsmål (%)
RELIS Vest	486	54,5
RELIS Sør-Øst	163	18,3
RELIS Nord-Norge	141	15,8
RELIS-Midt-Norge	102	11,4
Totalt	892	100

Over halvparten av de innsendte spørsmålene omhandlet legemiddelbruk under graviditet (Figur 7). Bare 4,5 % (40/892) av spørsmålene manglet tema for spørsmålet. Fordeling av saker etter hva som var tema for spørsmålet, for eksempel legemiddelbruk under graviditet, er gitt i Figur 7.



Figur 7: Fordeling av spørsmål til TMM etter tema i perioden 09.06.11-31.12.11.

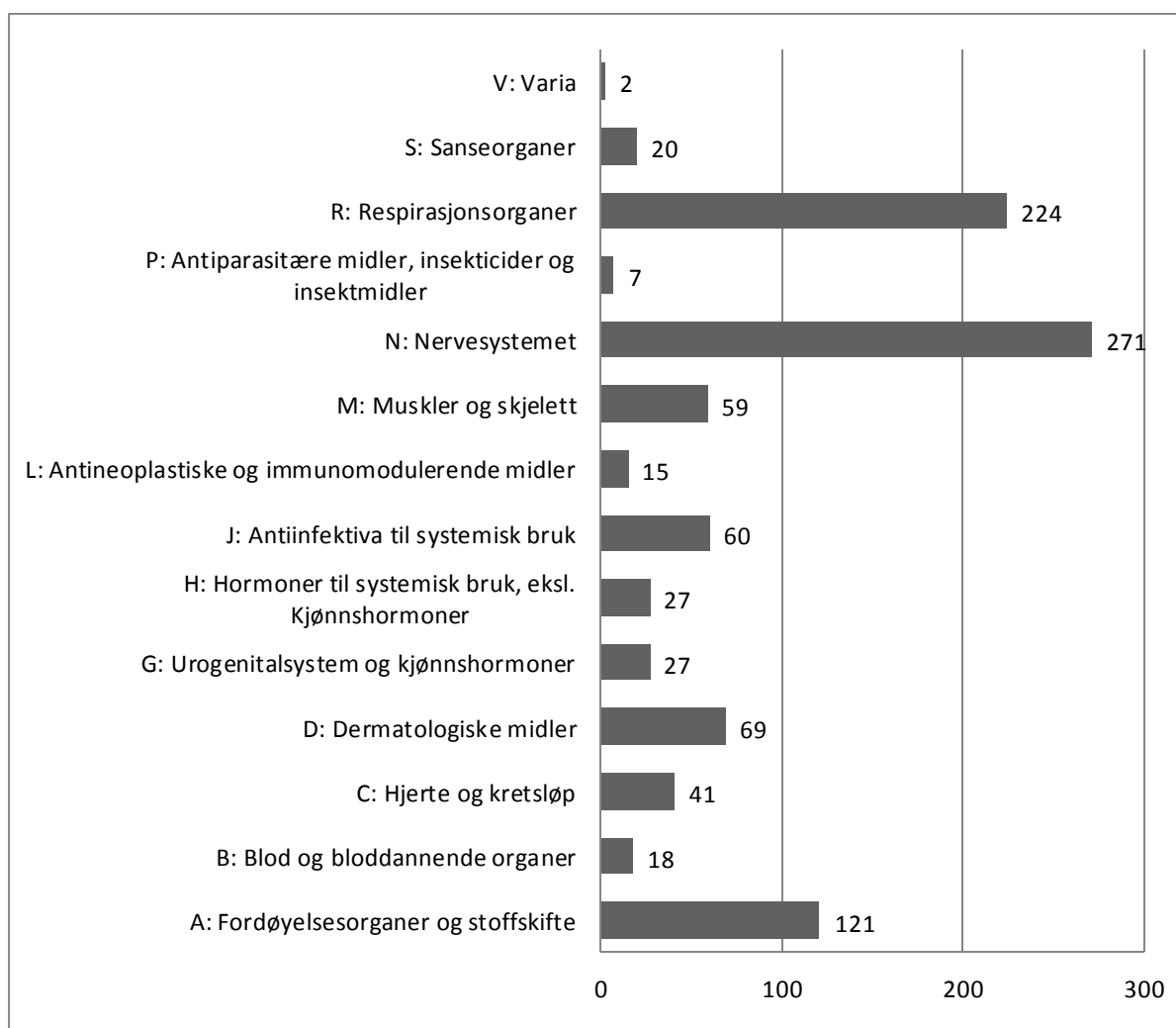
Spørsmål om reseptpliktige legemidler utgjorde 57,7 % av de innsendte spørsmålene. Fordeling av saker med hensyn til reseptkategori er vist i Figur 8. Kategorien «annet» er kosttilskudd, naturmidler, naturlegemidler, homeopatmedisin, handelsvarer, helsekost, eksponering på arbeidsplassen, partners legemiddelbruk og stråling.



Figur 8: Fordeling av spørsmål til TMM etter reseptkategori i perioden 09.06.11-31.12.11.

4.1.2 Indekserte legemidler

Antall indekserte legemidler på 1. ATC-nivå var 961. Gjennomsnittlig antall indekserte legemidler på 1. ATC-nivå var 1,22 legemidler per spørsmål. Fordelingen av indekserte legemidler per ATC-kode viste at tre ATC-grupper skilte seg ut som de største gruppene: N (nervesystemet), R (respirasjonsorganer) og A (fordøyelsesorganer og stoffskifte) (Figur 9). Fullstendig oversikt over fordeling av indekserte legemidler per ATC-kode er gitt i Vedlegg 12.



Figur 9: Fordeling av indekserte legemidler per ATC-kode i spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11.

ATC-gruppen N (nervesystemet) utgjorde den største andelen av indekserte legemidler (28,2%, 271/961) (Figur 9). I denne gruppen utgjorde undergruppen (2. ATC-nivå) analgetika (N02) 53 % (159/299) av legemidlene. Undergruppene psykoleptika (N05) og psykoanaleptika (N06) utgjorde henholdsvis 17 % (51/299) og 21 % (63/299) av totalt antall legemidler i gruppen. I gruppen analgetika (N02) var undergruppen (3. ATC-nivå) andre analgetika og antipyretika (N02B) den markert største med 121 av 180 legemidler. Denne gruppen inkluderer legemidlet paracetamol.

I ATC-gruppen R (respirasjonsorganer) utgjorde undergruppen antihistaminer til systemisk bruk (R06) 53 % (135/256) av legemidlene. Rhinologika (R01) og antastmatika (R03)

utgjorde henholdsvis 26 % (67/256) og 15 % (39/256) av totalt antall legemidler i gruppen. I gruppen antihistaminer til systemisk bruk (R06) var de største gruppene av indekserte legemidler piperazinderivater (R06AE) (72/146), som inkluderer cyklizin, meklozin og cetirizin, og andre antihistaminer til systemisk bruk (R06AX) (37/146), som blant annet inkluderer loratadin.

I ATC-gruppen A (fordøyelsesorganer og stoffskifte) utgjorde undergruppe midler mot syrerelaterte lidelser (A02) den største andelen med 39 % (46/119). I denne gruppen utgjorde midler mot ulcus (A02B) flest antall indekserte legemidler (39/48).

4.1.3 Svarfrist og hentestatus

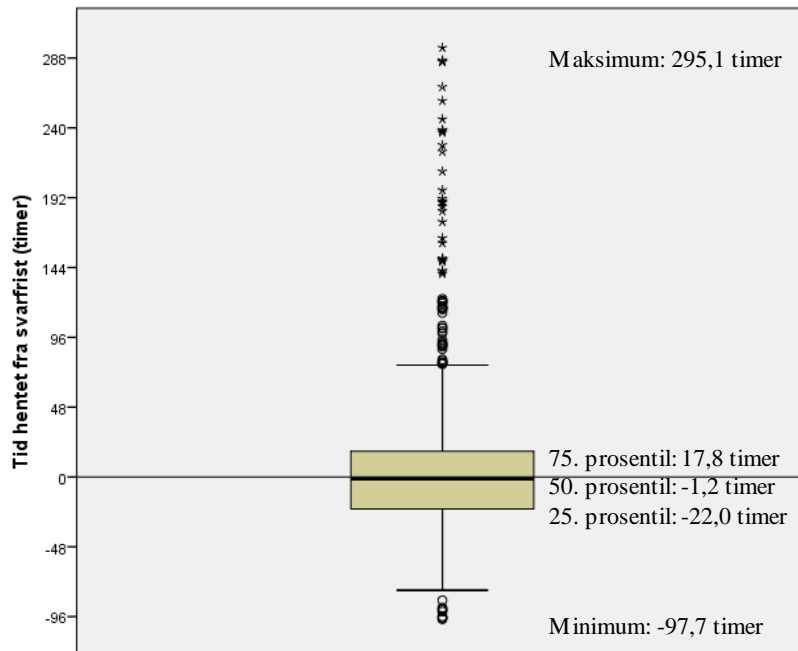
Svar ble publisert for henting innen en beregnet svarfrist på 2 virkedager fra innsendt spørsmål. Median tid fra publisert svar til beregnet svarfrist var 25,9 timer. Åtte svar ble publisert etter svarfrist. Omtrent 70 % (633/892) av svarene ble hentet.

Ved kjiqvadrat-test ble det funnet en signifikant assosiasjon mellom tema for spørsmål og henting av svar (hentestatus) ($p=0,002$). Spørsmål uten informasjon og spørsmål om amming ble hentet i lavere grad enn forventet. Over halvparten (55 %; 22/40) av spørsmålene uten informasjon ble ikke hentet. En tredjedel (33 %; 75/231) av spørsmålene om amming ble ikke hentet. Spørsmål om graviditet og planlegging av graviditet hadde høyere antall hentede svar enn forventet (Vedlegg 13).

For mer enn halvparten (53 %; 134/225) av de uavhentede svarene var angitt tid brukt på svar (gruppert) 0-30 minutter. Andelen uavhentede svar var redusert med økt svartid. Resultatet var signifikant ($p=0,005$), noe som viser en assosiasjon mellom tid angitt brukt på svar og hentestatus.

Fordeling av tid per spørsmål fra innsendt spørsmål til beregnet svarfrist (faktisk antall timer) var ikke normalfordelt, da svarfrist blant annet var lenger ved innsending av spørsmål før helger. Mann-Whitney U-test ble derfor anvendt for å teste for assosiasjon med hentestatus. Det ble funnet en signifikant assosiasjon mellom tid for svarfrist og hentestatus ($p=0,025$). Svarfrist for uavhentede svar hadde høyere rang enn for hentede svar. Dette indikerte at uavhentede svar var assosiert med lengre svarfrist.

Den mediane tiden (50. prosentil) fra svar ble hentet i forhold til svarfrist var kort tid fra den angitte svarfristen. Boksplott av fordelingen av tiden fra svarfrist til svar ble hentet er gitt i Figur 10.



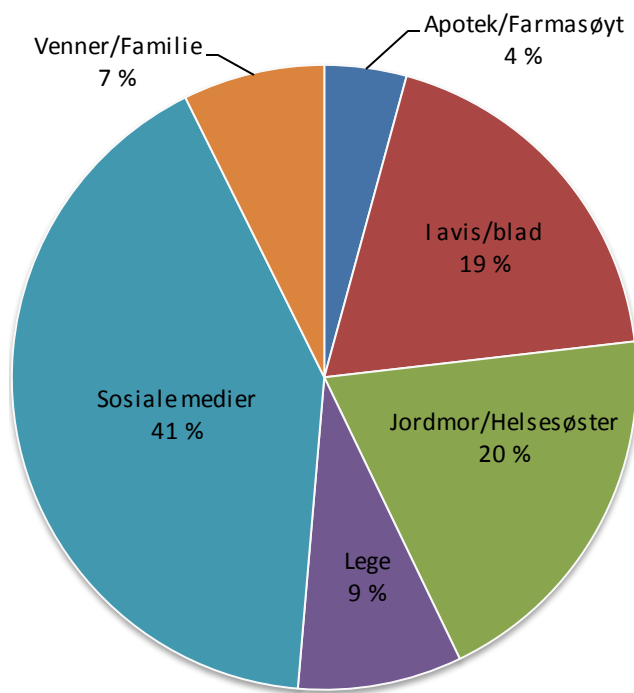
Figur 10: Tid fra svarfrist til henting av svar i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11. Prosentiler og minimum- og maksimumstid fra svarfrist er vist i figuren.

4.1.4 Oppfølgingsspørsmål fra brukere

Tolv spørsmålsstillere skrev i innsendt spørsmål at de hadde stilt spørsmål til tjenesten tidligere. Av disse hadde to mistet referansekoden. De resterende stilte oppfølgingsspørsmål til svaret de hadde fått eller kom med ny informasjon for å få et mer utfyllende svar.

4.1.5 Brukerevaluering

Det kom inn 269 brukerevalueringer av tjenesten, tilsvarende 42,5 % (269/633) av de hentede svarene. Det var mulig å svare på et eller flere av evalueringsspørsmålene. Nesten alle (96 %; 259/269) oppga at svaret var nyttig. Brukerne svarte også på hvor de hadde hørt om tjenesten. Fordelingen av svar er gitt i Figur 11. Den største andelen hadde hørt om TMM gjennom sosiale medier (107/259). Jordmor/helsesøster (51/259) og avis/blad» (49/259) utgjorde omtrent like store andeler. Færre hadde hørt om tjenesten via lege (22/259), venner/familie (19/259) eller apotek/farmasøyt (11/259).



Figur 11: Fordeling av svar på brukerevaluering i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11 med hensyn til hvor brukere oppga å ha hørt om tjenesten.

4.1.5.1 Kommentarer

Åtti brukere brukte kommentarfeltet ved evaluering. Analysen av kommentarene resulterte i en inndeling i ni kategorier (Tabell 6).

Tabell 6: Kategorier funnet ved analyse av kommentarer fra brukere av TMM i perioden 09.06.11-31.12.11 og oppsummering av innhold i kategoriene.

Kategori	Oppsummering av innhold
Fornøyd med tjenesten	-Bra tilbud -Flott med tilleggsinformasjon i svaret -Svar stillet bekymring -Håper tjenesten blir videreført
Svaret var ikke nyttig	-Tekniske problemer med å få frem svaret -Svaret kom etter spørsmålsstiller hadde behov for det -Svaret ga ikke noe mer informasjon enn det spørsmålsstiller allerede hadde
Feil i svaret	-Feil innholdsstoffer oppgitt? -Legemiddel var ikke reseptpliktig allikevel?
Kontakt lege	-Skal ta med svaret til legen
Spørsmål	-Oppfølgingsspørsmål -Blir svar kun besvart av farmasøyt uten å snakke med lege /jordmor?
Markedsføring og profilering av tjenesten	-Reklamer mer slik at flere får vite om tjenesten
Kommunikasjon	-Ønske om referansekode /svar på e-post eller SMS, og varsling når svaret var klart -Savner mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål
Svarfrist	-Svaret kom raskt -Ønske om raskere svar -Svarfrist 1 døgn?
Publisering av spørsmål/svar	-Ønske om at spørsmål og svar legges ut, evt. i ulike kategorier -Ønske om søkbar database

Under følger et sammendrag av kommentarene fra brukerne, inndelt i kategorier gitt i Tabell 6, samt utvalgte sitater.

Fornøyde med tjenesten

Mange brukere var fornøyd med tjenesten og syntes det var et godt tilbud. Flere uttrykte at svaret hjalp dem og at de fikk god informasjon. Det ble blant annet gitt uttrykk for at svar « reduserte bekymringer », at svarene var utfyllende og at det var bra med tilleggsråd. Flere uttrykte at de håpte at tjenesten ble videreført.

Jeg synes dette var et godt svar. Tusen takk :) Nå går jeg og tar litt nespray med god samvittighet. Ingen forbedring nødvendig! Dere må bare sørge for at flest mulig for vite om tjenesten.

Jeg synes informasjonen var nyttig og fikk et svar som stilte min bekymring. Veldig bra med tilleggsråd ved siden av svaret!

Synes nettstedet og måten dette er organisert på virker veldig greit, og tillitsvekkende!

trengs ikke forbedring, dere kom med bedre svar enn til og med fastlegen og gynekolog kunne komme med! TAKK:)

Tusen takk for utfyllende svar, har aldri opplevd å få slike hjelp tidligere!

Svaret var ikke nyttig

Noen av brukerne uttrykte at de ikke var fornøyd og at svaret ikke var nyttig. Årsaker til at svaret ikke opplevdes som nyttig uttrykkes som at svaret kom for sent (for eksempel allerede utført reise), at svaret ikke ga noe mer informasjon enn det spørsmålsstiller allerede hadde, eller at det var tekniske problemer med å få frem svaret.

Svaret var tilsvarende det som stod på tuben. Jeg trodde man visste hvilke stoffer som var farlige for gravide. Fastlegen min kunne ikke hjelpe meg heller...

Kan dere sende svaret en gang til, pga dere har skrevet svaret oppå spørsmålet og da blir svaret delvis uleselig.

Feil i svaret

To spørsmålsstillere uttrykte at de mente det var feil i svaret de hadde fått. Det ene dreide seg om legemidler unntatt reseptplikt, hvor spørsmålsstiller ga tilbakemelding om at hun hadde fått informasjon om at disse legemidlene ikke var reseptpliktige. Det andre dreide seg om opplysninger om innholdsstoffer i migrenestift, hvor spørsmålsstiller lurte på om informasjonen som er oppgitt i svaret er feil.

Legen ringte meg opp igjen da salven xyloproct IKKE var på resept. Det er heller ikke scheriproct for øvrig. Ellers takk for svar.: -)

Kontakt lege

I flere svar ble spørsmålsstiller oppfordret til å diskutere spørsmålet med lege, og eventuelt ta en kopi av svaret med til legen. En spørsmålsstiller uttrykte i evalueringen at hun ville ta spørsmålet opp med lege.

Spørsmål

Det kom inn to spørsmål via kommentarfeltet i evalueringen fra publikum. Et av disse omhandlet hvorvidt svarene ble besvart av farmasøyt uten rådføring med lege/jordmor. Et annet spørsmål var et oppfølgingsspørsmål til et hentet svar.

Lurer på om svarene er kun besvart av en farmasøyt og generell informasjon uten og rådføre seg med jordmor/fødselslege ? :)

Markedsføring og profilering av tjenesten

Mange ga tilbakemelding om at de ønsket at det skulle reklameres mer for tjenesten, og at det ikke var mange som var klar over at den fantes. Konkrete tiltak som ble nevnt var bl.a. å opprette en side på Facebook, gjøre tjenesten lettere tilgjengelig ved søk på nettet (tilpasning av måten tjenesten er registrert på i forhold til søkeord o.l.), annonsere på sider for gravide/ammende på internett og henge opp plakater og levere ut «visittkort» på helsestasjoner/sykehus. En kommenterte også at det burde komme tydeligere frem på nettsiden at tjenesten drives av RELIS.

Jeg synes denne tjenesten er helt genial! Dere burde gjøre den mer kjent! Heng opp plakater og legg ut "visittkort" på helsestasjoner, på poliklinikker på sykehuset, annonser på mammanett etc (om dere ikke gjør det fra før). Dette er supert!

De som evaluerte kunne hake av for hvor de hadde hørt om tjenesten. Noen valgte i tillegg å gi tilbakemelding om dette i kommentarfeltet. En bruker hadde funnet TMM via mammanett.no, mens en annen hadde sett en plakat på en kvinneklinikk.

Kommunikasjon

To spørsmålsstillere uttrykte at de gjerne ønsket å få referansekoden tilsendt på e-post eller SMS, og eventuelt varsel når svaret var klart. Det ble også uttrykt ønske om å få svaret tilsendt per e-post.

Skulle gjerne hatt svaret litt kjappere og gjerne også få det per mail. Det er lettere enn å "huske" referansenummeret og sjekke inn på siden. Men bra tilbud! Ha en god dag!

Noen ga også uttrykk for at de savnet muligheten til å kunne stille oppfølgingsspørsmål.

Gi mulighet for å stille oppfølgings spørsmål til svarene, siden et svar gjerne kan gi fleire tanker eller spørsmål. Ellers en veldig god side som absolutt fyller et behov. Tipp Topp!!! =)

Svarfrist

Flere uttrykte at de ønsket å få raskere svar. En uttrykte at hun gjerne ønsket raskere svar, men at det var «...bedre med et grundig svar enn et raskt svar.» Omtrent like mange hadde kommentert at de syntes svaret kom raskt. En uttrykte at svaret kom lenge før svarfristen og foreslo at svarfristen kunne kortes ned til en dag i stedet for to.

Takk for grundig og raskt svar, som var til god hjelp! Har ikke noe å utsette på tjenesten. Jeg er veldig fornøyd!

Publisering av spørsmål og svar

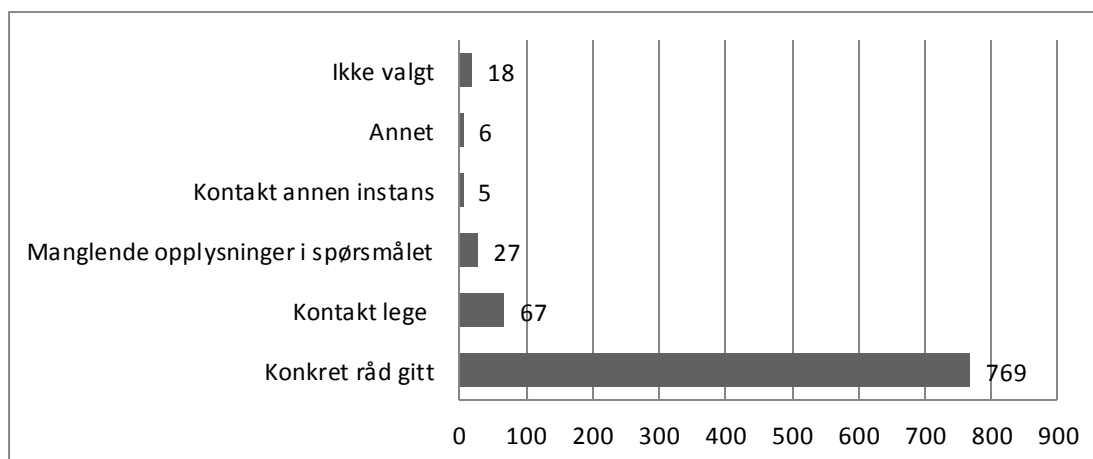
En del uttrykte at de ønsket at spørsmål og svar ble publisert, da mange kunne lure på mye av det samme. Det ble foreslått at det kunne opprettes en søkbar spørsmål/svar-database, en oversikt over vanlig stilte spørsmål (frequently asked questions; FAQ) og svar, eller spørsmål og svar publisert i ulike kategorier.

Det hadde vært nyttig og interessant om alle spørsmål og svar ble lagt ut på sidene deres under ulike kategorier, slik at man kunne lese hva andre har spurt om tidligere, mange lurer nok på mye av det samme.

4.1.6 Intern evaluering i RELIS

De RELIS-ansatte evaluerte svar før publisering ved å indeksere legemidler i spørsmålet, angi hvilken type råd som ble gitt og oppgi effektiv tid brukt på å utarbeide svaret.

Ved angivelse av hvilken type råd som var gitt hadde RELIS-ansatte hovedsakelig valgt svarkategorien «Konkret råd gitt» (Figur 12).



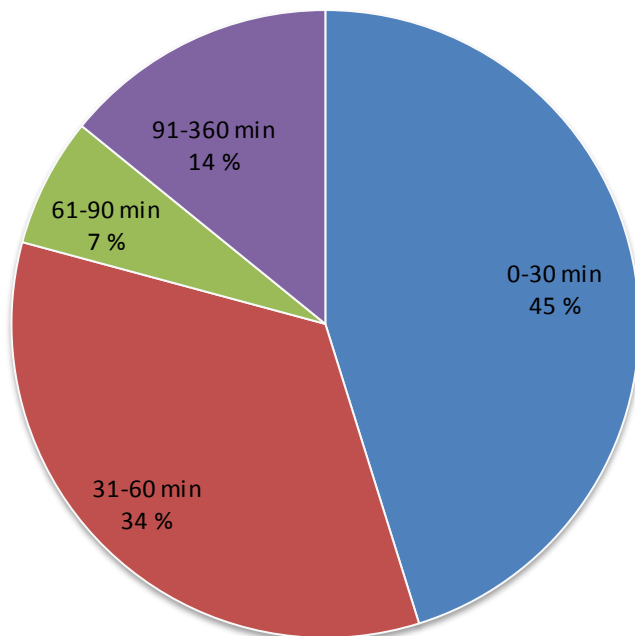
Figur 12: Fordeling av antall saker etter type råd gitt av TMM i perioden 09.06.11-31.12.11, angitt av RELIS-ansatte.

I 87 % (778/892) av svarene oppga RELIS-ansatte at de hadde diskutert svaret med en kollega. I 2 % (18/892) av svarene var det ikke angitt om svaret hadde vært diskutert med kollega.

Gjennomsnittlig tid brukt på svar, angitt av RELIS-ansatte, var høyere enn den mediane tiden (Tabell 7). Ved gruppering av svartidene var den største andelen av svarene innenfor intervallet 0-30 minutters svartid (Figur 13). 22 svar hadde ikke angitt tid, og ble ikke tatt med i beregningene.

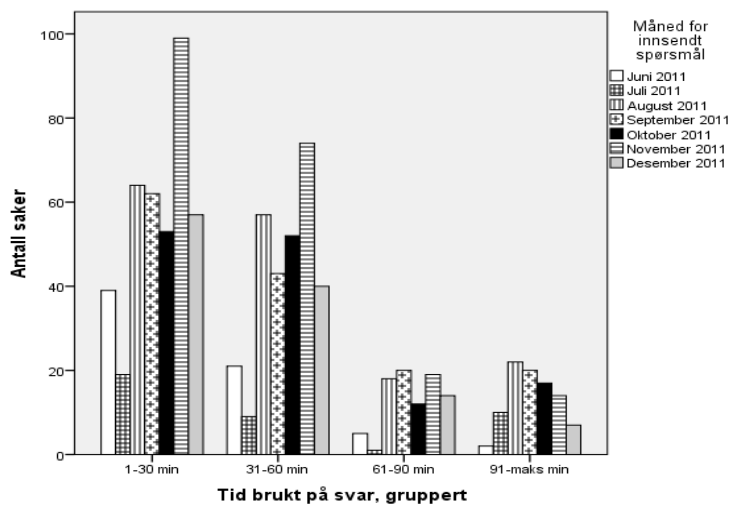
Tabell 7: Gjennomsnitt, median og total tid brukt på svar i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11, angitt av RELIS-ansatte.

	Tid brukt på svar (minutter)	Tid brukt på svar (timer)
Gjennomsnitt	49	0,8
Median	40	0,7
Totalt	42380	706,3



Figur 13: Fordeling av antall spørsmål med hensyn til tid brukt på svaret i TMM i perioden 09.06.11-31.12.11, angitt av RELIS-ansatte.

Resultater fra kjikvadrat-test, utført med hensyn til gruppert tid brukt på svar og måned spørsmålet ble innsendt i pilotperioden, viste en tendens til at svartid var assosiert med måned svaret ble innsendt ($p=0,009$). Antallet svar i intervallet over 90 minutter var lavere enn forventet antall i november og desember (Figur 14). Svartiden kan dermed se ut til å ha gått ned i løpet av pilotperioden.



Figur 14: Fordeling av antall innsendte spørsmål til TMM i perioden 09.06.11-31.12.11 med hensyn til tid brukt på svar (gruppert) og måned spørsmål ble innsendt.

4.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 24 RELIS-ansatt involvert i TMM. Undersøkelsen hadde 100 % oppslutning, da 24/24 besvarte den. Resultater fra undersøkelsen er gitt i Vedlegg 14.

Det var få RELIS-ansatte som savnet tilgang til kilder i forbindelse med utarbeiding av svar i TMM. To kilder, PSUR (Periodic Safety Update Report) (SLV) og Elektronisk legehåndbok, ble nevnt.

4.1.1 Å kommunisere med publikum i forhold til helsepersonell

I spørreundersøkelsen ble de RELIS-ansatte spurt om hva de syntes var utfordrende ved å kommunisere med publikum i forhold til å kommunisere med helsepersonell. En høy andel haket av for manglende mulighet til å kommunisere med spørsmålsstiller (Tabell 8). En høy andel haket også av for at det var utfordrende å forklare ting på en måte som folk med liten kunnskap om legemidler kan forstå.

Tabell 8: Antall svar fra RELIS vedrørende spørsmål om TMM med hensyn til kommunikasjon med publikum i forhold til helsepersonell.

Hvilke(n) faktor(er) synes du er utfordrende når det gjelder å kommunisere med publikum sammenlignet med det å kommunisere med helsepersonell?	Antall respondenter/ totalt antall respondenter
Manglende mulighet til å kommunisere med spørsmålsstiller	21/24
Å forklare ting på en måte som folk med liten kunnskap om legemidler kan forstå	17/24
Å begrense mengden informasjon i svar	10/24
Å finne ord/uttrykk som erstatter fagspråket	9/24
Andre*	7/24

*Her var det mulig å gi kommentar. Se neste avsnitt for sammendrag.

I spørsmål gitt i Tabell 8 var det i tillegg til å hake av for gitte alternativer, mulighet for å hake av for «andre» og utdype dette. Svarene gitt her var hovedsakelig fordelt på to emner, utfordringer ved spørsmål og utfordringer ved formulering av svar.

4.1.1.1 Utfordringer ved spørsmål

I kommentarene ble det uttrykt at utfordringene ved å kommunisere med publikum i forhold til å kommunisere med helsepersonell var knyttet opp mot spørsmål, spørsmålsstiller og det å svare på spørsmålene. Det ble uttrykt at det var utfordrende at det kunne være manglende opplysninger i spørsmålet og at det kunne være uklart hva som var premissene for spørsmålet. En visste ikke hva spørsmålsstiller stilte med av forkunnskaper (for eksempel utdanning), hvorfor hun spurte, om hun hadde lest om farer eller var bekymret/ikke bekymret. Det ble

også uttrykt at det kunne være utfordrende å vurdere hvor mye informasjon spørsmålsstiller ønsket.

4.1.1.2 Formulering av svar

Når det gjelder formulering av svar ble det av flere uttrykt at det var utfordrende å formulere svar og å uttrykke nyanser slik at budskapet ble forstått/ikke ble misforstått. En uttrykte at det var utfordrende ikke å vite hvordan svaret ble tolket. En annen uttrykte at det kanskje var lettere å skape misforståelser ved kommunikasjon med publikum sammenlignet med kommunikasjon med helsepersonell. Det ble nevnt at det var utfordrende å være tydelig og konkret, og å skrive med et enkelt språk. En skrev også at det var utfordrende å tørre å ta et standpunkt.

4.1.2 Sammendrag av kommentarer fra spørreundersøkelse

Ti RELIS-ansatte svarte på pkt. 3 «Har du kommentarer til denne evalueringen eller forslag til forbedringer av tjenesten?». Analysen av kommentarene resulterte i en inndeling i sju kategorier. Disse er beskrevet under.

4.1.2.1 Databasen

Flere kommenterte at databasen kunne bli mer brukervennlig. En RELIS-ansatt savnet forhåndsvisning av svaret før publisering. En annen nevnte at det burde vært bedre utskriftsmulighet i TMM. Det ble også nevnt at evalueringsskjema for bruker kunne bli mer detaljert. Det kunne være behov for mer utdypende informasjon enn 'nei' på spørsmål om svaret var nyttig.

4.1.2.2 Kvalitet på svar

En RELIS-ansatt mente at svarene ble for svart/hvitt. Den RELIS-ansatte skrev at man svarte at legemidler var helt trygge å bruke uten nok dokumentasjon til å bruke ordet trygt. En annen RELIS-ansatt uttrykte at det burde jobbes med å høyne kvaliteten på svarene for å kvalitetssikre tjenesten.

4.1.2.3 Markedsføring

Markedsføringen ble av en RELIS-ansatt oppfattet som treg og lite spenstig. En annen RELIS-ansatt savnet nettannonser på for eksempel barnimagen.no og lignende nettsider.

4.1.2.4 Videreutvikling av tjenesten

En RELIS-ansatt var imponert over hva RELIS har fått til på kort tid.

Ved en utvidelse til alle typer spørsmål om legemidler så en RELIS-ansatt for seg at kapasiteten kunne sprenges dersom ikke en som jobbet innen helsetjenesten for det meste "silte" ut spørsmål. Den RELIS-ansatte påpekte også at noen spørsmål *måtte* diskuteres ansikt til ansikt, da det kunne være lett å misforstå alvorlighetsgrad og lignende. En annen RELIS-ansatt uttrykte at RELIS burde få flere midler til videreutvikling dersom TMM skulle videreføres. Det ble også pekt på at en utvidet tjeneste, enten det dreide seg om telefontjeneste eller økt omfang av pasienthenvendelser, ville kreve økt bemanning, og bemanning som var motivert for dette.

4.1.2.5 Brukervennlighet

En RELIS-ansatt skrev at 2 virkedager var alt for lang svartid. En annen mente at spørsmålsstiller burde får referansekode tilsendt, eventuelt med beskjed om når svaret var klart for henting.

4.1.2.6 Samhandling

En RELIS-ansatt savnet at RELIS ikke samarbeidet i høyere grad med andre relevante fagmiljøer i en TMM-kontekst. Den RELIS-ansatte uttrykte at RELIS, med sin finansieringsordning, hadde andre typer forpliktelser enn hva en enkelt sykehusavdeling hadde. Den RELIS-ansatte uttrykte at RELIS burde spille på lag med andre aktører i større grad enn hva som ble gjort i dag. Videre uttrykte Den RELIS-ansatte at TMM burde fremtvinge en diskusjon om hvor like RELIS-sentrene skulle være. Den RELIS-ansatte stilte spørsmål om det skulle være nasjonale tjenester ved enkelte sentre, eller om man burde tilstrebe likhet. Den RELIS-ansatte mente at en regional struktur ikke trengte å medføre samme type tjenestetilbud over hele landet, selv ikke kjerneaktivitetene.

4.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju ble utført i perioden februar til april 2012. Et fokusgruppeintervju ble utført ved hvert RELIS-senter. En oversikt over fordelingen av intervjudeltakere per senter er gitt i Tabell 9. Tre RELIS-ansatte trakk seg før intervjuet, blant annet på grunn av sykdom.

Tabell 9: Informasjon om utførte intervju om TMM, per RELIS-senter.

RELIS-senter	Tidspunkt for intervju	Antall ansatte involvert i TMM (per 31.12.11)	Antall intervjudeltakere
RELIS-Nord	20.02.12	4	2 (3*)
RELIS-Midt	29.02.12	4	4
RELIS-Vest	20.03.12	8	4 (5*)
RELIS-Sør-Øst	11.04.12	12	4 (5*)

* Opprinnelig antall deltakere gitt i parentes. Totalt tre intervjudeltakere meldte forfall før intervjuene.

Analysen av de fire transkriberte intervjuene ga fem hovedkategorier. Disse omfattet organisering av tjenesten, utarbeiding av svar, intern evaluering, kommunikasjon med spørsmålsstiller og videreutvikling av tjenesten. Tabell 10 viser hovedkategoriene med underkategorier. Resultatene er presentert basert på denne inndelingen.

Tabell 10: Kategorier utviklet under analysen av fokusgruppeintervju om TMM.

Kategori	Underkategorier
Organisering av tjenesten	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ansvar 2) Prosedyrer 3) Vask av saker 4) Fordeling og prioritering av spørsmål 5) Ressurser
Utarbeiding av svar	<ol style="list-style-type: none"> 1) Vurdering av spørsmålet 2) Hva er et godt svar? 3) Gjenbruk av svar 4) Titler 5) Unødvendig bruk av legemidler og annet 6) Kosignatur
Intern evaluering	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indeksering av legemidler 2) Type råd gitt 3) Tidsbruk
Kommunikasjon med spørsmålsstiller	<ol style="list-style-type: none"> 1) Henting av svar 2) Svarfrist 3) Telefonsjenereste 4) Ofte stilte spørsmål (FAQ)
Videreutvikling av tjenesten	<ol style="list-style-type: none"> 1) Markedsføring 2) Tekniske forbedringer 3) Søkefunksjon 4) Fremtidig organisering av tjenesten 5) TIS 6) Utvidelse til andre brukergrupper

4.2.1 Organisering av tjenesten

Intervjudeltagerne ble spurt om hvilke rutiner senteret hadde for TMM. Svarene er presentert i avsnittene under.

4.2.1.1 Ansvar

Alle de fire RELIS-sentrene hadde en organisering av tjenesten hvor en RELIS-ansatt hadde telefonvakt en uke av gangen. Telefonvakt hadde hovedansvaret for TMM, og for å sjekke om det hadde kommet nye saker inn til senteret. De forskjellige sentrene hadde ulike ansvarsfordelinger med hensyn til hvem som tok saker. Ved RELIS Nord-Norge hadde telefonvakt også hovedansvar for å ta saker. Ved RELIS Midt-Norge og RELIS Vest hadde alle RELIS-ansatte, med unntak av RELIS-ansatte som ikke deltok i rutineoppgaver, ansvar for å logge seg inn og ta saker som kom inn til senteret. Telefonvakt ved RELIS Sør-Øst hadde ansvar for å gå inn om morgenen og sjekke om det hadde kommet inn nye TMM-saker til senteret. Ved senteret hadde telefonvakt også ansvar for å presentere sakene på morgenmøtet som ble avholdt hver arbeidsdag klokken ni.

Ved RELIS Nord-Norge hadde en RELIS-ansatt hver uke hovedansvar for å lese gjennom og komme med forslag til rettinger i svar (kosegneskrift). Denne hadde også ansvar for å ta saker dersom det ble for mye arbeid for telefonvakt.

Telefonvakt ved RELIS Vest hadde ansvar for å vaske saker (fjerne personidentifiserbare opplysninger) som kom inn til tjenesten.

4.2.1.2 Prosedyrer og kvalitetsdokumenter

De RELIS-ansatte ved RELIS Sør-Øst var enige om at prosedyrene for TMM var rotete, vanskelige å finne frem i og vanskelige å forholde seg til. Ved senteret hadde de til slutt sett seg nødt til å lage en mappe med alle prosedyrene for TMM, fordi de ikke fant alle prosedyrene på intranettet. Flere RELIS-ansatte var enige om at prosedyrene gikk delvis over hverandre, at de var skrevet på ulike måter og at det ikke var noen felles mal. En uttalte at noe egentlig ikke var prosedyrer, men tips til hva en burde skrive og ikke skrive. En annen RELIS-ansatt mente at eksemplene på gode formuleringer ikke egentlig var gode. De var enige om at det burde vært en gjennomgang av alle prosedyrene slik at man fikk ryddet opp i dem. Flere nevnte også at prosedyrene kunne vært samlet på en enklere og mer strukturert måte på intranettet. En RELIS-ansatt uttalte at det burde vært mulig at alle kvalitetssikringsdokumentene til TMM i alle fall burde vært samlet på ett sted under

kvalitetssikring. En annen RELIS-ansatt uttalte at det var vanskelig nok å sette seg inn i alle andre rutiner, og at en burde gjøre prosedyrene for TMM enklest mulig. Det ble også uttrykt at oversiktlige prosedyrer var viktige for å kunne sette seg raskt inn i dem og gi et raskt svar.

4.2.1.3 Aidentifisering

RELIS Vest hadde ansvar for å vaske saker som kom inn til TMM, det vil si fjerne personidentifiserbare opplysninger. De RELIS-ansatte forklarte at telefonvakt hadde ansvar for å vaske nye saker som kom inn, slik at de ble raskest mulig tilgjengelig for de andre sentrene. Dette ble gjort om morgenen innen klokka ni, slik at alle sentrene skulle ha samme oversikt over saker gjennom listen med ubesvarte saker. Vasking tok vanligvis kort tid, med unntak av dager med stor pågang av innsendte spørsmål. De RELIS-ansatte hadde erfart at telefonvakten som oftest gikk jevnlig inn i løpet av dagen for å sjekke om det hadde kommet nye saker. Nye saker ble vasket så snart de ble oppdaget. En av de RELIS-ansatte mente at de andre sentrene gjerne gikk inn og sjekket om det var kommet inn nye vaskede saker en gang om morgenen og en gang etter lunsj. Alle RELIS-ansatte ved senteret hadde tilgang til uvaskede saker. En RELIS-ansatt uttalte at man fikk litt mer oversikt over hva som kom inn når man hadde en slik vaskefunksjon.

Ved RELIS Midt-Norge var de RELIS-ansatte usikre på når sakene ble vasket, og om saker som kom inn like etter gitt frist for vasking ble tatt med i vaskingen. Det ble ytret ønske om at vasking foregikk nærmest kontinuerlig, eller i alle fall en gang om morgenen og en gang etter lunsj, slik at det kunne være mulig å ta unna saker som hadde kommet i løpet av dagen. Det ble også ytret ønske om mulighet til å se hvor mange saker som lå til vask. Det ble foreslått at antall uvaskede saker kunne angis i parentes inne i applikasjonen, slik at det var synlig også for de som ikke hadde tilgang til de uvaskede sakene.

En RELIS-ansatt ved RELIS Sør-Øst uttrykte at det kunne vært fint å fått et signal i forkant dersom det kom mange saker. En annen RELIS-ansatt foreslo at de som vasket i slike tilfeller kunne lagt ut beskjed på intranettet eller sendt ut mail om at det ville komme saker også utover dagen.

I forbindelse med diskusjon av vasking, ble det også diskutert hvordan man skulle utforme titler (se kap. 4.2.2.4).

4.2.1.4 Fordeling og prioritering av spørsmål

Sentrene fordelte saker på noe ulik måte, men prioritering av saker var relativt lik. Ved RELIS Midt-Norge og RELIS Vest fortalte RELIS-ansatte at de alle som regel gikk inn om morgenen og sjekket om det hadde kommet saker til senteret. De som hadde tid tok saker, og sakene ble som regel besvart med en gang. Dette var noe de RELIS-ansatte var fornøyd med. De RELIS-ansatte tok gjerne saker med problemstillinger som liknet saker de hadde jobbet med tidligere. En RELIS-ansatt ved RELIS Midt-Norge fortalte at fokuset var «å få TMM-sakene unna» så raskt som mulig for å kunne fokusere mest mulig på RELIS-sakene. Ved RELIS Midt-Norge forklarte de RELIS-ansatte at de sjekket om det hadde kommet inn nye spørsmål på ettermiddagen, da det var sagt at vaskingen foregikk også en gang om ettermiddagen.

Ved RELIS Sør-Øst ble TMM-saker fordelt på morgenmøte hver arbeidsdag klokken ni. Sakene ble fordelt til de RELIS-ansatte som var eller skulle være på senteret og som hadde kapasitet til å ta saker. Telefonvakten leste som regel raskt opp sakene, og noen saker ble også diskutert i plenum. Sakene som hadde kommet inn etter fordelingen på morgenmøtet ble vanligvis ikke gjort noe med før fordelingen neste dag. Dette syntes de RELIS-ansatte hadde fungert stort sett greit. I tilfeller hvor saker hadde kommet inn etter klokken ni hadde de som regel rukket å besvare disse innen fristen neste dag, da spørsmålene vanligvis ikke hadde vært videre arbeidskrevende. De RELIS-ansatte var av den oppfatning at de fleste som hadde hatt telefonvakt hadde sjekket om det hadde kommet inn flere saker i løpet av dagen. Dette var ikke en del av rutine ved senteret.

De RELIS-ansatte tok også opp hvordan de prioriterte saker. Alle prioriterte spørsmål noe etter hastegrad. Da TMM-sakene har korte frister, ble sakene fordelt noe etter hvilke saker som hadde kortest svarfrist. Flere var særlig bevisste på at spørsmål som hadde kommet inn innen fredag ettermiddag ikke skulle ligge ubesvart til etter helgen. Dette gjaldt særlig spørsmål angående smertestillende og antibiotika. En RELIS-ansatt uttalte:

Har du stilt et spørsmål om hodepine på fredag, så har du ikke hodepine mandag.

En RELIS-ansatt ved RELIS Midt-Norge uttrykte at de også var ekstra oppmerksomme på spørsmål som kom inn mandag morgen, da disse kunne ha vært sendt inn over to døgn tidligere.

4.2.1.5 Ressurser

Ved RELIS Sør-Øst uttrykte de RELIS-ansatte at de hadde hatt i overkant mye å gjøre, og at de hadde slitt med å holde fristene for TMM-sakene. En RELIS-ansatt uttalte at det ikke nødvendigvis var TMM som «veltet lasset», da TMM ikke utgjorde den største arbeidsbelastningen. Senteret hadde stor arbeidsbelastning før de startet opp med TMM, men hadde ikke fått noen ekstra ressurser med den nye oppgaven. Senteret hadde ansvar for spørsmål fra ett fylke, Oslo, men pågangen fra dette fylket hadde vært stor.

Ved de øvrige sentrene uttrykte de at den normale spørsmålsfrekvensen frem til tidspunktet for intervjuet hadde vært overkommelig. Ved RELIS-Nord trodde de at de ved økt markedsføring og større pågang av saker raskt kunne komme i den situasjonen at de ikke hadde nok folk til å «ta unna» TMM-sakene. Dersom trykket på tjenesten økte trodde de at det ville bli vanskelig å rekke å besvare TMM-spørsmål med de ressursene de hadde uten at det ville gå ut over andre RELIS-tjenester. Arbeidet med TMM hadde ført til at andre saker hadde blitt forsinket. Utadrettet virksomhet, som undervisning og besøk på sykehus, hadde blitt nedprioritert fordi de ikke syntes de hadde tid til dette. Ved RELIS Midt-Norge uttrykte de at de kanskje var noe mer sårbare enn tidligere, spesielt ved fravær, i og med at TMM-spørsmålene vanligvis hastet mer enn RELIS-saker. De syntes TMM gikk på bekostning av deres undervisningstilbud, fordi de ikke kunne planlegge på samme måte som de kunne før. Dette skyldtes den varierende spørsmålsfrekvensen fra TMM. Frekvensen av RELIS-spørsmål hadde vært rimelig stabil, slik at dette var enklere å forholde seg til.

4.2.2 Utarbeiding av svar

4.2.2.1 Vurdering av spørsmålet

Ved flere RELIS-sentre ble det nevnt at mangel på informasjon i spørsmålet og uklarhet ved spørsmålsstillers situasjon var utfordrende. En RELIS-ansatt uttalte at det ofte var vanskelig å vurdere indikasjonen ut fra spørsmålet som var stilt. Det var ingen mulighet for å hente inn mer informasjon. Korte spørsmål kunne være vanskelige fordi de ga lite informasjon. Dette var særlig utfordrende fordi hvert svar innebar en vurdering av nytte opp mot risiko. Svaret ville ikke være det samme i enhver situasjon, og det var sjelden et ja eller nei-svar. Dersom det ikke var tilstrekkelige opplysninger i spørsmålet ble spørsmålsstiller henvist til lege. En RELIS-ansatt syntes det var utfordrende at man ikke hadde mulighet for å gå i dialog med spørsmålsstiller, og at man bare hadde en mulighet til å svare.

Det ble også uttrykt at mangel på informasjon var utfordrende med hensyn til å formulere svar. Ut fra formuleringen i spørsmålet dannet de RELIS-ansatte seg et bilde av hvem spørsmålsstiller var, og hvilket nivå hun var på. Dette dannet grunnlag for utformingen av svar. Språk og formuleringer i svaret ble tilpasset måten spørsmålet var stilt på. De RELIS-ansatte fortalte at de prøvde å ta hensyn til hvilke muligheter spørsmålsstiller hadde til å forstå og tolke svaret som ble gitt.

Det ble oppfattet som utfordrende å finne en god balanse mellom å gi konkrete råd og å møte bekymringen i spørsmålet.

Det å formulere svar var også det De RELIS-ansatte mente var mest tidkrevende. Det var sjelden noe problem å finne det faglige innholdet i svar. Andre faktorer som ble nevnt som utfordrende var spørsmål hvor det ikke fantes klare svar, spørsmål hvor spørsmålsstiller ga uttrykk for å være i krise, spørsmål med flere risikofaktorer å ta hensyn til og spørsmål hvor TMM ble bedt om å gi en «second opinion».

En RELIS-ansatt mente at det kunne være et problem ved å henvise spørsmålsstiller til lege, da mange leger bruker Felleskatalogen og SPC som kilder til å svare på spørsmål om graviditet og amming. En RELIS-ansatt hadde skrevet at spørsmålsstiller kunne ta med svaret til legen sin, slik at legen og spørsmålsstiller sammen kunne vurdere hva som var best behandling. Den RELIS-ansatte foreslo at det kunne vært en standardsetning om at lege var velkommen til å kontakte RELIS i tilfeller hvor man henviste til lege.

4.2.2.2 *Hva er et godt svar?*

De RELIS-ansatte ble bedt om å beskrive hva de tenkte på som et godt svar. En RELIS-ansatt uttrykte at et godt svar skulle gi svar på det det ble spurt om. Flere RELIS-ansatte uttrykte at svaret skulle være tydelig og konkret, og minst mulig pakket inn i begrensninger og forbehold. Man skulle møte bekymringen man kunne lese ut fra spørsmålet. Flere nevnte at svaret burde være formulert på en måte som gjorde at det ikke kunne misforstås av spørsmålsstiller. Det ble også nevnt at et godt svar burde gi en liten forklaring på vurderingen som var gjort. Dette kunne bidra til å betrygge spørsmålsstiller. En RELIS-ansatt uttalte at svar som ble oppfattet som godt av RELIS-ansatte ikke trengte å bli oppfattet som godt av spørsmålsstiller.

4.2.2.3 Gjenbruk

Gjenbruk av tidligere TMM-svar ble oppfattet som svært nyttig og arbeidsbesparende. Flere RELIS-ansatte uttrykte imidlertid at det kunne være en risiko ved gjenbruk. De RELIS-ansatte hadde sett eksempler på gjenbruk av dårlige svar, svar som ikke ga riktige anbefalinger, eller svar som ga anbefalinger utover det man egentlig kunne gi. En RELIS-ansatt uttrykte at det var viktig å være oppmerksom på at spørsmålsstillingen i det aktuelle svaret kunne være ulik spørsmålsstillingen i tidligere svar.

En RELIS-ansatt nevnte også at «ferskvarestempelet» som gjaldt for RELIS-svar (ikke bruke svar som er eldre enn 3 måneder), også burde gjelde for TMM-svar. En annen RELIS-ansatt uttalte at en med fordel kunne bruke nyere svar fordi feil kunne være luket ut i disse.

Det ble foreslått at man kunne hatt en oversikt over svar man var enige om var gode. Dette kunne gjøre det letter å finne igjen de gode formuleringene.

4.2.2.4 Titler

En RELIS-ansatt ved RELIS Vest tok opp et spørsmål omkring utarbeiding av titler på saker. RELIS-ansatt en uttrykte at legemidler som ikke var indeksert ikke burde stå i tittelen på saken. RELIS-ansatt en forklarte at spørsmålet ikke ble lest like nøye ved vasking som ved utarbeiding av svar. Det var ikke alltid man klarte å vurdere like nøye hvilke legemidler som skulle inkluderes i tittelen. Tittelen inneholdt som oftest de legemidlene som den som vasket fant i teksten. Det kunne hende at den som utarbeidet svaret ikke svarte på alt som stod i tittelen, eller svarte på noe i spørsmålet som ikke stod i tittelen. Det var da mulighet for å endre tittelen før publisering. Den RELIS-ansatte hadde mottatt telefoner fra andre RELIS-sentre med spørsmål om det var mulig å redigere titlene selv. Den RELIS-ansatte mente det var uklart om alle RELIS-ansatte var klar over at det var mulighet for dette.

En annen RELIS-ansatt tok opp at det kunne vært en fordel å angi administrasjonsvei for enkelte legemidler, som for eksempel steroider, i tittelen. Det kunne gjort det lettere å finne relevante svar ved søk.

Et annet innspill var at en kunne bruke titler som omhandlet emner i stedet for å ta med det ene eller alle potensielle legemidler i spørsmålet. To eksempler som ble nevnt var allergi og halsbrann. Flere hadde brukt slike titler, spesielt når spørsmålet egentlig gikk på en legemiddelgruppe eller en diagnose.

Det ble også diskutert hvordan man skulle angi alder på barn og hvor langt i svangerskapet kvinnen hadde kommet. De RELIS-ansatte ble enige om at dersom det var uklart, kunne det være greit å skrive måneder ved angivelse av barnets alder, slik at det ble tydelig for den som leste tittelen.

En RELIS-ansatt tok også opp om man skulle angi trimester når det var forventet at behandlingen ville vedvare hele svangerskapet, for eksempel ved kroniske tilstander. Den RELIS-ansatte pleide ikke å skrive trimester dersom det ble vurdert at behandlingen ville vare gjennom hele svangerskapet.

4.2.2.5 Unødvendig bruk av legemidler og annet

En RELIS-ansatt tok opp et spørsmål om hvordan man skulle forholde seg til unødvendig bruk av legemidler og annet. RELIS-ansatt en uttalte at homeopatiske preparater åpenbart ikke utgjorde noen risiko, men ønsket å få klarhet i om en burde si ifra at det ikke er noen grunn til å ta det i svangerskapet. Det var ikke gitt noen retningslinjer for hvordan man skulle forholde seg til dette. En annen uttrykte at det definitivt var RELIS sin oppgave i forhold til rasjonell legemiddel- og naturmiddelbruk. En RELIS-ansatt mente at dersom det ikke var god indikasjon for bruk, skulle det heller ikke brukes.

4.2.2.6 Kosignatur

Kosignatur innebærer at en kollega leser gjennom utkast til svar og kommer med forslag til rettinger.

Kosignatur innad på senter

Ved kosignatur har man fått en kollega til å lese gjennom utkast til svar. Hensikten med kosignatur har vært å se på innholdet, utformingen og formuleringen av svaret. Svaret har blitt diskutert og rettet. Det har ikke vært noen registrering av hvem som har utført kosignaturen. De RELIS-ansatte fortalte at de fleste saker hadde vært diskutert med kollega. Enkelte saker, for eksempel gjenbruk av saker hvor svaret er kjent, hadde ikke blitt diskutert med kollega. Beslutningen om å ikke diskutere en sak med kollega ble tatt etter skjønn av Den RELIS-ansatte som jobbet med saken. De RELIS-ansatte uttrykte at det var viktig at noen andre leste gjennom svaret for å sjekke om det ble svart på det det ble spurt om. Det var også viktig å dekke ulike tolkninger av spørsmålet i svaret. Selv svar på «ganske enkle spørsmål» ble lest gjennom av en kollega. Hensikten med dette var å unngå at man svarte på

noe annet enn det faktiske spørsmålet. Et eksempel var at det hadde blitt svart på amming, når spørsmålet gjaldt graviditet.

Kosignatur på tvers av senter

Etter innspill fra prosjektgruppa hadde de RELIS-ansatte ved RELIS Midt-Norge forsøkt å sende svar til andre sentre for kosignatur. Enkelte RELIS-ansatte ved RELIS Sør-Øst hadde også sendt noen saker til andre sentre. Dette hadde ikke fungert, da det blant annet var vanskelig å vite hvem som var tilgjengelig ved de andre sentrene. Mange av henvendelsene hadde ikke blitt besvart. Kosignatur på tvers av sentrene tok lengre tid enn kosignatur ved eget senter. En RELIS-ansatt foreslo at man kunne sende svar til en fellesadresse ved hvert senter, og ha en ansvarlig ved hvert senter som tok imot disse sakene. Et annet forslag var å gjøre en vurdering for hvert spørsmål, og ikke sende over de «enkleste» spørsmålene til andre sentre. Dersom kosignatur på tvers av sentrene skulle videreføres var det et ønske om klare retningslinjer og et klart mål for gjennomføring.

4.2.3 Intern evaluering

4.2.3.1 Indeksering av legemidler

Ved indeksering av legemidler ble legemidlene som var fokus for svaret indeksert, da dette var mest nyttig å få treff på ved søk. Hvis det var flere legemidler i samme gruppe hendte det at de ble indeksert på overordnet nivå. Et eksempel som ble nevnt var spørsmål om allergi.

Det ble diskutert om indeksering av legemidler på overordnet nivå ville gjøre det vanskeligere å finne enkeltlegemidler omtalt i svaret ved søk. Legemidlene ville gi treff ved fritekstsøk, men det ble stilt spørsmål ved om det ville gi treff ved søk på ATC-kode. Det var da kanskje nødvendig å søke på overordnet nivå, og slik få svar som hadde involvert hele ATC-gruppen.

4.2.3.2 Klassifisering av råd

Ved valg av type råd som ble gitt uttrykte de RELIS-ansatte at de valgte «kontakt lege» dersom spørsmålsstiller kun ble rådet til å kontakte lege, og dette ble sjelden valgt. Hvis de ga konkret råd og henviste til lege valgte de «konkret råd gitt». Flere RELIS-ansatte uttrykte at det burde vurderes om denne kategoriseringen burde vært endret, da det syntes vanskelig å kunne få noe nyttig informasjon ut av resultatene. En RELIS-ansatt uttrykte at alternativene ikke ga noe mål på hvor mange som ikke trengte å kontakte lege, det vil si at de fikk svaret de

trengte fra TMM. Flere RELIS-ansatte ønsket et alternativ hvor man kunne krysse av for både konkret råd gitt og kontakt lege.

4.2.3.3 Tidsbruk

Det var store forskjeller på hva de ulike de RELIS-ansatte inkluderte i tiden de oppga brukt på svar. Noen oppga at de inkluderte tid brukt av kosignatør, andre ikke. Det ble uttrykt at det var vanskelig å estimere tid brukt på kosignatur. Flere ga også uttrykk for at trodde angivelsen av tid brukt var unøyaktig. De ble ofte avbrutt av andre ting underveis i arbeidet med svaret. Flere RELIS-ansatte uttrykte at de ofte rundet av tiden brukt på svaret. Ved et senter var De RELIS-ansatte enige om at det kunne vært mer nyttig med en gruppering av svartidene. Raske svar var de som ble besvart innen 30 minutter. Svar som krevde litt mer arbeid var de som tok 30-60 minutter, mens svar som tok 1 time eller mer var de som var mer arbeidskrevende. Enkelte RELIS-ansatte uttrykte at de var bevisste på å ikke oppgi for korte besvarelestider, da man ofte brukte mer tid enn man tenkte.

4.2.4 Kommunikasjon med spørsmålsstillere

Flere RELIS-ansatte uttrykte at de syntes det var greit å gi svar uten å måtte snakke med spørsmålsstillere. Samtidig uttrykte flere RELIS-ansatt at de i flere tilfeller kunne hatt behov for eller ønske om å kunne diskutere spørsmålet med spørsmålsstillere for å kunne gitt et mer konkret svar. Det hadde skjedd enkelte ganger at noen hadde skrevet i spørsmålet at de hadde sendt inn spørsmål tidligere.

Det ble oppfattet som tungvint at spørsmålsstillere må huske en referansekode. En RELIS-ansatt foreslo at spørsmålsstillere kunne ha haket av for at e-postadressen kunne vært frigitt ved innsending av spørsmål. Slik kunne man eventuelt ha stilt spørsmål ved behov. Andre uttrykte at det kanskje ville ta mer tid å kommunisere med spørsmålsstillere per e-post eller telefon. Det ble også sagt at det ikke var sikkert at e-postkommunikasjon ville gi mer informasjon, da publikum kunne unnlate å gi informasjon, eller ikke forstå hva som var viktig å oppgi av informasjon.

En RELIS-ansatt foreslo at referansenummeret kunne sendes per SMS eller e-post til spørsmålsstillere, og at det kunne komme beskjed med referansenummeret når svaret var ferdig. Det kom også forslag om å lage en applikasjon på mobiltelefon for TMM hvor det kunne sendes inn spørsmål og mottas svar. En annen RELIS-ansatt foreslo at TMM kunne kobles til innlogging på minside. Det ble også foreslått at man kunne ha en løsning hvor

spørsmålsstiller opprettet en brukerprofil på nettsiden. Spørsmålsstiller kunne da ha logget seg inn på TMM og ha sine svar tilgjengelig. En ville da ikke hatt behov for å sende opplysninger til bruker.

Henting av svar

Flere RELIS-ansatte uttrykte at det var frustrerende at svar ikke ble hentet. Flere opplevde det som bortkastet arbeid. En RELIS-ansatt uttrykte at dette var «nettjenestens virkelighet». Spørsmålsstiller fant kanskje svaret et annet sted. En RELIS-ansatt uttrykte at dersom mange svar ikke ble hentet kunne ikke RELIS drive en slik tjeneste.

Det stiltes spørsmål ved om manglende henting av svar kunne skyldes at spørsmålsstiller hadde mistet referansekoden.

En RELIS-ansatt mente at det kunne være flere innledende spørsmål for å få mer informasjon. Dette ville gjøre det mer forpliktende for spørsmålsstiller. Den RELIS-ansatte trodde da at det ville være mer sannsynlig at svaret ble hentet.

Flere RELIS-ansatte var opptatt av at man måtte kartlegge hvorfor svar ikke ble hentet, slik at tjenesten kunne forbedres.

Svarfrist

Flere mente at svarfristen på to dager kunne være lang tid å vente for enkelte. De trodde kortere svartid kunne være avgjørende for henting av svar. En RELIS-ansatt uttalte at det burde vurderes hva det ville kreve av ekstra ressurser dersom svarfristen skulle reduseres.

En RELIS-ansatt foreslo at det kunne være en gradering av ønsket svartid, slik som for spørsmål til RELIS. Et problem med dette kunne være at noen misbrukte det og haket av for raskest mulig svar på spørsmål som egentlig ikke hastet. Det kunne også være vanskelig for publikum å vurdere hva som hastet. Det ble foreslått at ulike svarkategorier kunne vært spesifisert. En RELIS-ansatt pekte på at kanskje ikke alle som stilte spørsmål til tjenesten var klar over at svarfristen var to *arbeidsdager*.

Telefontjeneste

Flere RELIS-ansatte uttrykte at de syntes en telefontjeneste ville vært utfordrende. De trodde også at det kunne blitt svært ressurskrevende. En RELIS-ansatt uttalte at en ville hatt behov for ekstra ressurser og en egen telefonlinje med et køsystem.

Andre RELIS-ansatte mente at svarene ville blitt av dårligere faglig kvalitet ved en telefontjeneste. Det ble også sagt at risikoformidling kunne være vanskeligere muntlig enn skriftlig. Et mulig praktisk problem kunne være dokumenterbarheten og muligheten for gjenbruk av svar.

En RELIS-ansatt foreslo at det ved behov kunne gis oppfordring til spørsmålsstiller om å ta kontakt. Da ville de RELIS-ansatte kunnet stille litt forberedt før samtalen med spørsmålsstiller.

Ofte stilte spørsmål (FAQ)

Ved spørsmål om hva de RELIS-ansatte tenkte om publisering av ofte stilte spørsmål uttrykte flere at de var skeptiske til dette. Det ble pekt på at det var usikkert hvilket grunnlag publikum vurderte svaret på, eller hva som feilet dem. Det ville vært nødvendig å ta flere forbehold, blant annet for sykdom. Flere var redde for at publikum kunne misforstå svaret. Flere nevnte at intensjonen med TMM var å gi en individuell vurdering. Ved å gi individuelle svar sikret man muligheten for at det ble tatt hensyn til blant annet sykdom og annen legemiddelbruk. Samtidig ble det sagt at det også var risiko for misforståelser ved publisering av RELIS-saker og ved at enkelte legger ut sitt svar fra TMM på nettforum.

En RELIS-ansatt uttalte at det allerede lå mye generell informasjon på internett. En annen RELIS-ansatt pekte på at mange kanskje ikke visste hvor de skulle finne informasjon på nettet. De RELIS-ansatte satt med et inntrykk av at de fleste som stilte spørsmål til TMM heller hadde søkt informasjon i diskusjonsforum enn at de hadde besøkt Helsedirektoratets nettsider.

Andre pekte på fordeler, som at det kunne spares tid og ressurser ved at det ikke ville komme inn spørsmål om det som lå ute av informasjon. Dette kunne også være en ulempe, ved at den økonomiske støtten til tjenesten ville kunne avhenge av antall besvarte spørsmål. En RELIS-ansatt uttrykte at generell informasjon om legemiddelbehandling ved allergi og halsbrann burde vært mer offentlig tilgjengelig ut fra spørsmålene som kommer inn til TMM. Det kunne synes som at flere fremdeles fikk beskjed om at de ikke kunne bruke legemidler mot allergi i svangerskapet.

En RELIS-ansatt foreslo at det kunne lages små artikler, for eksempel om NSAIDs, som på sikt kunne brukes i profilering av tjenesten. Den RELIS-ansatte påpekte at det ville være

nødvendig å være nøye med valg av tema for disse artiklene. Ved spørsmål som omhandlet disse temaene kunne man linket direkte til artikkelen.

4.2.5 Videreutvikling av tjenesten

4.2.5.1 Markedsføring

Mange av de RELIS-ansatte ga uttrykk for at de trodde antallet henvendelser TMM hadde fått bare hadde vært en liten del av de henvendelsene de potensielt kunne fått dersom TMM var en etablert, godt kjent tjeneste. En RELIS-ansatt uttrykte at dersom det var ønskelig å gjøre tjenesten mer kjent måtte tjenesten bli markedsført bedre i miljø hvor gravide og ammende var.

En annen RELIS-ansatt ønsket at TMM skulle bli en del av svangerskapsomsorgen hos jordmødre, slik at de delte ut informasjon om TMM. Den RELIS-ansatte trodde kanskje at jordmødre ikke hadde turt å anbefale tjenesten fordi den bare hadde vært et pilotprosjekt.

En RELIS-ansatt uttalte at de hadde vært dårlig forberedt på de dagene da det hadde kommet inn mange spørsmål som følge av markedsføring. Den RELIS-ansatte etterlyste bedre informasjon i forkant slik at det kunne være mulig å legge andre oppgaver til side. Det ble uttrykt at det burde vært gitt bedre informasjon om slike tiltak ved for eksempel å legge ut informasjon på meldingsveggen på intranettet. En annen RELIS-ansatt påpekte at informasjonen om markedsføringen stod i møtereferatet fra prosjektgruppa.

Ved RELIS Nord-Norge hadde de opplevd at helsepersonell hadde fått råd av annet helsepersonell om heller å stille spørsmål til TMM enn til RELIS for å få raskere svar. De RELIS-ansatte mente at det var viktig at de ga signal om at RELIS svarte på spørsmål fra helsepersonell også om graviditet og amming.

4.2.5.2 Tekniske forbedringer

Det ble gitt uttrykk for at den tekniske løsningen stort sett hadde fungert greit. Det ble imidlertid pekt på flere forbedringsmuligheter.

Flere uttrykte ønske om et større vindu for å skrive inn svaret i slik at man kunne fått bedre oversikt over saken. Svarfeltet ble oppfattet som lite, slik at mange brukte et tekstbehandlingsprogram for å skrive inn svaret. Dette førte til at det ikke lå noe tekst lagret i svaret før det var ferdig. Andre kunne da ikke se hva som ble gjort underveis.

Flere RELIS-ansatte uttrykte at det var tungvint at det ved publisering av svar var nødvendig først å måtte gå tilbake til utredningen for å se at det var den riktige svarteksten som var der før man trykte publisert.

Ved gjennomlesning av svar ønsket flere å kunne se originalsiden hvor det var opplyst om spørsmålet gjaldt graviditet og amming eller bare en av disse. En RELIS-ansatt pleide å kopiere dette over i tekstbehandlingsprogrammet Word, men oppfattet dette som upraktisk.

En RELIS-ansatt nevnte at man ble raskt «kastet ut» av, det vil si logget av tjenesten.

Flere ønsket en mulighet til å skrive ut svar fra databasen. Ved utskrift av svartekst som var lenger enn tekstvinduet, ville kun teksten som viste i tekstvinduet komme med på utskriften, og utskriften omfattet hele skjermbildet. Det var derfor nødvendig å kopiere teksten over til Word og skrive det ut derfra.

En RELIS-ansatt lurte på om det hadde vært mulig å få en tekstbehandlingsfunksjon tilsvarende Word inn i databasen, med et bredere vindu og rettskrivningsfunksjon, slik at svaret kunne utarbeides der.

For å oppdage at det hadde kommet inn nye saker krevdes det innlogging. Det ble nevnt at dette kunne være en ulempe. En RELIS-ansatt uttalte at det kunne vært ønskelig med en beskjed, for eksempel en lyd, når det kom inn nye saker. En kunne da sluppet å gå inn og sjekke med jevne mellomrom. En ulempe ved en eventuell beskjed ville være at det økte sjansen for at flere gikk inn og prøvde å ta samme sak. Det hadde forekommet at to RELIS-ansatte hadde tatt samme sak, selv om bare en egentlig eide saken.

Flere RELIS-ansatte var enige om at det kunne vært nyttig med en angivelse av hvor mange saker som lå til vask. Slik ville det være kunne man fått en oversikt over hvor mange saker som var på vei inn. Dette kunne for eksempel vært angitt i parentes bak «Uvaskede». Dette kunne vært særlig nyttig for å forberede seg i situasjoner hvor det kom mange saker.

En av de RELIS-ansatte uttalte at det kunne være vanskelig å lese skriften i applikasjonen, da «layouten» var grå og dus, med dårlige kontraster.

4.2.5.3 Søkfunksjon

Søkfunksjonene i TMM-databasen ble oppfattet som tungvinne og tidkrevende. Det ble uttrykt at det gikk en del tid med på søking, og at det kunne føles som frustrerende bruk av

tid. De syntes det var vanskelig å finne igjen saker og gode formuleringer. De RELIS-ansatte var enige om at en utvidet søkefunksjon med mulighet for å gjøre kombinerte og trunkerte søk kunne gjort det lettere å finne tilbake til tidligere svar.

En RELIS-ansatt kom også med forslag om at det kunne vært nyttig å for eksempel kombinere fritekstsøk og legemiddelsøk eller søk på kombinasjoner av legemidler. Det kunne også vært nyttig å kunne skille mellom spørsmål som omhandlet graviditet og spørsmål som omhandlet amming. Bedre titler kunne gjøre det lettere å finne igjen tidligere TMM-svar.

Det ble også nevnt at det kunne vært nyttig å kunne søke på forskjellige administrasjonsformer. I diskusjonen rundt dette kom det frem at det var mulig å gjøre dette ved å søke på ATC-kodene for de ulike administrasjonsformene. Dette var det flere som ikke hadde tenkt over at var mulig. Ved å kun søke på substansnavnet ville ikke de ulike ATC-kodene komme opp som valg. Dette hadde vært til irritasjon for flere.

4.2.5.4 Fremtidig organisering av tjenesten

En RELIS-ansatt foreslo at tjenesten burde sentraliseres, og ikke være en tilleggsoppgave ved alle sentra. En annen RELIS-ansatt mente at de som eventuelt skulle jobbe fulltid med en slik tjeneste burde ha søkt på en slik type jobb. Det ble pekt på at en som jobbet med TMM fulltid ville gjort en bedre jobb enn en som jobbet med tjenesten en halv time per dag. En RELIS-ansatt mente det ville blitt kjedelig med en slik type jobb, og at det var positivt å ha ulike arbeidsoppgaver. En annen RELIS-ansatt mente at det viktigste for kvaliteten på svarene var at de som utarbeidet dem hadde jobbet med TMM tidligere, og hadde opparbeidet seg erfaring. Den RELIS-ansatte pekte også på at de som skulle svare på TMM-spørsmål måtte kjenne tankegangen i RELIS og måten RELIS ser på rasjonell farmakoterapi på.

4.2.5.5 Teratologiinformasjonstjeneste

Flere RELIS-ansatte uttrykte at de var positive til en utvidelse av TMM mot en fullverdig TIS. Det ble blant annet nevnt at det kunne være interessant å følge opp kvinnene som stilte spørsmål til tjenesten med hensyn til svangerskapsutfall.

4.2.5.6 Utvidelse av tjenesten

Spørsmål om graviditet og amming ble oppfattet som enkle problemstillinger. Det var også et avgrenset felt. Flere ønsket å videreutvikle denne tjenesten, og optimalisere den før man eventuelt utvidet til andre områder.

En RELIS-ansatt uttrykte at en utvidelse til andre brukergrupper ville gi en økt kompleksitet og mange spørsmål hvor en ikke fikk nok informasjon. En annen RELIS-ansatt mente at det i mange tilfeller ville måtte svares at spørsmålsstiller måtte kontakte lege. Flere RELIS-ansatte så for seg at ressursbehovet ville være svært uforutsigbart, men sannsynligvis mye større enn for TMM. De så også for seg at variasjonen i spørsmål ville være stor, og mulighetene for gjenbruk betydelig mindre enn for TMM. Spørsmål om naturmidler, geriatri og spesialistoppgaver ble nevnt som særlig utfordrende. En RELIS-ansatt uttrykte at det absolutt kunne være et behov for en uavhengig legemiddelinformasjonstjeneste for publikum, men var usikker på om det var noe RELIS burde satse på.

En RELIS-ansatt stilte seg svært positiv til en utvidelse av publikumstjenesten. En annen uttalte at det ville være spennende i en oppstartsfase, men at RELIS hadde kompetanse som gjorde at det ville gått bra.

5 Diskusjon

Denne studien er en evaluering av pilotprosjektet Trygg Mammamedisin (TMM), en nettbasert spørsmål- og svartjeneste hvor publikum kan stille spørsmål om legemiddelbruk ved graviditet og amming. Evalueringen er basert på analyse av data fra TMM-databasen i perioden 09.06.11 til 31.12.11. I tillegg er data fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju utført, i henholdsvis januar 2012 og februar-april 2012, blant RELIS-ansatte involvert i prosjektet benyttet til formålet. Hovedinntrykket er at publikum er positive til det nye tilbudet. De aller fleste brukere er fornøyd med tjenesten og mener den formidler nyttig informasjon. Evaluering av pilotprosjektet viser imidlertid at tilbudet kan forbedres på en rekke områder dersom det skal etableres permanent. Det har også vært en utfordrende prosess for RELIS å etablere TMM. Denne oppgaven har tatt for seg ulike aspekter av pilotprosjektet TMM sett fra brukerperspektiv og fra de RELIS-ansattes perspektiv.

I de neste avsnittene vil jeg diskutere styrker og svakheter knyttet til materiale og metode, for deretter å reflektere over resultater fra studien. Diskusjonen er organisert i avsnitt med hensyn til datagrunnlag, som i tidligere deler av oppgaven.

5.1 Metode

5.1.1 TMM-databasen

5.1.1.1 Materiale

Ved like innsendte spørsmål i TMM-databasen ble bare ett av dem tatt med til videre analyse. Det er ikke undersøkt hva som kan være årsak til slike duplikatspørsmål. En mulighet er at samme spørsmålsstiller gjentar sitt spørsmål til TMM innenfor en kort tidsperiode.

Ved gjennomgang av materialet ble flere spørsmål med relativt likt innhold observert. Disse ble imidlertid ikke ekskludert, og dette kan ha påvirket resultatene. En mulig årsak til liknende innsendte spørsmål kan være at samme spørsmålsstiller stiller et nytt spørsmål om samme tema. Det er også mulig at ulike brukere kan ha samme problemstilling men ikke nødvendigvis spør på samme tidspunkt. Ved oppslag i media om spesielle forhold (for eksempel legemidler ved pollenallergi eller antidepressiva og graviditet) vil man forvente at ulike brukere kan ha liknende spørsmål innenfor en kort tidsperiode.

Det ble oppdaget feil i de ekstraherte data. Disse måtte rettes manuelt før data kunne analyseres. I tillegg ble enkelte variabler kodet manuelt. Dette innebærer en fare for feil. Kodingen ble utført på bakgrunn av på forhånd utarbeidede kategorier. Det kunne styrket resultatene dersom to personer hadde gjennomført kodingen og sammenlignet resultatene. En kunne da anvendt Cohen's kappa¹⁰² for å undersøke hvor likt de respektive hadde kodet materialet⁹⁹. For å redusere denne type feil ble data ble gjennomgått flere ganger.

Materialet fra TMM-databasen i pilotperioden kan danne grunnlag for sammenligning ved senere evaluering av tjenesten. Og da spesielt for å se om rutiner er effektivisert.

5.1.1.2 Valg av metode

Statistisk analyse ble utført på bakgrunn av egenskaper ved data (for eksempel kvantitative/kvalitative, normalfordelte eller ikke) og kunnskap om egnede metoder.

Andre statistiske metoder, som ulike typer regresjonsanalyser, kunne med fordel vært anvendt for å undersøke sammenhengene mellom flere ulike variabler. Spesielt for å studere om enkelte variabler var prediktive for viktige resultater (for eksempel svartid). Resultatene fra de statistiske testene anvendt i studien gir en indikasjon på hvilke variabler som kan være interessante for videre analyse og senere studier.

5.1.1.3 Seleksjonsskjevhet

Seleksjonsskjevhet innebærer en systematisk under- eller overvurdering av hyppighet eller assosiasjon på grunn av seleksjonsproblemer¹¹⁵. Seleksjonsskjevhet kan stå for flere begrensninger ved denne studien.

Generering av data er basert på at brukere finner nettsiden og velger å sende inn spørsmål. Utvalget kan sies å være et bekvemmelighetsutvalg av populasjonen av personer som søker etter informasjon om legemiddelbruk under graviditet eller ved amming.

Resultater fra brukerevaluering forutsetter at bruker har hentet svar fra databasen og velger å evaluere tjenesten. Vi får ingen kjennskap til de som ikke evaluerer. Dette kan gi et unyansert bilde av brukernes erfaringer og holdninger til tjenesten.

Resultater fra indeksering og evaluering utført av RELIS-ansatte avhenger av at den RELIS-ansatte fyller inn denne informasjonen i databasen. Rutiner for indeksering og evaluering kan avvike mellom de ulike sentrene og de ulike RELIS-ansatte. Et eksempel er angivelse av hvilken type råd som ble gitt. Tolkninger av hva som inngår i ulike kategorier kan føre til at

svar blir evaluert på ulik måte. RELIS Vest besvarte over halvparten av de innkomne spørsmålene. Data kan derfor i større grad reflektere praksis ved dette senteret, enn for alle sentre sett under ett.

5.1.1.4 Validitet

Validitet viser til hvorvidt en studie undersøker det den er ment å undersøke, og sier noe om styrken og gyldigheten til et utsagn¹⁰⁴.

Brukerne av tjenesten er ikke nødvendigvis representative for internettbrukere som leter etter informasjon om legemiddelbruk ved graviditet og amming. Særlig med tanke på at tjenesten har vært lite kjent, og de som har fått informasjon om tjenesten da kanskje har andre karakteristika enn de som ikke har fått informasjon om tjenesten. Det er blant annet vist at en høy andel av gravide som søker etter informasjon om legemiddelbruk på internett har høyere utdanning^{71, 85}.

De som velger å evaluere tjenesten kan representere de som er mest fornøyde med den. De som ikke henter svaret sitt har ingen mulighet til å evaluere tjenesten. Dette kan gi resultater som ikke reflekterer alle brukerne sett under ett.

5.1.2 Spørreundersøkelse

5.1.2.1 Valg av metode

Spørreundersøkelse ble i denne studien anvendt for å samle inn data fra mange respondenter i løpet av relativt kort tid. Da RELIS-sentrene er lokalisert i ulike deler av landet er metoden velegnet for innsamling av informasjon fra alle sentre uten stort ressursbruk. En fordel med å anvende spørreundersøkelse som metode var at alle RELIS-ansatte involvert i TMM fikk mulighet til å svare. Alle hadde lik mulighet til å si sin mening, i motsetning til intervju, hvor enkelte deltakere kan få mindre mulighet til å komme til orde. Analyse av spørreundersøkelser innebærer relativt enkel statistisk analyse, og dette kan være en fordel ved begrenset tid og ressurser.

En link til undersøkelsen ble sendt ut via e-post. Det viste seg at et senter ikke hadde tilgang til undersøkelsen via nettet de var tilknyttet. De hadde imidlertid en PC som var koblet opp mot et annet nett, slik at alle fikk mulighet til å besvare undersøkelsen.

En ulempe ved metoden kan være at man ikke har mulighet for direkte kommunikasjon med respondentene. Det er derfor ikke mulighet for å oppklare misforståelser omkring spørsmål i

undersøkelsen. Dette ble imidlertid løst ved å gi respondentene mulighet for å gi tilbakemeldinger. Det ble lagt inn et spørsmål med svaralternativ og en åpen tekstboks hvor respondenten kunne fylle inn ekstra informasjon etter ønske. I tillegg inneholdt undersøkelsen avslutningsvis et kommentarfelt. Ved bruk av spørreundersøkelser er det viktig å være klar over at spørreskjema aldri vil kunne gi helt klare svar¹⁰³. Kvalitative tilnæringer i form av kommentarfelt og oppfølgingsundersøkelse ved fokusgruppeintervju ble brukt med mål om å utdype og utfylle resultatene fra den kvantitative metoden¹⁰³.

5.1.2.2 Seleksjonsskjevhet

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle RELIS-ansatte involvert i TMM i pilotperioden, med unntak av veiledere. Veilederne ble ekskludert fra undersøkelsen da de hadde deltatt i utarbeidelsen av spørsmålene. Da populasjonen er liten, vil eksklusjon av to individ kunne ha innvirkning på resultatene. I dette tilfellet vurderte jeg at dette ikke ville gi stor innvirkning på resultatene. Veilederne representerte to forskjellige RELIS-sentre, slik at deres manglende deltagelse ikke førte til at enkelte sentre ikke ble tilstrekkelig representert.

5.1.2.3 Validitet

Spørreundersøkelsen ble besvart av samtlige mottakere. Dette bidrar til å gi høy validitet.

Det kom imidlertid tilbakemeldinger fra en respondent om at ett av spørsmålene i spørreundersøkelsen kunne tolkes på flere måter. Det kom også tilbakemeldinger om at enkelte spørsmål som omhandlet arbeidsgruppens arbeid ikke egnet seg for medlemmer av denne. En annen respondent etterlyste muligheter for å gi utfyllende kommentarer til spørsmålene. Disse tilbakemeldingene kan være en indikasjon på at målbarheten av begrepene jeg ønsket å undersøke ikke var god nok. Dette er faktorer som kan redusere validiteten av resultatene. Spørreundersøkelsen ble testet ut på veiledere. Spørsmål og begrep ble endret på bakgrunn av respons på testen. Veilederne hadde vært delaktige i prosessen med å velge ut tema for undersøkelsen. Det var slik sett ikke optimalt at kun veiledere var med i denne valideringsprosessen. Undersøkelsen kunne med fordel ha vært testet ut på personer som ikke hadde kjennskap til spørsmålene på forhånd. Det ble imidlertid vurdert at dette ikke var hensiktsmessig, da spørsmålene i undersøkelsen ville lite mening for personer som ikke hadde erfaring med TMM.

Usikkerhet og ulike tolkninger av enkelte spørsmål kan bidra til at enkelte svar på disse ikke kan generaliseres til å gjelde alle RELIS-ansatte involvert i TMM.

5.1.3 Fokusgruppeintervju

5.1.3.1 Valg av metode

Fokusgruppe som metode var i denne oppgaven viktig for å få et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere rutiner, erfaringer og holdninger til tjenesten. Ved å utføre intervju med grupper ved de ulike sentrene fikk jeg et mer nyansert bilde av hvordan arbeidet var organisert ved de enkelte sentra. Jeg fikk også mulighet til å oppklare spørsmål og misforståelser underveis. Interaksjonen mellom gruppemedlemmene ga informasjon om tema utover de som var inkludert i intervjuguiden. Dette ga mye interessant informasjon.

Andre metoder, som enkeltintervju, kunne vært anvendt. Enkeltintervju ville gitt den enkelte RELIS-ansatte mulighet til å komme mer til orde, men ville ikke gitt samme mulighet for meningsutveksling og utvikling av nye idéer som fokusgruppeintervju. Dette var spesielt viktig i og med at jeg ikke var kjent med hvordan de jobbet ved de ulike sentrene, og i begrenset grad visste hvilke erfaringer og holdninger de hadde til tjenesten.

5.1.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet viser til hvor pålitelige resultatene er¹⁰⁴. Begrepet innebærer blant annet at ulike personer skal komme frem til det samme resultatet når de studerer et materiale¹⁰⁵.

Valg av ord og uttrykk i spørsmål til intervjudeltakerne kan påvirke måten de svarer på og hva de velger å svare¹⁰⁴. Intervjuguiden ble brukt som huskeliste, og formuleringen av spørsmålene varierte fra intervju til intervju. Dette kan ha påvirket hvilken informasjon som kom frem i intervjuene.

Intervjuene ble ikke transkribert ordrett, blant annet for å få all teksten i samme form. En transkripsjon vil i et hvert tilfelle kreve fortolkning av materialet¹⁰⁴. Kvale peker blant annet på at de samme skrevne ordene kan uttrykke ulike ting ut fra punktum og komma¹⁰⁴. Reliabiliteten av funnene kunne vært styrket ved at to personer hadde transkribert og analysert intervjuet. En sammenligning av de to tolkningene ville gitt høy intersubjektiv reliabilitet. Det var dessverre ikke tid eller ressurser til å gjennomføre dette.

Det var i enkelte tilfeller vanskelig å høre hva intervjudeltakerne sa, særlig i situasjoner hvor flere snakket samtidig. Dette kan ha ført til at noe informasjon ikke kom med i transkriptet.

Alle intervjuene ble gjennomført med samme moderator. Moderators oppgave er å formulere spørsmål, styre ordet og sørge for at intervjudeltakere kommer til orde¹⁰⁰. Tilnærmingen til

spørsmålene fra intervjuguiden vil da likne ved alle intervju. Moderator vil også representere det samme ved å ha samme rolle (her masterstudent) ved de ulike intervjuene, og møte intervjudeltakerne på liknende måte. Dette er faktorer som kan øke reliabiliteten¹⁰⁵.

5.1.3.3 Intern validitet

Intern validitet sier noe om hva funnene er sanne om¹⁰⁶.

Fokusgruppene bestod av RELIS-ansatte gruppert etter arbeidssted. Et problem med å intervju allerede eksisterende grupper, her kollegaer, kan være at gruppas medlemmer faller inn i roller de har i arbeidshverdagen¹⁰⁵. Dette merket jeg i flere intervju. Jeg prøvde å være oppmerksom på dette, blant annet ved hjelp av kroppsspråk og direkte spørsmål. I enkelte tilfeller opplevde jeg at ikke forstod hva intervjudeltakerne refererte til. Dette er et kjent problem ved å benytte eksisterende grupper¹⁰⁵. En fordel ved å benytte en allerede eksisterende gruppe var at deltakerne i intervjuene kjente hverandre og kom raskt inn i diskusjon. Valget av eksisterende grupper ga innblikk i hva medarbeiderne ved hvert enkelt senter hadde av erfaringer, og hvordan de organiserte tjenesten. Gruppemedlemmene ville uavhengig av om de kjente hverandre fra før av eller ikke ha påvirket hverandre, og slik vil ikke valget om å benytte disse gruppene, mot for eksempel grupper med deltakere fra ulike sentre, være av videre betydning. I dette tilfellet hadde det ikke vært mulig å danne grupper med deltakere som ikke kjente hverandre.

Det var stor variasjon i hvor mye hver enkelt RELIS-ansatt snakket under intervjuet. Enkelte sa svært lite, mens andre snakket mye. Dette var noe jeg var oppmerksom på før intervjuene ble gjennomført. I ettertid ser jeg at jeg ikke har lyktes i å inkludere alle deltakerne i like stor grad. Dette kan ha betydning for om resultatene fra intervjuet er representative for alle ansatte involvert i tjenesten ved senteret.

Intervjudeltakerne ga uttrykk for at de uttrykte ærlige meninger og at de snakket «rett fra levrå». Dette kan bidra til å gi resultater som reflekterer de faktiske holdninger og erfaringer til RELIS-ansatte involvert i prosjektet.

For å forhindre misforståelser i intervjuet forsøkte jeg underveis å sjekke min egen oppfatning av det deltakerne sa, såkalt dialogisk validitet. Dette ble gjort ved å stille spørsmål til deltakerne om min forståelse var riktig. Dette kan ha bidratt til å styrke en felles forståelse (intersubjektivitet) mellom deltaker og moderator¹⁰⁶.

Ved avslutning av intervjuene informerte jeg deltakerne om at jeg ønsket å sende dem et sammendrag og transkript av intervjuet, slik at de kunne korrigere og eventuelt kommentere, en såkalt deltakersjekk¹⁰⁶. Noen deltakere ga tilbakemelding, og dette førte til enkelte rettinger i sammendragene. En slik deltakersjekk kan bidra til å øke validiteten til studien.

5.1.3.4 Ekstern validitet (overførbarhet)

Ekstern validitet sier noe om hvilke sammenhenger funnene kan gjelde utover den sammenhengen de er hentet fra¹⁰⁶.

Deltagere fra alle de fire RELIS-sentrene er representert i det samlede datagrunnlaget (Tabell 9). Det var varierende oppslutning fra de ulike sentrene, og målet om 3-4 intervjudeltakere per fokusgruppe ble oppnådd i tre av fire intervju. Det ble gjort et bekvemmelighetsutvalg hvor de som var tilgjengelige for å bli intervjuet kunne velge å delta i intervju. Forespørsel om valg av intervjudato ble sendt til leder for det enkelte RELIS-senter, som i to tilfeller delegerte ansvaret videre til en annen RELIS-RELIS-ansatt. Halvparten av alle ansatte involvert i TMM i pilotperioden deltok i intervju. En av mine veiledere inngikk i en av fokusgruppene, da det var få RELIS-ansatte tilgjengelig ved senteret. Da det ikke var noen systematisk seleksjon av intervjudeltakere, og totalt antall RELIS-ansatte involvert i TMM (studiepopulasjonen) var relativt lavt kan det være faktorer som gjør at intervjudeltakerne ikke er representative for alle som deltok i arbeidet med prosjektet.

5.1.3.5 Objektivitet og forforståelse

Objektivitet i moderatorrollen kan ha blitt påvirket av relasjoner til intervjudeltakerne. Jeg har jobbet med oppgaven ved RELIS Midt-Norge, og blitt kjent med de som jobber der, og har også hatt kontakt med RELIS Nord og RELIS Vest. I moderatorrollen deltok jeg også til dels i diskusjon med deltakerne.

Jeg forberedte meg til intervjuene ved å notere ned hvilke forventinger jeg hadde til intervjuene som helhet og til hvert enkelt intervju. Resultatene var mye som forventet, kanskje mye på grunn av at jeg gjennomførte intervjuene etter å ha satt meg inn i datamaterialet fra databasen og lest mye på intranettet om hva som hadde blitt sagt og gjort i prosessen. Jeg ble noe overrasket over forskjellen mellom holdningene til tjenesten ved de ulike sentra, og kanskje spesielt kritiske holdninger til tjenesten.

5.2 Resultater

5.2.1 Data fra TMM-databasen

5.2.1.1 Fordeling av spørsmål

Publisitet via nettaviser, som vg.no, og nettstedet rettet mot gravide og ammende, som mammanett.no og babyverden.no, kan se ut til å ha stor umiddelbar markedsføringsverdi (Figur 6). Sammenfall i tid mellom publisitet om TMM og markante økninger i antall innsendte spørsmål kan underbygge denne påstanden. Oppslag i nettavisen vg.no ga størst respons i pilotperioden. En økt satsning på markedsføring mot hyppig besøkte nettsider kan potensielt gi stort utbytte. Mot slutten av pilotperioden (28. november- 10. desember 2012) ble det gjennomført en reklamekampanje for TMM på Facebook. TMM hadde før dette opprettet en side på Facebook, og 112 brukere «liker» siden per mai 2012¹¹⁶. Ifølge TMMs Facebook-side var sidens mest populære uke fra 27. november 2011¹¹⁶. Dette sammenfaller med første uke av reklamekampanjen. Fordelingen av spørsmål over tid i denne perioden antyder imidlertid at denne kampanjen ikke hadde noen markert effekt på antall innsendte spørsmål. En årsak til dette kan være at reklamen ikke har vært godt nok tilpasset mediet. Bruk av sosiale medier er oppgavebasert, det vil si at brukerne har et mål med sitt besøk¹¹⁷. Det skal derfor en del til for å bryte inn med et budskap brukeren ikke har bedt om¹¹⁷.

RELIS Vest har hatt størst pågang av spørsmål i pilotperioden. Årsaken til dette er i hovedsak at senteret har hatt ansvar for et høyere antall fylker enn de andre sentrene. De har også hatt ekstra ressurser dedikert til TMM. Dette senterets håndtering av spørsmål vil derfor i stor grad påvirke de innsamlede data i TMM-databasen i pilotperioden. Fordelingen av fylker ble endret per januar 2012. I denne fordelingen har RELIS Vest færre fylker. Dette vil kunne gi en mer lik fordeling av saker mellom de ulike sentrene.

Over halvparten av de innsendte spørsmålene omhandlet legemiddelbruk under graviditet. Gravide kvinner utgjør også den gruppen det brukes mest tid på ved TIS internasjonalt¹¹⁸. Flere av de innsendte spørsmålene dreide seg om legemiddelbruk ved amming, mens noen omhandlet legemiddelbruk og planlegging av graviditet. Tiden brukt på disse gruppene ved TIS internasjonalt viser samme trend når det gjelder fordeling mellom gruppene¹¹⁸. En høyere andel innsendte spørsmål fra gravide i forhold til ammende kan reflektere en oppfatning om at risiko forbundet med legemiddelbruk er større ved graviditet enn ved amming.

En liten andel (4,5 %) av de innsendte spørsmålene inneholdt ingen informasjon om tema for spørsmålet. Mangelen på informasjon kan ha hatt betydning for tid brukt på svar og i hvilken grad spørsmålstiller har fått et konkret svar. Et eksempel kunne være at noen hadde stilt spørsmålet «Kan jeg bruke Ibux?». Ved besvarelse av spørsmål uten informasjon om det gjelder eksponering under graviditet eller amming kan det være en utfordring å gi et svar. Svaret bygger på en vurdering av nytte opp mot risiko. Når det gjelder bruk under graviditet er det også nødvendig å vurdere legemiddelbruk ut fra faktorer som stadium i fosterutviklingen og forventet nytte av legemiddelbehandlingen for mor. Uten tilstrekkelig informasjon kan slike vurderinger vanskeligjøres. Det bidrar også til utfordringer ved formulering av svar. Flere legemidler kan brukes ved amming, men kan ikke brukes under graviditet. Svaret må i tilfelle dekke flere mulige scenarier. Et eksempel er spørsmål om ibuprofen (Ibux®), som ikke er anbefalt under graviditet, da det kan gi fosterskader og påvirke fødselsforløpet^{23, 24}. Ibuprofen kan imidlertid brukes av ammende, da legemiddelet har kort halveringstid, i liten grad går over i morsmelk og i mengder som er lavere enn doser som blir gitt til spedbarn⁴³.

Den relativt høye andelen spørsmål som gjaldt reseptpliktige legemidler kan være en indikasjon på at TMM kan bidra til å supplere informasjon fra helsepersonell som leger og farmasøyter. Det er også et signal om at gravide og ammende har behov for mer og bedre informasjon ved forskrivning og utlevering av legemidler.

Over 20 % av de innsendte spørsmålene omhandlet legemidler unntatt reseptplikt. I denne kategorien inngikk blant annet generelle spørsmål om behandling av smerter og halsbrann. Flere legemidler brukt i behandling av vanlige svangerskapsrelaterte plager, som halsbrann, finnes i pakningsstørrelser unntatt reseptplikt⁷⁷. Enkelte legemidler unntatt reseptplikt er også tilgjengelige utenom apotek^{5, 86}. Ved kjøp av legemidler utenom apotek finnes ingen mulighet til å få informasjon om valg av legemiddel eller om legemiddelets egenskaper eller bruk⁸⁶. Den eneste informasjonen kvinnene er garantert å få ved kjøp av legemidler er den informasjonen de finner i pakningsvedlegg. Ved å lese pakningsvedlegget kan kvinnene i flere tilfeller få informasjon om at legemiddelet ikke er anbefalt brukt ved graviditet og amming. Det kan også være ulik informasjon om bruk under graviditet og amming i pakningsvedlegg fra ulike produsenter⁸⁷. Dette kan gi usikkerhet hos kvinnene. Den gravide eller ammende kan derfor ha et større behov for informasjon når det gjelder legemidler unntatt reseptplikt. Flere kan i en slik situasjon ha benyttet TMM som en lett tilgjengelig kilde til informasjon.

Flere spørsmål omhandlet flere legemidler. Imidlertid reflekterer ikke det gjennomsnittlige antall indekserte legemidler på 1. ATC-nivå det reelle antallet legemidler per spørsmål. Dersom et spørsmål omhandlet flere legemidler i samme gruppe, ga dette kun én registrering på 1. ATC-nivå. Gjennomsnittlig antall indekserte legemidler på 1. ATC-nivå var 1,22 legemidler per spørsmål. Det reelle gjennomsnittet vil være høyere enn dette.

Spørsmål om legemidler i ATC-gruppene N (nervesystemet) (35,5 %), R (respirasjonsorganer) (28,5 %) og A (fordøyelsesorganer og stoffskifte) (15,4 %) var hyppigst forekommende. Fordelingen skiller seg fra fordelingen i en norsk studie av forskrevne legemidler til kvinner fra 3 måneder før befruktning til 3 måneder etter fødsel². I studien utført av Engeland og medarbeidere utgjorde legemidler i gruppene urogenitalsystem og (G) kjønnshormoner, J (antiinfektiva til systemisk bruk) og R (respirasjonsorganer) de tre største gruppene². En mulig årsak til denne forskjellen kan være at studien undersøkte forskrivning av legemidler. Over 20 % av de forespurte legemidlene i TMM var imidlertid legemidler unntatt reseptplikt. Dette kan blant annet gi utslag på antall indekserte legemidler i ATC-gruppe N (nervesystemet), som blant annet inkluderer smertestillende legemidler, og A (fordøyelsesorganer og stoffskifte), som blant annet inkluderer midler mot halsbrann (A02). Flere av disse legemidlene finnes i pakningsstørrelser unntatt reseptplikt⁷⁷. I studien av Engeland og medarbeidere er det heller ikke tatt hensyn til om legemidlene faktisk ble brukt. En annen årsak kan være at spørsmål som kom inn til tjenesten ikke nødvendigvis reflekterer andeler av gravide og ammende som bruker de ulike legemidlene i befolkningen. Fordelingen av forespurte legemidler kan imidlertid gi en indikasjon på hvilke grupper av legemidler som utgjør størst informasjonsbehov.

Analgetika (N02), smertestillende, utgjorde den største andelen av indekserte legemidler i gruppe N (nervesystemet). Andre studier indikerer at smertestillende, og i de fleste tilfeller paracetamol, er brukt av en stor andel av gravide. Heitmann rapporterte at 77 % av kvinnene i en intervjuundersøkelse i Norge oppga å ha brukt smertestillende legemidler under graviditeten¹¹⁹. I en undersøkelse utført av Nordeng og medarbeidere var paracetamol det legemidlet flest hadde brukt under graviditeten (67 %)⁴. Funnene fra TMM stemmer godt overens med dette, da en stor andel av spørsmålene i gruppen analgetika (N02) omhandlet paracetamol (Vedlegg 12).

I ATC-gruppe A (fordøyelsesorganer og stoffskifte) utgjorde midler mot syrerelaterte lidelser (A02) den største andelen. Her inngår blant annet midler brukt mot halsbrann. Dette kan ha

sammenheng med at halsbrann er en vanlig plage under graviditeten¹⁵. Flere av disse legemidlene finnes også i pakningsstørrelser unntatt reseptplikt¹¹³, og er slik forholdsvis lett tilgjengelige.

Flere innsendte spørsmål omhandler blant annet legemidler brukt ved smerte, allergi, psykisk sykdom og astma. Dette omfatter i flere tilfeller kronisk bruk. Legemiddelbehandling ved graviditet og amming innebærer en vurdering av nytte opp mot risiko ved bruk. Det kan være særlig viktig at denne gruppen får god informasjon. Det er blant annet vist at utilstrekkelig behandling av astma og psykisk sykdom under graviditet kan føre til komplikasjoner for mor og foster^{31, 35}. Det er derfor viktig at gravide kvinner med astma eller psykisk sykdom får evidensbasert informasjon. Flere kvinner oppga at de hadde fått beskjed av lege om ikke å bruke blant annet legemidler brukt ved behandling av astma og allergi. I en studie av Heitmann oppga flere kvinner også at de hadde fått beskjed av lege om ikke å bruke allergimedisin under graviditeten¹¹⁹. Helsemyndighetene har fokus på at pasienten skal medvirke i valg av behandling¹. Pasienten har også en rett til å få informasjon om mulig risiko og bivirkninger ved behandlingen de mottar¹⁰. For at dette skal være mulig er det nødvendig at det foreligger evidensbasert informasjon om legemiddelbehandlingen. En canadisk studie av kvinner som ringte inn til en TIS viste at evidensbasert rådgivning bidro til å redusere oppfatning av risiko ved bruk av antidepressive legemidler under graviditet³⁵. Studien fant også at den gravides avgjørelse om å fortsette bruk av legemidler under graviditeten var assosiert med om den første kilden de konsulterte ga betryggende informasjon. Med tanke på at mange kvinner søker etter informasjon på internett tidlig i svangerskapet^{71, 85}, kan TMM være en viktig kilde for evidensbasert informasjon som kan bidra til å redusere oppfatningen av risiko i tilfeller hvor behandling er viktig for den gravide eller ammendes helse.

5.2.1.2 Svarfrist og hentestatus

Nærmere 30 % av svarene i TMM ble ikke hentet. Uavhentede svar var assosiert med lengre tid på svarfrist ($p=0,025$), manglende informasjon i spørsmålet ($p=0,002$) og kort tid brukt på å utarbeide svar ($p=0,001$). Det er imidlertid viktig å påpeke at man ikke kan trekke noen slutninger om i hvilken grad dette kan forklare funnet. Det kan allikevel være interessant å blant annet diskutere hvorvidt en kortere svarfrist ville kunne føre til flere hentede svar. Flere informasjonsleverandører som tilbyr råd fra helsepersonell til allmennheten tilbyr svar innen én virkedag^{65, 76}. Flere nettsider inneholder også generell informasjon om graviditet og amming^{28, 63}, i tillegg til ulike nettfora hvor man kan få kontakt med andre i samme

situasjon^{79, 80}. Den som søker etter informasjon kan dermed få svar fra andre kilder innen TMMs frist på to virkedager har utløpt. Median tid fra publisert svar til svarfrist er 25,9 timer. Det vil si at over halvparten av svarene i pilotperioden har blitt publisert innen én virkedag. Dette kan være et argument for at det kan være mulig å redusere svarfristen til en virkedag. Flere av de som har hentet svar fra TMM har hentet det i timene rundt oppgitt svarfrist. Den mediane tiden fra svar ble hentet til svarfrist var -1,2 timer, altså 1 time og 12 minutter før svarfrist. Dette kan være en indikasjon på at de som henter svar har registrert at svarfrist er to virkedager. Man kan allikevel ikke utelukke at de har forsøkt å hente ut svar før svaret ble publisert og før svarfrist.

5.2.1.3 Brukerevaluering

Nærmere halvparten av de som hentet svar fra TMM evaluerte tjenesten. En svært høy andel av brukerne oppga at svaret de hadde mottatt var nyttig. Det ble blant annet gitt uttrykk for at svar reduserte bekymringer. Dette er også vist i andre studier, blant annet av Hancock, som viste at evidensbasert rådgivning reduserte oppfatningen av risiko forbundet med legemiddelbruk under graviditet³⁵. Studien viste også at høy oppfatning av risiko ved legemiddelbruk under graviditet kunne føre til at gravide sluttet å ta forskrevne legemidler³⁵. TMM kan, som tidligere nevnt, i så måte bidra til at gravide fortsetter med behandling som forskrevet.

Enkelte brukere oppga at svaret ikke var nyttig. Dette var i flere tilfeller knyttet til tekniske problemer med å få opp svaret. Årsaken til dette problemet er at henting av svar ikke fungerer i eldre nettlesere (for eksempel Internet Explorer 7). Ved henting av svar får brukere også informasjon om dette. Under 5 % av norske internettbrukere anvender nettleseren Internet Explorer 7¹²⁰, og dette problemet vil derfor ramme et fåtall brukere.

Enkelte brukere stilte oppfølgingsspørsmål i forbindelse med evalueringen eller uttrykte ønske om mulighet for å gjøre dette. 12 spørsmålsstillere skrev i innsendt svar at de hadde sendt inn spørsmål tidligere. Dette indikerer at brukere kan ha behov for muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Konesjonen fra Datatilsynet begrenser muligheten for å kommunisere med brukere (Vedlegg 2). Brukere får oppgitt en referansekode ved innsending av svar. Denne må de oppgi ved henting av svaret. Flere brukere ga uttrykk for at ønsket referanseskode tilsendt per e-post eller SMS. Det ble også ytret ønske om å få svar tilsendt per e-post. Andre helserelaterte nettbaserte informasjonstjenester formidler svar direkte til bruker per e-post^{64, 65}. Dette gir mulighet for at alle brukere mottar svaret sitt, forutsatt at de

oppgir riktig e-postadresse. Apotekkjeden har blant annet en løsning hvor spørsmålsstiller oppgir sin e-postadresse. E-posten går gjennom et grensesnitt for utveksling av sikker e-post, slik at svaret sendes som kryptert e-post tilbake til spørsmålsstiller⁶⁶. Dette for å sikre brukerens anonymitet. En av kjedene har også en chat tjeneste som er åpen 4 timer i døgnet⁶⁸. Alle svar lagres i interne databaser som blir brukt til intern oppfølging, og innholdet i databasene er tilgjengelige for farmasøytene som svarer^{68, 69}. Et fåtall ansatte har tilgang til databasen, og brukernavn og passord kreves for å logge seg inn⁶⁶. Ved å sende inn spørsmål per e-post samtykker spørsmålsstiller i at opplysningene i spørsmålet blir registrert i databasene^{68, 69}. Dette likner på flere måter på organiseringen av TMM, med unntak av at spørsmålsstiller får svar tilsendt. Dersom TMM hadde hatt mulighet til å sende referansekode eller svar til bruker, kunne dette bidratt til at flere brukere fikk informasjonen de hadde etterspurt.

Mange av brukerne oppgav å ha hørt om TMM gjennom sosiale medier. Begrepet sosiale medier kan for mange være uklart¹¹⁷. Blant annet kan nettaviser av noen oppfattes som sosiale medier, mens andre kan oppfatte det som avis. En mindre andel oppga at de hadde hørt om tjenesten i avis eller blad. Kategoriene kan dermed være overlappende. Flere kan også ha funnet tjenesten ved søk via søkemotorer. Det var ikke noe alternativ som dekket dette, og den mest nærliggende kategorien kan dermed være «sosiale medier». Bedre definerte kategorier vil kunne bidra til å gi et riktigere bilde av hvor brukerne får vite om TMM. Dette kan være viktig ved en økt satsning på markedsføring. Frekvensen av saker økte etter oppslag i nettaviser og andre nettsider. Dette kan være et insentiv for økt satsning på markedsføring via slike medier. Ved markedsføring via sosiale medier kan det være viktig å prøve å finne løsninger som utnytter potensialet disse gir, blant annet til å spre informasjon mellom medlemmene i et nettverk¹¹⁷.

Brukerne oppgav i 1 av 5 tilfeller å ha hørt om tjenesten fra jordmor eller helsesøster, mens en liten andel oppga å ha hørt om tjenesten via lege. Svangerskapsomsorgen, et tilbud gitt av jordmor eller lege, har høy oppslutning i Norge¹, og kan derfor være en markedsføringskanal som når ut til mange potensielle brukere av tjenesten. Det kan også gi helsepersonell tilknyttet denne mulighet til å henvise sine pasienter til et nettsted med lettfattelige svar på detaljerte spørsmål om legemidler. Dette var noe som blant annet ble etterlyst i Legemiddelmeldingen¹¹. Annet helsepersonell, som farmasøytter, kan også ha nytte av å kunne henvise gravide og

ammende til en slik tjeneste, da det er vist at mange i gruppen henvender seg til apotek for informasjon om legemiddelbruk⁴.

Flere brukere uttrykte ønske om at spørsmål og svar skulle publiseres på TMMs nettsider. En bruker foreslo at man kunne opprette en søkbar spørsmåls- og svardatabase. En annen foreslo at det kunne bli lagt ut en oversikt over vanlig stilte spørsmål (FAQ). Flere legemiddelinformasjontjenester for gravide og ammende publiserer slik informasjon¹²¹. OTIS har blant annet publisert flere faktaark med informasjon om ulike former for eksponering under graviditet og amming⁹⁵. Det kan imidlertid diskuteres om TMM skal gi slik informasjon, da den er en tjeneste som har formål om å gi informasjon til individer. Svar gitt til en spørsmålsstiller vil ikke nødvendigvis gjelde en annen. Slike svar vil derfor ikke nødvendigvis egne seg for publisering, da svarene ikke nødvendigvis kan generaliseres. Noe informasjon, som informasjon om antihistaminer brukt ved pollenallergi¹²², er imidlertid noe som flere gravide og ammende kunne hatt stor nytte av å få mer informasjon om, for slik å sikre best mulig helse for mor.

5.2.1.4 Intern evaluering

Ved intern evaluering av svar angir RELIS-ansatte blant annet hvilken type råd de har gitt. I de fleste tilfeller oppga de å ha gitt konkrete råd. Dette innebærer at de har gitt informasjon i svaret. Det var få tilfeller hvor RELIS-ansatte kun ga råd om å kontakte lege. Prosedyrene for saksgang i TMM sier at kategorien «kontakt lege» bare bør brukes i tilfeller hvor det ikke er gitt noen som helst råd foruten om å kontakte lege (Vedlegg 15). Hva disse kategoriene omfatter har vært diskutert blant de RELIS-ansatte. Det kan ha vært ulik praksis i hvilke svar som har inngått i de ulike kategoriene. Konkrete råd kan også inneholde en anbefaling om å ta opp spørsmål med lege. Dette gjør det vanskelig å trekke noen konklusjoner om hvor mange brukere som blir henvist til lege ut fra disse resultatene. Det kan imidlertid synes som at en stor andel av brukerne får konkret informasjon om legemiddelbruk.

RELIS-ansatte oppga i de fleste svarene at de hadde diskutert svaret med en kollega (kosignatur). Diskusjon av svar bidrar til kvalitetssikring, blant annet ved kontroll om svaret samsvarer med spørsmålet og ved å diskutere om svaret er formulert på en måte som spørsmålsstiller kan forstå. Ifølge prosedyrene skulle kosignatur i utgangspunktet gjennomføres, og skulle alltid gjøres i oppstartsfasen av tjenesten. Etter hvert som de RELIS-ansatte får mer erfaring med å besvare spørsmål i TMM, kan man forvente at andelen svar diskutert med kollega vil kunne gå ned. Dette vil kunne innebære redusert ressursbruk. TMM-

databasen inneholder mange spørsmål og svar som kan være nyttige for utarbeiding av nye svar. Mange spørsmål som kommer inn til tjenesten omhandler liknende problemstillinger, og flere er også enkle å løse rent faglig. Det kan allikevel være viktig å diskutere svar med kollega for å kontrollere at man faktisk har svart på spørsmålet.

Den angitte tiden brukt på å utarbeide svar, kan være forbundet med usikkerhet, da hver enkelt RELIS-ansatt må vurdere hva de mener de har brukt av tid på saken. I prosedyrene for TMM blir RELIS-ansatte bedt om å angi så nøyaktig de kan hvor lang tid (effektiv tid) de har brukt på saken (Vedlegg 15). Prosedyrene sier ikke noe om tid brukt av kollega som leser gjennom svaret skal inkluderes i den angitte tiden. Dersom denne tiden ikke blir inkludert, vil tiden brukt på svar ikke gjenspeile faktisk ressursbruk. Ut fra angitte svartider er den gjennomsnittlige tiden brukt på å svare 49 minutter. Den mediane tiden brukt på svar er imidlertid noe lavere. Dette betyr at det er en spredning i data, hvor halvparten av svarene er angitt å ta under 40 minutter. For å få et bedre inntrykk av spredningen i svartid ble disse gruppert i halvtimes intervaller. Denne inndelingen viste at nesten halvparten av svarene (45 %) hadde angitt svartid inntil 30 minutter, mens 34 % av svarene hadde angitt tid brukt på svar mellom 30 minutter og inntil 60 minutter. Test av assosiasjon mellom gruppert tid brukt på svar og måned svaret ble innsendt til TMM viste at det var en tendens til at svartiden var assosiert med måned svaret ble sendt inn ($p=0,009$). Antall svar hvor svartid var over 90 minutter gikk ned fra august til desember. Dette kan antyde at den enkelte RELIS-ansatte bruker mindre tid på utarbeide svar med økt erfaring. Økt grad av gjenbruk av svar fra TMM-databasen kan også gi lavere tid brukt på svar etter hvert som antall saker i databasen øker.

Total tid brukt på svar vil gi et svært usikkert estimat på faktisk ressursbruk, da måten den enkelte RELIS-ansatte vurderer effektiv tid kan variere. Total tid brukt på å utarbeide svar var ifølge de angitte svartidene 706,3 timer. Dette tilsvarer 18,8 uker ved arbeidsuker av 37,5 time. Det er viktig å være klar over at dette kan være et lavere tall enn faktisk tid brukt.

5.2.2 Spørreundersøkelse

I spørreundersøkelsen sendt ut til alle RELIS-ansatte involvert i TMM uttrykte kun 2 av 24 at de savnet tilgang til kilder i forbindelse med å utarbeide svar. Dette kan antyde at de RELIS-ansatte har informasjonen de trenger for å kunne utarbeide svar. RELIS har flere års erfaring med å svare helsepersonell på spørsmål angående legemiddelbruk til gravide og ammende og en 1 av 5 henvendelser gjelder legemiddelbruk ved graviditet og amming⁹⁰. De har også tilgang til flere relevante kilder.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at manglende mulighet for å kommunisere med spørsmålsstiller ble oppfattet som utfordrende av RELIS-ansatte. Andre utfordringer som ble nevnt var blant annet manglende opplysninger i spørsmålet og uklarhet rundt spørsmålsstiller situasjon. Disse faktorene kan blant annet gjøre det vanskelig å gi konkrete råd. Det kan også bidra til at tiden brukt på å svare går opp, som følge av diskusjoner og vurderinger i forhold til formulering av svar. Det kan imidlertid også føre til at spørsmålsstiller henvises til lege, dersom det på grunn av manglende opplysninger ikke er mulig å gjøre en tilstrekkelig vurdering av nytte mot risiko, eller dersom det vurderes som nødvendig å henvise spørsmålsstiller til lege slik at spørsmålsstiller får tilstrekkelig oppfølging. TMM er tenkt som et supplement til informasjon fra annet helsepersonell med behandlingsansvar. Det er derfor viktig at svarene reflekterer dette. En mulig løsning, som også har vært benyttet i svar gitt i pilotperioden, er å inkludere en setning i svaret om at spørsmålsstiller kan ta med seg svaret til sin lege. Det gir mulighet for kommunikasjon mellom lege og RELIS i tilfeller hvor lege kan ha behov for mer informasjon.

I kommentarene gitt i spørreundersøkelsen var en RELIS-ansatt opptatt av at RELIS i høyere grad burde samarbeid med andre relevante fagmiljø i forbindelse med TMM. Et slikt samarbeid ville kunne styrke kompetansen både hos RELIS og hos samarbeidende fagmiljø. RELIS har kompetanse på bruk av legemidler, naturmidler og kosttilskudd ved graviditet og amming. Andre typer eksponering, som stråling og matvarer, faller utenfor RELIS mandat. Det kan da være aktuelt å henvise til institusjoner som jobber med dette, for eksempel Statens strålevern eller Mattilsynet. Et nettverk for institusjoner og grupper involvert i rådgivning om eksponering under graviditet og i ammeperiode ville også kunne gi bedre informasjon til brukergruppen gravide og ammende ved at det kunne bli mer tydelig hvilke instanser som best kunne besvare kvinnernes henvendelser. Det uavhengige utvalget som utredet etableringen av en norsk teratologitjeneste foreslo også opprettelse av en norsk teratologiforening for å fremme forskningssamarbeidet på feltet i Norge⁸¹.

Andre kommentarer gitt i spørreundersøkelsen sammenfaller i stor grad med resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Problemstillingene diskuteres derfor i sammenheng med disse i kap. 5.2.3.

5.2.3 Fokusgruppeintervju

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene ga informasjon om organisering av tjenesten og om de RELIS-ansattes erfaringer og holdninger til tjenesten. Disse vil bli diskutert i avsnittene som følger.

5.2.3.1 Organisering av tjenesten

De ulike RELIS-sentrene organiserte tjenesten på noe forskjellig måte. Innsendte spørsmål ble blant annet fordelt på ulik måte. Ved et senter ble saker fordelt på møte om morgenen, mens RELIS-ansatte ved de andre sentrene logget seg inn og tok saker kontinuerlig. En fordel med fordeling av saker på morgenmøte var at alle RELIS-ansatte fikk oversikt over spørsmålene som hadde kommet inn. Det ga også mulighet for diskusjon av problemstillinger i plenum. Denne organiseringen kan imidlertid være sårbar ved at den forutsetter at spørsmål blir vasket innen møtet. Ved stor pågang til tjenesten kan dette føre til en opphopning av ubesvarte spørsmål. Dette vil potensielt kunne påvirke svartiden. Det kan imidlertid variere hva som fungerer best for de enkelte senter ut fra ressurser og pågang av innsendte spørsmål.

Ved et av intervjuene tok De RELIS-ansatte opp at prosedyrene for TMM var rotete og vanskelige å finne frem i. De mente at disse burde vært gjennomgått, slik at de kunne gjøres mer tydelige og oversiktlige. Det ble også uttrykt et ønske om at alle kvalitetsdokumenter for TMM kunne ligge samlet på RELIS intranett. Prosedyrer for TMM ble utarbeidet før oppstart. I løpet av pilotperioden ble flere kvalitetssikringsdokumenter publisert. RELIS-ansattes uttalelser gir signal om at en gjennomgang av kvalitetsdokumenter og prosedyrer kan være nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenesten. Dette kan gjøre det lettere å utarbeide svar, spesielt ved opplæring av nye medarbeidere. Diskusjonen omkring kategoriene for hvilken type råd som blir gitt, og ulik praksis for hva som inkluderes i tiden brukt på svar kan være faktorer som burde tas med i vurderingen ved gjennomgang av disse dokumentene. Bedre definerte prosedyrer kan gi en mer effektiv tjeneste ved at det er klart for de RELIS-ansatte hvordan arbeidet skal utføres. Det kan også gi bedre mål for evaluering av tjenesten, ved at alle de RELIS-ansatte evaluerer svar på tilsvarende måte. Flere RELIS-ansatte uttrykte også at de var usikre på hvordan vaskingen av innkomne spørsmål var organisert. Dette kan indikere at det er et behov for bedre kommunikasjon av rutiner mellom sentrene. En gjennomgang av prosedyrer og kvalitetsdokumenter kan bidra i så måte.

Ved stor pågang til tjenesten kunne vaskeprosessen være mer tidkrevende. Enkelte ganger ble derfor ikke alle spørsmål ferdig vasket til klokken ni, som var den angitte fristen for vasking

om morgenen. Flere RELIS-ansatte savnet i slike tilfeller en oversikt over uvaskede spørsmål. Det kom forslag om at antall uvaskede saker kunne angis bak tittelen «Uvaskede» inne i databasen. Et annet forslag var at de som vasket kunne gi beskjed via intranettet eller e-post dersom det kom mange spørsmål etter fristen for vasking. Et forvarsel om hvor mange saker som kom til å komme ville kunne gjøre de RELIS-ansatte mer forberedt på arbeidsmengden som kom.

Ved flere sentre uttrykte RELIS-ansatte at TMM hadde gått ut over andre tjenester. De så også for seg at de ved økt pågang av spørsmål til TMM ville ha problemer med å svare innen svarfrist. Dette kan gi en indikasjon på at det er behov for mer ressurser til TMM dersom en ønsker å opprettholde og utvide tjenesten.

5.2.3.2 Utarbeiding av svar

Ved utarbeiding av svar uttrykte de RELIS-ansatte at de brukte mest tid på å formulere svar. Dette skyldtes ofte at de manglet informasjon i spørsmålet. Dette kan indikere at tiden brukt på å svare ville kunne reduseres ved mulighet for å innhente manglende informasjon. Svaret ville også kunne bli mer konkret, da det ikke ville være nødvendig å ta like mye forbehold. Dersom det ble åpnet for dialog med spørsmålsstiller vil det også være en mulighet for at det ville tatt lengre tid å utarbeide svar. Det er heller ikke nødvendigvis slik at det gir et klarere bilde av spørsmålsstillers situasjon.

Kosignatur ble i enkelte tilfeller ikke benyttet, da mange spørsmål er svært frekvente. Etter hvert vil behovet for kosignatur kunne bli mindre, da de RELIS-ansatte får mer erfaring. Dette vil gi en reduksjon i tid brukt på svar. RELIS-ansatte trakk frem at kosignatur var nyttig for å ha en diskusjon rundt problemstillinger. Det ble også nevnt at de hadde opplevd at det hadde blitt svart feil, for eksempel gitt svar angående legemiddelbruk ved amming, når svaret gjaldt graviditet. Det kan derfor være viktig at RELIS-ansatte er særlig bevisste på dette dersom de ikke benytter kosignatur.

5.2.3.3 Intern evaluering

Den interne evalueringen av tjenesten inkluderte indeksering av legemidler i svaret, angivelse av hvilken type råd som hadde blitt gitt og angivelse av effektiv tid brukt på svaret. Prosedyre for intern evaluering inngår i saksgang i TMM (vedlegg 15).

Resultater fra fokusgruppene viste at det var ulik praksis for hvordan den interne evalueringen ble utført. Blant annet hadde enkelte legemidler blitt indeksert på overordnet nivå (ikke angitt

kjemisk substans), for eksempel ved spørsmål om anbefaling av legemidler brukt ved allergi. Det ble stilt spørsmål ved om dette kunne begrense søkemulighetene i TMM-databasen. I saksgang for TMM (vedlegg 15) står det at de aktuelle legemidlene skal indekseres på substansnivå: ATC-nivå 5 eller så nært som mulig. Indekseringen av legemidler på overordnet nivå kan med fordel tas opp til diskusjon ved en eventuell revidering av prosedyrene. Det er viktig at alle de RELIS-ansatte er klar over at svar på generelle spørsmål kan være indeksert på overordnet nivå, slik at de kan tilpasse søkestrategien for å finne disse svarene.

Flere RELIS-ansatte uttrykte at kategoriene for hvilken type råd som var gitt kunne vært inndelt på en annen måte for å få nyttig informasjon fra resultatene. Mange råd var kombinasjoner av konkrete råd og råd om å kontakte lege, og flere nevnte at de savnet et alternativ hvor begge disse inngikk.

Det var store forskjeller på hva ulike RELIS-ansatte inkluderte i effektiv tid brukt på svar. I prosedyrene er det ikke spesifisert hva som skal inkluderes i tiden. Enkelte RELIS-ansatte inkluderte tiden brukt av kollega til å lese gjennom svaret, men inntrykket fra fokusgruppene var at dette gjaldt et fåtall. Dersom man ønsker å bruke angivelsen av tid brukt på svar for å vurdere ressursbruk, vil dette kunne gi et uriktig bilde av den faktiske ressursbruken. For å gi et bedre mål, kan en med fordel gi kriterier for hva som skal inkluderes i denne tiden brukt på svar.

En gjennomgang av rutineene for intern evaluering kan gi et bedre grunnlag for vurdering av ressursbruk og svarkarakteristika.

5.2.3.4 Kommunikasjon med spørsmålsstiller

Uavhentede svar skapte frustrasjon blant de RELIS-ansatte. Enkelte uttrykte at det følte bortkastet å utarbeide svar som ikke ble hentet. Det ble stilt spørsmål ved om mistet referansekode kunne være en årsak til at svar ikke ble hentet. Flere mente at en annen kommunikasjonsform ville kunne gi flere hentede svar. Det ble også foreslått at man kunne gjort det mer forpliktende for spørsmålsstiller å stille spørsmål, ved å ha flere innledende spørsmål. Dette kan sees i sammenheng med assosiasjonen mellom uavhentede svar og manglende informasjon i spørsmålet. Spørsmål med lite informasjon kan ha en tendens til ikke å bli hentet. En RELIS-ansatt mente at mange kunne lete videre etter svar etter innsending av spørsmål til TMM, og kanskje få svar fra andre kilder.

Flere RELIS-ansatte oppga at de i flere tilfeller kunne hatt behov for eller ønske om å diskutere spørsmålet med spørsmålsstillere. Få hadde imidlertid ønske om en telefontjeneste. Enkelte var positive til en delvis telefontjeneste hvor RELIS-ansatte kunne selektere spørsmålsstillere til telefonhenvendelser. Det ble pekt på at en telefontjeneste ville blitt svært ressurskrevende. Et annet aspekt ved dette var at RELIS ikke ønsket å intervensere i forholdet mellom pasient og lege. En telefontjeneste ville potensielt bevege seg inn på dette området.

Ved publisering av ofte stilte spørsmål (FAQ) eller generell informasjon på TMMs nettsider uttrykte flere RELIS-ansatte at det ville være vanskelig å velge hva man kunne lagt ut av informasjon. Det kunne være en risiko for at de som leste informasjonen ikke forstod svaret. Da bruk av legemidler ved graviditet og amming innebærer en nytte-risiko-vurdering, vil det i svært få tilfeller være informasjon som kunne gis på generell basis. De RELIS-ansatte uttalte at TMMs intensjon var å gi individuelle råd. Det ble også nevnt at andre informasjonsleverandører ga generell informasjon på internett, deriblant www.helsenorge.no. En RELIS-ansatt uttrykte imidlertid at det kunne være vanskelig for de gravide og ammende å finne kvalitetssikret informasjon på internett. TMM kan derfor være en viktig kilde til informasjon. En mulig løsning kunne vært å publisere enkelte ofte stilte spørsmål (FAQ), men samtidig gi informasjon om muligheten for å stille spørsmål til tjenesten dersom det publiserte svaret ikke var til hjelp.

5.2.3.5 Videreutvikling av tjenesten

Mange RELIS-ansatte ga uttrykk for at de trodde økt markedsføring av tjenesten potensielt kunne gi langt større pågang til TMM enn i pilotperioden. Det ble pekt på at markedsføringen burde rettes mot miljø hvor gravide og ammene var, deriblant svangerskapsomsorgen. Det kan være viktig å koordinere markedsføringstiltak, slik at alle RELIS-ansatte er klar over at det kan komme større mengder spørsmål i forbindelse med dette.

Det ble pekt på flere forbedringsmuligheter for TMMs tekniske løsning. Alle de intervjuede RELIS-ansatte ønsket en forbedret søkefunksjon. En utvidet søkefunksjon med muligheter for kombinerte og trunkerte søk ville kunne gjøre søk mer effektivt. TMM-databasen blir større og mer uoversiktlig over tid. En forbedret søkefunksjon kan bidra til at svartid går ned. Andre forbedringsforslag var blant annet å gjøre svarfeltet i applikasjonen større og opprette en utskriftsmulighet hvor hele svaret kom med.

Flere RELIS-ansatte uttrykte at de var positive til en utvidelse av TMM mot en fullverdig TIS. Dette ville ha krevd langt mer ressurser enn i dag. Etter å ha gitt råd til brukerne av tjenesten kreves oppfølging i form av brev eller telefonintervju og kontroll av pasientdata fra klinikker eller andre institusjoner¹²³. Schaefer skriver i en artikkel at det tar gjennomsnittlig 3 timer å fullføre en saksrapport¹²³. Det kan diskuteres om det er behov for en slik omfattende tjeneste i Norge. Norske forhold skiller seg på flere områder fra andre land. Det finnes blant annet flere registre (Reseptregisteret, Norsk Medisinsk Fødselsregister med mer) som blant annet kan gi mulighet for oppfølging av fosterskader.

Ved en eventuell utvikling av liknende nettbaserte tjenester kan applikasjonen som er utviklet for TMM brukes som utgangspunkt. Dette vil gi mindre kostnader ved oppstart enn det som krevdes ved opprettelsen av TMM. De RELIS-ansatte har også opparbeidet erfaring med håndtering av spørsmål fra publikum, og formulering av svar til disse. Dette kan gi et godt grunnlag for å åpne for informasjon til andre brukergrupper. Flere RELIS-ansatte var imidlertid skeptiske til en utvidelse til andre brukergrupper. Spørsmål om legemidler til gravide og ammende er et avgrenset felt, spørsmålene ble i stor grad oppfattet som enkle, og det var gode muligheter for gjenbruk. Det var blant annet usikkerhet rundt hvilke type spørsmål en slik tjeneste ville få. Dersom spørsmålene ble for komplekse måtte man henvise spørsmålsstiller til lege. Flere så også for seg at ressursbehovet ville vært uforutsigbart.

6 Konklusjon

Publikum synes å være positive til tjenesten, og de aller fleste synes svar de mottar er nyttig. Mange stilte spørsmål om legemidler brukt ved smerter, allergi, psykiske lidelser og astma. Det er viktig at kvinner mottar tilstrekkelig behandling mot sykdom under graviditet og amming for å forhindre komplikasjoner, og øke livskvalitet. TMM kan bidra til å redusere bekymring, og slik bidra til å forhindre komplikasjoner ved avbrutt behandling.

Den relativt høye andelen spørsmål som gjaldt reseptpliktige legemidler kan være en indikasjon på at TMM kan bidra til å supplere informasjon fra helsepersonell som leger og farmasøyer. Det er også et signal om at gravide og ammende har behov for mer og bedre informasjon ved forskrivning og utlevering av legemidler.

En tredjedel av svarene fra tjenesten ble ikke hentet. Lang svarfrist, manglende informasjon i spørsmål og kort tid brukt på svaret var assosiert med uavhentede svar. Dette kan indikere at kortere svarfrist kan gi flere hentede svar. Brukere av tjenesten har også uttrykt at de ønsket svaret raskere. Halvparten av svarene har blitt publisert over et døgn før svarfrist. Funn fra studien viser også at tid brukt på svar har gått ned med tid i pilotperioden. Dette vil være naturlig da RELIS-ansatte får mer erfaring med å besvare spørsmål fra tjenesten. En kortere svarfrist kan bidra til å gjøre tjenesten mer brukervennlig.

Både brukere av tjenesten og flere RELIS-ansatte etterlyste en enklere måte for bruker å motta svar på. Systemet med referansekode kan være en medvirkende årsak til at svar ikke blir hentet. Det viktigste målet med tjenesten må være at bruker får svar. Flere etterlyste mulighet for å motta svar eller referansekode på e-post eller per SMS.

En gjennomgang og strukturering av prosedyrer og kvalitetsdokumenter for TMM vil kunne bidra til å gi en mer effektiv tjeneste. Prosedyrene ble av RELIS-ansatte oppfattet som noe uoversiktlig. Det var også forvirring omkring blant annet vaskerutiner. Ved klare og oversiktlige prosedyrer vil det være lettere for de RELIS-ansatte å sette seg raskt inn i arbeidsoppgavene. Ved gjennomgang av prosedyrene kan diskusjon omkring den interne evalueringen og prosedyrer for dette med fordel inngå. Mer konkrete retningslinjer og kriterier for blant annet tiden angivelse brukt på å svare, kan gi et bedre estimat for ressursbruk.

7 Etterord

Flere nye problemstillinger har dukket opp i arbeidet med denne oppgaven. Materialet gir rike muligheter for videre studier, og det kan være nyttig å undersøke for videre utvikling av tjenesten. RELIS har i sin handlingsplan for 2012 valgt å videreføre TMM. I budsjettforslag for 2013 er TMM lagt inn som ordinær post. RELIS har også planer om å utføre et pilotprosjekt angående generell legemiddelinformasjon til publikum.

En problemstilling som ble tatt opp i denne studien, som kan være viktig for videre utvikling av tjenesten var årsaker til at svar ikke ble hentet. Det kunne vært nyttig å undersøke dette nærmere. Flere variabler enn de som ble undersøkt her kunne med fordel vært inkludert i analysen.

Videre analyser av materiale fra TMM-databasen vil blant annet kunne bidra til kvalitetssikring av svar. En undersøkelse som kan bidra til å sikre god kvalitet på svarene som blir gitt er å sammenligne råd som blir gitt ved samme type problemstilling, og undersøke om de samsvarer. Dette kunne vært utført ved å sammenligne råd gitt om samme tema i TMM-databasen. Når det gjelder kvalitetssikring av svar kunne det også vært interessant å undersøke hvilke kilder som ble brukt for å utarbeide svar. Flere svar blir blant annet utarbeidet på bakgrunn av tidligere svar fra TMM-databasen.

Andre problemstillinger det kunne vært interessant å undersøke inkluderer undersøkelse av hvilke legemidler det spørres om ved graviditet og hvilke det spørres om ved amming. Dette kunne gitt mulighet for å undersøke hvor stor andel av innsendte spørsmål som omhandlet legemidler forbundet med særlig risiko ved henholdsvis graviditet eller amming. Det kan også være et nyttig grunnlag for å vurdere hvilke tema som kan være mest aktuelle ved eventuell utarbeidelse av generell informasjon på nettsiden.

7 Referanser

1. Klovning, A., Backe, B., Eide, B. I., Blix, E., Aarseth, J., Mathiesen, M. R., Holan, S. & Roland, B. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 118 s.
2. Engeland, A., Bramness, J. G., Daltveit, A. K., Ronning, M., Skurtveit, S. & Furu, K. (2008). Prescription drug use among fathers and mothers before and during pregnancy. A population-based cohort study of 106,000 pregnancies in Norway 2004-2006. *Br J Clin Pharmacol*, 65 (5): 653-60.
3. Nordeng, H., Holst, L. & Widnes, S. F. (2011). Legemiddelbruk blant gravide i Norge. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 2011 (4): 11-14.
4. Nordeng, H., Ystrom, E. & Einarson, A. (2010). Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol*, 66 (2): 207-14.
5. Vollset, I. (2011). *Lister over legemidler som kan omsettes utenom apotek* [Internett]: Statens Legemiddelverk. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/upload/119759/Ny%20LUA-liste%20gjeldende%20fra%2001022012.pdf> (lest 7. mai 2012).
6. Gardiner, S. J. & Woods, D. J. (2007). Drugs in pregnancy and lactation. I: Walker, R. & Whittlesea, C. (red.) *Clinical pharmacy and therapeutics*, s. 681-690. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
7. Widnes, S. & Schjøtt, J. (2008). Advice on Drug Safety in Pregnancy. Are there Differences between Commonly Used Sources of Information? *Drug Safety*: 799-806.
8. Myhr, K. (2002). Kan vi stole på preparatomtaler? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 27 (122): 2644-2646.
9. Goodwin, J., Rieder, S., Rieder, M. J. & Matsui, D. (2007). Counseling regarding pregnancy--related drug exposures by family physicians in Ontario. *Can J Clin Pharmacol*, 14 (1): e58-69.
10. Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov nr. 63 av 2. juli 1999 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken*. . NOU; 2004-2005.
12. ENTIS (European Network of Teratology Information Services). *Members* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.entis-org.com/en/members.php> (lest 16. april 2012).
13. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi & Avdeling for Medisinsk fødselsregister. (2011). Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2009. Fødsler i Norge. I: Bjørge, T. (red.). Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt. 68 s.
14. Backe, B. (2010). *T15.1 Graviditet*. Fjeldstad, T. (red.). Norsk Legemiddelhåndbok, T15 Graviditet, fødsel og amming. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhåndbok.
15. Marrero, J. M., Goggin, P. M., de Caestecker, J. S., Pearce, J. M. & Maxwell, J. D. (1992). Determinants of pregnancy heartburn. *Br J Obstet Gynaecol*, 99 (9): 731-4.
16. Jewell, D. J. & Young, G. (2001). Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD001142.
17. Engeland, A., Bramness, J., Daltveit, A., Rønning, M., Skurtveit, S. & Furu, K. (2008). Prescription drug use among fathers and mothers before and during pregnancy. A population-based cohort study of 106,000 pregnancies in Norway 2004-2006. *British Journal of Pharmacology*: 653-660.

18. Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M. & Flower, R. J. (2007). Harmful effects of drugs. I: Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M. & Flower, R. J. (red.) *Rang and Dale's pharmacology*, s. 751-763. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
19. Sandnes, D., Christoffersen, T. & Stray-Pedersen, B. (2010). II. *Virkninger på fosteret*. Fjeldstad, T. (red.). Norsk Legemiddelhåndbok, G7 Graviditet og legemidler. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
20. De Santis, M., Straface, G., Carducci, B., Cavaliere, A., De Santis, L., Lucchese, A., Merola, A. & Caruso, A. (2004). Risk of drug-induced congenital defects. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: 10-19.
21. Brent, R. L. (2004). Environmental causes of human congenital malformations: the pediatrician's role in dealing with these complex clinical problems caused by a multiplicity of environmental and genetic factors. *Pediatrics*, 113 (4 Suppl): 957-68.
22. Webster, W. S. & Freeman, J. A. D. (2001). Is this drug safe in pregnancy? *Reproductive Toxicology*.
23. Ofori, B., Oraichi, D., Blais, L., Rey, E. & Berard, A. (2006). Risk of congenital anomalies in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: A nested case-control study. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*, 77 (4): 268-79.
24. Sandnes, D., Christoffersen, T. & Stray-Pedersen, B. (2010). III. *Klassifisering av de enkelte legemidlene etter antatt risiko*. Fjeldstad, T. (red.). Norsk legemiddelhåndbok, 2012, G7 Graviditet og legemidler. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
25. *Alkohol og graviditet*. (2011). Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Alkohol-og-graviditet.aspx> (lest 20. april 2012).
26. Moore, K. L., Persaud, T. V. N. & Torchia, M. G. (2008). *The developing human: clinically oriented embryology*. Philadelphia: Saunders Elsevier. XIV, 522 s.
27. Helsedirektoratet. (2011). *Er det trygt å bruke medisiner når jeg er gravid?* [Internett]: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Er-det-trygt-aa-bruke-medisiner-naar-jeg-er-gravid.aspx> (lest 15. mars 2012).
28. *Legemidler og svangerskap*. (2010). [Internett]. I: Johannessen, T. (red.): Norsk Helseinformatikk. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/legemidler-og-svangerskap-35511.html> (lest 15. mars 2012).
29. Sandnes, D., Christoffersen, T. & Stray-Pedersen, B. (2010). IV. *Behandlingspolitikk hos gravide (og generelt hos yngre kvinner)*. Fjeldstad, T. (red.). Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell, G7 Graviditet og legemidler. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
30. Finer, L. B. & Zolna, M. R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, 84 (5): 478-85.
31. Blais, L. & Forget, A. (2008). Asthma exacerbations during the first trimester of pregnancy and the risk of congenital malformations among asthmatic women. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121 (6): 1379-84, 1384 e1.
32. Demissie, K., Breckenridge, M. B. & Rhoads, G. G. (1998). Infant and maternal outcomes in the pregnancies of asthmatic women. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158 (4): 1091-5.
33. National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee & Third Expert Panel on the Management of Asthma. (2007). National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.

34. Nordmo, E., Giverhaug, T., Solhaug, V. & Spigset, O. (2010). *SSRI og graviditet* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.relis.no/Aktuelt/Arkiv/2010/SSRI_og_graviditet?p=1 (lest 9. mai 2012).
35. Bonari, L., Koren, G., Einarson, T. R., Jasper, J. D., Taddio, A. & Einarson, A. (2005). Use of antidepressants by pregnant women: evaluation of perception of risk, efficacy of evidence based counseling and determinants of decision making. *Arch Womens Ment Health*, 8 (4): 214-20.
36. Øverby, N. C., Kristiansen, A. L., Andersen, L. F. & Lande, B. (2008). Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo. 98 s.
37. Øverby, N. C., Kristiansen, A. L., Andersen, L. F. & Lande, B. (2009). Spedkost 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo. 107 s.
38. Helsedirektoratet. (2011). *Amming. Morsmelk er den beste næringen for spedbarn*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Amming.aspx> (lest 15. mars 2012).
39. Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov av 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. .
40. Schaefer, C., Peters, P. & Miller, R. K. (2007). *Drugs during pregnancy and lactation: handbook of prescription drugs and comparative risk assessment*. London: Elsevier Science & Technology.
41. Hale, T. W. (2010). *Medications and mothers' milk*. Amarillo, TX: Hale Publishing. 1262 s.
42. Nordeng, H., Sandnes, D. & Nylander, G. (2010). *G8 Amming og legemidler*. Fjeldstad, T. (red.). Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell, G8 Amming og legemidler. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok.
43. U.S. National Library of Medicine. (2011). *Drugs and Lactation Database (LactMed)*.
44. Kramer, M. S. & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD003517.
45. Sand, O., Haug, E., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K. C. (2001). *Menneskets fysiologi*. Oslo: Gyldendal akademisk. 600 s.
46. Berle, J. O. & Spigset, O. (2011). Antidepressant Use During Breastfeeding. *Curr Womens Health Rev*, 7 (1): 28-34.
47. Sanz, E., Gomez-Lopez, T. & Martinez-Quintas, M. J. (2001). Perception of teratogenic risk of common medicines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 95 (1): 127-31.
48. Koebert, M. K., Haun, J. M. & Pauli, R. M. (1993). Temporal evolution of risk estimates for presumed human teratogens. *Reprod Toxicol*, 7 (4): 343-8.
49. Hancock, R. L., Koren, G., Einarson, A. & Ungar, W. J. (2007). The effectiveness of Teratology Information Services (TIS). *Reprod Toxicol*, 23 (2): 125-32.
50. Clementi, M., Gianantonio, E. & Ornoy, A. (2002). Teratology information services in Europe and their contribution to the prevention of congenital anomalies. *Journal of Community Genetics*: 8-12.
51. van Trig, A., Waardenburg, C., Haaijer-Ruskamp, F. & de Jong-van den Berg, L. (1994). Questions about drugs: how do pregnant women solve them? *Pharmacy World and Science*: 254-259.
52. Veggeland, T. (2007). Nettbasert legemiddelinformasjon til pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.

53. Ito, S., Lieu, M., Chan, W. & Koren, G. (1999). Continuing drug therapy while breastfeeding. Part 1. Common misconceptions of patients. *Can Fam Physician*, 45: 897-9.
54. Schack-Nielsen, L. & Michaelsen, K. F. (2006). Breast feeding and future health. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 9 (3): 289-96.
55. Cragan, J., Friedman, J., Holmes, L., Uhl, K., Green, N. & Riley, L. (2006). Ensuring the safe and effective use of medications during pregnancy: planning and prevention through preconception care. *Maternal and Child Health Journal*: 129-35.
56. Cragan, J. D., Friedman, J. M., Holmes, L. B., Uhl, K., Green, N. S. & Riley, L. (2006). Ensuring the safe and effective use of medications during pregnancy: planning and prevention through preconception care. *Matern Child Health J*, 10 (5 Suppl): 129-35.
57. Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/re_gpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-4.html?id=545626 (lest 7. mai 2012).
58. Lyszkiewicz, D. A., Gerichhausen, S., Bjornsdottir, I., Einarson, T. R., Koren, G. & Einarson, A. (2001). Evidence based information on drug use during pregnancy: a survey of community pharmacists in three countries. *Pharmacy World and Science*, 23 (2): 76-81.
59. Apotekforeningen. *Foreldre og barn-brosjyrer* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=2079> (lest 20. april 2012).
60. Rud, T. (2005). *Kvinner: Ditt Apotek*. 19 s.
61. Vitusapotek. *Baby og barn* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.vitusapotek.no/Baby-og-barn/> (lest 20. april 2012).
62. Apotek 1. *Graviditet* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek1.no/graviditet> (lest 20. april 2012).
63. Boots apotek. *Graviditet & Amming* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.boots.no/butikk/s/tips/category.html?acId=4088881> (lest 20. april 2012).
64. Apotek 1. *Spør Apotek 1* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek1.no/spor-apotek1> (lest 20. april 2012).
65. Vitusapotek. *Spør oss om råd* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.vitusapotek.no/Spor-oss-om-rad/> (lest 20. april 2012).
66. Storffjell-Olven, Å., Fagredaktør web og opplæring, Norsk Medisinaldepot AS. *VS: Spørsmålstjeneste for publikum* (E-post 2. mai 2012).
67. Apotek 1. *Spør Apotek 1. Graviditet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek1.no/spor-apotek1/graviditet> (lest 20. april 2012).
68. Vitusapotek. *Vilkår for bruk av nettstedet* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.vitusapotek.no/Kundeservice/Vitusapotek/> (lest 20. april 2012).
69. Apotek 1. *Vilkår og bruk - www.apotek1.no* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek1.no/handle-hos-apotek1/vilkaar-og-bruk> (lest 20. april 2012).
70. *IKT-bruk i husholdningene, 2. kvartal 2011*. (2011).
71. Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25 (1): 14-20.
72. De Santis, M., De Luca, C., Quattrocchi, T., Visconti, D., Cesari, E., Mappa, I., Nobili, E., Spagnuolo, T. & Caruso, A. (2010). Use of the internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: 154-157.

73. Lagan, B., Sinclair, M og Kernohan, G. (2010). Internet Use in Pregnancy informs women's decision making: a web based survey. *Birth*: 106-115.
74. *doktoronline*. [Internett]: Egmont Hjemmet Mortensen. Tilgjengelig fra: <http://www.doktoronline.no/> (lest 12. mai 2012).
75. *NettDoktor*. [Internett]: Nettdoktor. Tilgjengelig fra: <http://www.nettdoktor.no/> (lest 10. mai 2012).
76. *Lommelegen.no*. [Internett]: Lommelegen.no. Tilgjengelig fra: <http://www.lommelegen.no/> (lest 12. mai 2012).
77. Helsenorge.no. *Gravide og medisiner* [Internett]: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Medisiner/Gravide-og-medisiner.aspx> (lest 16. april 2012).
78. *IKT-bruk i husholdningene, 2. kvartal 2011*. (2011). [Internett]: Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/ikthus/> (lest 8. januar 2012).
79. *Barn i magen. Forum*. (2012). [Internett]. I: Bleness, G. (red.): Egmont Hjemmet Mortensen. Tilgjengelig fra: <http://www.klikk.no/forum/barnimagen/> (lest 8. januar 2012).
80. *Mammanett. Forum*. (2012). [Internett]. I: Lofthus, E. (red.). Tilgjengelig fra: <http://mammanett.no/forum/> (lest 8. januar 2012).
81. Utvalg for utredning om etablering av en norsk teratologiinformasjonstjeneste. (2008). *Hvordan bedre allmennhetens tilgang til kunnskapsbasert informasjon i svangerskapet og ammeperioden?* . Oslo. 76 s.
82. Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O. & Sa, E. R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *JAMA*, 287 (20): 2691-700.
83. Impicciatore, P., Pandolfini, C., Casella, N. & Bonati, M. (1997). Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *BMJ*, 314 (7098): 1875-9.
84. Eysenbach, G. & Kohler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ*, 324 (7337): 573-7.
85. De Santis, M., De Luca, C., Quattrocchi, T., Visconti, D., Cesari, E., Mappa, I., Nobili, E., Spagnuolo, T. & Caruso, A. (2010). Use of the Internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 151 (2): 154-7.
86. Forskrift om omsetning av reseptfrie legemidler. (2003). *FOR 2003-08-14 nr 1053: Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*.
87. Bjerrum, L. & Foged, A. (2003). Patient information leaflets--helpful guidance or a source of confusion? *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 12 (1): 55-9.
88. Frost Widnes, S. K. & Schjott, J. (2008). Advice on drug safety in pregnancy: are there differences between commonly used sources of information? *Drug Saf*, 31 (9): 799-806.
89. Frost Widnes, S. K. & Schjott, J. (2009). Drug use in pregnancy--physicians' evaluation of quality and clinical impact of drug information centres. *Eur J Clin Pharmacol*, 65 (3): 303-8.
90. RELIS Årsrapport 2010. (2011).
91. Clementi, M., Di Gianantonio, E. & Ornoy, A. (2002). Teratology information services in Europe and their contribution to the prevention of congenital anomalies. *Community Genet*, 5 (1): 8-12.
92. Koren, G. (2001). *Maternal-fetal toxicology: a clinician's guide / editet by Gideon Koren*. New York: Dekker.

93. *ENTIS Constitution and Bylaws*. (2008). Scotland. 4 s.
94. Organization of Teratology Information Specialists. (2010). *About us* [Internett]: Organization of Teratology Information Specialists,. Tilgjengelig fra: <http://www.otispregnancy.org/our-history-s13097> (lest 20. april 2012).
95. Organization of Teratology Information Specialists. (2010). *Resources* [Internett]: Organization of Teratology Information Specialists,. Tilgjengelig fra: <http://www.otispregnancy.org/otis-fact-sheets-s13037> (lest 20. april 2012).
96. Statens legemiddelverk. (2007). *Oppdragsbrev 2007 til Regionale Legemiddelinformasjonsentre (RELIS) over kap 751 post 70* [Brev]: Statens legemiddelverk. Tilgjengelig fra: http://www.legemiddelverket.no/upload/Dokumenter/Legemiddelbruk/Oppdragsbrev_RELIS_2007.pdf (lest 1.oktober 2011).
97. RELIS. (2007). Legemiddelinformasjonsjeneste for pasienter og publikum. 12 s.
98. Databehandleravtale mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Bergen HF om drift av nettbasert rådgivningstjeneste "Trygg Mammamedisin" i regi av RELIS. (2011). Bergen: Helse Bergen HF. 9 s.
99. Bamberger, M., Rao, V. & Woolcock, M. (2010). Using Mixed Methods in Monitoring and Evaluation. I: Tashakkori, A. & Teddlie, C. (red.) *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*, s. 613-641. Thousand Oaks, California, USA: SAGE.
100. Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk. 218 s.
101. *Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater registrert i Norge: 2011*. (2011). Felleskatalogen.
102. Marston, L. (2010). *Introductory statistics for health and nursing using SPSS*. London: SAGE. 251 s.
103. Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. 400 s.
104. Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
105. Wibeck, V. (2011). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode*. Lund: Studentlitteratur. 178 s.
106. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. 238 s.
107. *B. Hensyn til personer (5 - 19)*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/> (lest 17. februar 2012).
108. Fossheim, H. J. (2009). *Informert samtykke: De nasjonale forskningsetiske komiteer*. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/> (lest 17. februar 2012).
109. Informed Consent for Qualitative Studies. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/rpc/research_ethics/informed_consent/en/ (lest 17. februar 2012).
110. *PubMed*. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine.
111. *EMBASE: Excerpta Medica (Ovid)*. Ovid Technologies, Inc.
112. *RELIS Intranett*. [Internett]. Tilgjengelig fra: intranet.relis.no (lest 12. mai 2012).
113. Statens legemiddelverk. Legemiddelsøk. Tilgjengelig fra: http://legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch_80333.aspx (lest 17. januar 2012).

114. Lovdata. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/> (lest 20. april 2012).
115. Juul, S. (2004). *Epidemiologi og evidens*. København: Munksgaard. 255 s.
116. Trygg Mammamedisin. [Internett]: Facebook. Tilgjengelig fra: <http://www.facebook.com/Tryggmammamedisin/likes?ref=ts> (lest 19. mai 2012).
117. Cramer, H. M. *Når gikk du sist på besøk med en reklameplakat under armen?* [Internett]: TNS Gallup. Tilgjengelig fra: <http://www.tns-gallup.no/?did=9082265> (lest 12. mai 2012).
118. Hancock, R. L., Ungar, W. J., Einarson, A. & Koren, G. (2010). International practices in the provision of teratology information: a survey of international teratogen information programmes and comparisons with the North American model. *J Eval Clin Pract*, 16 (5): 957-63.
119. Heitmann, K. (2009). Kartlegging av holdninger til og bruk av urtemedisin i svangerskapet. Bergen: Universitetet i Bergen.
120. Kaasin, H. (2012). *Nettleserstøtte i NRK* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://nrkbeta.no/2012/02/20/nettleserstotte-i-nrk/> (lest 16. mai 2012).
121. The Hospital for Sick Children (SickKids). *Frequently Asked Questions* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.motherisk.org/women/faq.jsp> (lest 12. mai 2012).
122. Holager, T. & Bergman, J. (2012). *Trygge legemidler til gravide og ammende med pollenallergi* [Internett]: RELIS. Tilgjengelig fra: http://www.relis.no/Aktuelt/Arkiv/2012/Trygge_legemidler_til_gravide_og_ammende_med_pollenallergi (lest 20. april 2012).
123. Schaefer, C. (2011). Drug safety in pregnancy: utopia or achievable prospect? Risk information, risk research and advocacy in Teratology Information Services. *Congenit Anom (Kyoto)*, 51 (1): 6-11.

Vedlegg

1-15

Vedlegg 1: ENTIS Constitution and Bylaws

ENTIS

EUROPEAN NETWORK OF TERATOLOGY INFORMATION SERVICES

Constitution and Bylaws

1. Name

European Network of Teratology Information Services (ENTIS)

2. Domicile

ENTIS has taken domicile at the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) in Bilthoven, The Netherlands, where the ENTIS Foundation registered.

3. Characteristics

ENTIS is a voluntary, non-profit organisation.

4. Objectives and functions

a) The main task of ENTIS is to recognize and to detect risk factors with the objective of preventing birth defects.

The general purpose of ENTIS is to increase the efficiency of each Teratology Information Service (TIS) and to contribute to the primary prevention of birth defects and developmental disorders.

b) ENTIS shall stimulate and facilitate the exchange of experience of the different TIS. The task of a TIS is to counsel individual cases of exposure to drugs and other exogenous agents during pregnancy with respect to the risk of reproductive toxicity. Callers who request information are generally from medical and paramedical professions as well as the general public.

c) ENTIS shall promote the skills of counselling in risk assessment in pregnancy. Counselling is based on literature searches as well as the individual experience of the TIS of previous cases, including pregnancy outcome and follow up. To increase the number of cases and to acquire a sufficient amount of information to make solid

conclusions an international follow up system for data pooling will improve the weight and impact of the human teratology experience.

d) ENTIS shall provide training in counselling.

ENTIS shall help the individual service to get an overview of substantial scientific literature and to train new staff members by developing quality and quality control guidelines, and by providing facilities for staff exchange.

5. Membership

a) General

Members are programs or institutions engaged in counselling pregnancies at risk and evaluating and following up pregnancy outcome. Each member will designate a program director to be its principle liaison with ENTIS. The representation of each TIS during meetings of ENTIS will be through its program director or representative. Each member TIS will have one vote. Observers during the meeting have no vote.

b) Qualifications

Candidate for membership can be every TIS with practical experience in counselling and follow up procedure. Candidates have to submit a description of structure, means (method and finances) and activity of their TIS. The program director should have a medical, medical biology, pharmaceutical Ph.D. or equivalent degree and should have experience in running a TIS. Candidate TIS can be affiliated to universities, hospitals, public or other health institutions and should offer information and/or advice on a non-profit basis and free of charge.

c) Admission procedures

The application shall be circulated with opinions from at least three members of the Board of ENTIS to all members for review at least 30 days before the annual meeting. At that meeting, members will vote on whether the applicant is eligible. A majority vote is required for admission.

d) Obligations

Members should take part in the annual meeting as well as in other joint activities. Members are expected to respond within one week to information requests and other personal (email-) communications within ENTIS. Each member has to pay an annual

membership fee, the amount to be established at the Annual meeting. Members get free access to Reprotox database. Membership will be cancelled if the fee is not paid in two successive years. Furthermore, membership can be cancelled if a member repeatedly violates basic rules of the constitution and/or a TIS has not participated for three successive years in the annual meeting without written notice.

e) Observers

Representatives of institutes planning to establish a TIS can apply for the status of observers. The Board can decide about the admittance of non-members as observers. These observers could also be invited to the Annual meetings and collaborative activities of ENTIS. The Board must report to the Annual Meeting for its decision regarding observers. The observer status is limited to a time of 3 years at maximum. Latest after 3 years the board has to decide upon full membership or cancel the observer status. Observers pay one third of the annual fee of ENTIS members. This include free access to Reprotox database.

Members with voting rights of the Organization of Teratology Information Services Specialists (OTIS) in the North-Americas are reciprocally accepted as observers in ENTIS without time limit. All members of ENTIS will have a corresponding nonvoting membership in OTIS. This entitles them to attend annual OTIS meetings, to receive all OTIS mailings and to participate in consensus votes at general meetings. ENTIS members will have the opportunity to join as voting, dues-paying members of OTIS. ENTIS and OTIS support a mutual exchange of information to strengthen the link among TIS on an international basis.

f) Honorary Members

Individual members who are no longer officially associated with a TIS, but who have given distinguished service to ENTIS, may be elected at the Business meeting as Honorary Members, who will not pay a membership fee, but will have the right to attend meetings of ENTIS.

6. Board

The Board of ENTIS consists of an odd number of members, numbering at least three. The Board consists of a chairperson, a vice-chairperson secretary, a treasurer and council members, one of the Board members will serve as liaison officer with other organizations engaged in clinical teratology, such as OTIS. The board can also appoint a member outside the board as a liaison officer. Board members are elected at the annual meeting. The governing period should be at least two years but no

longer than three years. A re-election is possible. The Board can arrange standing or not-standing committees, e.g. membership committee, financial committee, scientific advisory committee etc. The Board can arrange additional meetings, workshops or working groups apart from the annual meeting. At least two Board meetings are to be held each year. At least one Board meeting requires the physical presence of the majority of the Board members. Remaining meetings may be realized by telecommunication.

7. Meetings

It is obligatory for ENTIS to organize at least one annual meeting. Such meeting have to be prepared by the Board and/or by the meeting-organizing TIS. All ENTIS members have to be invited at least three months in advance of the meeting. Minutes of the meeting are to be distributed within two months. Applications for extra meetings, workshops and working groups can be made by each member. They have to be submitted to the Board.

8. Resources and accounting

An ENTIS Foundation has been established in 1991. The Board of this foundation shall consist of the treasurer and at least two other members of the Board of ENTIS. The Board of the foundation can decide to give financial support for organizing annual meetings, workshops or other activities. The Board of the foundation has to prepare an annual budget for approval at the Annual meeting. The Board undertakes commitments and makes disbursements in accordance with the budget approved by the Annual Meeting of ENTIS members. Details of financial support to members or projects have to be circulated in a written form by the board to all members.

9. Independence

a) General

Each TIS is autonomous and is responsible for its own scientific and financial organisation. However, ENTIS members are expected to work in line with the code of ethics of ENTIS. These specify that information given to clients about the safety and risks of medicines and other exposures, should conform to the highest standards of scientific and medical integrity and objectivity. Statements should be free from any conflicts of interest. Recommendations and guidelines made (under contract) by an ENTIS member should not be influenced by specific interests of the requesting party (e.g. pharmaceutical industry).

Case reports collected by a TIS are the property of that TIS and should not be sold to pharmaceutical industry. The TIS has the responsibility for independent evaluation of these data. To prevent misinterpretation and misuse of the case data, these should not be handed over to institutions or persons not experienced in evaluating clinical teratology data.

In any collaboration with the pharmaceutical, or other relevant industries, care has to be taken to preserve the final rights relating to interpretation and publication of the results. This applies to work undertaken by individual TISs as well as ENTIS collaborative studies.

The TIS should be aware of (inter)national regulations regarding privacy and confidentiality of data related to their users or clients.

b) Research

- Objectives of research have to be defined by the ENTIS members willing to collaborate in a study. Design, outcome parameters, methodology of a study, interpretation and publication of results are exclusively decided by the collaborating ENTIS centres.
- Research priorities in ENTIS should consider the primary goal of ENTIS to prevent damage to the unborn AND optimize treatment of the pregnant mother.
- Research projects should normally focus on drugs that are already frequently used by women of reproductive age and/or belong to evidence based medicines or good therapeutic practice or follow established therapy guidelines.
- If a pharmaceutical company asks ENTIS (members) to investigate their products (i.e. contract research), such a project should only be performed when in accordance with the research ethics of ENTIS.
- The ENTIS mission of independent research has to be published on the ENTIS website and in a scientific journal. Every publication of an ENTIS study should refer to this mission statement.
- Collaborative ENTIS studies should be approved by the ENTIS Scientific Committee (SC). In case of research grants (from industry) for collaborative ENTIS studies the SC must provide transparency and account of received grants and supported studies.
- ENTIS members should primarily check other financial sources (than industry) for research projects, e.g. grants from health ministries, universities, European

Union sources, insurance companies, other research organizations and foundations.

10. Official language

The official language of ENTIS is English.

11. Adoption of Bylaws

These bylaws originally accepted by the majority of votes cast after the fifth annual meeting of ENTIS in Crete, Greece in March 1994 were modified during and after the 18th annual meeting in Helsinki, Finland June 2007. These modifications of the bylaws were accepted by the majority of ENTIS members (16 of 20 of the valid poll) during the 19th annual meeting in Edinburgh, Scotland September 2008.

Vedlegg 2: Konesjon fra Datatilsynet



Helse Bergen HF
Haukeland Universitetssykehus

5021 BERGEN

Deres referanse
2010/6205

Vår referanse (bes oppgitt ved svar)
10/01560-5 /EOL

Dato
14. april 2011

Gitt konesjon for behandling av personopplysninger – RELIS - TryggMammaMedisin.no

Vi viser til søknad om konesjon for behandling av personopplysninger av 17. desember 2010 i forbindelse med RELIS Vest sin planlagte nettbaserte tjeneste TryggMammaMedisin.no.

Datatilsynet har vurdert søknaden og gir Dem med hjemmel i helseregistersloven § 5, jf. personopplysningsloven §§ 33 og 34, konesjon til å behandle personopplysninger til følgende formål:
TryggMammaMedisin.no.

Behandlingsansvarlig er Helse Bergen HF ved øverste leder. Gjennomføringen av det daglige ansvaret kan delegeres.

Konesjonen er gitt under forutsetning av at behandlingen foretas i henhold til søknaden og de bestemmelser som følger av personopplysningsloven med forskrifter.

Konesjonen er videre gitt under følgende forutsetninger:

1. Kommunikasjonen over nettstedet skal krypteres der hvor det kommuniseres spørsmål eller kontaktinformasjon, jf. personopplysningsloven § 13 og personopplysningsforskriften § 2-11.
2. Kode for å se egne spørsmål skal ikke sendes på e-post eller annet usikret medium. Koden kan presenteres i web-grensesnittet som beskrevet.
3. Virksomhetens behandling av kontaktinformasjon skal foregå i kryptert form over internett, og tilgang til informasjonen skal skje med sterk autentisering eller i virksomhetens del av informasjonssystemet som er egnet for sensitive personopplysninger.

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

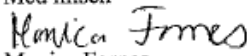
Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

Dersom det skjer endringer i behandlingen i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må dette fremmes i ny konsesjonssøknad. Datatilsynet tar forbehold om at konsesjonen kan bli trukket tilbake eller at nye og endrede vilkår kan bli gitt dersom dette er nødvendig ut fra personvern hensyn.

Dette vedtak kan påklages til Personvernemnda i medhold av forvaltningslovens kapittel IV. Eventuell klage må sendes til Datatilsynet senest tre uker etter mottaket av dette brev.

Med hilsen


Monica Fornes
seniorrådgiver


Eirin Oda Lauvset
rådgiver

Kopi til: Helse Bergen, Personvernombudet Eline Monstad, Postboks 1, 5021 Bergen

Vedlegg 3: Prosedyre for aidentifisering

Kvalitetsdokument					
Vask av saker i Tryggmammamedisin.no					Nivå: 2
Utgave:	Skrevet av:	Gjelder fra:	Revideres innen:	Godkjent av:	Side nr:
1.00	Forfatter Ingvild S. Brenne (Vest)/Rikke Holm Løvaas (Midt)	01.06.2011	01.06.2013		107 av 1

1. Formål

Formålet er å sikre en entydig håndtering i vaskeprosessen på Tryggmammamedisin.no

2. Omfang og ansvar

Dokumentet gjelder kun for Tryggmammamedisin.no og for alle de som har tilgang til å vaske saker, på nåværende tidspunkt ansatte ved RELIS Vest.

3. Arbeidsoppgaver

3.1 Rediger spørsmål for personidentifiserbar data

- Fjern navn og bosted
- Telefonnr og e-post
- Annet

3.2 Tittel til intern bruk skal inneholde:

3.2.1 Legemiddel eller kosttilskudd: Flere preparater legges inn med komma og mellomrom:

1. For legemidler brukes generisk navn
2. For kosttilskudd brukes preparatnavn (skrives likt hver gang, se egen liste).
3. Hvis spørsmålet inneholder både legemiddel og kosttilskudd, skrives kosttilskuddet først og deretter legemidlet

3.2.2 Gravid eller ammende. Hvis begge deler gravid/ammende

3.2.3 Trimester/aldre på ammende barn i måneder angis i tall

1. Ved graviditet: 1
2. Ved amming: 14. Barn under en måned: skrives i antall dager, eks. 5 dager
3. Ved spørsmål om både graviditet og amming og barnet ikke er født angis 1/0
4. Hvis spørsmålsstiller er både gravid og ammer: 1/14

Hvis et spørsmål inneholder både legemidler og kosttilskudd, må dette noteres i eget arbeidsark for intern statistisk bruk da dette ikke vil synes i den kvantitative rapport.

3.3 Kryss av i feltet: svaret er vasket ... og trykk deretter send videre.

4. Krav og forventninger/økonomi

Vaskeprosessen skal til enhver tid følge prosessen beskrevet i konsesjonsgodkjennelsen fra Datatilsynet.

5. Revisjon:

Revideres ved behov.

Vedlegg 4: SQL-spørring utført i TMM-databasen (div. variabler)

Select

spm.Sak_ID,
spm.Tittel,
spm.Spørsmål,
spm.Svar,
spm.Spm_Innsendt,
spm.Beregnet_Svarfrist,
spm.Saksbehandler,
spm.PublisertDato,
spm.PublisertAv,
spm.Status,
spm.Eier,
spm.TidBruktPaaSaken,
spm.KategoriForSvar,
spm.Fylke,
spm.DiskutertMedKollega,
spm.Nyttig,
spm.TilstrekkeligTid,
spm.KommentarTilSvar,
spm.HvorFikkDuViteOm,
spm.SvarHentetDato,
spm.KommentarTilSvarIntern,
ref.REFERANSE

FROM dbo.T_ENDL_SPM_SVAR spm

JOIN dbo.T_REFERANSE_ENDL ref

ON ref.Sak_ID = spm.Sak_ID

Where spm.Spm_Innsendt between '2011-06-09' AND '2012-01-01'

Order By spm.Sak_ID asc

Vedlegg 5: SQL-spørring utført i TMM-databasen (ATC)

Select

```
medend.Sak_ID,  
medend.ATC_kode,  
med.Generisk_navn,  
med.Generisk_engelsk,  
han.HandelsNavn
```

```
From dbo.T_MEDIKAMENT_ENDL medend
```

```
JOIN dbo.T_MEDIKAMENT med
```

```
on med.ATC_kode = medend.ATC_kode
```

```
JOIN dbo.T_HANDELSNAVN_MEDIKAMENT hm
```

```
on hm.ATC_KODE = med.ATC_kode
```

```
JOIN dbo.T_HANDELSNAVN han
```

```
ON han.ID = hm.HandelsNavn_ID
```

```
JOIN dbo.T_ENDL_SPM_SVAR endspm
```

```
ON endspm.Sak_ID = medend.Sak_ID
```

```
WHERE endspm.Spm_Innsendt between '2011-06-09' AND '2012-01-01'
```

```
Order by medend.Sak_ID
```

Vedlegg 6: Kodeskjema nye variabler

Nye variabler opprettet på grunnlag av manuell bearbeiding av data fra TMM-databasen.

Variabel	Innhold
Reseptkategori	0=Annet 1=Reseptbelagte legemidler* 2=Legemidler unntatt reseptplikt† 3=Reseptbelagte/legemidler unntatt reseptplikt 4=Reseptbelagte legemidler og annet 5=Legemidler unntatt reseptplikt og annet
Status	0=Ingen informasjon 1=Eksponering under graviditet 2=Eksponering ved amming 3=Eksponering ved graviditet/ammning 4=Tidligere eksponering under graviditet 5=Planlegging av graviditet 6=Annet 7=Abort
Oppfølgingsspørsmål	Spørsmål hvor spørsmålstiller skrev at hun hadde fått svar fra tjenesten tidligere.

* Reseptbelagte legemidler inkluderer også legemidler unntatt reseptplikt som brukes for reseptpliktig indikasjon. Et eksempel er meklozin (handelsnavn Postafen) som er unntatt reseptplikt brukt mot reisesyke, men som er reseptpliktig ved bruk mot svangerskapskvalme 113. Statens legemiddelverk. Legemiddelsøk. Tilgjengelig fra: http://legemiddelverket.no/custom/Preparatsok/prepSearch____80333.aspx (lest 17. januar 2012)..

† Indikasjoner for pakninger unntatt reseptplikt ble funnet i SPC for de gjeldende legemidlene 113. Ibid.. Generelle spørsmål om smertestillende uten nevnte legemidler inngår her, da prosedyrene for TMM sier at svar da skal gi råd om reseptfrie legemidler.

Vedlegg 7: Oversikt over nye variabler opprettet på grunnlag av eksisterende variabler

Ny variabel	Grunnlag for beregning av ny variabel
Tid fra innsendt til publisert (timer)	$= (\text{PublisertDato} - \text{Spm_Innsendt}) * 24$
Tid fra svarfrist til hentet svar (timer)	$= (\text{SvarHentetDato} - \text{Beregnet_Svarfrist}) * 24$
Tid hentet etter publisering (timer)	$= (\text{SvarHentetDato} - \text{PublisertDato}) * 24$
Tid publisert etter svarfrist (timer)	$= (\text{PublisertDato} - \text{Beregnet_Svarfrist}) * 24$
Svarfrist (timer)	$= (\text{Beregnet_Svarfrist} - \text{Spm_Innsendt}) * 24$
Hentestatus	SvarHentetDato=Hentet svar Tomme=Uavhentet svar

Vedlegg 8: Spørreundersøkelse om TMM

Spørreundersøkelse om TMM

Som et ledd i evalueringen av pilotprosjektet TMM (TMM) utføres denne spørreundersøkelsen blant RELIS-medarbeidere involvert i prosjektet.

I spørreundersøkelsen vil du bli bedt om å ta stilling til ulike påstander. Skalaen som benyttes spenner fra 1 (Helt uenig) til 5 (Helt enig). Skalaen er som følger:

1=Helt uenig

2=Delvis uenig

3=Hverken uenig eller enig

4=Delvis enig

5=Helt enig

Brukernavn etterspørres for å kunne koble resultater til en eventuell oppfølgingsundersøkelse. Brukernavn vil ikke fremkomme i resultatene.

Undersøkelsen består av 20 spørsmål, og tar ca. 25 minutter. Du kommer igang ved å trykke på "Fortsett". Du kan bevege deg frem og tilbake i spørreskjemaet uten at svarene forsvinner.

Tusen takk for at du deltar!

Med vennlig hilsen Anne Marte Gjøvik Andresen, Stud. pharm (UiB)

E-post: aan068@student.uib.no

*Må fylles ut

0. Bakgrunn

Hva er ditt brukernavn (initialer) hos RELIS?*

Tilbake

Fortsett

*Må fylles ut

1. Arbeidstaker og TMM

1.1 Opplæring og hjelpemidler

Ta stilling til påstandene under.

Jeg synes det er lett å finne frem til kvalitetsdokumentene (KS-dokumentene) for TMM.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

KS-dokumentet 'Ordliste TMM' har vært viktig for å kunne gi et godt svar i TMM.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

KS-dokumentet 'Hvordan svare på spørsmål i TMM' har vært viktig for å kunne gi et godt svar i TMM.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Opplæringen i forbindelse med det å svare på spørsmål til publikum har vært god.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Tilgang til nyttige kilder for å kunne svare på spørsmål fra TMM er god.*

1 2 3 4 5

Svært uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Svært enig
-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------

Er det noen kilder (oppslagsverk eller annet) du savner tilgang til? Hvilke?*

Tilbake

Fortsett

*Må fylles ut

1.2 Arbeidssituasjon

Ta stilling til påstandene under.

Arbeidsbelastningen min har økt med innføringen av TMM.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Jeg synes TMM er et positivt tilskudd til min arbeidshverdag i RELIS.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Tilbake

Fortsett

*Må fylles ut

2. Relasjon til publikum og kollegaer

2.1 Respons

Ta stilling til påstandene under.

Publikums tilbakemeldinger via evalueringer på mine svar i TMM eller kommentarer i nye innsendte spørsmål er nyttige for at jeg skal gjøre en god jobb med TMM. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Kollegaers tilbakemeldinger på mine svar i TMM er nyttige for at jeg skal gjøre en god jobb med TMM. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Publikums tilbakemeldinger via evalueringer på mine svar i TMM eller kommentarer i nye innsendte spørsmål er viktig for min motivasjon for å gjøre en god jobb med TMM. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Kollegaers tilbakemeldinger på mine svar i TMM er viktig for min motivasjon for å gjøre en god jobb med TMM. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Tilbake

Fortsett

*Må fylles ut

2.2 Kommunikasjon med publikum vs. helsepersonell

Hvilke(n) faktor(er) synes du er utfordrende når det gjelder å kommunisere med publikum sammenlignet med det å kommunisere med helsepersonell? *Kryss av for ett eller flere alternativer.

- Manglende mulighet til å kommunisere med spørsmålsstiller
- Å begrense mengden informasjon i svar
- Å forklare ting på en måte som folk med liten kunnskap om legemidler kan forstå
- Å finne ord/uttrykk som erstatter fagspråket
- Andre:

Tilbake

Fortsett

*Må fylles ut

3. Utvikling og videreføring av TMM

3.1 Arbeidsgruppas arbeid

Ta stilling til påstandene under.

Jeg er fornøyd med arbeidsgruppas arbeid med TMM-prosjektet. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Jeg synes arbeidsgruppa har gitt tilstrekkelig informasjon om prosjektet underveis. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Jeg har hatt gode muligheter underveis til å påvirke arbeidsgruppas arbeid. *

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Tilbake Fortsett

*Må fylles ut

3.2 Forbedringer og utvidelse av tjenesten

Ta stilling til påstandene under.

TMM fungerer tilfredsstillende teknisk sett (nettløsningen o.l.).*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

TMM bør i fremtiden bli en telefontjeneste.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

TMM bør i fremtiden utvides til å omfatte alle spørsmål om medisiner.*

1 2 3 4 5

Helt uenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helt enig
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Tilbake Fortsett

3.3 Kommentarer

Har du kommentarer til denne evalueringen eller forslag til forbedringer av tjenesten? Fyll inn i feltet under.

Tilbake

Send

Vedlegg 9: Intervjuforespørsel og samtykkeerklæring ved fokusgruppeintervju

**FORESPØRSEL TIL RELIS-MEDARBEIDERE OM Å DELTA I INTERVJU OM SYNSPUNKTER OG
ERFARINGER MED PUBLIKUMSTJENESTEN TMM**

Dette skjemaet for informert samtykke har to deler:

- Informasjonsark om intervjuet**
- Samtykkeerklæring**

Du inviteres herved, som RELIS-medarbeider involvert i publikumstjenesten TMM, til å delta i et intervju i forbindelse med evalueringen av tjenesten.

Hensikt med intervjuet

I forbindelse med evalueringen av pilotprosjektet TMM vil det bli utført intervju av RELIS-medarbeidere ved alle RELIS-sentra. Hensikten med intervjuene er blant annet å følge opp spørreundersøkelsen om TMM som ble sendt ut i januar 2012 til alle RELIS-medarbeider involvert i tjenesten. Intervjuene vil ta for seg spørsmål om synspunkter på og erfaringer med tjenesten.

Intervjuene vil bli foretatt som gruppeintervju. Alle ansatte ved det enkelte RELIS-senter som velger å delta i intervjuet vil bli delt inn i grupper på 3-4 personer.

Opptak og konfidensialitet

Som intervjudeltaker vil du bli intervjuet av studenten som evaluerer prosjektet. Intervjuet vil kunne ta ca. en og en halv time, og det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Opptakene vil kun være tilgjengelig for studenten som evaluerer prosjektet, og slettes senest juni 2011.

Informasjonen som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, men intervjuer kan ikke hindre at deltakere i intervjugruppa deler informasjon fra intervjuet.

Skriftlige resultater av intervjuene vil bli fremstilt slik at de ikke kan knyttes til enkeltpersoner.

Frivillig deltakelse

Deltakelse er frivillig. Om du deltar eller ikke har ingen innvirkning på dine rettigheter som arbeidstaker. Du kan når som helst trekke deg.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Anne Marte Gjøvik Andresen

Mastergradsstudent,

Senter for farmasi, Universitetet i Bergen

Tlf: 915 44 021

E-post: amga.tmm@gmail.com Side 2 av 2

Informert samtykke

Jeg har blitt invitert til å delta i intervjuundersøkelse om synspunkter og erfaringer med publikumstjenesten TMM.

Jeg har mottatt informasjon om denne undersøkelsen. Jeg har hatt mulighet til å stille spørsmål om den og spørsmål jeg har stilt har blitt tilfredsstillende besvart. Jeg har blitt informert om at jeg står fritt til å velge om jeg vil delta eller ikke, og at dette ikke vil ha noen konsekvenser for meg.

Jeg, (navn) _____, samtykker i å delta i denne intervjuundersøkelsen om TMM.

Dato:

Signatur:

Vedlegg 10: Intervjuguide ved fokusgruppeintervju

Intervjuguide for fokusgruppeintervju angående TMM

0. Brifing

- a. Formålet med intervjuet. Litt om fokusgruppe som metode. Moderatorrollen.
- b. Tidsbruk
- c. Bruk av opptaksutstyr
- d. Evt. spørsmål?

1. Rutiner

a. Fordeling av spørsmål

i. Innad

1. Hvordan fordeles TMM-spørsmål på ansatte ved dette senteret?
2. Hvordan synes de ansatte fordelingen av spørsmål har fungert?
3. Ved mye arbeid, hvordan fungerte ansvarsfordelingen i TMM? (I forhold til de som hadde annet ansvar.)
4. Har ressursene vært tilstrekkelige? For eksempel ved start av markedsføring?

ii. Mellom sentrene

1. Hvordan synes de ansatte fordelingen av spørsmål mellom sentrene har fungert?
2. Ved mye arbeid, hvordan fungerte ansvarsfordelingen i TMM? (I forhold til de som hadde annet ansvar.)
3. Har ressursene vært tilstrekkelige? For eksempel ved start av markedsføring?

b. Svare på spørsmål

i. Hva tenker dere på når dere skal besvare et spørsmål? Vurderinger?

1. Når dere leser gjennom et spørsmål, hva mener dere er viktige vurderinger å ta hensyn til når dere skal svare?
 - a. Uttrykkes bekymring?
 - b. Haster det?
 - c. Spørres det om mange legemidler?
 - d. Synes det å være alvorlige problemer knyttet til spørsmålet?
2. Hva gjør et spørsmål mer komplekst enn et annet? Evt. mer utfordrende?
 - a. Manglende informasjon?

ii. Praksis for diskusjon av svar med kollega (diskutert med kollega)

1. I hvilke tilfeller blir det praktisert/ikke praktisert? Hvorfor?

iii. Indeksering og evaluering

1. Indekserer dere alle LM som inngår i spørsmålet, eller bare de en svarer noe om? (Indekseres LM dersom en ikke svarer konkret på spørsmål om dette LM?)

2. Kriterier for evaluering

a. Type råd gitt.

- i. Hva inkluderer dere i de ulike kategoriene? Hva ligger til grunn for å velge det ene eller det andre?

Type råd gitt: kontakt lege/manglende informasjon/konkret råd gitt.

b. Tidsbruk angitt av RELIS-medarbeider.

- i. Hva regner du med i tiden brukt på å svare?

2. Kvalitetssikring av svar

a. Hva er et godt svar?

- i. Evt. ta opp et eksempelspørsmål

b. Hva slags tanker har dere omkring gjenbruk av tidligere TMM-svar?

- i. Klipp og lim, eventuelle muligheter for feil?
- ii. Kontrasignatur

c. Legge ut ofte stilte spørsmål/svar?

3. Forslag til forbedringer av tjenesten?

4. Tanker om en eventuell utvidelse av publikumstjenesten

- a. Muligheter og begrensninger
- b. Forutsetninger?
- c. Ressurser
- d. Motivasjon
- e. Telefontjeneste?

5. Andre tanker om prosjektet?

6. Debrifing

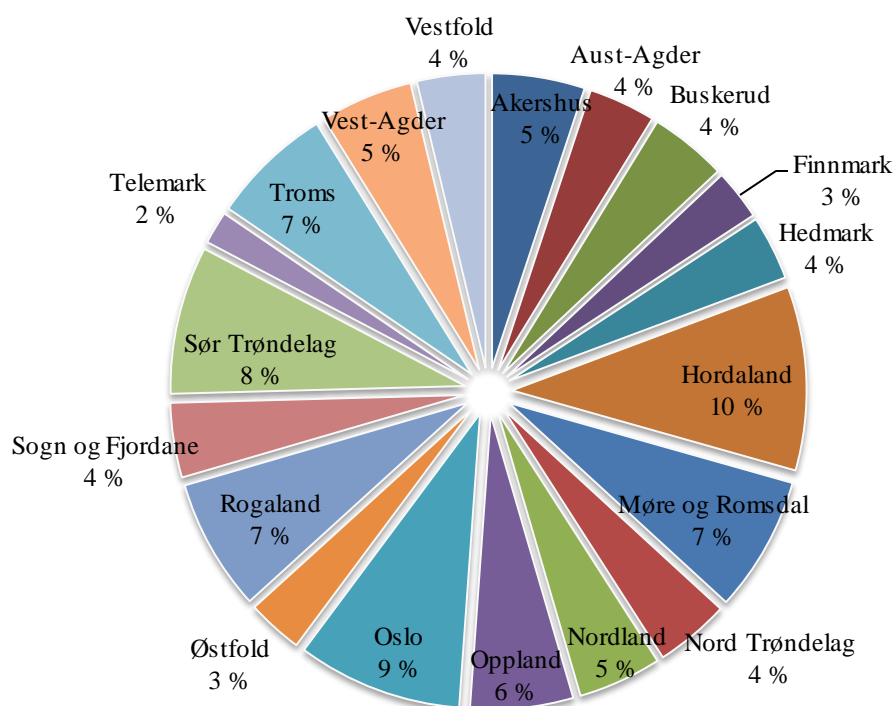
- a. Oppsummere litt hva vi har snakket om
- b. Videre behandling av data (analyse)
- c. Spørsmål?

(Intervjuer: Setter av tid etter intervjuet til å reflektere over intervjuet og intervjusituasjonen. Notere ned tanker og idéer til analyse.)

Vedlegg 11: Fylkesvis fordeling av spørsmål til TMM

Fordeling av innsendte spørsmål til TMM per fylke.

Fylke	Antall spørsmål	Andel spørsmål (%)	Antall innbyggere (per 01.12.11)	Antall spørsmål, per 100 000 innbyggere	Andel spørsmål, per 100 000 innbyggere (%)
Akershus	83	9	556 254	15	5
Aust-Agder	12	1	111 495	11	4
Buskerud	33	4	265 164	12	4
Finnmark	6	1	73 787	8	3
Hedmark	20	2	192 791	10	4
Hordaland	145	16	490 570	30	10
Møre og Romsdal	56	6	256 628	22	7
Nord Trøndelag	16	2	133 390	12	4
Nordland	32	4	238 320	13	5
Oppland	31	3	187 147	17	6
Oslo	163	18	613 285	27	9
Østfold	25	3	278 352	9	3
Rogaland	94	11	443 115	21	7
Sogn og Fjordane	13	1	108 201	12	4
Sør Trøndelag	71	8	297 950	24	8
Telemark	9	1	170 023	5	2
Troms	31	3	158 650	20	7
Vest-Agder	26	3	174 324	15	5
Vestfold	26	3	236 424	11	4
Total	892	100	4 985 870	18	100



Vedlegg 12: Fordeling av indekserte legemidler per ATC-kode

Fordeling av indekserte legemidler på 1. ATC-nivå

ATC-kode	Generisk navn	Antall	Andel (%)
A	FORDØYELSESGRANER OG STOFFSKIFTE	121	12,6
B	BLOD OG BLODDANNENDE GRANER	18	1,9
C	HJERTE OG KRETSLØP	41	4,3
D	DERMATOLOGISKE MIDLER	69	7,2
G	UROGENITALSYSTEM OG KJØNNHORMONER	27	2,8
H	HORMONER TIL SYSTEMISK BRUK, EKSKL. KJØNNHORMONER	27	2,8
J	ANTIINFEKTIVA TIL SYSTEMISK BRUK	60	6,2
L	ANTINEOPLASTISKE OG IMMUNMODULERENDE MIDLER	15	1,6
M	MUSKLER OG SKJELETT	59	6,1
N	NERVESYSTEMET	271	28,2
P	ANTIPARASITÆRE MIDLER, INSEKTICIDER OG INSEKTMIDLER	7	0,7
R	RESPIRASJONSORGANER	224	23,3
S	SANSEORGANER	20	2,1
V	VARIA	2	0,2
Totalt		961	100

Oversikt over fordelingen av indekserte legemidler i de største ATC-gruppene

N	NERVESYSTEMET	Antall	Andel (%)
N01	Anestetika	6	2,0
N02	Analgetika	159	53,2
N03	Antiepileptika	17	5,7
N04	Antiparkinsonmidler	1	0,3
N05	Psykoletika	51	17,1
N06	Psykoanaleptika	63	21,1
N07	Andre midler med virkning på nervesystemet	2	0,7
Totalt		299	100

ATC-kode	Generisk navn	Antall		
		2. nivå	3. nivå	4. nivå

N02	Analgetika	159		
N02A	Opioider	34		
N02AA	Opiumsalkaloider		27	
N02AB	Fenylpiperidinderivater		1	
N02AE	Oripavinderivater		1	
N02AX	Andre opioider		6	
N02B	Andre analgetika og antipyretika	121		
N02BA	Salisylsyrederivater		4	
N02BB	Pyrazoloner		1	
N02BE	Anilider		118	
N02C	Migrenemidler	25		
N02CC	Selektive 5HT1-reseptoragonister		25	
Totalt		159	180	183

R	RESPIRASJONSORGANER	Antall	Andel (%)
R01	Rhinologika	67	26,2
R03	Antastmatika	39	15,2
R05	Hoste- og forkjølelsesmidler	15	5,9
R06	Antihistaminer til systemisk bruk	135	52,7
Totalt		256	100

ATC-kode	Generisk navn	2. nivå	Antall		
			3. nivå	4. nivå	5. nivå
R06	Antihistaminer til systemisk bruk	135			
R06A	Antihistaminer til systemisk bruk		134		
R06AB	Alkylaminer, substituerte			11	
R06AB02	Deksklorfeniramin				11
R06AD	Fentiazinderivater			26	
R06AD01	Alimemazin				13
R06AD02	Prometazin				13
R06AE	Piperazinderivater			72	
R06AE03	Cyklizin				3
R06AE05	Meklozin				26
R06AE07	Cetirizin				43
R06AX	Andre antihistaminer til systemisk bruk			37	
R06AX13	Loratadin				20
R06AX22	Ebastin				7
R06AX26	Feksafenadin				7
R06AX27	Desloratadin				12
Totalt		135	134	146	155

A	FORDØYELSESORGANER OG STOFFSKIFTE	Antall	Andel (%)
A01	Munn- og tannmidler	2	1,7
A02	Antacida, midler mot ulcus og flatulens	46	38,7
A03	Spasmolytika, antikolinergika og motilitetsregulerende midler	17	14,3
A04	Antiemetika	4	3,4
A06	Laksantia	8	6,7
A07	Antidiarroika, tarmantiseptika og antiinflammatoriske midler	19	16,0
A08	Antifedme preparater, ekskl. diettpreparater	1	0,8
A10	Midler til diabetesbehandling	5	4,2
A11	Vitaminer	12	10,1
A12	Mineralpreparater	5	4,2
Totalt		119	100

ATC-kode	Generisk navn	2. nivå	Antall	
			3. nivå	4. nivå
A02	Antacida, midler mot ulcus og flatulens	46		
A02A	Antacida		9	
A02AC	Kalsiumforbindelser			1
A02AD	Kombinasjoner og komplekser av aluminium-, kalsium- og magnesiumforbindelser		8	
A02B	Midler mot ulcus		39	
A02BA	H2-reseptorantagonister			19
A02BB	Prostaglandiner			1
A02BC	Protonpumpehemmere			20
A02BX	Andre midler mot ulcus			10
	Totalt	46	48	59

ATC-kode	Generisk navn	Antall
A	FORDØYELSESORGANER OG STOFFSKIFTE	121
A01	Munn- og tannmidler	2
A01A	Munn- og tannmidler	2
A01AB	Antiinfektiva til lokal behandling i munn	2
A01AB03	Klorheksidin	2
A02	Antacida, midler mot ulcus og flatulens	46
A02A	Antacida	9
A02AC	Kalsiumforbindelser	1
A02AC01	Kalsiumkarbonat	1
A02AD	Kombinasjoner og komplekser av aluminium-, kalsium- og magnesiumforbindelser	8
A02AD01	Ordinære saltkombinasjoner	7
A02B	Midler mot ulcus	39
A02BA	H2-reseptorantagonister	19
A02BA02	Ranitidin	17
A02BA03	Famotidin	1

A02BA53	Famotidin, kombinasjoner	1
A02BB	Prostaglandiner	1
A02BB01	Misoprostol	1
A02BC	Protonpumpehemmere	20
A02BC01	Omeprazol	7
A02BC02	Pantoprazol	7
A02BC03	Lansoprazol	1
A02BC05	Esomeprazol	9
A02BX	Andre midler mot ulcus	10
A02BX13	Alginsyre	10
A03	Spasmolytika, antikolinergika og motilitetsregulerende midler	17
A03A	Syntetiske spasmolytika og antikolinergika	2
A03AX	Andre syntetiske antikolinergika	2
A03AX13	Silikonforbindelser	2
A03F	Motilitetsregulerende midler	15
A03FA	Motilitetsregulerende midler	15
A03FA01	Metoklopramid	15
A04	Antiemetika	4
A04A	Antiemetika	4
A04AA	Serotonin (5HT-3)-antagonister	3
A04AA01	Ondansetron	3
A06	Laksantia	8
A06A	Laksantia	8
A06AB	Kontaktlaksantia	3
A06AB02	Bisakodyl	1
A06AB08	Natriumpikosulfat	1
A06AB58	Natriumpikosulfat, kombinasjoner	1
A06AC	Volumøkende midler	2
A06AC01	Ispaghula (loppefrø)	2
A06AD	Osmotisk virkende midler	7
A06AD11	Laktulose	6
A06AD15	Makrogol	1
A07	Antidiarroiika, tarmantiseptika og antiinflammatoriske midler	19
A07A	Tarmantiseptika	2
A07AA	Antibiotika	2
A07AA09	Vankomycin	2
A07C	Elektrolytter med karbohydrater	1
A07CA	Elektrolytter med karbohydrater	1
A07D	Peristaltikkhemmende preparater	4
A07DA	Peristaltikkhemmende preparater	4
A07DA03	Loperamid	4
A07E	Antiinflammatoriske midler ved tarmlidelser	12
A07EA	Kortikosteroider til lokal bruk	1
A07EA04	Betametason	1
A07EB	Antiallergiske midler, ekskl. kortikosteroider	1
A07EB01	Natriumkromoglikat	1

A07EC	Aminosalisylsyrepreparater	10
A07EC01	Sulfasalazin	1
A07EC02	Mesalazin	9
A08	Antifedmepreparater, ekskl. diettpreparater	1
A08A	Antifedmepreparater, ekskl. diettpreparater	1
A08AB	Perifert virkende antifedmepreparater	1
A08AB01	Orlistat	1
A10	Midler til diabetesbehandling	5
A10B	Blodglukosesenkende midler til oralt bruk	5
A10BA	Biguanidderivater	5
A10BA02	Metformin	5
A11	Vitaminer	12
A11A	Multivitaminer, kombinasjoner	1
A11AA	Multivitaminer med mineraler	1
A11AA01	Multivitaminer og jern	1
A11C	Vitamin A og D, inkl. A og D i kombinasjon	5
A11CA	Vitamin A, vanlig	1
A11CA02	Betakaroten	1
A11CC	Vitamin D og analoger	4
A11CC01	Ergokalsiferol	1
A11E	Vitamin B-kompleks, inkl. kombinasjoner	2
A11EA	Vitamin B-kompleks, usammensatte preparater	2
A11G	Vitamin C, inkl. kombinasjoner	2
A11GA	Asorbinsyre, usammensatte preparater	2
A11GA01	Asorbinsyre (vitamin C)	2
A11H	Andre usammensatte vitaminpreparater	1
A11HA	Andre usammensatte vitaminpreparater	1
A11HA02	Pyridoksin (vitamin B6)	1
A12	Mineralpreparater	5
A12A	Kalsium	1
A12AA	Kalsium	1
A12C	Andre mineralpreparater	4
A12CC	Magnesium	4
B	BLOD OG BLODDANNENDE ORGANER	18
B01	Antitrombotiske midler	7
B01A	Antitrombotiske midler	7
B01AA	Vitamin K-antagonister	3
B01AA03	Warfarin	3
B01AB	Heparin	2
B01AB04	Dalteparin	2
B01AC	Hemmere av blodplateaggregasjon	4
B01AC04	Klopidogrel	1
B01AC06	Acetylsalisylsyre	4
B03	Midler mot anemi	9
B03A	Jernpreparater	5
B03AA	Jern II-verdig, orale preparater	3

B03AA01	Jernglysinsulfat	3
B03AC	Jern III-verdig, injeksjonspreparater	1
B03AC01	Dekstriferron	1
B03AC02	Sakkarinert jernoksid	1
B03B	Vitamin B12 og folsyre	4
B03BB	Folsyre og derivater	4
B03BB01	Folsyre	4
C	HJERTE OG KRETSLØP	41
C01	Hjerteterapi	10
C01C	Hjertestimulerende midler, ekskl. hjerteglykosider	1
C01CA	Adrenerge og dopaminerge midler	1
C01CA24	Adrenalin	1
C01E	Andre midler for hjerteterapi	9
C01EB	Andre midler for hjerteterapi	9
C01EB16	Ibuprofen	9
C02	Antihypertensiva	4
C02A	Antiadrenergika, sentralt virkende	3
C02AB	Metyldopa	3
C02AB01	Metyldopa (venstredreie)	1
C03	Diuretika	2
C03C	High-ceiling diuretika	1
C03CA	Sulfonamider, usammensatte preparater	1
C03CA01	Furosemid	1
C03E	Diuretika i kombinasjon med kaliumsparende midler	1
C03EA	Low-ceiling diuretika og kaliumsparende midler	1
C03EA01	Hydroklortiazid og kaliumsparende midler	1
C05	Vasoprotektorer	10
C05A	Midler til behandling av hemoroider og analfiss.	10
C05AA	Kortikosteroider	7
C05AA01	Hydrokortison	3
C05AA04	Prednisolon	7
C05AX	Andre midler til behandling av hemoroider og analfissurer	2
C05AX03	Andre preparater, kombinasjoner	2
C07	Betablokkere	11
C07A	Betablokkere	11
C07AA	Betablokkere, ikke-selektive	3
C07AA05	Propranolol	3
C07AB	Betablokkere, selektive	2
C07AB02	Metoprolol	2
C07AG	Alfa- og betablokkere	3
C07AG01	Labetalol	3
C08	Kalsiumantagonister	1
C08C	Selektive kalsiumantagonister med primært vaskulær virkning	1
C08CA	Dihydropyridinderivater	1
C08CA05	Nifedipin	1
C09	Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet	1

C09A	ACE-hemmere, usammensatte	1
C09AA	ACE-hemmere, usammensatte	1
C09AA03	Lisinopril	1
C10	Lipidmodifiserende midler	5
C10A	Lipidmodifiserende midler, usammensatte	5
C10AA	HMG-CoA-reduktasehemmere	4
C10AA05	Atorvastatin	4
C10AX	Andre lipidsenkende midler	2
C10AX06	Omega-3-triglyserider inkl. andre estere og syrer	1
C10AX09	Ezetimib	1
D	DERMATOLOGISKE MIDLER	69
D01	Fungicider til dermatologisk bruk	15
D01A	Fungicider til utvortes bruk	15
D01AC	Imidazol- og triazolderivater	10
D01AC01	Klotrimazol	5
D01AC02	Mikonazol	1
D01AC03	Ekonazol	2
D01AC04	Klomidazol	1
D01AC15	Flukonazol	2
D01AE	Andre fungicider til utvortes bruk	4
D01AE12	Salisylsyre	1
D01AE15	Terbinafin	2
D01AE16	Amorolfin	1
D02	Bløtgjørende og hudbeskyttende midler	3
D02A	Bløtgjørende og hudbeskyttende midler	2
D02AB	Sinkpreparater	1
D02AF	Salisylsyrepreparater	1
D02B	Beskyttende midler mot UV-stråling	1
D02BB	Beskyttende midler mot UV-stråling til systemisk bruk	1
D02BB01	Betakaroten	1
D03	Midler til sårbehandling	1
D03A	Sårhelende midler	1
D03AX	Andre sårhelende midler	1
D03AX05	Hyaluronsyre	1
D04	Kløestillende midler, antihistaminer, anestetika	2
D04A	Kløestillende midler, antihistaminer, anestetika	2
D04AA	Antihistaminer til lokal bruk	1
D04AA10	Prometazin	1
D04AX	Andre kløestillende midler	1
D05	Antipsoriasismidler	2
D05A	Antipsoriasismidler til lokal bruk	2
D05AX	Andre psoriasismidler til lokal bruk	2
D05AX02	Kalsipotriol	2
D06	Antibiotika og kjemoterapeutika, dermatologiske	8
D06A	Antibiotika til utvortes bruk	3
D06AX	Diverse antibiotika til utvortes bruk	3

D06AX01	Fusidinsyre	2
D06AX05	Bacitracin	1
D06B	Kjemoterapeutika til utvortes bruk	5
D06BB	Antivirale midler	4
D06BB03	Aciklovir	2
D06BB04	Podofyllotoksin	2
D06BX	Andre kjemoterapeutika	1
D06BX01	Metronidazol	1
D07	Kortikosteroider til dermatologisk bruk	24
D07A	Kortikosteroider, usammensatte preparater	19
D07AA	Kortikosteroider, milde (Gruppe I)	6
D07AA02	Hydrokortison	5
D07AB	Kortikosteroider, middels sterke (Gruppe II)	8
D07AB02	Hydrokortisonbutyrat	7
D07AB08	Desonid	3
D07AC	Kortikosteroider, sterke (Gruppe III)	11
D07AC01	Betametason	2
D07AC03	Desoksymetason	2
D07AC04	Fluocinolonacetamid	1
D07AC13	Mometason	3
D07AC17	Flutikason	3
D07AD	Kortikosteroider, ekstra sterke (Gruppe IV)	1
D07AD01	Klobetasol	1
D07C	Kortikosteroider kombinert med antibiotika	2
D07CA	Kortikosteroider, milde, kombinert med antibiotika	2
D07CA01	Hydrokortison og antibiotika	2
D07X	Kortikosteroider, andre kombinasjoner	4
D07XA	Kortikosteroider, milde, andre kombinasjoner	2
D07XA01	Hydrokortison	2
D07XC	Kortikosteroider, sterke, andre kombinasjoner	2
D07XC01	Betametason	2
D08	Antiseptika og desinfiserende midler	1
D08A	Antiseptika og desinfiserende midler	1
D08AC	Biguanider og amidiner	1
D08AC01	Dibrompropamidin	1
D10	Midler mot akne	9
D10A	Midler mot akne til lokal bruk	9
D10AD	Retinoider til lokal behandling av akne	1
D10AD01	Tretinoin	1
D10AE	Peroksider	3
D10AE01	Benzoylperoksid	3
D10AF	Antiinfektiva til behandling av akne	2
D10AF01	Klindamycin	2
D10AX	Andre midler til lokal behandling av akne	3
D10AX01	Aluminiumklorid	1
D10AX03	Azelainsyre	2

D11	Andre dermatologiske midler	4
D11A	Andre dermatologiske midler	4
D11AX	Diverse dermatologiske midler	4
D11AX14	Takrolimus	1
D11AX18	Diklofenak	3
G	UROGENITALSYSTEM OG KJØNNSHORMONER	27
G01	Antiinfektiva og antiseptika til gynekologisk bruk	14
G01A	Antiinfektiva og antiseptika, ekskl. kombinasjoner med kortikosteroider	14
G01AA	Antibiotika	2
G01AA10	Klindamycin	2
G01AF	Imidazolderivater	12
G01AF01	Metronidazol	2
G01AF02	Klotrimazol	9
G01AF05	Ekonazol	1
G02	Andre gynekologiske midler	2
G02C	Andre gynekologiske preparater	2
G02CB	Prolaktinhemmende midler	1
G02CB01	Bromokriptin	1
G02CC	Antiinflammatoriske preparater til vaginal administrasjon	1
G02CC02	Naproksen	1
G03	Kjønns hormoner og midler med effekt på genitalia	8
G03A	Antikonseptiva, hormoner, systemiske	4
G03AA	Progesterogener og østrogen, faste kombinasjoner	2
G03AA07	Levonorgestrel og østrogen	1
G03AA09	Desogestrel og østrogen	1
G03AB	Progesterogener og østrogen, sekvenspreparater	1
G03AB05	Desogestrel og østrogen	1
G03AC	Progesterogener	1
G03AC09	Desogestrel	1
G03C	Østrogen	3
G03CA	Naturlige og halv syntetiske østrogen, usammensatte preparater	3
G03CA04	Østriol	2
G03CA53	Østradiol, kombinasjoner	1
G03D	Progesterogener	1
G03DA	Pregnen (4) derivater	1
G03DA04	Progesteron	1
G03F	Progesterogener og østrogen i kombinasjon	1
G03FB	Progesterogener og østrogen, sekvenspreparater	1
G03FB10	Desogestrel og østrogen	1
H	HORMONER TIL SYSTEMISK BRUK, EKSKL. KJØNNSHORMONER	27
H01	Hypofyse-, hypothalamushormoner og analoger	1
H01B	Hypofysebaklapphormoner	1
H01BB	Oksytocin og analoger	1
H01BB02	Oksytocin	1

H02	Kortikosteroider til systemisk bruk	17
H02A	Kortikosteroider til systemisk bruk, usammensatte	17
H02AB	Glukokortikoider	17
H02AB04	Metylprednisolon	1
H02AB06	Prednisolon	10
H02AB10	Kortison	3
H03	Tyreoideterapi	9
H03A	Tyreoidepreparater	9
H03AA	Tyreoidehormoner	9
H03AA01	Levotyroksinnatrium	9
H03AA02	Liotyroninnatrium	2
J	ANTIINFEKTIVA TIL SYSTEMISK BRUK	60
J01	Antibakterielle midler til systemisk bruk	48
J01A	Tetrasykliner	1
J01C	Beta-laktam antibakterielle midler, penicilliner	22
J01CA	Penicilliner med utvidet spekter	6
J01CA04	Amoksisillin	2
J01CA08	Pivmecillinam	4
J01CE	Beta-laktamaseømfintlige penicilliner	12
J01CE02	Fenoksymetylpenicillin	11
J01CF	Beta-laktamaseresistente penicilliner	3
J01CF01	Dikloksacillin	3
J01F	Makrolider og linkosamider	17
J01FA	Makrolider	14
J01FA01	Erytromycin	9
J01FA09	Klaritromycin	1
J01FA10	Azitromycin	4
J01FF	Linkosamider	3
J01FF01	Klindamycin	3
J01M	Kinoloner	1
J01MA	Fluorokinoloner	1
J01MA02	Ciprofloksacin	1
J01X	Andre antibakterielle midler	7
J01XD	Imidazolderivater	3
J01XD01	Metronidazol	3
J01XX	Andre antibakterielle midler	4
J01XX05	Metenamin	4
J02	Antimykotika til systemisk bruk	1
J02A	Antimykotika til systemisk bruk	1
J02AC	Triazolderivater	1
J02AC01	Flukonazol	1
J04	Antimykobakterielle midler	1
J04B	Midler til behandling av lepra	1
J04BA	Midler til behandling av lepra	1
J04BA02	Dapson	1
J05	Antivirale midler til systemisk bruk	2

J05A	Direkte virkende antivirale midler	2
J05AB	Nukleosider og nukleotider, ekskl. revers-transkriptasehemmere	2
J05AB01	Aciklovir	2
J05AB11	Valaciklovir	2
J07	Vaksiner	7
J07A	Bakterievaksiner	3
J07AE	Koleravaksiner	1
J07AE01	Kolera, inaktivert, helcelle	1
J07AM	Tetanusvaksine	2
J07AM01	Tetanustoksoid	1
J07B	Virusvaksiner	4
J07BB	Influensavaksiner	2
J07BB01	Influensa, inaktivert, helvirus	1
J07BC	Hepatittvaksiner	1
J07BC20	Kombinasjoner	1
L	ANTINEOPLASTISKE OG IMMUNMODULERENDE MIDLER	15
L01	Antineoplastiske midler	1
L01X	Andre antineoplastiske midler	1
L01XE	Proteinkinasehemmere	1
L01XE01	Imatinib	1
L04	Immunsuppressiver	14
L04A	Selektive immunsuppressiver	14
L04AB	Tumornekrosefaktor alfa (TNF- α)-hemmere	6
L04AB01	Etanercept	2
L04AB02	Infliximab	1
L04AB04	Adalimumab	2
L04AB05	Certolizumab pegol	1
L04AX	Andre immunsuppressiver	9
L04AX01	Azatioprin	9
M	MUSKLER OG SKJELETT	59
M01	Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	53
M01A	Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	53
M01AB	Eddiksyrederivater og lignende substans	20
M01AB05	Diklofenak	20
M01AC	Oksikamer	2
M01AC01	Piroksikam	2
M01AE	Propionsyrederivater	34
M01AE01	Ibuprofen	31
M01AE02	Naprosen	5
M01AE03	Ketoprofen	1
M01AH	Koksiber	2
M01AH01	Celekoksib	1
M01AH05	Etorikoksib	1
M02	Utvortes preparater ved muskel-/leddsmerter	3
M02A	Utvortes preparater ved muskel-/leddsmerter	3

M02AA	Ikke-steroide antiinflammatoriske midler til lokal bruk	3
M02AA13	Ibuprofen	2
M02AA15	Diklofenak	1
M03	Muskelrelakserende midler	1
M03A	Perifert virkende muskelrelakserende midler	1
M03AX	Andre perifert virkende muskelrelakserende preparater	1
M03AX01	Botulinumtoksin	1
N	NERVESYSTEMET	271
N01	Anestetika	6
N01A	Generelle anestetika	2
N01AH	Opioidanestetika	1
N01AH06	Remifentanil	1
N01AX	Diverse generelle anestetika	1
N01AX10	Propofol	1
N01B	Lokalanestetika	5
N01BC	Estere av benzosyre	1
N01BC01	Kokain	1
N02	Analgetika	159
N02A	Opioider	34
N02AA	Opiumsalkaloider	27
N02AA01	Morfin	3
N02AA05	Oksykodon	1
N02AA59	Kodein, kombinasjoner	26
N02AB	Fenylpiperidinderivater	1
N02AB02	Petidin	1
N02AE	Oripavinderivater	1
N02AE01	Buprenorfin	1
N02AX	Andre opioider	6
N02AX02	Tramadol	6
N02B	Andre analgetika og antipyretika	121
N02BA	Salisylsyrederivater	4
N02BA01	Acetylsalisylsyre	3
N02BA15	Karbasalatkalsium	1
N02BB	Pyrazoloner	1
N02BB01	Fenazon	1
N02BE	Anilider	118
N02BE01	Paracetamol	118
N02C	Migrenemidler	25
N02CC	Selektive 5HT1-reseptoragonister	25
N02CC01	Sumatriptan	16
N02CC03	Zolmitriptan	2
N02CC04	Rizatriptan	7
N02CC06	Eletriptan	4
N03	Antiepileptika	17
N03A	Antiepileptika	17
N03AE	Benzodiazepinderivater	2

N03AE01	Klonazepam	2
N03AF	Karboksamidderivater	2
N03AF01	Karbamazepin	1
N03AF02	Okskarbazepin	1
N03AX	Diverse antiepileptika	13
N03AX09	Lamotrigin	11
N03AX12	Gabapentin	2
N04	Antiparkinsonmidler	1
N04B	Dopaminerge midler	1
N04BC	Dopaminagonister	1
N04BC05	Pramipeksol	1
N05	Psykoledtika	51
N05A	Antipsykotika	20
N05AA	Fentiazin med alifatisk sidekæde	1
N05AA02	Levomepromazin	1
N05AB	Fentiazin med piperazinring i sidekæden	5
N05AB03	Perfenazin	1
N05AB04	Proklorperazin	4
N05AF	Tioksantenderivater	3
N05AF01	Flupentiksol	2
N05AF03	Klorprotiksen	1
N05AH	Diazepiner, oksazepiner, tiazepiner og oksepiner	7
N05AH03	Olanzapin	2
N05AH04	Kvetiapin	5
N05AN	Litium	1
N05AN01	Litium	1
N05AX	Andre antipsykotika	3
N05AX12	Aripiprazol	3
N05B	Anxiolytika	19
N05BA	Benzodiazepinderivater	15
N05BA01	Diazepam	5
N05BA04	Oksazepam	10
N05BA12	Alprazolam	1
N05BB	Difenylmetanderivater	3
N05BB01	Hydroksyzin	3
N05BE	Azaspirodekandionderivater	1
N05BE01	Buspiron	1
N05C	Hypnotika og sedativa	15
N05CD	Benzodiazepinderivater	1
N05CD03	Flunitrazepam	1
N05CF	Benzodiazepinlignende midler	12
N05CF01	Zopiklon	9
N05CF02	Zolpidem	3
N05CH	Melatonin receptor agonists	2
N05CH01	Melatonin	2
N06	Psykoanaleptika	63

N06A	Antidepressiva	57
N06AA	Ikke-selektive monaminreoptakshemmere	2
N06AA09	Amitriptylin	2
N06AB	Selektive serotoninreoptakshemmere	44
N06AB03	Fluoksetin	4
N06AB04	Citalopram	4
N06AB05	Paroksetin	3
N06AB06	Sertralin	9
N06AB10	Escitalopram	22
N06AX	Andre antidepressiva	7
N06AX03	Mianserin	2
N06AX11	Mirtazapin	4
N06AX16	Venlafaksin	2
N06B	Psykostimulantia og nootropika	7
N06BA	Sentralt virkende sympatomimetika	5
N06BA04	Metylfenidat	5
N06BC	Xantinderivater	2
N06BC01	Koffein	2
N07	Andre midler med virkning på nervesystemet	2
N07B	Midler ved avhengighetslidelser	2
N07BA	Midler ved nikotinvhengighet	2
N07BA01	Nikotin	1
P	ANTIPARASITÆRE MIDLER, INSEKTICIDER OG INSEKTMIDLER	7
P01	Protozomidler	2
P01A	Midler til behandling av amøbesykdommer og andre protozوسykdommer	1
P01AB	Nitroimidazolderivater	1
P01AB01	Metronidazol	1
P01B	Malariamidler	1
P01BB	Biguanider	1
P01BB51	Proguanil, kombinasjoner	1
P01BC	Metanolkinoliner	1
P01BC02	Meflokin	1
P02	Anthelmintika	3
P02C	Midler mot nematoder	3
P02CA	Benzimidazolderivater	3
P02CA01	Mebendazol	3
P02CX	Andre midler mot nematoder	2
P02CX01	Pyrvin	2
P03	Ektoparasittmidler, inkl. skabb- og insektmidler	2
P03A	Ektoparasittmidler, inkl. skabbmidler	2
P03AC	Pyretriner, inkl. syntetiske forbindelser	2
P03AC04	Permetrin	2
P03AX	Andre ektoparasittmidler, inkl. skabbmidler	2
P03AX03	Malation	2
R	RESPIRASJONSORGANER	224

R01	Rhinologika	67
R01A	Rhinologika og andre preparater til lokal bruk i nesen	65
R01AA	Adrenergika, usammensatte preparater	25
R01AA05	Oksymetazolin	10
R01AA07	Xylometazolin	23
R01AB	Sympatomimetika, kombinasjoner ekskl. kortikosteroider	14
R01AB06	Xylometazolin	12
R01AB07	Oksymetazolin	7
R01AC	Antiallergiske midler, ekskl. kortikosteroider	10
R01AC01	Natriumkromoglikat	3
R01AC02	Levokabastin	3
R01AC04	Antazolin	2
R01AD	Kortikosteroider, inkl. kombinasjoner	26
R01AD05	Budesonid	4
R01AD08	Flutikason	5
R01AD09	Mometasonfuroat	13
R01AD11	Triamcinolon	1
R01AD12	Flutikasonfuroat	2
R01B	Rhinologika til systemisk bruk	3
R01BA	Adrenergika	3
R01BA01	Fenylpropanolamin	3
R03	Antastmatika	39
R03A	Adrenergika, midler til inhalasjon	32
R03AC	Selektive beta-2-agonister	21
R03AC02	Salbutamol	15
R03AC03	Terbutalin	3
R03AC12	Salmeterol	4
R03AC13	Formoterol	2
R03AK	Adrenergika og andre antastmatika	17
R03AK06	Salmeterol og andre antastmatika	9
R03AK07	Formoterol og andre midler mot obstruktive luftveissykdommer	9
R03B	Andre antastmatika, midler til inhalasjon	9
R03BA	Glukokortikoider	9
R03BA02	Budesonid	1
R03BA05	Flutikason	6
R03BA07	Mometason	3
R03C	Adrenergika, midler til systemisk bruk	3
R03CC	Selektive beta-2-agonister	3
R03CC02	Salbutamol	2
R03CC03	Terbutalin	1
R03D	Andre systemiske antastmatika	5
R03DC	Leukotrienreseptorantagonister	5
R03DC03	Montelukast	5
R05	Hoste- og forkjølellesmidler	15
R05C	Ekspektorantia, ekskl. kombinasjoner med antiitussiva	6

R05CA	Ekspektorantia, ekskl. mukolytika	2
R05CA03	Guaifenesin	2
R05CB	Mukolytika	5
R05CB02	Bromheksin	5
R05D	Antitussiva, ekskl. kombinasjoner med ekspektorantia	9
R05DA	Opiumsalkaloider og derivater	8
R05DA01	Etylmorfin	5
R05DA07	Noskapin	4
R06	Antihistaminer til systemisk bruk	135
R06A	Antihistaminer til systemisk bruk	134
R06AB	Alkylaminer, substituerte	11
R06AB02	Deksklorfeniramin	11
R06AD	Fentiazinderivater	26
R06AD01	Alimemazin	13
R06AD02	Prometazin	13
R06AE	Piperazinderivater	72
R06AE03	Cyklizin	3
R06AE05	Meklozin	26
R06AE07	Cetirizin	43
R06AX	Andre antihistaminer til systemisk bruk	37
R06AX13	Loratadin	20
R06AX22	Ebastin	7
R06AX26	Feksafenadin	7
R06AX27	Desloratadin	12
S	SANSEORGANER	20
S01	Øyemidler	16
S01A	Antiinfektiva	5
S01AA	Antibiotika	5
S01AA01	Kloramfenikol	5
S01C	Antiinflammatoriske midler og antiinfektiva i kombinasjon	1
S01CA	Kortikosteroids og antiinfektiva i Kombinasjon	1
S01CA01	Deksametason og antiinfektiva	1
S01E	Glaukommidler og miotika	1
S01EC	Karboanhydrasehemmere	1
S01EC01	Acetazolamid	1
S01F	Mydriatika og sykloplegika	1
S01FA	Antikolinergika	1
S01FA04	Syklopentolat	1
S01G	Karkontraherende og antiallergiske midler	8
S01GA	Karkontraherende midler (sympatomimetika)	1
S01GA04	Oksymetazolin	1
S01GX	Andre antiallergiske midler	5
S01GX01	Natriumkromoglikat	2
S01GX02	Levokabastin	1
S01GX08	Ketotifen	2
S01X	Andre øyemidler	1

S01XA	Andre øyemidler	1
S01XA18	Ciklosporin	1
S02	Øremidler	3
S02A	Antiinfektiva	3
S02AA	Antiinfektiva	3
S02AA01	Kloramfenikol	1
S02AA15	Ciprofloksacin	2
S02C	Kortikosteroider og antiinfektiva i kombinasjon	1
S02CA	Kortikosteroider og antiinfektiva i kombinasjon	1
S02CA03	Hydrokortison og antiinfektiva	1
S03	Øye- og øremidler	2
S03A	Antiinfektiva	1
S03AA	Antiinfektiva	1
S03AA07	Ciprofloksacin	1
S03C	Kortikosteroider og antiinfektiva i kombinasjon	2
S03CA	Kortikosteroider og antiinfektiva i kombinasjon	2
S03CA01	Deksametason og antiinfektiva	2
S03CA04	Hydrokortison og antiinfektiva	1
V	VARIA	2
V01	Allergener	2
V01A	Allergener	2
V01AA	Allergenekstrakter	2
V01AA02	Gresspollen	1

Vedlegg 13: Hypotesetester

Måned for svar innsendt i forhold til svartid (gruppert)

Kjikkvadrat-test

H_0 : Det er ingen assosiasjon mellom måned for innsendt spørsmål og tid brukt på å svare (gruppert).

H_1 : Det er en assosiasjon mellom måned for innsendt spørsmål og tid brukt på å svare (gruppert)

H_0 kan forkastes ($p=0,009$). Det er en assosiasjon mellom måned for innsendt spørsmål og tid brukt på å svare (gruppert)

Tid gruppert * Spørsmål innsendt per måned krystabulering

		Spørsmål innsendt per måned							Totalt
		Juni 2011	Juli 2011	August 2011	September 2011	Oktober 2011	November 2011	Desember 2011	
Tid 1-30	Antall	39	19	64	62	53	99	57	393
gruppert min	Forventet antall	30,3	17,6	72,7	65,5	60,5	93,1	53,3	393,0

	% i Tid gruppert	9,9%	4,8%	16,3%	15,8%	13,5%	25,2%	14,5%	100,0%
	% i Spørsmål innsendt per måned	58,2%	48,7%	39,8%	42,8%	39,6%	48,1%	48,3%	45,2%
	% av totalt	4,5%	2,2%	7,4%	7,1%	6,1%	11,4%	6,6%	45,2%
30- 60 min	Antall	21	9	57	43	52	74	40	296
	Forventet antall	22,8	13,3	54,8	49,3	45,6	70,1	40,1	296,0
	% i Tid gruppert	7,1%	3,0%	19,3%	14,5%	17,6%	25,0%	13,5%	100,0%
	% i Spørsmål innsendt per måned	31,3%	23,1%	35,4%	29,7%	38,8%	35,9%	33,9%	34,0%
	% av totalt	2,4%	1,0%	6,6%	4,9%	6,0%	8,5%	4,6%	34,0%
60- 90 min	Antall	5	1	18	20	12	19	14	89
	Forventet antall	6,9	4,0	16,5	14,8	13,7	21,1	12,1	89,0
	% i Tid gruppert	5,6%	1,1%	20,2%	22,5%	13,5%	21,3%	15,7%	100,0%
	% i Spørsmål innsendt per måned	7,5%	2,6%	11,2%	13,8%	9,0%	9,2%	11,9%	10,2%
	% av totalt	,6%	,1%	2,1%	2,3%	1,4%	2,2%	1,6%	10,2%
90- maks min	Antall	2	10	22	20	17	14	7	92
	Forventet antall	7,1	4,1	17,0	15,3	14,2	21,8	12,5	92,0
	% i Tid gruppert	2,2%	10,9%	23,9%	21,7%	18,5%	15,2%	7,6%	100,0%
	% i Spørsmål innsendt	3,0%	25,6%	13,7%	13,8%	12,7%	6,8%	5,9%	10,6%

	per måned								
	% av totalt	,2%	1,1%	2,5%	2,3%	2,0%	1,6%	,8%	10,6%
Totalt	Antall	67	39	161	145	134	206	118	870
	Forventet antall	67,0	39,0	161,0	145,0	134,0	206,0	118,0	870,0
	% i Tid gruppert	7,7%	4,5%	18,5%	16,7%	15,4%	23,7%	13,6%	100,0%
	% i Spørsmål innsendt per måned	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% av totalt	7,7%	4,5%	18,5%	16,7%	15,4%	23,7%	13,6%	100,0%

Kjikkvadrat-test

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,030 ^a	18	,009
Likelihood Ratio	35,541	18	,008
Linear-by-Linear Association	,838	1	,360
N of Valid Cases	870		

a. 2 cells (7,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,99.

Hentestatus vs. Tid brukt på saken (gruppert)

Tid gruppert * Hentestatus Crosstabulation

			Hentestatus		Totalt
			Uavhentet svar	Hentet svar	
Tid brukt på saken (gruppert)	1-30 min	Antall	134	259	393
		Forventet antall	115,2	277,8	393,0
		% innen Tid brukt på saken (gruppert)	34,1%	65,9%	100,0%
		% innen Hentestatus	52,5%	42,1%	45,2%
		% av Totalt	15,4%	29,8%	45,2%
	31-60 min	Antall	85	211	296
		Forventet antall	86,8	209,2	296,0

	% innen Tid brukt på saken (gruppert)	28,7%	71,3%	100,0%
	% innen Hentestatus	33,3%	34,3%	34,0%
	% av Totalt	9,8%	24,3%	34,0%
61-90 min	Antall	15	74	89
	Forventet antall	26,1	62,9	89,0
	% innen Tid brukt på saken (gruppert)	16,9%	83,1%	100,0%
	% innen Hentestatus	5,9%	12,0%	10,2%
	% av Totalt	1,7%	8,5%	10,2%
91-maks min	Antall	21	71	92
	Forventet antall	27,0	65,0	92,0
	% innen Tid brukt på saken (gruppert)	22,8%	77,2%	100,0%
	% innen Hentestatus	8,2%	11,5%	10,6%
	% av Totalt	2,4%	8,2%	10,6%
Totalt	Antall	255	615	870
	Forventet antall	255,0	615,0	870,0
	% innen Tid brukt på saken (gruppert)	29,3%	70,7%	100,0%
	% innen Hentestatus	100,0%	100,0%	100,0%
	% av Totalt	29,3%	70,7%	100,0%

Kjikkvadrat-test

	Verdi	df	Asymp. Sig. (2-sidig)
Pearson Chi-Square	12,928 ^a	3	,005
Likelihood Ratio	13,651	3	,003
Linear-by-Linear Association	10,120	1	,001
N of Valid Cases	870		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,09.

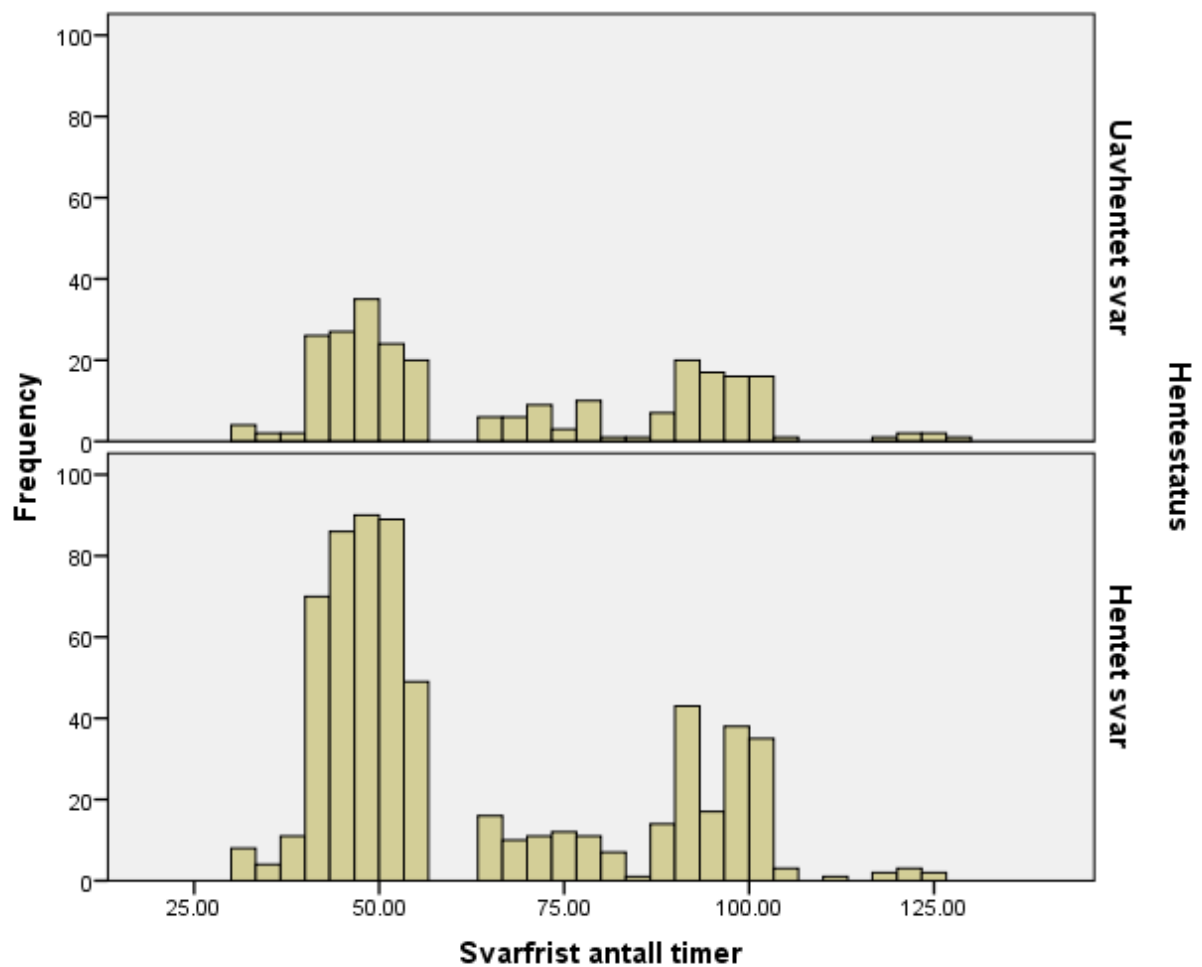
Henting av svar vs. tid på svarfrist

Mann-Whitney U-test

Hypotese:

H₀: Det er ingen tendens til at tida for svarfrist er assosiert med om svar blir hentet eller ikke hentet.

H₁: Det er en tendens til at tida for svarfrist er assosiert med om svar blir hentet eller ikke hentet.



Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Svarfrist antall timer	892	63.7780	22.71943	32.05	126.69	46.0267	52.2010	89.6955
Hentestatus	892	.71	.454	0	1	.00	1.00	1.00

Ranks

	Hentestatus	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Svarfrist antall timer	Uavhentet svar	259	476.79	123489.00
	Hentet svar	633	434.11	274789.00
	Total	892		

Test Statistics^a

	Svarfrist antall timer
Mann-Whitney U	74128.000
Wilcoxon W	274789.000
Z	-2.246
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Grouping Variable: Hentestatus

Statistisk signifikant ($p=0,025$) sammenheng mellom tiden på svarfrist og henting av svar. Tester signifikant ($p=0,025$), og vi kan derfor forkaste nullhypotesen. Det vil si at det er en signifikant tendens til at tida for svarfrist er assosiert med om svar blir hentet eller ikke hentet. Ved å gjennomsnittlig rang assosiert med hentestatus kan man se at gjennomsnittlig rang er høyere for uavhentede svar. Dette betyr at når tida for svarfrist ble rangert hadde svarene som ikke ble henta i gjennomsnittlig rang (indikerer lengre svartid) enn uavhentede svar.

Diskusjon: Lav styrke på Mann-Whitney i forhold til tilsvarende parametriske tester, men utvalgsstørrelsen er stor. Dette bidrar til å styrke testen.

Vedlegg 14: Resultater fra spørreundersøkelse blant RELIS-ansatte

	Utsagn	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Modus
1.1 Opplæring og hjelpemidler	Jeg synes det er lett å finne frem til kvalitetsdokumentene (KS-dokumentene) for TMM.		1/24	10/24	4/24	9/24	3
	KS-dokumentet 'Ordlister TMM' har vært viktig for å kunne gi et godt svar i TMM.	3/24	8/24	10/24	3/24		3
	KS-dokumentet 'Hvordan svare på spørsmål i TMM' har vært viktig for å kunne gi et godt svar i TMM.		6/24	8/24	9/24	1/24	4
	Opplæringen i forbindelse med det å svare på spørsmål til publikum har vært god.	1/24	5/24	12/24	4/24	2/24	3
	Tilgang til nyttige kilder for å kunne svare på spørsmål fra TMM er god.			1/24	8/24	15/24	5
1.2 Arbeids-situasjon	Arbeidsbelastningen min har økt med innføringen av TMM.		3/24	9/24	4/24	8/24	3
	Jeg synes TMM er et positivt tilskudd til min arbeidshverdag i RELIS.	1/24	3/24	6/24	9/24	5/24	4
2.1 Respons	Publikums tilbakemeldinger via evalueringer på mine svar i TMM eller kommentarer i nye innsendte spørsmål er nyttige for at jeg skal gjøre en god jobb med TMM.	5/24	6/24	6/24	5/24	2/24	2/3
	Kollegaers tilbakemeldinger på mine svar i TMM er nyttige for at jeg skal gjøre en god jobb med TMM.				10/24	14/24	5
	Publikums tilbakemeldinger via evalueringer på mine svar i TMM eller kommentarer i nye innsendte spørsmål er viktig for min motivasjon for å gjøre en god jobb med TMM.	2/24	2/24	9/24	8/24	3/24	3
	Kollegaers tilbakemeldinger på mine svar i TMM er viktig for min motivasjon for å gjøre en god jobb med TMM.	2/24		3/24	11/24	9/24	4
3.1 Arbeids-gruppas arbeid	Jeg er fornøyd med arbeidsgruppas arbeid med TMM-prosjektet.		2/21	7/21	7/21	5/21	3/ 4*
	Jeg synes arbeidsgruppa har gitt tilstrekkelig informasjon om prosjektet underveis.		2/21	7/21	7/21	5/21	3/ 4 *
	Jeg har hatt gode muligheter underveis til å påvirke arbeidsgruppas arbeid.	1/21	7/21	5/21	5/21	3/21	2*
3.2 Forbedringer og utvidelse av tjenesten	TMM fungerer tilfredsstillende teknisk sett (nettløsningen o.l.).		4/24	7/24	9/24	4/24	4
	TMM bør i fremtiden bli en telefontjeneste.	3/24	5/24	6/24	4/24	6/24	3/5
	TMM bør i fremtiden utvides til å omfatte alle spørsmål om medisiner.	8/24	5/24	4/24	1/24	6/24	1

*Medlemmene av arbeidsgruppen for TMM er ikke inkludert i disse spørsmålene.

Kvalitetsdokument					
Instruks for saksgang i Tryggmammamedisin.no					Nivå: 2
Utgae:	Skrevet av:	Gjelder fra:	Revideres innen:	Godkjent av:	Side nr:
1.00	Sofia F. Widnes (Vest) og Trude Giverhaug (Nord)	01.06.2011	01.06.2013		148 av 1

Vedlegg 15: Saksgang i TMM

1. Formål

Formålet er å sikre at alle i RELIS har kjennskap til saksgangen i tjenesten Tryggmammamedisin.no

2. Omfang og ansvar

Instruksen beskriver hele den tekniske saksgangen i behandling av saker i tryggmammamedisin.no og gjelder for alle i RELIS som jobber med tryggmammamedisin.

3. Arbeidsoppgaver

3.1 Overordnet:

Pålogging via RELIS applikasjonssenter.

Tilgangsrettigheter til TMM kan endres av administratorer.

Under Mine saker finnes saker du har besvart eller har under arbeid.

Under Arkiv finnes alle besvarte saker i TMM.

3.2 Saksgangen

- logg på med eget brukernavn og passord for tilgang til Mine saker
- klikk på Ubesvarte for tilgang til liste over alle saker som ikke er påbegynt
- finn en sak som tilhører ett av fylkene som ditt RELIS har ansvar for og prioriter etter kortest tidsfrist
- klikk på Svar for saken du vil arbeide med for å komme inn på svarsiden

- klikk Lagre; du er nå eier av saken
- skriv ditt svar i Svarfeltet og klikk Lagre
 - klikk søk for tilgang til tidligere avgitte svar i TMM
 - lister over aktuelle instanser spørsmålsstiller kan kontakte dersom vi ikke er riktig instans finnes på Intranettet
 - liste over publikumsvennlige ord og uttrykk samt tips til formuleringer finnes på intranettet
- i feltet Konsultert litteratur (kun til internt bruk) angis:
 - kilder som er brukt (valgfritt detaljnivå. Klipp og lim fra referanselisten i feltet under, eller angi kun for eksempel Briggs 2007 e.l)
 - "Gjenbruk av tidligere sak" dersom svaret er identisk med et tidligere svar i TMM
 - Veiledning/tips til aktuelle kilder finnes på intranettet
- Pass på å klikke på Lagre med jevne mellomrom
- klikk Indeksering og
 - indekser de aktuelle legemidlene på substansnivå: ATC-nivå 5 eller så nært som mulig
 - Stoffer/produkter som ikke har ATC-kode (for eksempel kosttilskudd, naturmidler) kan ikke indekseres.
- klikk Evaluering
 - angi så nøyaktig du kan hvor lang tid (effektiv tid) du har brukt på saken i minutter (kun angitt i tall)
 - angi kategori for svaret. Det er fem kategorier hvorav den ene av de er: kontakt lege. Dette bør bare brukes i de tilfeller hvor det ikke er gitt noen som helst form for råd foruten råd om å kontakte lege.
 - angi om du har diskutert svaret med en kollega. Dette bør i utgangspunktet gjøres, og skal alltid gjøres i oppstartsfasen. En del av kontrasignaturen er å sikre seg om at svaret er forståelig
 - publikums evaluering av svaret fremkommer først når svaret er hentet og evaluering gitt
- klikk Publisert
 - kryss av for at svaret er ferdig og kan vises til publikum, og klikk Publisert

3.3 Tilbaketrekking av svar:

I utgangspunktet skal ikke publiserte svar trekkes tilbake, kontrasignatur skal minimere behovet for dette. Hvis behov, kan publiserte svar likevel trekkes tilbake slik:

- gå inn på Mine saker eller Arkiv, Vis aktuell sak, og kryss av for Trekk tilbake svar
- etter at svaret er rettet opp, fjern krysset i Trekk tilbake svar-ruten og klikk Lagre
- tilbaketrekking og retting av svar som allerede er hentet av spørsmålsstiller kan være aktuelt siden svar kan gjenbrukes
- dato for henting av svar er synlig under den aktuelle saken (gå inn på Mine saker eller Arkiv, Vis aktuell sak)

3.4 Bruk av feltet Kommentarer:

- når du velger en sak under Mine saker eller Arkiv, fremkommer feltet Kommentarer
- feltet kan brukes ved behov for å gi spesielle kommentarer i publiserte saker. For eksempel at spørsmålsstiller tar kontakt på nytt, eller at et svar er tilbakekalt og rettet opp

4. Revisjon:

Revideres ved behov.

