

Veronica Sandvik  
Tone Mathiesen Stenbakk

## Samhandling mellom ansatte i LAR og apotek

Hvordan kan en elektronisk løsning forbedre samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek?

Masteroppgave i Erfaringsbasert masterprogram i helseinformatikk  
Veileder: Anita Das

Desember 2021



Veronica Sandvik  
Tone Mathiesen Stenbakk

## **Samhandling mellom ansatte i LAR og apotek**

Hvordan kan en elektronisk løsning forbedre samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek?

Masteroppgave i Erfaringsbasert masterprogram i helseinformatikk  
Veileder: Anita Das  
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



## Sammendrag

En stor andel LAR-pasienter får utlevert legemiddeldoser i apotek. Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan samhandlingen foregår og oppleves for ansatte i LAR og apotek, og på bakgrunn av opplevde utfordringer, behov og krav, se om det er mulig å lage et konsept på en elektronisk løsning.

Vi valgte kvalitativ metode for datainnsamlingen og tok i bruk fokuserte intervjuer, åpent, faktisk intervju og workshop. Som tilnærming valgte vi tjenstedesign, og for å visualisere arbeidsprosessene har vi brukt modelleringsspråket Business Process Model and Notation.

Det er lege i LAR som har behandlingsansvaret for pasientene, og som bestemmer type legemiddel, dosering og hvordan dosen skal gis. Ansatte i apotek trenger resept og informasjon om henteordningen for å kunne gi pasientene riktig oppfølging. Gjennom intervjuene kom det fram at aktørene har behov for å samhandle ved oppstart og endringer på henteordningen. Noen gir informasjon muntlig via telefon eller bruker kommentarfeltet i e-resept, men de fleste bruker et dokument. Dokumentet har ulike navn og ulikt innhold, selv om det finnes en mal. Da det ikke finnes en tilrettelagt elektronisk løsning for samhandlingen, har de tatt i bruk telefon, e-post, faks og posten for informasjonsdelingen. I tillegg til informasjon om henteordningen har de behov for å dele informasjon om avvik ved henting, generelle beskjeder og bekymringer rundt pasientens situasjon.

Samhandlingen blir oppfattet som god, og så optimal som mulig med de verktøyene de har i dag. En av grunnene til at samhandlingen fungerer, er at de kjenner hverandre etter å ha samarbeidet over tid. Funnene viser at de savner en mer effektiv og sikker måte å sende informasjonen på, da postgangen tar tid og personvernet ikke blir ivaretatt ved de andre løsningene.

Vi har identifisert tre hovedutfordringer, som vi har valgt å basere konseptet på. Konseptet består av en elektronisk løsning for sending av henteordningen, digital dialog for kommunikasjon og varsling om utgåtte resepter. Flere av informantene trekker frem at en elektronisk løsning ikke kan erstatte telefonen, men at den kan være et supplement.

Å innføre en elektronisk løsning kan gi flere gevinster for samhandling. Aktørene mener at det vil spare tid og senker terskelen for kommunikasjon. Kommunikasjonen blir dokumentert og personvernet blir ivaretatt. I tillegg vil det bidra til en raskere, enklere, smidigere og mer effektiv samhandling.

## Abstract

Many patients on opioid substituted treatments (OST) receive drug doses in pharmacies. The purpose of this study is to find out how people interact and how the employees in OST and pharmacies experienced this interaction. Based on the challenges people experienced, we want to see if it is possible to create a concept for an electronic solution, based on the needs and requirements from the participants.

We chose a qualitative method and used focused interviews, open, factual interviews and workshops for data collection. As an approach we chose service design, and to visualize the business processes we have used the modeling language Business Process Model and Notation.

Doctors in OST are responsible for the patient's treatment, and they decide the type of medicine, dosage and how the dose should be given. Employees in pharmacies need a prescription and information about the dispensing of medicines to be able to give patients the correct follow-up. Through the interviews, it became clear that the participants need to interact at the start of the agreement and when there are changes to the dispensing of medicines. Some give information orally by telephone or use the comment field in e-prescriptions. Most people use a document for information. The document has different names and different contents, although there is a template available. As there is no adapted electronic solution for the interactions between doctors and pharmacies, they have used the telephone, e-mail, fax and mail for sharing information. In addition to information about the dispensing of medicines, they need to share information about deviations during dispensing, general messages and concerns about the patient's situation.

The interaction is perceived as good, and as optimal as possible with the tools available today. One of the reasons why interacting this way works is that the employees know each other after working together over time. The findings show that they lack a more efficient and secure way to send information, as the post takes time and privacy is not taken care of by the other solutions.

We have identified three main challenges, which we have chosen to base the concept on. The concept consists of an electronic solution for sending information about dispensing of medicines, digital dialogue for communication and notification of expired prescriptions. Several of the participants pointed out that an electronic solution cannot replace the telephone, but that it can be used to supplement it.

Introducing an electronic solution can provide several benefits for collaboration. The participants believe that it will save time and lower the threshold for communication. It would provide documentation and would safeguard privacy. In addition, it will contribute to faster, easier, smoother and more efficient interactions.

## Forord

Med denne oppgaven avslutter vi erfaringsbasert masterprogram i helseinformatikk. Det har vært lærerike og spennende år. Det å skrive masteroppgaven har gitt oss mer innblikk i et for oss ukjent tema. Vi fikk muligheten til å fordype oss i en spennende problemstilling, som det er skrevet lite om og som flere har uttrykk at de er takknemlige for at vi har «tatt tak i».

Den pågående covid-19 pandemien gjorde at vi var bekymret for at vi måtte utsette oppgaven, men til tross for restriksjoner i fysisk kontakt og dermed noen begrensninger for gjennomføringen, har vi allikevel kommet i mål.

Vi ønsker å takke alle informantene, som har delt sin kunnskap og sine erfaringer med oss. Uten dere hadde vi ikke fått skrevet denne oppgaven. Videre vil vi takke Apotekforeningen, som tok seg tid og ga oss nyttig informasjon. Vi vil også takke gode kollegaer, som har vært tilgjengelig for hjelp og støtte under hele studiet.

En takk også til veileder Anita Das, som har gitt oss gode råd og veiledning underveis. Videre vil vi takke familie og venner, som har heiet på oss og oppmuntret oss hele veien. Og spesielt til mann og barn, som har holdt ut med oss i denne tiden og som har gjort det mulig for oss å kombinere familie, jobb og studier.

Tusen takk!

Veronica Sandvik og Tone M. Stenbakk

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FIGURER</b> .....	<b>X</b>
<b>TABELL</b> .....	<b>X</b>
<b>ORDFORKLARINGER</b> .....	<b>XI</b>
<b>FORKORTELSER</b> .....	<b>XI</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	9
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	10
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN .....	10
1.4 MOTIVASJON .....	10
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	11
<b>2. TEORI</b> .....	<b>12</b>
2.1 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING .....	12
2.2 APOTEK .....	14
2.2.1 Etablering og oppfølging av henteordning .....	15
2.2.2 Fagsystem i apotekene.....	15
2.2.3 Apoteket i fremtiden .....	16
2.2.4 Apotekets rolle i LAR-behandlingen internasjonalt.....	16
2.3 SAMHANDLING .....	17
2.3.1 Samhandling mellom organisasjoner .....	18
2.3.2 Samhandling om pasienter i LAR .....	18
2.3.3 Digital samhandling .....	19
2.3.4 Utvikling av løsninger for digital samhandling.....	20
2.4 E-HELSE .....	21
2.4.1 E-helseløsninger .....	21
2.5 PROSESSTØTTE .....	24
2.6 PASIENTSIKKERHET OG PERSONVERN .....	24
<b>3. METODE</b> .....	<b>26</b>
3.1 KVALITATIV METODE.....	26
3.2 TILNÆRMING .....	26
3.3 FOKUSERTE INTERVJUER .....	27
3.4 REKRUTTERING OG UTVALG .....	27
3.5 DATAINNSAMLING.....	28
3.6 ANALYSE AV DATAMATERIALET .....	28
3.7 ÅPENT, FAKTUELT INTERVJU .....	29
3.8 VISUALISERING .....	29
3.9 WORKSHOP.....	30
3.10 KVALITET .....	30
3.11 ETISKE VURDERINGER .....	31
3.12 KILDEKRITIKK .....	32
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>33</b>
4.1 SAMHANDLING MELLOM LAR OG APOTEK .....	33
4.1.1 Oppstart av LAR behandling.....	33
4.1.2 Endringer på henteordning .....	36
4.1.3 Annen kommunikasjon .....	37
4.1.4 Pasientsikkerhet.....	37
4.2 INFORMANTENES OPPLEVELSE AV SAMHANDLINGEN.....	38
4.2.1 utfordringer i et LAR perspektiv.....	38
4.2.2 utfordringer i et apotek perspektiv .....	39
4.2.3 utfordringer rundt utgåtte e-resepter.....	40
4.3 BEHOV OG KRAV TIL EN ELEKTRONISK LØSNING .....	40



4.3.1 Behov .....	40
4.3.2 Krav .....	40
4.3.3 Gevinster.....	41
4.4 INTERVJU MED APOTEKFORENINGEN.....	41
4.5 VISUALISERINGER .....	43
4.5.1 Personas .....	43
4.5.2 BPNM modellering av prosessene.....	44
<b>5. DISKUSJON .....</b>	<b>47</b>
5.1 HVORDAN FOREGÅR SAMHANDLINGEN? .....	47
5.2 HVORDAN OPPLEVES SAMHANDLINGEN? .....	50
5.3 KONSEPTUTREDNING .....	53
5.3.1 Elektronisk deling av informasjon mellom aktører i LAR og apotek .....	54
5.3.2 Digital dialog.....	55
5.3.3 Varsling om utgåtte resepter.....	57
5.3.4 Andre viktige momenter .....	58
5.4 METODE DRØFTING .....	59
5.5 VEIEN VIDERE .....	60
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>62</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>72</b>

## Figurer

Figur 1. Egen illustrasjon av hvordan LAR sender informasjon til de ulike aktørene. ....	8
Figur 2. Fortsatt papir og faks i helsevesenet (6). ....	9
Figur 3. Oversikt over antall LAR pasienter (14). ....	13
Figur 4. Prosentvis bruk av de ulike utleveringsstedene (18). ....	14
Figur 5. Samhandlingsmodeller (59). ....	22
Figur 6. Lag ekspederingsanmonning. ....	23
Figur 7. Eget flytdiagram over arbeidsprosessene ....	26
Figur 8. Personas av farmasøyt. ....	43
Figur 9. Personas av LAR-behandler. ....	43
Figur 10. Dagens arbeidsprosess av Oppstart henteordningen. ....	44
Figur 11. Delprosess Kontakter LAR og etterspør mer info. ....	45
Figur 12. Ønsket arbeidsflyt: Oppstart henteordning. ....	45
Figur 13. Mangel på gyldig e-resept. ....	46
Figur 14. Ønsket arbeidsflyt: Mangel på gyldig e-resept. ....	46

## Tabell

Tabell 1. Oppgavens oppbygging. ....	11
--------------------------------------	----

## Ordforklaringer

Asynkron	Noe som ikke foregår samtidig
E-helse	Bruk av IKT og løsninger for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren
Empiri	Forskningsdata
Helseopplysninger	Alle opplysninger som kan si noe om en persons nåværende, tidligere eller fremtidige fysiske eller psykiske helsetilstand. Regnes som sensitive opplysninger
Innovasjon	I offentlig sektor er innovasjon en ny eller vesentlig endret tjeneste, prosess, produkt, organisering eller kommunikasjonsmåte
Kombinasjonslegemiddel	Et legemiddel som består av to eller flere virkestoff, der hvert av virkestoffene har ulik virkningsmekanisme i kroppen
Normen	Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren
Nødekspedisjon	Utdeling av legemiddel uten gyldig resept, når det er påkrevd
Primærhelsetjenesten	Er helsetjenesten utenfor institusjon
Provisorfarmasøyt	Har en mastergrad i farmasi (læren om legemidlenes fremstilling og om deres fysiske, kjemiske og biologiske egenskaper)
Reseptarfarmasøyter	Har en bachelorgrad i farmasi (læren om legemidlenes fremstilling og om deres fysiske, kjemiske og biologiske egenskaper)
Spesialisthelsetjenesten	En samlebetegnelse på helsetjenester, som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Strukturerte data	Dokumenter som er maskinlesbare
Subkutan injeksjon	En sprøyte som settes i underhudsvevet
Substitusjonsbehandling	Behandling med opioidholdige legemidler
Synkron	Noe som foregår samtidig

## Forkortelser

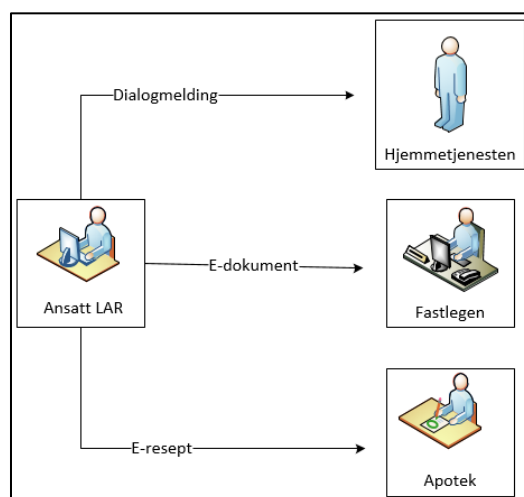
BPMN	Business Process Model and Notation
EDI	Electronic Data Interchange
KJ	Kjernejournal
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
IT	Informasjonsteknologi
NOU	Norges offentlige utredninger
OUSHF	Oslo Universitetssykehus HF
PLO-meldinger	Pleie- og omsorgsmeldinger
PSS	Prosesstøttesystem
SDI-metode	Stegvis-deduktive induktive metode
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling

## 1. INNLEDNING

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er substitusjonsbehandling for rusmisbrukere. Det inngår som et deltiltak i Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)(1). LAR brukes også som navn på organisasjonsenheter som tilbyr behandlingen LAR. Tittelen Samhandling mellom ansatte i LAR og apotek henviser til den organisatoriske enheten LAR, men LAR i denne sammenheng vil også innebefatte enheter som er organisert som TSB. I dag er det 50 steder i Norge som har et tilbud om LAR. Det er 30 i Helse Sør-Øst, 13 i Helse Vest, 3 i Helse Midt og 4 i Helse Nord (2).

Behandling i LAR strekker seg gjerne over år, og for mange livet ut. Pasienter i LAR får utlevert gitte legemiddeldoser i apotek, hos fastlege eller hjemmetjenesten. Det er lege i LAR som bestemmer doseringen og hvordan dosen skal gis. Den som utleverer legemiddelet må få melding om hvilken henteordning som gjelder for den enkelte pasient, om det er inntak under overvåkning eller ta-med-hjem doser. I Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR står det at meldingen som hovedregel bør være skriftlig, og at det skal dokumenteres i pasientens journal (3).

I Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, påpekes det at gode kommunikasjonsrutiner må etableres mellom LAR og utleveringssted (4). Ansatte i LAR kan sende elektroniske dokumenter til fastlegen og dialogmeldinger til hjemmetjenesten fra sykehusets elektroniske pasientjournal (EPJ). Til ansatte i apoteket kan de sende elektroniske resepter (e-resept), men de kan ikke sende annen informasjon elektronisk. På denne måten bruker LAR ulike metoder for å sende informasjon til aktørene.



Figur 1. Egen illustrasjon av hvordan LAR sender informasjon til de ulike aktørene.

Nasjonalt meldingsløft ble etablert i 2009, for å få en fortløpende utvikling av elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Målet har vært at alle meldinger skal foregå elektronisk mellom helseforetak, kommuner, legekontor og NAV (5). I 2014 ble det slått opp i nyhetsbildet at målet gjennom 17 år og fire nasjonale IKT-strategier, har vært at kommunikasjon i helsevesenet skulle gjøres elektronisk (Figur 2) (6).

## Fortsatt papir og faks i helsevesenet

Oslo (NTB): Fire nasjonale IKT-strategier har de siste 17 årene hatt som mål at helsevesenet skal kommunisere elektronisk. Riksrevisor Per-Kristian Foss slår fast at faks og papir fortsatt blir en del av hverdagen.

*Figur 2. Fortsatt papir og faks i helsevesenet (6).*

Helseminister Bent Høie uttalte samme år at faksen er alfa og omega for det norske helsevesenet, og at det i praksis ikke er mulig å gjennomføre samhandlingsreformen, uten den (7).

I 2018 påpeker Direktoratet for e-helse at behovet er stort for elektronisk samhandling mellom ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Samtidig trekkes det fram at elektronisk samhandling i helsevesenet er utfordrende, da det er svært mange aktører, med mange ulike løsninger (8). Det ble i 2014 utviklet 19 definerte meldingsstandarder for elektronisk meldingsutveksling, men apotekene ble ikke direkte berørt av disse (9). I januar 2021 tok man i bruk nye standarder for elektronisk meldingsutveksling, men heller ikke denne gang er meldingene tenkt for bruk i apotek (10). I St.meld. 47 fra 2008, heretter kalt Samhandlingsreformen, står det; "Apotek er også en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten som må inkluderes i arbeidet med å øke samhandlingen i helsetjenesten lokalt" (11 s.131). Allikevel er det ikke tilrettelagt for elektronisk samhandling mellom LAR og apotek i 2021.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vårt daglige arbeid er vi opptatte av god, elektronisk informasjonsflyt, og i den forbindelse kom vi over en utfordring ved utveksling av informasjon mellom ansatte i LAR og apotek. Før vi bestemte oss for temaet valgte vi å søke opp litteratur, i tillegg til å snakke med leder ved en LAR-enhet, for å få mer informasjon om samhandlingen og informasjonsutvekslingen. Det vi satt igjen med var en forståelse av at LAR mangler en elektronisk løsning for å samhandle og kommunisere med apotekene, og spesielt i forhold til dokumentet Dosebekreftelse, som blant annet inneholder informasjon om henteordningen. For å samhandle med apoteket brukes ulike kanaler, der ivaretagelsen av pasientsikkerheten og personvernet ikke er tilfredsstillende.

Da vi bestemte oss for å gå videre med temaet, hadde vi ingen kunnskap om apoteket sin opplevelse av samhandlingen. Vi undret på om apotekene opplever de samme utfordringene som LAR, eller om de har andre utfordringer. Med denne oppgaven ønsker vi å finne ut hvordan samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek foregår for begge parter. I tillegg ønsker vi å se om det er mulig å lage et konsept basert på en elektronisk løsning, som vil dekke behovene til ansatte ved både LAR og apotek. Da vi ved oppgavens start ikke visste om behovet for en elektronisk løsning var en lokal, regional eller nasjonal utfordring ønsket vi å kartlegge samhandlingen i flere regioner.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Tema for oppgaven er samhandling mellom ansatte i LAR og apotek. På bakgrunn av forundersøkelsen, som viste at det mangler en tilrettelagt elektronisk samhandlingsløsning, er problemstillingen følgende:

Hvordan kan en elektronisk løsning forbedre samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek?

For å kunne svare på denne problemstillingen valgte vi følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan foregår samhandlingen?
2. Hvordan oppleves samhandlingen?
3. Hva slags tiltak kan dekke behovene til de involverte, og hvordan kan en elektronisk løsning imøtekomme behovene?

Det første forskningsspørsmålet er viktig for å kartlegge hvordan samhandlingen foregår i dag. Det andre forskningsspørsmålet vil gi oss informasjon om hvordan de involverte aktørene opplever samhandlingen, hva som fungerer og om det er noen utfordringer med den. Med spørsmål 1 og 2 vil vi ved å intervju informanter fra ulike steder i landet, kunne se om mangelen på elektroniske samhandlingsløsninger, er en lokal, regional eller nasjonal utfordring. Ut ifra behovene som avdekkes, ønsker vi lage et konsept på en elektronisk løsning, som kan løse eventuelle utfordringer i samhandlingen.

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

LAR kan samhandle med fastlegen og hjemmetjenesten via elektroniske løsninger. Mellom LAR og apotek kjenner vi ikke til at det finnes noen elektronisk løsning bortsett fra e-resept, og vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til å gjelde samhandlingen mellom dem. Det kan hende at endelig konsept kan være en løsning, som kan brukes i samhandling med alle aktørene, men det vil ikke bli vurdert i denne oppgaven. Da oppgaven fokuserer på samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek, og pasientene ikke er en aktiv del av denne samhandlingen, vil ikke pasientene inkluderes. For at ikke omfanget for oppgaven skal bli for stort, har vi også valgt å ikke gå inn på tema som flytting og reiser til utlandet.

## 1.4 Motivasjon

Vi har begge bakgrunn og erfaring fra helsetjenesten, som fysioterapeut og sykepleier. Ingen av oss har bakgrunnskunnskaper om LAR og apotek, og vi har heller ikke erfaring fra psykiatri fra tidligere, foruten en kort periode under bachelorutdanningen. Vi har derimot erfaring med samhandling, både med og uten bruk av elektroniske løsninger, og en av oss har opplevd utfordringer med samhandling på tvers av organisasjoner. Da vi oppdaget at helsearbeidere har utfordringer i arbeidshverdagen, så vi på det som en mulighet til å kunne hjelpe med et reelt problem. Det å kunne bidra til å finne løsninger på dagens utfordringer var motiverende og bakgrunnen for at vi ønsket å fordype oss i dette temaet.

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Innledning	Dette kapitlet presenterer bakgrunn og motivasjon for hvorfor vi har valgt å skrive denne oppgaven. Her finnes også problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål, i tillegg til oppgavens avgrensninger.
Teori	Her presenterer vi teori om ulike tema, som vi mener er viktig for samhandlingen mellom LAR og apotek, og for å kunne svare på problemstillingen.
Metode	Vi redegjør for valg av metode og hvordan vi innsamlet og analyserte datamaterialet, i tillegg til etiske problemstillinger underveis i arbeidet med oppgaven.
Resultat	Her presenterer vi funnene våre, og underkapitlene er basert på de tre hovedgruppene vi satt igjen med etter kodingen fra analysen.
Diskusjon	Dette kapitlet er inndelt etter forskningsspørsmålene, hvor vi drøfter funnene våre opp mot teori. Her finnes også metode drøftingen og noen tanker om veien videre.
Konklusjon	Til slutt runder vi av oppgaven med en konklusjon.

*Tabell 1. Oppgavens oppbygging.*

## 2. TEORI

Teorikapittelet starter med en presentasjon av LAR og apotek, som er de to sentrale aktørene i samhandlingen. Siden samhandling er oppgavens kjerne og skjer innenfor temaet helse, har vi valgt å ta med delkapitler om samhandling innen helsevesenet, mellom organisasjoner i helsevesenet og samhandling om LAR-pasienter, i tillegg til et delkapittel om digital samhandling. For å se om en elektronisk løsning kan møte behovene til aktørene, har vi med delkapitler om e-helse og prosesstøtte. Til slutt har vi valgt å ta med personvern og pasientrettigheter, da dette er viktige tema innen helse.

Vi har ikke funnet forskningsstudier fra Norge om samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek, men vi har funnet noen internasjonale studier. For å få en forståelse av hva som har vært og er gjeldene i Norge, har vi valgt å ta med stortingsmeldinger. Siden LAR og apotek må forholde seg til norske lover, retningslinjer og veiledere, har vi også valgt å ta med kilder på dette i teorikapittelet. For å kunne lage et konsept på en elektronisk løsning, som vil være gjennomførbart i Norge, har vi valgt å fokusere på norske e-helseløsninger, og har derfor ikke med teori om løsninger som kan finnes i andre land.

Når vi gjennom oppgaven refererer til pasient, lege og behandler, er det pasient under LAR behandling, lege og behandler i LAR det refereres til, så fremt ikke annet er beskrevet.

### 2.1 Legemiddelassistert rehabilitering

LAR-forskriften regulerer formål, inntak, utskrivning og kontrolltiltak knyttet til LAR. I henhold til forskriften er det lege i spesialisthelsetjenesten, som skal ta beslutninger om substitusjonsbehandling (12). Selv om ansvaret for oppstart av behandlingen er lagt til LAR i spesialisthelsetjenesten, kan gjennomføringen også foregå i primærhelsetjenesten. Valget avgjøres ut ifra en forsvarlighetsvurdering i forhold til pasientens tilstand og det valgte legemiddelet (4).

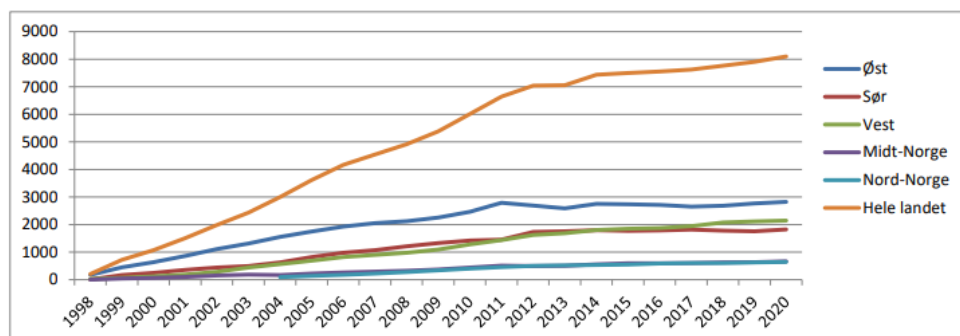
I oldtiden brukte de råopium, den størknede plantesaften fra opiumsvalmuen, som legemiddel mot ulike lidelser og som rusmiddel. Siden 1600-tallet har avhengighetspreget bruk av opium i Vesten vært kjent. Etter oppdagelsen av Morfin i 1823 og Heroin i 1874 økte avhengigheten og bruken av disse stoffene raskt. Substitusjonsbehandling med Metadon ble utviklet på 1960-tallet i USA av legen Vincent P. Dole og psykiateren Marie Nyswander. De prøvde ut selvmedisinering med ulike opioider på pasientene, og fant ut at Metadon gav mindre ruspreget adferd og at disse pasientene ønsket rehabilitering. Dette er også tanken bak substitusjonsbehandlingen som brukes i dag (4).

I 1998 ble substitusjonsbehandling av opioidavhengighet allment tilgjengelig i Norge. Det ble organisert som regionale sentre med en sentral godkjenning, som skulle vurdere og beslutte tiltak. Etter en omorganisering i rusomsorgen i 2004 ble de regionale sentrene en del av spesialisthelsetjenesten og dermed også en del av TSB (4).

For de fleste pasienter vil substitusjonsbehandlingen være en langvarig behandling, og for noen livet ut (4). Helseforetakets enhet for rusbehandling, helse- og sosialtjenesten i kommunen og fastlegen er organisert i et samarbeid om LAR-tilbudet. Dette trepartssamarbeidet har gjort det mulig å tilgjengeliggjøre behandlingen i alle landets kommuner (13), men det krever klare avtaler mellom alle aktørene (4).



Som Figur 3 viser, har det vært en sterk økning i antall pasienter fram til 2012, deretter flatet økningen noe ut, men har steget jevnt. Ved årsslutt 2020 var det registrert 8099 pasienter i LAR, og for første gang over 8000 (14).



Figur 3. Oversikt over antall LAR pasienter (14).

Substitusjonsbehandlingen bestod i starten av legemiddelet Metadon, men fra 2002 ble Buprenorfin også tatt i bruk. Metadon gis vanligvis som en drikkelig løsning, mens Buprenorfin er tabletter som grovdeles, legges under tungen og suges opp gjennom slimhinnen i munnhulen. I 2007 begynte de å gi Buprenorfin med Naloksen, som brukes som motgift ved heroindoser. Hensikten med kombinasjonslegemiddelet er å hindre injeksjon og salg (4). I 2018 kom Buprenorfin depotinjeksjon, som har lengre effekt enn behandling med tabletter. Den nye metoden medfører at det kun en gang i uken eller månedlig er behov for å sette en subkutan injeksjon (15). Videre i oppgaven vil vi referere til disse legemidlene som LAR-legemidler.

Utlevering av LAR-legemidler er underlagt streng kontroll, siden substitusjonslegemidler er sterkt vanedannende legemidler og har stor gateverdi. Særreguleringen er nødvendig for å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skader på pasientene (12). Det må sikres at legemiddelet ikke blir omsatt eller gitt videre til andre med fare for å sette liv og helse i fare (4).

Det er lege som bestemmer pasientens utleveringsordning av LAR-legemidler, og om det er nødvendig at legemiddelet inntas under oppsyn av helsepersonell (12). Alle pasientene skal ved oppstart innta legemiddelet daglig under tilsyn, men etter hver lages det individuelle henteordningsavtaler basert på pasientens rusmestring og livssituasjon. En forutsetning for ta-med-hjem-doser, som er døgndoser som pasienten tar selv, er at pasienten har stabil rusmestring over tid (4). En normal øvre grense for ta-med-hjem-doser, er satt til en uke (3). I 2020 møtte pasientene opp for utlevering av doser på apotek, i gjennomsnitt 3,1 ganger i uken. Dette er noe lavere enn tidligere, men kan skyldes Covid-19 pandemien (13).

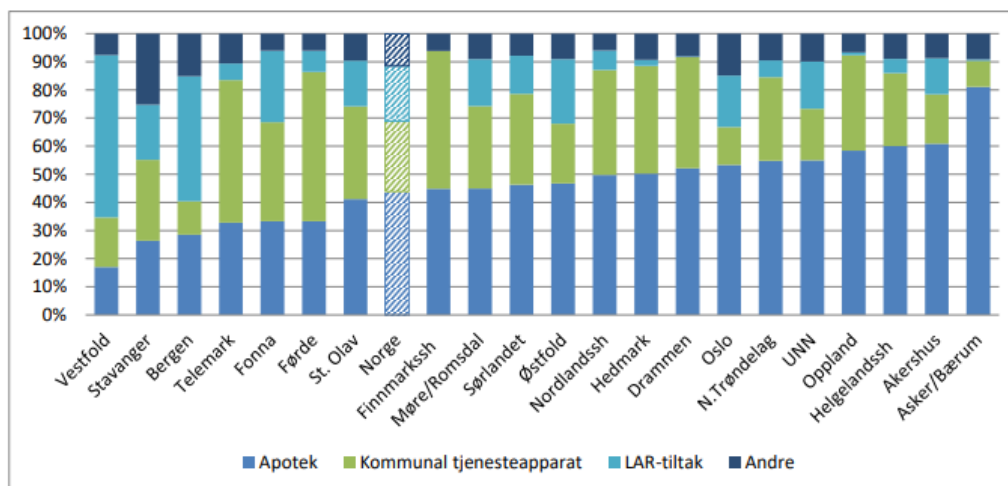
Ifølge veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR, plikter spesialisthelsetjenesten å ha døgkontinuerlig vakttelefon, slik at primærhelsetjenesten kan få råd og veiledning når det er behov. Utleverer anbefales å sørge for at de har oppdatert og lett tilgjengelig kontaktinformasjon. Ved planlagte opphold på institusjoner, som sykehusinnleggelse eller soning i fengsel, plikter LAR å kontakte det faste utleveringsstedet, for å avbestille legemidler (3).

## 2.2 Apotek

Det finnes tre typer apotek i Norge, og de har ulik organisering. Primærapotek blir drevet av private aktører og tilhører primærhelsetjenesten. Sykehusapotek er organisert som helseforetak, og eies av regionale helseforetak, noe som gjør dem til en del av spesialisthelsetjenesten. Den siste typen apotek er medisinsalg, hvor de fleste er plassert i dagligvarebutikker (16).

Apotekene har i mange år utlevert LAR-legemidler til pasienter i Norge, og fra juni 2017 ble det et nasjonalt tilbud. Dette gav mer forutsigbarhet for pasientene, apotekene og de regionale helseforetakene (17). Det finnes en veileder som gjelder for utlevering av LAR-legemidler i og utenfor LAR. I denne framkommer det at apotekene ikke er pliktig til å påta seg utlevering og overvåkning av legemiddelinntak, men når apoteket påtar seg et slikt oppdrag, bør det foreligge en avtale mellom partene, som spesifiserer innholdet og omfanget av oppdraget (3).

Andelen pasienter som får utlevert dosene sine på apotek varierer stort mellom helseforetakene. Figur 4 viser prosentvis bruk av ulike utleveringssteder i regionene i 2020, hvor det er sortert etter andelen som bruker apotek (18). På landsbasis var det 44 % av pasientene, som i 2020 fikk utlevert legemiddeler i apoteket (13).



Figur 4. Prosentvis bruk av de ulike utleveringsstedene (18).

Apoteket som utleverer legemiddelet må få melding fra legen om hvilken henteordning som gjelder for den enkelte pasienten, om det er inntak under overvåkning eller ta-med-hjem doser. Ifølge Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR bør meldingen være skriftlig og dokumentert i pasientens journal. Vanlige bestemmelser om taushetsplikt og føring av journal gjelder også ved utlevering i apotek. Pasienten skal i tillegg kvittere for mottatt dose og utleverer skal kvittere for utlevert dose (3).

Apotekenes arbeidsrutine rundt registrering og istandgjøring av LAR-legemidler varierer. Hvor mange pasienter som henter på aktuelt apotek og hvilke LAR-legemidler disse bruker, har betydning for rutinen. Basert på henteavtalen klargjør noen apotek dosen når pasienten kommer, mens andre klargjør separate dagsdoser på forskudd for en periode på 7-14 dager (19).

Den gjeldende nasjonale retningslinjen for LAR er fra 2010 (4). På bakgrunn av mer brukererfaring, klinisk erfaring og forskning er det sett behov for å oppdatere de nasjonale anbefalingene. En ny versjon ble sendt ut på høring juni 2021 (20). Ifølge den nye versjonen skal det opprettes en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (21), der kommunen har ansvaret for å involvere fastlegene (22). Apotekene er ikke del av den kommunale helsetjenesten, så Apotekforeningen har i sitt høringsvar, påpekt at en slik avtale bør inkludere utleverere. Dette for å etablere godt samarbeid mellom aktørene, gode LAR-tjenester og stabile pasientforløp (21).

### 2.2.1 Etablering og oppfølging av henteordning

Når utdelingen skjer i apoteket skal lege, eller behandler med delegert myndighet, kontakte apoteket for å etablere avtale om henteordning. Inngåelse av skriftlige avtaler varierer, og ifølge rapporten Utlevering av LAR legemidler tyder mye på at det mest vanlige er muntlige avtaler (19).

Det er anbefalt å opprette et oppstartsdokument, som angir detaljer om henteordning, tjenester, kontaktpersoner og andre bestemmelser som gjelder den aktuelle pasienten. Det finnes en mal for utlevering av legemidler til pasient i LAR, se vedlegg 4 (23). Hvis andre enn lege er den som har tettest kontakt med pasienten, for eksempel andre ansatte i LAR, kan ansvaret delegeres til denne, som da kan beslutte endringer i henteordningen. Bruk av delegasjon, skal dokumenteres i oppstartsdokumentet (24). Ved midlertidige endring i utleveringen, skal lege informere apoteket, og journalføre endringen (3).

Å påse at det alltid finnes en gyldig e-resept, med riktig dosering, er legens ansvar. Ved varige doseendringer må legen lage ny e-resept med korrekt dosering, i tillegg til å trekke den gamle e-resepten tilbake. Hvis det ikke foreligger gyldig e-resept, må ansatte i apoteket kontakte lege, eventuelt foreta en nødekspedisjon (19).

Apotek ansatte har ansvar for å kontakte lege i flere situasjoner. Eksempler på dette er hvis pasienten har uakseptabel adferd under utleveringen, er ruspåvirket eller uteblir fra å hente mer enn en gang. Hvis pasienten er åpenbart ruspåvirket ved fremmøte, kan behandlingen med LAR-legemidler være uforsvarlig (3). I slike situasjoner må apoteket i tillegg til å kontakte LAR, vurdere om dosen må justeres (19).

På lik linje med andre borgere, har pasientene rett til å reise, men de er ikke like frie som andre. Når en pasient har tenkt å reise, bør det planlegges i god tid. Det er legens ansvar å etablere avtale om utlevering av LAR-legemidler på stedet det planlegges å reise til, og pasienten må akseptere tilbudet som finnes. Legen må sende ny resept til vikar-apoteket, som også må få detaljert informasjon om henteordningen. I tillegg må det faste apoteket få beskjed (3).

### 2.2.2 Fagsystem i apotekene

I dag brukes FarmaPro som felles bransjesystem, men FarmaPro er basert på eldre IT-teknologi, som blant annet ikke støtter tjenestebasert adressering (25). En ny felles IT-løsning, som skal erstatte deler av dagens FarmaPro, er under utvikling. Det nye bransjesystemet, Eik, skal håndtere resepter, refusjon, dokumentasjon, journalføring, rapportering og statistikk. Alle apotek og apotekkjeder skal ha eget brukergrensesnitt, men all informasjon som apotekene skal bruke og lagre, vil finnes i Eik. Det framheves at

Eik vil sikre standardisering og lik praksis i alle apotek, og skape et felles grunnlag for håndtering av resepter og helsetjenester. Det hevdes at Eik vil bidra til bedre samhandling mellom apotek og annet helsepersonell, da det tilrettelegges for digital dialog (26).

Da krav til personvern og informasjonssikkerhet skal være godt ivaretatt i Eik, vil det være mulig for apotekene å dele pasientinformasjon. I dag er det lokale installasjoner av Farmapro i hvert enkelt apotek. Innføringen av Eik vil medføre overgang til en felles løsning. I utviklingen av Eik har Apotekforeningen en sentral rolle, og selskapet Difa as er opprettet for å holde i anskaffelse og drift (27).

### 2.2.3 Apoteket i fremtiden

Den 3. september i år ble det fremmet et forslag om å oppnevne et offentlig utvalg for å se på fremtidens apotek (28). Mandatet ble godkjent noen dager senere. Arbeidet skal begynne så snart som mulig, og utredningen skal leveres innen 1. januar 2023. Bakgrunnen for utredningen er at apotekloven, som ble iverksatt i 2001, er basert på NOU fra 1997, Rammevilkår for omsetning av legemidler. I dag finnes det flere teknologiske muligheter enn det gjorde for 24 år siden med tanke på distribusjon, samhandling og informasjonsutveksling (29). Utvalget skal se på dagens samhandling, og hvilke behov de involverte aktørene har i forhold til e-helseløsninger. De skal i tillegg vurdere om det finnes noen begrensinger i regelverket som fører til ineffektiv samhandling mellom apotek og andre aktører i helsevesenet, og komme med forslag til eventuelle endringer (28).

### 2.2.4 Apotekets rolle i LAR-behandlingen internasjonalt

LAR blir i andre land forkortet med blant annet OST (opioid substituted treatment) (30) og MAT (medication assisted treatment) (31). I denne oppgaven har vi valgt å bruke forkortelsen LAR også for den internasjonale litteraturen.

Siden slutten av 1960-tallet har apotek i Danmark utlevert Metadon til rusavhengige. Fram til 1997 foregikk den største delen av utleveringen på apotek. Etter 1997 begynte behandlingsinstitusjoner å overta rollen. Det er ulike meninger i Danmark om apotekets rolle i LAR. Mange mener at apotekene bør ha en begrenset rolle, og at kun stabile rusavhengige kan få utlevert doser der (32). Vanligvis blir utdeling av LAR-legemidler gitt for en uke på behandlingssenter. Når utlevering av LAR-legemidler skjer på apoteket, er det vanlig å utlevere medisiner for en måned av gangen. Det finnes ingen retningslinjer for overvåket inntak når utlevering skjer på apotek i Danmark, og det er sjeldent at noen observerer inntaket som del av utleveringsrutinen (33).

I Australia og andre land som Storbritannia, Frankrike og New Zealand, er apotekene viktig for å kunne gi LAR-behandling (30). Chaar, Hanrahan & Day (30) har gjennomgått internasjonale studier, som viser at farmasøytens involvering i utdeling av LAR-legemidler har vokst raskt, ikke bare i Australia og landene som tidligere er nevnt, men også i europeiske land som Belgia, Spania, Tyskland, Sverige, Italia, Sveits og Portugal. I Australia ser de at apotekene blir stadig viktigere på landsbygda og i områder hvor tilgang til klinikker kan være begrenset.

På New Zealand finnes det praktiske retningslinjer og krav til opplæring, for ansatte i apotek som regelmessig er involvert i å gi LAR-legemidler. Som et minimum må de

gjennom en opplæring tilbudt av spesialisthelsetjenesten, eller en opplæring tilgjengelig på nett. Som medlem av LAR-teamet har farmasøytene ansvar for å sikre at inntak av legemidler blir tatt under tilstrekkelig tilsyn. De har også ansvar for å ha regelmessig kontakt med legen og opprettholde kommunikasjon med andre i LAR-teamet. Når en pasient ikke har hentet en dose, vært beruset eller hatt truende oppførsel ved utleveringen, har abstinenser eller farmasøytene ser en forverring i pasientens tilstand, sier retningslinjene at farmasøytene skal varsle legen. I retningslinjene blir det beskrevet på hvilken måte de skal kommunisere. Ett eksempel er at legen kontaktes på telefon samme dag, dersom farmasøyten kansellerer en dose. Det skal i tillegg sendes skriftlig bekreftelse på e-post eller faks innen to dager. I bekreftelsen skal det stå hva som skjedde og årsaken til dette (34).

I Storbritannia blir største delen av LAR-behandlingen utført i apotekene (35). I retningslinjene for narkotikamisbruk og avhengighet blir det påpekt at forholdet mellom legen og apoteket, som deler ut doser, er viktig (36). Farmasøyter som er involvert i LAR-tilbudet, kan regelmessig få tilgang til en læringspakke, som også er en nyttig informasjonskilde. De bruker en mal for avtalen mellom apotek og pasient, som skal underskrives av begge parter, og inneholder betingelsene de har blitt enige om (37).

For å sikre en felles arbeidsordning og at kommunikasjon foregår mellom alle relevante parter, kreves det i Nord-Irland en avtale som involverer pasienten, legen, hovedkontakt og apotek. Avtalen bør skrives sammen med pasienten, og undertegnes av alle parter. LAR må kontakte et apotek som tilbyr overvåket inntak, for å få godkjenning på at de kan ta imot en ny pasient. Ved oppstart får de fleste pasientene utdelt og inntatt dosene under oppsyn i apotek, 5-7 dager i uken. Det er legen som bestemmer dette, men avgjørelsen gjøres i samråd med et tverrfaglig team og pasienten. Hvis pasienten på grunn av medisinske årsaker ikke kan komme til apoteket som planlagt, må pasienten ta kontakt med legen, som igjen må informere apoteket. Resepten kan være utskrevet fra et journalsystem, eller håndskrevet, og det er apoteket sin oppgave å påse at resepten er gyldig. På resepten må det fremgå informasjon om legemiddelet, i tillegg til startdato, informasjon om overvåking og apotekets navn. Det må i tillegg være tydelig hvordan henteordningen skal være i forbindelse med helligdager (38).

I Irland sin retningslinje for LAR blir god kommunikasjon mellom aktørene trukket fram som det viktigste punktet for å kunne gi en optimal behandling. For å kunne sikre at informasjon og nødvendig dokumentasjon er tilgjengelig, trekkes det frem viktigheten av at det finnes robuste, tverrfaglige retningslinjer og prosedyrer. I overganger, for eksempel når pasienten overføres mellom sykehus og fengsel, er kommunikasjon mellom apotek og lege viktig for å sikre kontinuitet i tjenesten (39).

## 2.3 Samhandling

En forutsetning for helhetlige og målrettede prosesser, er god samhandling mellom de involverte aktørene (11). Samhandlingsreformen definerer samhandling på følgende måte: "Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte" (11 s.13).

Den største utfordringen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i Norge er mangelfull samhandling (40). Innen helse er

samhandling kompleks, da mange aktører med ulike roller er involvert. Personer med rusproblemer har ofte behov for tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer (11), da ingen av tjenestenivåene kan løse utfordringene alene (41). For å kunne gi effektive tjenester av høy kvalitet, er det viktig med god kommunikasjon og velfungerende utveksling av informasjon (42). Når tjenestene utføres av personer på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, er en sentral forutsetning at informasjonen følger pasienten (43).

### 2.3.1 Samhandling mellom organisasjoner

Helsetjenester er avhengig av samarbeidende kjeder på tvers av organisasjoner (44). Paulsen, Romøren & Grimsmo (44) mener at denne samhandlingskjeden er drevet av et behov for informasjon. Det kan være en asymmetrisk prosess, der det neste leddet er det som har mest behov for informasjon og dermed har størst motivasjon for samarbeidet. I disse tilfellene nevner de at det er viktig å etablere formelle prosedyrer.

Når ansvaret for pasienten flyttes mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er det viktig med god samhandling (43). Artikkelen Sammen om gode overganger (45) handler om utskrivelse av pasienter fra døgnpost i psykisk helsevern til kommunen. I artikkelen beskrives det at kommuneansatte savner å bli respektert og verdsatt for sin kompetanse når de henvender seg til spesialisthelsetjenesten. De har erfart at ulikt språk og fokus i behandlingstilnærmingen har medført utfordringer for samarbeidet. Det trekkes fram at uklarhet i ansvar og koordinering kan føre til mangel på helhet. En forutsetning for et godt samarbeid er at ansvarsfordelingen er klar, og at alle har en felles forståelse av situasjonen (45).

Sykehusmiljøet er preget av avbrytelser. Dette kan føre til at viktige oppgaver blir glemt eller ikke gjort ferdig. Coiera (46) mener at asynkron kommunikasjon kan forhindre noen av avbrytelsene helsepersonell opplever. Paulsen, Romøren & Grimsmo (44) publiserte en studie om samhandlingen mellom sykepleiere ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Studien viste at sykepleierne brukte mye tid i telefon for å innhente informasjon om pasientene. Det var vanskelig å få tak i riktig person, og kommunikasjonen var preget av forstyrrelser. Forfatterne foreslår en asynkron e-post liknende elektronisk kommunikasjon, men er usikker på om dette er godt nok, da man ved direkte samtaler kan korrigere underveis og gi tilleggsopplysninger (44).

I alle overganger kan samhandling svikte. Azarm-Daigle, Kuziemyky & Peyton (47) henviser til studier fra Canada som viser at kvaliteten på pasientomsorgen kan settes i fare når en organisasjon overtar etter en annen. I publikasjoner hvor nettopp samhandling i pasientoverganger ble gjennomgått, fant Vik (48) flere utfordringer. Det var manglende kunnskap om organisatoriske forhold, hverandres profesjonsutøvelse og informasjonsbehov. I tillegg til uenighet om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som samhandlingsverktøy og manglende møteplasser.

### 2.3.2 Samhandling om pasienter i LAR

Lukey, Gray & Morris (49) gjennomførte i 2020 en kvalitativ studie, hvor farmasøyter på New Zealand ble intervjuet om LAR-behandlingen hos dem og hvordan de oppfattet sin rolle i behandlingsteamet. Selv om farmasøytene hadde regelmessig kontakt med pasientene og fikk innsikt i mange aspekter av pasientens liv, hadde de ingen informasjon om blant annet miljøstressorer eller behandlingsmål. Dette medførte at de

ikke kunne gi optimal helsehjelp eller støtte pasienten. Mangel på tilgang til relevante helseopplysninger ble av flere farmasøyter opplevd som en hindring, som medførte at de ikke klarte å oppfylle sin kliniske rolle. Mange av informantene opplevde å ikke være en del av LAR-teamet. En barriere for regelmessig kommunikasjon var at apoteket var lokalisert et annet sted enn resten av teamet. De opplevde å ikke få tak i andre helsearbeidere, når de trengte det, og de opplevde at tiden som ble brukt til å kontakte andre, ikke ble verdsatt eller finansiert tilstrekkelig (49).

Lukey, Gray & Morris (49) henviser til studier som antyder at farmasøytenes kliniske rolle ikke er helt anerkjent. De mener det er behov for en klar forståelse for de involvertes ansvar og roller, og respekt for den faglige kunnskapen, for at samarbeidet innen helsevesenet skal være effektivt. Helseomsorgen kan bli bedre, hvis farmasøytenes kliniske rolle blir anerkjent og kommunikasjonen blir mer effektiv og tillater deling av informasjon. Kommunikasjonsbarrierer og misforståelser av farmasøyters kliniske rolle gjør samarbeidsforholdet utfordrende og begrenser omsorgen, som gis til denne sårbare befolkningen (49).

Chaar, Hanrahan & Day (30) henviser til en studie fra Australia, som viser at apotek trenger tilgang til pasientenes kliniske notater for å kunne tilby LAR-behandling. For å kunne vurdere pasientene og møte deres behov, var det også nødvendig med veiledning, opplæring og videre utdanning. I en artikkel fra 2010 fant de at utfordringer som apoteket har, kan skyldes antall pasienter og kommunikasjonsproblemer med legen. Litteraturen som de har gjennomgått, antyder at apotekene ofte er på sidelinjen i politiske spørsmål som gjelder LAR, selv om de er den største leverandøren av LAR-tjenester (30).

I en studie fra Storbritannia kom det fram at selv om apotekene synes de hadde en avgjørende rolle i å tilby LAR-tjenester, mente få av de intervjuede, at de var en del av et koordinert system. Selv om de møter pasientene fra en gang i uken til daglig, fikk de kun beskjed om hvilken dose de skulle gi når, hvor og hvordan. Informasjonsdeling mellom lege og apotek, blir trukket fram som avgjørende for klinisk beslutningstaking. Det ble uttrykt frustrasjon når det gjaldt forsinkelse i kommunikasjon og problemløsning. De var bekymret for mangelen på noen å diskutere med, når de trengte å ta kliniske avgjørelser, for eksempel i situasjoner med berusede pasienter. De fikk tak i merkantilt personell, men det var utfordrende å få tak i lege (35).

### 2.3.3 Digital samhandling

IKT blir trukket fram som et verktøy, som vil kunne bidra til å understøtte bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene, i tillegg til at ressurser vil kunne brukes på best mulig måte. For å sikre den nødvendige informasjonsflyten vil elektronisk samhandling være avgjørende (40).

Det er behov for samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, for at digitalisering i Norge skal bli vellykket (50). IKT er utbredt i helsetjenesten, men mange systemer snakker ikke sammen. I offentlige dokumenter ser vi at digital samhandling lenge har vært et hovedsatsningsområde for Helsedirektoratet (11, 40). Digitale samhandlingsløsninger kan sikre kommunikasjon mellom kommuner og sykehus i helhetlige pasientforløp, og erfaringer viser at helsepersonell opplever at det gir tryggere og enklere hverdager(43) Velfungerende IKT-verktøy bidrar til økt pasient- og

informasjonssikkerhet, kvalitet og effektivitet. Det gir helsepersonell på alle nivå tilgang til relevant og riktig informasjon om pasienten, når de trenger det (40).

Christie, Hoholm & Mørk (51) trekker fram at manglende samhandling skaper store utfordringer for blant annet koordinering og informasjonsflyt. Effektiviteten blir påvirket, som igjen gir kvalitetsproblemer i form av blant annet informasjonstap og opplevd fragmentering, der evnen til å hjelpe pasientene raskt og effektivt blir redusert. For å løse de betydelige samhandlingsutfordringene mener forfatterne at digitalisering er avgjørende.

I hovedsak er kommunikasjon mellom ansatte i sykehus og primærhelsetjenesten styrket, etter innføring av digitale løsninger (52), men det kan oppstå utfordringer ved digitalisering, blant annet hvordan de ansatte skal utføre arbeidsoppgavene sine og dermed ivareta ansvaret sitt (53). Bjørkquist & Fineide (53) mener at fokuset må være på hva som er mulig å gjøre på en annen måte med teknologi, siden det ofte er forventninger til at teknologien vil bidra til en bedre eller mer "riktig" måte å gjøre det på. En kunnskapsoppsummering av Sintef viser at bruk av digitale løsninger mellom tjenesteutøvere, kan føre til endringer i den ansattes arbeidshverdag. I noen tilfeller kan de digitale løsningene være for rigide eller tidkrevende til at helsepersonell føler at de får gjort jobben sin like godt som før, mens det i andre tilfeller kan føre til at oppgaver blir utført mer grundig og effektivt (52).

#### 2.3.4 Utvikling av løsninger for digital samhandling

Høsten 2021 fikk Norge en ny regjering, og en ny regjeringsplattform ble nedskrevet. I utviklingen av helse- og omsorgstjenesten trekkes det fram at digitalisering gir store muligheter for blant annet helsepersonell. Mellom helsepersonell kan digitale løsninger bidra til å understøtte en helhetlig samhandling. For å kunne gi sømløse overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil regjeringen sikre innføring av pasientjournalssystemer, der nødvendige pasientsikkerhetshensyn blir ivaretatt. Når det gjelder aktørenes roller og ansvar vil regjeringen tydeliggjøre disse i forhold til digitalisering i helse- og omsorgssektoren. De vil sikre at samlede ressurser brukes på en god måte, gjennom en nasjonal koordinering (54).

I utviklingen av nye løsninger må helse- og omsorgsfaglige behov ligge til grunn, og kliniske arbeidsprosesser må i større grad støttes opp. I utviklingen av nye samhandlingsløsninger, forutsettes det at berørte brukere deltar aktivt (40). I offentlig sektor er det å se nye muligheter og bruke tid på å undersøke hva behovet egentlig er, en viktig forutsetning for innovasjon. En bør ikke starte med å definere en detaljert løsning med klare krav, men være åpen for at løsningen som møter behovet, kanskje ikke finnes ennå. I tillegg påpekes det at behovet ikke trenger å være det man først antok. Det er derfor viktig å definere behovet først, og deretter løsningen (43, 50).

Ved anskaffelse og videreutvikling av journal og informasjonssystemer, skal hensynet til behov for effektiv elektronisk samhandling ivaretas (55). Når tjenester skal planlegges eller utvikles av Helseforetakene eller kommunene, mener Apotekforeningen at alle berørte aktører må involveres. Siden ikke alle tjenesteytere er en del av spesialist- eller kommunehelsetjenesten, må perspektivene til de eksterne ressursene ivaretas i planleggingen og tjenesteutviklingen (56). Helhetlige og sammenhengende tjenester skapes gjennom samarbeid på tvers av sektorene. Når en utvikler tjenester hvor brukeren er i sentrum, og blir involvert gjennom hele prosessen, blir brukernes behov



tatt på alvor. Ved å involvere brukerne hele veien er det større sannsynlighet for å lage treffsikre løsninger (57).

I 2020 skrev Apotekforeningen et posisjonsdokument med strategisk posisjon og mål for apotekforeningens e-helsearbeid. De ønsker å tilrettelegge for digitalisering og nye tjenester i apotek, samt bidra til informasjonsdeling med de øvrige helsetjenestene for å gi en bedre tjeneste til pasienten, avlaste helsetjenesten og bidra til mer effektiv apotekdrift. Tverrfaglig informasjonsdeling vil gi nye muligheter ved digitalisering av helsetjenesten, som vil kunne bidra til økt samarbeid på tvers av helsetjenesten. Dette vil kunne medføre nye krav til løsningene apotekene bruker, og apotekforeningen mener det derfor er naturlig at apotekenes interesser blir ivaretatt innenfor de rammene de må forholde seg til. Fram til april 2020 var ikke Apotekforeningen en av representantene i Nasjonal styringsmodell for e-helse (27).

## 2.4 E-helse

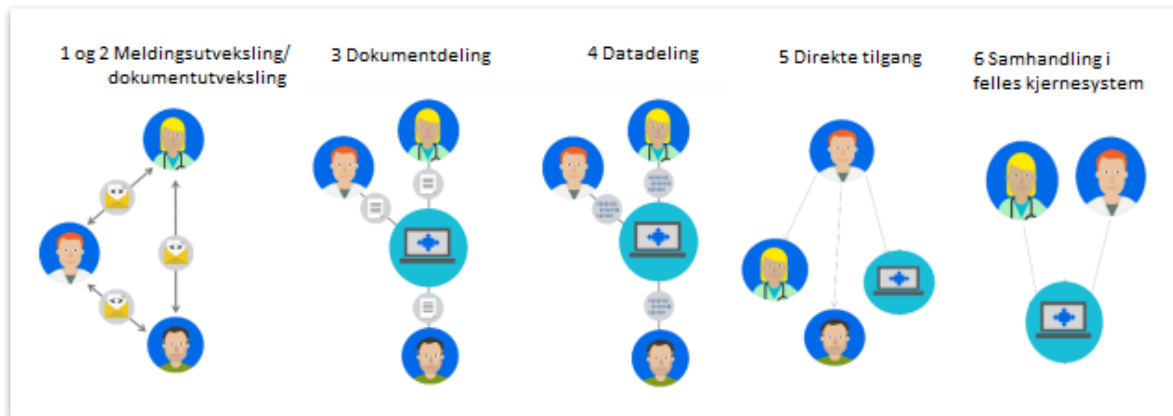
I EU er e-helse et viktig satsningsområde, og det jobbes med flere tiltak for å sikre god informasjonsflyt og datadeling i helsetjenesten (27). E-helseutviklingens hovedformål i Norge er å etablere felles løsning for EPJ, for blant annet at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger (5). Det finnes i liten grad systemer som understøtter helheten i pasientforløpet (11). En av grunnene er at det i helse- og sosialsektoren er mange selvstendige virksomheter. Disse er selv ansvarlige for å prioritere, anskaffe og drifte egne systemer (58) og har lite ansvar for å tilrettelegge for god utveksling med andre aktører (11). Konsekvensene er mange enkeltstående og forskjellige IKT-løsninger, som ikke kan kommunisere med hverandre. Fram til 2014 var det heller ikke tillatt å dele informasjon mellom virksomheter (5).

I Norge er det utarbeidet en strategi for utvikling av e-helseområdet. Det beskrives gjennom seks strategiske satsningsområder. Ett av de prioriterte områdene er bedre sammenheng i pasientforløp, hvor en på kort og mellomlang sikt skal bruke eksisterende IKT-infrastruktur og løsninger for samhandling, mellom ulike organisasjoner og ulike IKT-systemer (5).

### 2.4.1 E-helseløsninger

Standardiserte løsninger på en robust infrastruktur er en forutsetning for å kunne samhandle på en hensiktsmessig måte (40). For å fremme sikker og effektiv elektronisk samhandling ble det i 2015 utgitt en IKT-forskrift, hvor formålet var å bidra til bruk av IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten (5).

Referansearkitektur blir beskrevet som en generisk beskrivelse av arkitektur, og kan bli benyttet innenfor et bestemt område. I forbindelse med samhandling benyttes begrepet Samhandlingsarkitektur, som er en nasjonal referansearkitektur for elektronisk samhandling. Direktoratet for e-helse har beskrevet generiske samhandlingsmodeller, som vises i Figur 5 (59):



Figur 5. Samhandlingsmodeller (59).

#### 2.4.1.1. Elektronisk meldingsutveksling

Den viktigste elektroniske kommunikasjonsformen som brukes i dag mellom aktører i helse- og omsorgssektoren, er meldingsutveksling (58, 60). Det er en sikker og rask kommunikasjonsform, som er basert på definerte standarder. Meldingene sendes kryptert i et sikkert nett fra avsenders EPJ til mottakers EPJ. Pasientens fødselsnummer er nøkkelen, som fører til at meldingene kommer i riktig journal hos mottaker (60). Det blir benyttet tjenestebasert adressering, som betyr at meldingene adresseres til en kommunikasjonspart, som representerer en tjeneste eller et fagområde, og ikke den enkelte ansatte. Adresseregisteret inneholder alle kommunikasjonspartene i helsenettet og ved registrering får de en unik identifikator kalt HER-id (61).

Det finnes flere meldingstyper; basismeldinger, pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), dialogmeldinger og andre meldingstyper, som melding til nasjonale registre og e-resept. Elektronisk meldingsutveksling har to typer kvitteringsmeldinger. Det er transportkvittering, som forteller om meldinger har blitt transportert gjennom helsenettet, og applikasjonskvittering, som forteller om meldingen har kommet frem til mottakers EPJ (61).

Basismeldinger er henvisninger, epikriser og laboratorie- og røntgenrekvisisjoner, og brukes i hovedsak av leger. Formålet med disse meldingene er å utveksle informasjon mellom tjenester, og meldingene brukes ved medisinsk oppfølging av pasientene (42). I håndboken til Oslo universitetssykehus HF (OUSHF) står det at EDI-dokumenter er journaldokumenter i DIPS som er satt opp på meldingstypen Epikrise, og kan sendes på et elektronisk format, EDI (62). På epikrise dokumenter hvor forfatter ikke har rettigheter til å godkjenne dokumentet, må endelig godkjenner registreres (63).

Det finnes flere typer PLO-meldinger. De ble opprettet for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasienten ved overføringer mellom kommuner, fastleger og helseforetak, og mellom aktører innad i kommunehelsetjenesten. Meldingene blir lagret i pasientens journal, både hos avsender og mottaker (61). PLO-meldinger er tatt i bruk i økende grad, og prosjektet Samhandling med IKT har sett på bruken av meldingene. De fant ut at det har gitt helsepersonell enklere tilgang til informasjon, og helsepersonell benytter i større grad enn før skriftlig kommunikasjonsform. De reflekterer over egne formuleringer og er blitt mer bevisst på hva slags informasjon mottakeren har behov for. Kommunikasjonen er mer effektiv enn når de tidligere brukte telefon, blant annet ved at

de bruker mindre tid på å få tak i rette vedkommende. Forfatterne mener at sending av meldingene ikke utelukker at informasjonen må suppleres med muntlig kontakt for å avklare, utdype eller innhente tilleggsopplysninger (64).

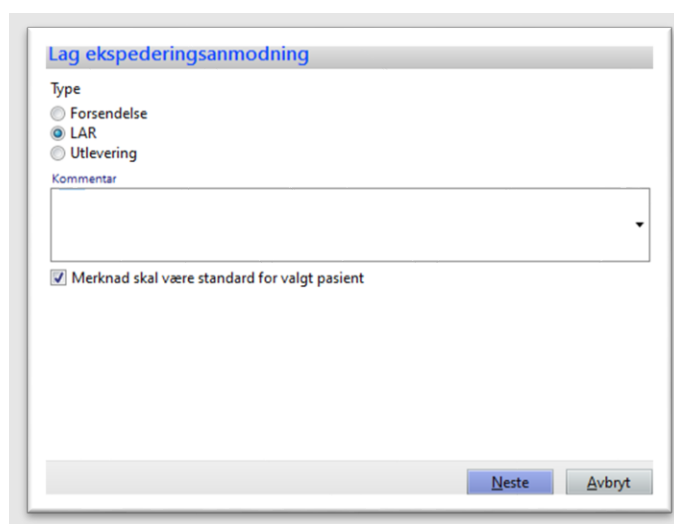
For samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell skal standarden Helsefaglig dialog brukes. Ved samhandling om en spesifikk pasient vil bruk av denne meldingen bidra til enklere samhandling mellom helsepersonell. Meldingen kan sendes uten at begge aktørene trenger å være tilgjengelige, og kvaliteten på kommunikasjonen blir bedre da kommunikasjonen kan dokumenteres automatisk i pasientens journal (65).

Helsefaglig dialog er ikke knyttet til en spesiell aktivitet i pasientforløpet, har mindre krav til standardisert tekst og brukes for å stille spørsmål eller etterspørre helseopplysninger (60). Meldingene er toveis, men kan kun ha en mottaker (65). Meldingstypen er under innføring og var planlagt i bruk fra juni 2021 (10), blant annet i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjenesten og andre private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester (65). Innføringen er imidlertid utsatt, og ny innføringsplan er forventet i løpet av høsten 2021 (66).

#### 2.4.1.2 E-resept

Det er laget en nasjonal samhandlingsløsning for sikker overføring av reseptinformasjon, e-resept. Denne e-helseløsningen er viktig for å kunne gi økt pasientsikkerhet, ved å redusere risiko for feil ved rekvirering og utlevering av legemidler (67). I hovedsak er e-resept en logistikk-løsning, som bidrar til en enklere, tryggere og raskere formidling av den tidligere papirresepten (68).

E-resept har funksjonalitet for tre ulike ekspederingsanmodninger. En av disse er "LAR" (Figur 6). For å kunne knytte resepten til et utvalgt apotek, er det viktig at legen bruker ekspederingsanmodning-LAR ved opprettelsen av e-resepten. Hvis det ikke blir benyttet, vil alle apotek ha muligheten til å ekspedere den (19).



Figur 6. Lag ekspederingsanmodning.

Hentet fra Forskrivningsmodulen (v. 4.9.3), Norsk Helsenett. (Hentet 25.09.21).

I den detaljerte funksjonelle spesifikasjon av E-resept beskrives det at en i e-resept kan gjøre oppslag i Adresseregisteret, og dermed ha tilgang til listen over tilgjengelige utleverere. På denne måten kan utleverer entydig identifiseres (69).

#### 2.4.1.3 Kjernejournal

Kjernejournal (KJ) er en nasjonal samhandlingsløsning tilgjengelig for innbygger og helsepersonell (70). Det ønskede formålet er å gi rask og sikker tilgang til viktig pasientinformasjon og dermed øke pasientsikkerheten (71). Foreløpig har det kun blitt gjennomført en begrenset utprøving av dokumentdeling via KJ i perioden november 2020 til februar 2021. Et utvalg helsepersonell i Helse Sør-Øst og Helse Nord fikk tilgang til dokumentdeling i KJ, og hovedfunnet i utprøvingen er at helsepersonell har tatt godt imot tjenesten (72). Hvis pasienten ikke ønsker å ha en KJ, kan han reservere seg mot det. Det innebærer at all informasjon, vil bli slettet, og ingen nye opplysninger vil bli samlet inn (73).

## 2.5 Prosesstøtte

Helsedirektoratet har følgende definisjon på klinisk prosessstøtte: "Klinisk prosessstøtte er IT-verktøy som støtter planlegging, koordinering og gjennomføring av pasientrettede tiltak innen utredning, pleie og behandling" (74 s.10). Prosessstøttesystemer (PSS) kan bidra til å forbedre kvaliteten og sikkerheten ved helseomsorgen (75).

Et fokusområde for PSS er forsinkelser i pasientforløpet, som skyldes at klinikere ikke har fullt opp arbeidsoppgavene sine (75). For pasienter som følges opp i ulike deler av helsetjenesten, er det særlig utfordringer i å få koordinert og gitt sammenhengende behandling. For å møte disse utfordringene kan prosessstøtte sørge for en mer eksplisitt og strukturert planlegging. I tillegg vil det kunne bedre koordineringen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten, og gjøre det lettere å formidle planer. Helsepersonell kan få påminnelser om tiltak og oppgaver i en eller flere kalendere, slik at de iverksettes til rett tid. Klinisk prosessstøtte vil i praksis blant annet innebære at klinikere får oversikt over arbeidsoppgavene sine, og over tid, sørge for å støtte overganger mellom aktører. EPJ-systemene må etter forutbestemte planer eller mønster kunne forutsi prosessene for å kunne understøtte dem (74). Ifølge Lærum, Faxvaag og Grimsmo, som referert i Helsedirektoratet (74) er prosessstøtte å bruke opplysninger om planer, aktører, pasienter, kontekst og ressurser til å støtte aktørene.

## 2.6 Pasientsikkerhet og personvern

Digitalisering åpner for tilgjengeliggjøring av informasjon, som kan gi bedre kvalitet, samarbeid og samhandling, men en må sikre at kun de som har behov for å se opplysningene, har mulighet til det. Pasientene gis også mulighet til å bestemme hvem som skal ha tilgang til sine opplysninger (11). En forutsetning for digitalisering er god informasjonssikkerhet og godt personvern (76). For å sikre god pasientsikkerhet kreves det at riktige og oppdaterte opplysninger blir lagret og delt mellom helsepersonell.

Et av de største risikoområdene er mangelfull informasjon og svikt i overgangene mellom helsetjenestenivå (77). I pasientbehandlingen er det kritisk å ikke ha tilgang til rett informasjon (58). Feilbehandling og skader kan oppstå ved manglende tilgang til riktige helseopplysninger (76). I helsepersonellovens §45 står det at den som skal yte eller yter helsehjelp, skal, så fremt ikke pasienten motsetter seg det, gis nødvendig og relevante helseopplysninger i den grad det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (78).

Virksomhetene har et ansvar for å etablere tiltak, slik at blant annet helseopplysninger, ikke tilgjengeliggjøres via ukrypterte SMS, e-post eller andre usikre kanaler. Dersom ukrypterte kanaler brukes i virksomheten, skal både tekniske og organisatoriske tiltak sikre at sendingen ikke inneholder helseopplysninger som er identifiserbare (76). I eHåndboken til OUSHF har de en prosedyre for Bruk av e-post og faks for kommunikasjon med og om pasienter. I denne blir det presisert at e-post ikke har noen leveransegaranti. E-posten kan for avsender oppfattes som at den er sendt og mottatt, uten at e-posten faktisk er mottatt av mottaker. Ved sending av e-post, faks eller SMS er det tillatt å sende med initialer og fødselsdato, dersom opplysningene skal brukes i oppfølging eller behandling av pasient (79).

I Normen (76) står det at helseopplysninger skal oppbevares til det ikke lenger er behov for opplysningene, sett i forhold til helsehjelpens karakter. Deretter skal de slettes, hvis det ikke gjelder opplysninger som skal bevares etter arkivloven, helsearkivloven eller annen lovgiving.

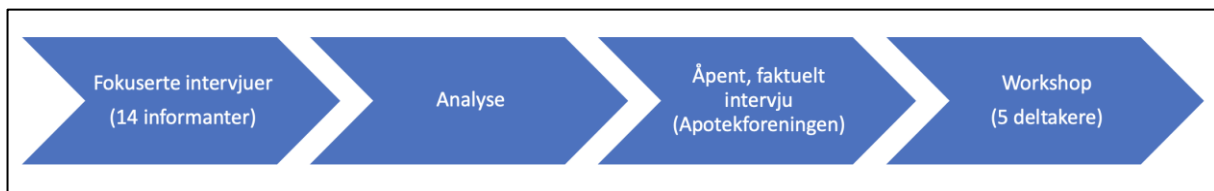
## 3. METODE

I dette kapittelet beskriver vi hvilken metode og tilnærming vi har valgt for å svare på problemstillingen. I tillegg viser vi hvordan vi har gått fram for å samle inn data og analysert datamaterialet. Vi har også med et delkapittel, som viser hvorfor vi har valgt å visualisere noen av funnene. De to siste delkapitlene omhandler kvaliteten på studien og de etiske vurderingene vi har gjort underveis.

### 3.1 Kvalitativ metode

For å kunne svare på problemstillingen har vi valgt kvalitativ metode. Denne metoden er best egnet når kunnskapen er liten, og det passer for vår oppgave, da det er lite forskning på temaet samhandling mellom LAR og apotek i Norge (80). Metoden vektlegger innsikt og forståelse (81), som er viktig når vi undersøker aktørenes erfaringer og opplevelser med samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek (82).

Vi har brukt fokuserte intervjuer, åpent, faktuelte intervju og workshop for å samle inn data (Figur 7).



Figur 7. Eget flytdiagram over arbeidsprosessene

### 3.2 Tilnærming

Vi valgte tjenstedesign som tilnærmingen, da den gir innsikt i de involvertes behov, handlinger og holdninger. Tjenstedesign vektlegger menneskets forståelse av faktiske behov, og bruker det som utgangspunkt for blant annet å forbedre eksisterende tjenester. Formålet er å forbedre samhandlingen og relasjonen mellom de involverte, og målet er å tilføre verdi for blant annet de som utfører tjenestene (83). Ved bruk av tjenstedesign er det nært samspill på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, som vi så som en fordel i vårt prosjekt, der vi ser på LAR i spesialisthelsetjenesten og apotek i primærhelsetjenesten (84).

Å kun lene seg på tidligere erfaringer og forskning kan være relevant, men det er ikke sikkert det vil passe for aktørene i denne oppgaven (85). Ifølge Digitaliseringsrådet, som referert til i Meld. St. 30 (50), er det i offentlig sektor en mangel på tidlig involvering av interne og eksterne brukere. For å kunne forbedre og utvikle gode digitale tjenester, gir bruk av tjenstedesign nyttig innsikt (86). Ekte innovasjon kan ifølge Stickdorn et al. (87) kun utføres når man forstår behovet, og en ikke hopper på en løsning. I tjenstedesign er en opptatt av å løse det rette problemet, før en løser problemet rett. De mener en derfor må være sikker på at det rette problemet er identifisert og forstått, før man ser på en bedre løsning.

Participatory design eller deltagende design som man ofte kaller det på norsk, etablerte seg som en digital interaksjonsdesign gjennom 1970 og 80-tallet (88). Ved denne tilnærmingen spiller de som skal bruke systemet en viktig rolle i utformingen av

løsningen, hvor formålet er å utvikle et bedre verktøy for arbeidstakerne. Ved å snu det tradisjonelle designer- brukerforholdet på hodet, ble brukerne sett på som eksperter. De hadde mest kunnskap om egen arbeidssituasjon og hva de trengte, og designerne ble mer tekniske konsulenter (89). I deltagende design var tanken at datamaskinen var brukernes profesjonelle verktøy, og tilnærmingen har derfor kun fokus på hva som kan uttrykkes eller endres ved hjelp av datamaskinen. Tjenstedesign har tatt med seg flere elementer fra deltagende design, men den har et nytt element med seg, ved at den også ser på hvordan verdiskapning kan oppnås gjennom samarbeid med andre (88).

Begrepene tjenstedesign og innovasjon kommer fra privat sektor og produkt- og bedriftsutvikling. I offentlig sektor er tjenstedesign som begrep og metode, en voksende trend. Det er ingen felles konsensus om en absolutt definisjon på hva tjenstedesign er (90), men metoden ble laget for å designe helhetlige løsninger som tar hensyn til mange behov, i tillegg til å håndtere mange faktorer og ulike avhengigheter (91).

### 3.3 Fokuserte intervjuer

Vi valgte intervjudesign som datainnsamlingsmetode. Dette for å oppnå mest mulig dybde kunnskap og innsikt i de ulike aktørenes behov, barrierer og muligheter. Da temaet er tydelig avgrenset, gjennomførte vi fokuserte intervjuer, som er en kortere og mer effektiv form for dybdeintervju (81). Fordelen med denne typen intervju er at en ikke bruker unødvendig tid, og at informantene fikk mulighet til å bruke arbeidstiden sin til intervjuet. Vi vurderte fokusgrupper, en form for gruppeintervjuer, der man samler flere informanter for å diskutere ett eller flere tema (81). Da denne tilnærmingen er spesielt godt egnet for å få frem erfaringer ved samhandling (92), ville det nok vært et godt valg, men for å klare å gjennomføre intervjuene under pandemien valgte vi å bruke individuelle intervju.

Hva folk sier og hva de gjør, kan være to ulike ting (93). En kombinasjon av intervju og observasjon kan derfor gi et mer helhetlig bilde (81). Vi så på muligheten for å bruke observasjon som metode, i tillegg til intervju, for å få registrert adferd i forbindelse med samhandlingen, men fikk ikke gjennomført det på grunn av pandemien (94).

Det anbefales å bruke en intervjuguide, som strukturerer forløpet av intervjuet mer eller mindre stramt (95). Vi utformet en guide etter tre faser; oppvarming, refleksjon og avrundning som vi brukte som utgangspunkt under intervjuene, se vedlegg 2 og 3 (81). Vi begynte guiden med en presentasjon av oss selv, samt informasjon om bakgrunnen for intervjuet og om deres rettigheter. Oppvarmingsspørsmålene omhandlet hvor lenge de hadde jobbet i apotek og hvilke fagsystemer de benytter. Under refleksjon dreide spørsmålene seg om arbeidsprosessen rundt henteordningen og opplevelsen av samhandlingen. Som avrundning ble det spurt om det var andre relevante forhold som ikke var nevnt og som vi burde kjenne til, før vi undersøkte om informanten ønsket å delta på workshop.

### 3.4 Rekruttering og utvalg

Vi valgte snøballmetoden for å rekruttere informanter. Metoden går ut på å spørre informanter som allerede er inkludert, om de har forslag til andre aktuelle kandidater. Bakgrunnen for valget var at vi ikke kjente området godt ved studiens start og ikke visste hvem som kunne inneha riktig kompetanse. Da en ulempe ved snøballmetoden er at den kan begrense variasjonen, ønsket vi å inkludere informanter fra ulike deler av

landet (81). Vårt utgangspunkt var å inkludere informanter fra øst og vest i Norge. Da de fire første intervjuene var utført, med informanter fra øst og vest, opplevde vi lokale ulikheter. Vi valgte derfor å utvide inkluderingen, med informanter også fra nord.

Etter mottatt tips om aktuelle informanter eller enheter, kontaktet vi i de fleste tilfellene lederen først. Dette for å forankre tema og prosess, da det var viktig for oss at lederen gav tillatelse til at ansatte delte detaljer om deres arbeidsmetoder. I disse tilfellene var det lederen som hjalp oss å komme i kontakt med informantene. De få gangene vi ikke kontaktet lederen først, var det på grunn av ferieavvikling eller at vi hadde fått tips om et konkret navn. Vi fikk allikevel godkjenning av lederen før vi gjennomførte intervjuet. Etter hvert som vi fikk mer innblikk i temaet, valgte vi også å kontakte noen LAR og apotek direkte, uten at noen hadde tipset oss om dem på forhånd.

Inklusjonskriteriene var ansatte i LAR eller apotek, med erfaring fra samhandling rundt LAR pasienter, som får utlevert doser i apotek, og at de jobber i LAR eller apotek nå. Bakgrunnen for dette var at ikke tidligere rutiner ved samhandlingen skulle påvirke funnene våre. Det var ønskelig at de hadde ulike roller, for å få mest mulig bredde i utvalget, men vi satte ikke det som et kriterium. Selv om vi valgte å inkludere personer med mye kunnskap om temaet, viste vi ikke på forhånd hvor gode informasjonskilder informantene ville være (80).

Vi inkluderte informanter til vi oppnådde metning – det vil si at det ikke kom frem nye momenter i hvert intervju (81). Totalt intervjuet vi 14 informanter, 7 ansatte fra LAR og 7 ansatte fra primærapotek. Av de LAR ansatte var det 1 lege og resten behandlere. Fra apotekene var det farmasøyter, og noen oppgav at de var provisorfarmasøyt og reseptarfarmasøyt. Informantene har ulik erfaring og fartstid, men alle har erfaringer med samhandling mellom LAR og apotek. Mange av de apotek ansatte var LAR-ansvarlige og apotekene de arbeidet ved hadde 1-30 pasienter.

### 3.5 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i perioden 14.05.21 til 05.08.21. Det er vanlig å gjennomføre dybdeintervjuer på steder der informanten føler seg trygg, og det kan legges til rette for en avslappet stemning (81). På grunn av pandemien var vår eneste mulighet å gjennomføre intervjuene digitalt, og vi valgte å gjennomføre dem med video. Dette for at informantene skulle se oss, og vi fikk mulighet til å observere informantene underveis. Ifølge Kvale & Brinkmann (95) gir videooptak en enestående mulighet til å analysere det mellommenneskelige samspillet i intervjuet.

De fleste intervjuene varte ca 30 minutter, noen litt kortere og enkelte litt lengre. Ett par intervju ble gjennomført med bare den ene av oss til stede, da informantene kun hadde mulighet på aktuelt tidspunktet. Det siste spørsmålet vi stilte informantene, var om de kom på andre ting som kunne være relevant for oss å vite, men det var få som hadde noe å tilføye.

### 3.6 Analyse av datamaterialet

Et av kjerneverktøyene til tjenestedesign er forskningsdata (87). Vi valgte å bruke den stegvis-deduktive induktive metoden (SDI-metoden), da vi hadde litt erfaring med den fra tidligere. Vi tok opp lyd og bilde under intervjuene. Å bruke lydopptaker under dybdeintervjuer er viktig for å kunne analysere i tråd med SDI-metoden. En fordel med



opptak er at vi ikke behøvde å skrive så mye, og kunne følge mer med på informantene. Vi var bevisst på utfordringene som kan være med lydopptak, som faren for støy og dårlig lyd kvalitet (81). En ulempe med lydopptak er at vi kan bli lurt til å slappe for mye av, og ikke noterer noe underveis. Det var naturlig for oss å ta litt notater underveis. At vi skriver notater kan få informanten til å åpne seg mer, da det gir et signal om at vi lytter og at det som blir sagt er interessant (80). For å tenke gjennom hva som kom fram i hvert intervju, hadde vi et møte rett etterpå, for å dele umiddelbare inntrykk (95).

Etter intervjuene ble datamaterialet transkribert og analysert. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver, for å fordele arbeidsmengden. Da vi ikke har mye erfaring i transkribering fra tidligere, valgte vi å følge Tjoras råd med fullstendig transkribering av materialet. Det er lurt å ta med mer detaljer enn man tror er nødvendig, da man ikke alltid vet hva som er de viktige temaene eller det hensiktsmessige detaljingsnivået, på dette tidspunktet (81). Vi brukte Dikter funksjonen i word, og begge to transkriberte på den samme måten, noe som er anbefalt av Kvale & Brinkmann (95).

Ut ifra SDI-metoden lagde vi koder fra det transkriberte materialet, som deretter ble gruppert i kodegrupper (81). Kodingen utførte vi sammen, hvor vi kodet all tekst, og endte opp med 479 koder. Etter å ha gjennomgått og strukturert alle kodene, utelot vi 102 koder som vi mente ikke var relevant for omfanget av denne oppgaven. De resterende 377 dannet til sammen tre hovedgrupper, som vi valgte å bruke som hovedtema i resultat kapitlet; Samhandling mellom LAR og apotek, Informantenes opplevelse av samhandlingen og Behov og krav til en elektronisk løsning.

### 3.7 Åpent, faktuel intervju

Da vi kom over det nye bransjesystemet Eik lurte vi på hvilke muligheter det kan gi, i forhold til elektronisk samhandling/ digital dialog, spesielt sett i forhold til samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek. Vi valgte derfor å kontakte Apotekforeningen på e-post, for å høre om noen med god kunnskap om Eik kunne gi oss mer informasjon. Apotekforeningen sa ja til et møte, hvor vi i forkant sendte en kort beskrivelse av oppgaven og noen av funnene våre. Møtet med apotekforeningen var et åpent intervju, der samtalen ikke var styrt, selv om vi på forhånd hadde noen tanker om hva vi ønsket å finne ut av. På denne måte var det som et faktuel intervju, hvor vi fikk innhentet faktiske opplysninger direkte fra kilden (95).

### 3.8 Visualisering

Å beskrive tjenester eller prosesser kan være utfordrende. Visualisering bidrar til å konkretisere, forenkle og skape felles forståelse (57).

Arbeidsprosessen i samhandlingen mellom LAR og apotek går på tvers av organisasjoner. På workshopen var det viktig for oss, å kunne legge fram en visualisering av noen funn. Dette for å sikre en felles forståelse for hvordan praksisen er i dag, og sammen med informantene se hvordan dagens praksis eventuelt kan forbedres.

Når man skal tegne en prosess, er det viktig å inkludere alle involverte parter (96). For å bruke minst mulig av informantenes tid på workshopen, valgte vi på forhånd å visualisere vår forståelse av dagens praksis, på bakgrunn av intervjurunden og analysen. Vi valgte flytskjema da vi mener det gir en fin visualisering hvor en lettere klarer å se helheten, som er viktig for å oppnå en felles forståelse blant informantene fra LAR og

apoteket. I tillegg er flytskjema et nyttig verktøy når man ønsker å se på blant annet fremtidige arbeidsprosesser (96).

For å hjelpe organisasjoner å dokumentere prosesser er det utviklet et stort antall grafiske prosessmodelleringspråk. Service Blueprint og Business Process Modeling Notation (BPMN) er to tilnærminger som er fremtredende. Service Blueprint har fokus på å støtte prosessen rundt kunden, mens BPMN hjelper til med å forstå bedriftens prosesser, hvor fokuset er på hvordan IKT støtter prosessene (97). Kazemzadeh, Milton & Johnson (97) konkluderte i sin artikkel med at BPMN er ett bedre modelleringspråk å benytte enn Service Blueprint, når man ønsker å designe digitaliserte tjenester. De mener at interorganisatorisk kommunikasjon, kan representeres veldig godt i et BPMN diagram.

BPMN er en standard for prosessmodellering som er blitt stadig viktigere ifølge Recker (98), og er det modelleringspråket som digitaliseringsdirektoratet anbefaler for prosessbeskrivelser (99). På bakgrunn av dette, valgte vi å visualisere Etablering av henteordning og Utgått resept/ Mangel på gyldig e-resept, og Ønsket arbeidsflyt-Utgått resept/Mangel på gyldig e-resept ved bruk av BPMN modellering til workshopen.

### 3.9 Workshop

Å skape en felles forståelse for funnene, sammen med aktørene er viktig i tjenestedesign (57). For å teste gyldigheten av funnene kan man kontrollere de mot andre, som for eksempel et møte hvor flere av informantene deltar (80). Vi valgte derfor å invitere informanter til en workshop etter at analysedelen var gjennomført. Dette for å skape en felles forståelse for funnene, og sikre at vi hadde identifisert det eller de rette utfordringene.

Workshopen ble gjennomført 29.10.21 med fem informanter, tre fra LAR og to fra apotek. Det ville blitt for mange i et digitalt møte, om vi skulle tatt med alle informantene. Vi sendte en e-post med forespørsel til åtte informanter og sørget for å ha med informanter fra ulike deler av landet med tanke på variasjon. Det ble satt av 1,5 time til workshopen, som ble gjennomført på Teams uten opptak. Tre av de vi inviterte hadde ikke mulighet til å delta eller svarte ikke på forespørselen.

Vi gjennomgikk en PowerPoint-presentasjon med oppsummering av funn, både med tekst og nevnte prosesser visualisert som BPMN modelleringer. BPMN modelleringene ble gjennomgått for å få bekreftet at prosessene var riktig forstått. I tillegg ble ønsket arbeidsflyt for "Etablering av henteordning" laget under workshopen.

### 3.10 Kvalitet

Ifølge Drageset & Ellingsen (100) er troverdighet det overordnede begrepet for kvalitet når det gjelder kvalitative studier, og det omfatter hele studien og ikke bare datamaterialet. Kvalitetskriteriene som blir benyttet er validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og generalisering (81). Det sentrale i kvalitativ forskning er om forskningen er relevant og har betydning (100). Dette har vi fått bekreftet under intervjuene, i samtale med Apotekforeningen og under workshopen. De fleste har uttrykt at dette er et viktig tema, og de har takket oss for at vi har valgt å skrive om nettopp dette.

Validitet betyr hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (95). Vi har benyttet kvalitativ metode og intervjuedesign i denne studien. Ut ifra problemstillingen mener vi at denne metoden har gitt svar på problemstillingen. Dette er et område som er lite studert i Norge, og hvor det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før. Da er kvalitativ forskning en velegnet metode (93).

Reliabilitet brukes for å vurdere forskningsresultatene konsistens og troverdighet. Dette gjelder for alle fasene i forskningsprosessen; under intervjuene, ved transkribering og i analysen (95). I denne studien har vi benyttet SDI-metoden, som er en metode som underbygger påliteligheten, ved at det stilles krav til datagenerering og kriterier for analyser. Vi har i tillegg beskrevet detaljert hvordan vi har gått frem i alle prosessene, og i forhold til egen reliabilitet har vi gjort rede for eget ståsted og posisjon under etiske vurderinger (81).

Ved kvalitative intervjuer er man avhengig av ferdighetene til den som intervjuer, og det er viktig at den som intervjuer har kunnskap om temaet, slik at man kan stille gode oppfølgingsspørsmål (95). Dette fikk vi erfare under intervjuene. Vi fikk mer kunnskap om temaet i løpet av intervjuperioden og kunne stille bedre og flere oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuperioden.

I kvalitativ forskning er det ofte generaliseringsproblemer(80). Generalisering benyttes for å vurdere om resultatene kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster eller situasjoner (95). For at resultatene skulle være mest mulig overførbare til andre LAR og apotek, ønsket vi å inkludere informanter fra ulike steder for å få god variasjonsbredde. Vi tror at resultatene våre kan være overførbare til andre apotek og LAR-enheter, da vi har inkludert informanter fra ulike steder til oppnådd metning.

### 3.11 Etiske vurderinger

Gjennom hele forskningsprosessen tok vi etiske avgjørelser. Disse er basert på forskningsetiske normer, og danner et grunnlag for hvordan vi forholdt oss til blant annet informantene og innsamlet data.

Ved spørsmål om deltagelse i studien fikk informantene tilsendt informasjon og samtykkeskjema før de svarte på om de ønsket å delta eller ikke. Før intervjuet fant sted, passet vi på at samtykkeskjemaet var sent oss i retur og underskrevet. I starten på intervjuet minnet vi dem igjen på at de hadde muligheten til å trekke seg når som helst, uten at det ville få negative konsekvenser for dem (94).

Bruk av lyd- og videoopptak under intervjuene, kan medføre at stemmen og bilde av informantene vil være gjenkjennbar. Selv om lyd- og videoopptakene ble anonymisert, vil opplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner regnes som personopplysninger. Vi meldte derfor prosjektet til Norsk senter for Forskningsdata (NSD), og behandlet og sikret lydopptakene etter gjeldene regler. Vi slettet blant annet lyd- og videofil etter transkriberingen. I informasjon-/samtykkeskrivet informerte vi om lyd- og videoopptak, og hvordan de ville bli behandlet og slettet. Det var ikke behov for søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i denne studien, da den ikke omfattes av helseforskningsloven (101).

Det kan være etiske utfordringer knyttet til at personer "nominerer" hverandre, ved at aktuell deltagelse kan avdekkes uten at de selv ønsker dette (81). I forhold til bruk av

snøballmetoden spurte vi om tips til LAR-enheter og apotek, og ikke navngitte personer. Selv om vi fikk tips om konkrete personer, var det ikke alle disse vi kontaktet eller inkluderte. Vi kontaktet lederen ved aktuell enhet som igjen spurte en eller flere personer om de ønsket å delta, så det kan være flere som kjenner til hvem som har blitt intervjuet til denne oppgaven. Jacobsen (80) påpeker at det er vanskelig å skulle tilfredsstille alle kravene fullt ut i en forskningsprosess. Hvis alle krav ble fullt slavisk, vil det være nesten umulig å forske. Jacobsen mener derfor at kravene bør sees på som idealer, og noe som bør etterstrebnes, men at en må vurdere nytten opp mot de ulike etiske idealene. I denne studien anser vi nytten som større en kostnaden, da det ikke er personlige tema som tas opp.

Med denne oppgaven har vi et ønske om å kunne hjelpe ansatte i LAR og apotek med utfordringer omkring samhandlingen. Da vi skriver en konseptutredning er det ikke sikkert at informantene får direkte nytte av deltagelsen. Dalland (102) trekker fram at det må gjøres en avveining om hvorvidt belastningen av deltagelsen kan oppveies av godene det kan gi for andre. Vår motivasjon for å skrive oppgaven var å kunne hjelpe aktører, som opplever utfordringer i samhandlingen. Vi vurderte derfor at godene med å delta ville veie opp for ulempene, da vi med denne studien bidrar til å belyse temaet. Ved å gjennomføre workshop med et utvalg av informantene, fikk vi gitt en status på hva deres deltagelse har gitt så langt i arbeidet.

Vi har hatt et åpent, faktisk intervju med representanter fra Apotekforeningen. Da det ikke er enkelt å anonymisere dem i en oppgave, har de gitt oss tillatelse til å referere til dem som Apotekforeningen.

Den ene av oss har vært systemansvarlig for DIPS Classic og E-resept tidligere, men ingen av oss har noen roller nå som kommer i konflikt med denne studien. Til tross for dette kan vi ha egne oppfatninger om hva vi vil forvente av resultater. Da vi begge jobber innenfor helseinformatikk området, kan det hende at vi utilsiktet heller mer mot elektroniske løsninger.

### 3.12 Kildekritikk

Vi har funnet lite forskning om samhandling mellom LAR og apotek, ingen studier fra Norge, kun noen internasjonale artikler. Vi har derfor tatt med noe teori om samhandlingen generelt. Da samhandling er et stort felt, har vi tatt med det som vi mener passer inn i forhold til dette temaet.

Vi har primært brukt Pubmed, Google Scholar og Oria ved søk på artikler. Ved litteratursøk har vi hatt fokus på å velge ut primærkilder av nyere dato. For å kunne svare på problemstillingen i forhold til de mulighetene som finnes i Norge i dag, er det en del norsk litteratur fra lover, retningslinjer og andre offentlige dokumenter i oppgaven. Informasjon om norske e-helse løsninger finnes for det meste på nettsteder uten år, men vi har valgt å bruke disse som kilder, da det er seriøse aktører som har lagt ut informasjonen. Vi har også valgt å ta med tre rutiner fra norske sykehus som kilde, for å vise hvordan det gjøres i praksis.

Tilgjengelig litteratur endres fortløpende, da det stadig produseres nye artikler, bøker, lover og annen informasjon. Dette gjør at vi nesten fram til slutten på oppgaven har funnet nyttig informasjon, som vi har tatt med i oppgaven.

## 4. Resultat

Etter analysen sitter vi igjen med tre hovedgrupper, som danner grunnlaget for oppsettet i dette kapitlet. Delkapitlet Samhandling mellom LAR og apotek omhandler funnene for de ulike prosessene i samhandlingen. Delkapitlet Informantenes opplevelse av samhandlingen inneholder beskrivelser av funn om opplevd samhandling, hva som fungerer og hvilke utfordringer de har. I delkapittel Behov og krav til en elektronisk løsning, er det informantenes behov og krav som presenteres, samt gevinster informantene ser ved å ta i bruk en elektronisk løsning. Vi har med et delkapittel om intervjuet med Apotekforeningen, og i det siste delkapitlet presenterer vi visualiseringer. Her har vi med personas av involverte aktører, i tillegg til BPMN modelleringene, som viser prosessene slik de er nå og ønskede prosesser.

### 4.1 Samhandling mellom LAR og apotek

LAR-enhetene og apotekene bruker ikke samme fagsystem. Informantene fra LAR oppgir at de bruker DIPS Classic eller DIPS Arena. Alle apotekansatte oppgir at de bruker Farmapro.

Under intervjuene kommer det fram at ansatte i LAR og apotek har behov for å samhandle om flere ting. Det er avtaler om oppstart av LAR-behandling, informasjon om henteordningen og endringer på henteordningen, ved ferier, helligdager, justeringer av doser og eventuelt andre endringer. I tillegg er det behov for å informere om avvik ved henting, generelle beskjeder eller bekymringer rundt pasientens situasjon. Det er også en del kommunikasjon rundt behovet for ny resept.

#### 4.1.1 Oppstart av LAR behandling

Alle informantene fra LAR oppgir at de ringer apoteket på telefon først, for å høre om de har kapasitet til å ta imot pasienten. De fleste apotekene har en LAR-ansvarlig, og kommunikasjonen går via den personen. Informanter fra apotek oppgir at de som oftest får en forespørsel via telefon, men det hender at den skriftlige informasjonen kommer først. Det har også hendt at pasienten selv har tatt kontakt med apoteket.

Legen (eller fastlegen) sender e-resept med ekspederingsanmodning-LAR til apoteket. Gyldigheten på resepten varierer ut ifra hvor stabil pasienten er, men for stabile pasienter har resepten ofte ett års gyldighet. I tillegg sendes informasjon om henteordningen. Flere LAR har en dokumentmal i DIPS til dette formålet. Noen har en for oppstart og en for endringer, mens andre bruker den samme malen hver gang. Når hovedbehandler ikke er til stede og andre kollegaer må følge opp pasienten, er dokumentet et nyttig verktøy også internt. Dokumentet som sendes har ulike navn:

- Dosebekreftelse
- Medisinkort
- Informasjonsbrev til apotek
- Apotekbrev
- Brev til apotek
- Medisinsk oppfølging
- Oppstarts-skjema

Selv om dokumentene som sendes har flere like elementer, er ikke innholdet helt likt. Informant fra LAR forteller at det kun skal være nødvendig informasjon med i

dokumentet, og at det lagres i pasientens journal. En annen informant fra LAR mener at apoteket ikke trenger å vite mer om pasienten enn det som er nødvendig for å ha en forsvarlig utdeling.

Dokumentet kan inneholde følgende opplysninger:

- Pasientens navn og personnummer
- Medikament
- Dose
- Oppstartdato
- Henteordning
- En del informasjon
- Henvisning til veileder for utlevering av LAR-medikamenter
- Kontaktpersoner
- Fakturaadresse

I LAR er flere ansatte med i prosessen rundt dokumentet til apoteket. De fleste informantene fra LAR oppgir at behandler oppretter og skriver dokumentet, og at det sendes til godkjenning hos legen, før det blir skrevet ut av merkantil/ kontortjenesten, som sender det til apoteket. Det blir også oppgitt at legen skriver brevet, og en annen informant forteller at behandler kan signere brevet.

Flere informanter fra LAR forteller at de ikke har elektronisk kommunikasjon med apotekene, men at de til andre samarbeidspartnere, som fastlege og hjemmesykepleie, kan sende elektroniske meldinger og dokumenter direkte fra DIPS. En informant uttrykte opplevelsen av å kunne samhandle elektronisk på denne måten: *"Helt geniale, flotte løsninger. Det er helt fantastisk. Du får svar, kan få svar noen minutter etterpå. Det er veldig fint"*.

Dokumentet sendes fra LAR til apoteket via ulike kommunikasjonskanaler. Det blir benyttet faks, post, e-post og e-resept. Informant uttrykker tanker om bruk av faks på denne måten; *"... vi har jo kommunikasjon elektronisk, som jeg oppfatter som mye tryggere, med alle i alle andre sammenhenger. Skjønner ikke hvorfor vi driver med den faksingen."*

Noen LAR bruker kun post til sending av dokumenter, siden det ikke er lov til å bruke faks og e-post i forhold til personvern og liknende. De fleste informantene fra LAR oppgir at grunnen til å bruke faks eller e-post, er at posten bruker lang tid og at det kan haste med å få informasjonen til apotekene. En informant fra LAR oppgir at det ikke er utfordrende at posten tar litt tid, da det planlegges i god tid ved overføring av pasienter til apotek.

At postgangen tar tid er det flere informanter som nevner, og en fra apotek beskriver det på denne måten:

*Det kommer per post. Altså vi får jo gjerne, det er jo, vi får jo gjerne en sladdet kopi på e-post. Og så får vi fullstendig utgave da pr post. Ja, og det er jo fordi postgangen gjerne er litt treg, så det da da må vi, hvis vi skal komme, veldig ofte så er det jo sånn de starter på mandag, ikke sant. Vi trenger jo tid til å få inn medisiner og gjøre klart.*

En informant fra LAR oppgir at noen apotek krever skriftlig dokumentasjon, men for andre apotek er det greit med muntlig informasjon frem til ettersending av

dokumentasjonen pr post foreligger. En annen informant fra LAR tror det er personavhengig om apoteket krever skriftlig informasjon eller ikke. En informant fra apotek forteller at LAR spør om det er behov for skriftlig dokumentasjon per post. De synes det er greit at de kun får muntlig beskjed, som de deretter noterer i Farmapro. Det blir også nevnt at apoteket takker nei til skriftlig informasjon, for å spare porto og miljøet. En informant fra LAR sier at det er viktig at det formelle er i orden, og ønsker derfor å sende det skriftlig, men tror det er forskjeller mellom LAR og apotek i forskjellige deler av landet.

En av informantene forklarer det på denne måten:

*Du, det er også litt ulikt fra apotek til apotek, fordi noen apotek er det godt nok at jeg ringer, og så kjenner de meg igjen, ikke sant, og så sier jeg hvem det gjelder og at vi er enige sånn og sånn, og at det er endring eller hva det skulle være. Mens andre apotek krever da en skriftlig bekreftelse fra oss før de gjør noe som avviker fra det som er avtalt da. Det er veldig forskjellig egentlig. De fleste apotekene kjenner jo, etter hvert så kjenner man jo de fleste, og da sier de bare at: ok, da gjør vi det, også ettersender dere bare dokumentasjonen pr post, sånn at vi har den i løpet av noen dager. Så er det godt nok.*

Det er ikke alle LAR som benytter et dokument for informasjon om henteordningen. Noen benytter kommentarfeltet på e-resepten for å gi informasjon om henteordningen, og mener det er nok plass til å skrive inn den nødvendige informasjonen. Det finnes ingen mal i e-resept, men legen skriver informasjon om legemiddel, dose og hvor ofte pasienten skal ta dosen under tilsyn. Informasjon om hvordan legemidlene skal tas, står i retningslinjen for LAR, så det er ikke behov for å ta med den informasjonen. En informant fra apotek oppgir at LAR tidligere sendte ut informasjonsskriv om henteordningen, men at det ikke er behov for det etter at e-resepten kom. Informanten bekrefter at de får informasjon om doser, styrker og utleveringsmåter gjennom e-resepten, men det varierer hvor mye legen skriver i kommentarfeltet. Hvis det som står i e-resepten er utydelig eller for lite informasjon, ønsker apoteket skriftlig informasjon i tillegg. En informant fra apotek som mottar informasjon om henteordningen på e-resepten sier:

*LAR er egentlig veldig flinke med til, med å ringe oss, behandleren eller noen ganger leger også. De ringer apoteket og informerer at det kommer en ny pasient, som ønsker å starte hos oss og så forteller de liksom hvem personen er og hva personen bruker i form av hvilken type medisin, styrke, henteordning og så blir det liksom skrevet en e-resept som har den samme informasjonen som har blitt gitt muntlig da.*

En informant fra LAR, som bruker dokument til informasjon om henteordningen, er usikker på hvorfor dette ikke kan sendes med e-resepten. De andre informantene fra LAR og apotek, oppgir at det ikke er plass til å skrive inn all informasjon det er behov for i kommentarfeltet til e-resepten.

For apotekene er det viktig å få informasjonen i god tid, da de trenger tid til å planlegge og ordne for en ny pasient. Alle apotekene oppbevarer dokumenter og opplysninger fra LAR i en perm. Det blir oppgitt at opplysningene oppbevares så lenge de har behov for dem. Det blir også nevnt at informasjonen blir tatt vare på i cirka et år. I tillegg til dokumentasjonen fra LAR, nevner apotek informantene at de oppbevarer ett ark for å notere avvik og ett utleveringsark, der pasient og farmasøyt signerer for hver utlevert dose.

#### 4.1.2 Endringer på henteordning

En informant fra LAR forteller at de alltid ringer apoteket ved endringer, slik at de ved apoteket blir oppmerksomme på den nye e-resepten. Flere informanter fra LAR oppgir at når henteordningen revideres, sendes dokumentet på nytt via e-post eller posten, i tillegg til ny e-resept. En oppgir at endringer nesten aldri gis skriftlig, men dersom de ansatte på apoteket ikke kjenner den LAR-ansatte, ønsker apoteket endringene skriftlig. En annen er usikker på om det sendes dokument ved endringer, men at det vil være det beste.

En informant fra LAR forteller:

*Men så kan det skje endringer. Plutselig er det noen som skal gå opp i dose eller ned i dose, og da ringer vi for å endre det og så sender vi nye brev etter hvert da, men det tar jo, etter at de begynte å levere posten annenhver dag, så kan jo det fort ta over en uke før apoteket har de brevene.*

En informant fra apoteket synes at det er mye endringer på henteordningen, og at det er slitsomt. Noen informanter fra apotek mottar endringene skriftlig, og de fleste oppgir at de som regel får en telefon først. En annen apotek informant forteller at de får muntlige beskjeder om henteordningen. En tredje apotek informant synes legene deres er veldig flinke ved doseendringer. De trekker tilbake gamle resepter og sender nye.

En informant fra apotek synes det er trygt å få ting skriftlig og uttrykker det på denne måten: "Ja, det er det, men det er også sånn, at hvis det er snakk om endringer, så ber vi om å få alt skriftlig. Fordi at det er en ting å ta imot en beskjed på telefon, men vi vil gjerne ha alt skriftlig i tillegg".

##### 4.1.2.1. Endringer ved helligdager og reiser

LAR gjør individuelle vurderinger i forhold til om pasientene kan få med seg doser hjem i forbindelse med helligdager. Det blir oppgitt forskjellige rutiner fra informantene fra LAR i forhold til hvordan apoteket får informasjonen. Det kan stå i dokumentet om henteordningen eller på e-resepten. Noen sender brev på e-post om faste avtaler for de med stabil dosering, og kontakter apoteket per telefon, for pasientene som skal ha egne avtaler. Andre har faste avtaler med apoteket om helligdager. Det innebærer at hvis apoteket ikke hører noe, så kan pasienten få med seg doser for helligdagene. Informantene fra apoteket oppgir også at det er ulike ordninger for helligdager, og de samstemmer med rutinene informantene fra LAR har nevnt.

Ved reiser innad i Norge er det legen som vurderer om det skal lages avtale med nytt apotek, eller om pasienten kan få med seg doser for en gitt periode. Det opplyses også at fastlegen kan bekrefte endringer ved reiser. Hvis det lages avtale med nytt apotek, forteller informantene fra LAR at de tar kontakt med apotek andre steder i landet, og lager avtaler om midlertidige henteordninger. Dette bekreftes av informantene fra apotek. Informanter fra LAR sier at informasjonen sendes skriftlig, da vikar-apotekene vil ha skriftlig informasjon. Informantene fra apotek oppgir at de kun får muntlig beskjed, hvis det kun gjelder noen få dager. Ved skriftlig informasjon benyttes faks, e-post og posten som kommunikasjonskanaler. Det faste apoteket får som oftest beskjed om at pasienten skal på ferie, men det hender at de må etterlyse pasienten hos LAR, når pasienten ikke møter som avtalt.



#### 4.1.3 Annen kommunikasjon

LAR har behov for informasjon om pasientene og ønsker å få beskjed om avvikene. En informant fra LAR oppgir at samtalen med apoteket om blant annet henteordning og adferd, blir dokumentert i DIPS. De får beskjeder fra apoteket via telefon eller e-post. Dette bekreftes av informantene fra apoteket. Ansatte i apotek noterer avvik og bringer dem videre til LAR. Apotekene journalfører ikke alltid telefonsamtaler når de har vært i kontakt med LAR eller strevd med å få kontakt med dem. De skriver av og til på en reseptblokk eller telefonblokk med dobbeltsidig gjennomslag, for å oppbevare dokumentasjonen av telefonsamtaler. Informant fra apotek sier: *"Men det er jo ikke noe som bidrar til at noe blir gjort bedre hvis du skjønner hva jeg mener. Det står på en fysisk papirblokk her hos oss liksom"*.

Flere av informantene fra LAR forteller at de har regelmessige møter med apotekene. De oppgir også at de kan kontakte apoteket, dersom de er bekymret for pasienten og vil høre hvordan apoteket opplever situasjonen. En informant fra LAR sier: *"Sånn som i dag, sånn som vi bruker telefonen i dag og de møtene vi har, så tenker jeg at vi har en, en samhandling som, jeg ville ikke vært foruten den personlige kontakten"*. En annen uttrykker det på denne måten:

*Hvis jeg bare får en melding eller en mail om at den personen var litt ustødig, men vi valgte allikevel å gi den en dose. Så blir jeg sittende igjen med noen spørsmål, så det å kunne få en telefon og diskutere litt fremtidige utleveringer til den pasienten, kanskje invitere oss selv med til neste utlevering.*

#### 4.1.4 Pasientsikkerhet

Når faks og e-post brukes i kommunikasjon med apotekene, oppgir informanter fra LAR at de ikke skriver pasientens fulle navn, men initialer eller initialer og fødselsdato. Dette bekreftes av informantene fra apotekene, men det kommer også fram at en informant fra apotek har mottatt fullt navn. Hvis LAR har ringt på forhånd, skjønner apoteket hvem det gjelder. En informant fra apoteket oppgir derimot at det ikke alltid er enkelt å vite hvem det gjelder. Det blir påpekt at det kan være utfordrende å vite hvem det er snakk om, hvis apoteket har mange LAR pasienter.

En informant fra LAR forteller at de brukte faks tidligere, men at de ikke gjør det nå, da det ikke er lov i forhold til personvern. De bruker av den grunn heller ikke e-post. Det blir også oppgitt at det er motforestillinger og at det ikke føles bra å bruke faks, og at elektronisk kommunikasjon oppfattes som tryggere.

Det er ulik praksis omkring muntlig eller skriftlig beskjed i forbindelse med henteordningen. En informant fra LAR sier følgende:

*Det er jo det når det er endringer i forhold til ferier og sånn, så skjer jo det muntlig nå da. Men det fungerer bra som det er. Det er bare det at, det er jo lettere at det kan skje feil, når det du gir beskjeden videre muntlig da.*

En annen informant uttrykker bekymring i forhold til bruk av initialer: *"Etter hvert så begynner du å få så mange pasienter, at de begynner å ja. Enda så har ingen samme forbokstaver, eller samme initialer, med det er jo bare et spørsmål når det skjer"*.

## 4.2 Informantenes opplevelse av samhandlingen

De fleste informantene fra LAR oppgir at samhandlingen med apoteket er bra eller veldig bra. En informant forteller at samhandlingen skal være til det beste for pasienten. LAR er avhengig av å ha et godt samarbeid med apotekene, da de ansatte ved apotekene kan gi nyttig informasjon og tilbakemeldinger om pasientene. Det blir oppgitt at samhandlingen er så optimal som mulig, med tanke på de verktøyene de har. Det blir trukket frem av flere informanter fra LAR at de kjenner de ansatte ved apotekene godt og har kjent dem gjennom flere år, noe som gjør det lettere i forhold til samhandlingen. En informant sier: *“Alle apotekene her kjenner oss da, så de hører jo på stemmen at det er oss før vi rekker å si, presentere oss”*.

En informant fra LAR opplever å høre lite fra apotekene, mens en annen har daglig kontakt med dem. Det skal være lav terskel for å ta kontakt, ifølge informant fra LAR. En annen informant fra LAR tror det er litt vanskelig for apotekene å få kontakt med dem, og det kan ta tid før det er mulig å ringe tilbake. For at det skal bli lettere for apoteket å få tak i LAR, forteller en informant fra LAR at de gir fra seg mobilnummeret sitt.

Noen av informantene fra LAR oppgir at samhandlingen er forutsigbar og trygg. Det blir oppgitt at det skyldes få involverte, men at det på den andre siden gjør det sårbart ved fravær. En av informantene synes kanskje ikke at samhandlingen er forutsigbar og trygg, slik den er i dag. Noen synes at samhandlingen er effektiv, og det blir trukket frem at apotekene er fleksible i forhold til endringer på oppdragene.

Det er ulike tilbakemeldinger fra informantene fra apoteket angående samhandlingen med ansatte i LAR. Flere sier samhandlingen fungerer veldig fint, de har mye kontakt og opplever dialogen som god. Noen informanter synes derimot ikke at samhandlingen fungerer optimalt, og at den absolutt har potensial for forbedringer. Det blir nevnt at samhandlingen fungerer greit rundt pasientene som har vært lenge i behandling, men den oppleves vanskeligere rundt ustabile pasienter, der dosene ofte endres opp eller ned.

En informant fra apoteket foreller at de strekker seg langt for å hjelpe pasientene, selv om de ikke har tid, da de føler ansvar for dem. En annen informant fra apoteket opplever at selve samhandlingen er trygg, men ikke selve informasjonsutvekslingen. En informant uttrykker det på denne måten; *“Bare det å trenge å bruke faks da, er jo helt utrolig egentlig”*.

Dialogen går hovedsakelig via telefon, men også faks og e-post brukes. Apotekene får direkte nummer til LAR, og en informant oppgir å ha fått vakt nummer i tillegg, men det skal kun brukes hvis det haster. En informant forteller at det er lettere å få tak i sekretær hos LAR, enn behandler og lege, og at det kan være litt ventetid.

### 4.2.1 utfordringer i et LAR perspektiv

Informantene fra LAR oppgir noen utfordringer i forbindelse med samhandlingen. Det er ikke optimalt at dokumentasjonen sendes i posten. Postgangen tar tid, og det kan haste med å få informasjonen til apotekene. Flere velger derfor å sende informasjonen på e-post og faks, som medfører mye styr. I tillegg sier flere av informantene at dagens samhandling ikke er bra i forhold til personvernet.

En annen utfordring som blir nevnt, er at legen ikke ser kommunikasjonen mellom apotek og behandler. En informant fra LAR sender intern beskjed til legen om at henteordningen er i orden fra gitt dato. Andre sier at alle telefoner med apotekene blir journalført, men at det ved muntlige beskjeder lettere kan skje en feil, når beskjedene skal gjengis skriftlig.

Det er ulikt hvor lett informantene fra LAR synes det er å få tak i apoteket. En informant sier at det varierer i forhold til tidspunkt på dagen, mens andre oppgir at det alltid er noen til stede i åpningstiden. En informant sier: *"Det varierer mye. Det er noen apotek som jeg aldri kommer gjennom til på telefonen, og så er det noen som jeg får tak i veldig lett"*. En informant oppgir at det kan være vanskelig å få tak i rett person ved apoteket, da ansvarlig farmasøyt ikke alltid er til stede grunnet døgnåpen drift.

Et sitat fra informant fra LAR, viser noe av utfordringen: *"Det blir til at vi kanskje strekker oss ekstra langt, og ringer klokka fem mens vi lager middag omtrent, ikke sant. Du vil gi den viktig beskjeden"*.

En informant fra LAR oppgir at det er en utfordring at de ikke får beskjed hvis pasienten har vært fraværende fra henteordningen over flere dager, til tross for at apotekene skal gi beskjed om en-dags fravær. Det blir oppgitt at LAR ikke får beskjed om at pasientene er innlagt på andre avdelinger på sykehuset, og dermed ikke får varslet apotekene. Manglede samarbeidsfora med apotekene blir også nevnt som en utfordring.

#### 4.2.2 Utfordringer i et apotek perspektiv

Informantene fra apotekene har også noen utfordringer i forhold til samhandlingen. Noen oppgir at informasjonsutvekslingen ikke er effektiv. En informant fra apoteket får det fram på denne måten: *"Største utfordringen der, det er jo ikke det at det ikke er vilje noe sted, men det at det er, det at vi ikke har noen god plattform for dialog. Det er kun enveis»*.

Informanter oppgir at de må bruke tid på å innhente informasjon fra LAR, da de ikke alltid får tilstrekkelig informasjon tilsendt. Det kan stå at LAR-medisinen skal brukes som tidligere og ifølge informant fra apoteket sier det ingenting. Som tidligere nevnt er det heller ikke alltid de får telefon for å høre om de har kapasitet til å ta imot pasienten, og det kan også svikte med beskjeder i forbindelse med helligdager. Informantene fra apoteket opplever utfordringer når de ikke får beskjeder om doseendringer tidsnok, beskjeder om utleveringsstopp eller bytte til annet apotek. Sene beskjeder kan føre til at legemidler må destrueres. Flere informanter forteller at de ikke får beskjeder om innleggelse eller fengselsopphold. En informant sier: *"Det er så utydelig hvem sitt ansvar det er å kontakte apoteket ved sånne hendelser, så ingen gjør det"*.

De ansatte ved apotekene har forskjellig oppfatning av hvor lett det er å få tak i LAR, noen synes det er lett, andre synes det er mer utfordrende. En informant forteller at det å ringe LAR ofte tar ganske mye tid, og at man blir satt over til flere personer. Tidsbruken gjør at de må utsette andre oppgaver. En informant er oppgitt over tidsbruken ved telefonkontakt med LAR:

*Vi har jo ikke noe direkte, av og til har vi fått telefonnummer til saksbehandlerne, men de bytter jo sikkert nummer ganske ofte. Så da må vi gå via sentral nummeret og så må vi taste for hvilken region vi hører til. Så kommer du først til en skranke et eller annet, som da skal prøve å få tak i en saksbehandler eller så forskrivende lege.*

#### 4.2.3 Utfordringer rundt utgåtte e-resepter

LAR oppgir at det ikke finnes noe system for å sjekke gyldigheten på e-resepter. De må gå inn på hver enkelt pasient for å kunne se gyldigheten. Informanter fra LAR forteller at apotekene hjelper dem med å påse at resepten er gyldig. Informanter fra apotek forteller at gyldigheten på reseptene ikke blir fulgt opp av LAR eller fastlege, og at apoteket må ha kontroll og etterspørre når det er behov for fornying. Dette gjøres manuelt og de ansatte i apoteket bruker mye tid på det. Apotekene ringer og etterlyser ny e-resept når den gamle er utgått, men noen sender også e-post.

### 4.3 Behov og krav til en elektronisk løsning

Flere informanter, både fra LAR og apotek, oppgir uopplevde at de ønsker seg en digital løsning for samhandlingen. Flere informanter fra LAR kommenterer at løsningene som eksisterer mellom LAR og hjemmetjenesten/ fastlege i dag, fungerer veldig bra. En informant oppsummerer det slik: *“Et effektivt og raskt system som er lett tilgjengelig hadde jo vært det ideelle, men det ja. Bare det å få tak i dem fort, hadde vært nydelig”*.

#### 4.3.1 Behov

Under intervjuene med informantene fra LAR kommer det frem at de har behov for å kunne kommunisere med apotekene på en enklere og sikrere måte, blant annet for å kunne ivareta personvernet. Det er ønskelig med tanke på forespørselen til apoteket for å høre om de har kapasitet til å ta imot en ny pasient, for å hindre misforståelser. De har behov for at beskjeder om fornying av resepter går direkte til legen. Informantene har behov for at kommunikasjonen blir lagret direkte i journalen uten at det må gjøres manuelt. I tillegg ønskes det at fastlege, apotek og hjemmetjenesten ser den samme informasjonen.

Flere av informantene fra apotek har behov for å jobbe tettere med LAR, og de har et behov for å kunne kommunisere med LAR, fastlege og hjemmesykepleien. De har også behov for en mer effektiv samhandling. Informasjonen fra LAR må komme fortløpende, uten at de må etterspørre, slik at de til enhver tid er oppdatert på pasienten. Apotek informanter ønsker å kunne dele dokumentasjon, slik at de kan vite hva som skjer med pasienten hos fastlege og LAR, da det er en kundegruppe en ikke alltid kan stole på. Det er viktig for informantene fra apoteket at kommunikasjonen med LAR bedres, da de bruker mye tid i telefonen på å få tak i rett person. De har i tillegg behov for bekreftelse på at LAR har mottatt og lest beskjedene deres.

Informantene fra apoteket har behov for å bli varslet i forhold til gyldigheten på e-resepten, slik at de kan informere legen. De ønsker også at LAR får oversikt over pasientens signeringer av utleverte doser, og at historikken på utleveringer blir lagret.

#### 4.3.2 Krav

Informantene fra LAR og apotek har følgende krav til en elektronisk løsning:

- Toveis kommunikasjon
- Muligheter for å kunne sende og motta digitale meldinger, som vil bidra til at beskjeder går gjennom færre ledd.
- At meldinger kan lagres direkte i journal
- Må være enkel
- Kunne ivareta sensitive opplysninger

- Lett tilgjengelig, for eksempel mobilløsning
- Lesebekreftelse og kvittering på mottatt melding
- Godkjenning av lege før dokumentasjonen sendes ut
- Ett system å forholde seg til
- Varsling på at gyldigheten på e-resepten utgår, og at varselet går direkte til lege
- Muligheter for digital videosamtale
- At LAR, apotek og fastlege ser den samme dokumentasjon
- Elektronisk signering for utlevert/ mottatt dose, at historikken lagres elektronisk og at LAR og fastlege kan se det

I intervjuene kommer det frem at elektronisk kommunikasjon ikke må erstatte telefonen, men at det kan brukes som et supplement. En informant fra LAR liker å snakke med folk for å få nyanser. Den personlige kontakten som telefonen gir, er nyttig i samhandlingen med apotekene. En annen informant mener at en elektronisk kommunikasjon ikke vil hjelpe på tidspunkter hvor LAR ikke er til stede på kontoret, som lørdag ettermiddag. Det blir også nevnt at det kan være utfordringer forbundet med at alt legger seg i journalen, da pasientene har innsyn i sin egen journal. Andre mener at det er helt greit, da det som skrives skal være relevant for helsehjelpen som gis. En informant fra LAR mener det er viktig at apotekene informeres om hva det innebærer å sende en direkte-melding til LAR, hvis det blir tatt i bruk elektronisk kommunikasjon.

#### 4.3.3 Gevinster

I intervjuene fremkommer det flere gevinster med elektronisk kommunikasjon:

- Enklere, smidigere og mer effektiv samhandling
- Ivaretar personvernet. Slipper å drive med anonymisering, som i verste fall kan misforstås
- Får dokumentert kommunikasjonen. Legen kan se dialogen mellom behandler og apoteket
- Senker terskelen for kommunikasjon
- Raskere kommunikasjon - får gitt og tatt imot beskjedene raskere
- Sparer tid

En informant fra LAR ser på elektronisk løsning som tryggere og sier: *"For det vil jo være en sikkerhet, da er det ikke noe tvil om hva som har blitt sagt og bestemt da"*.

#### 4.4 Intervju med apotekforeningen

Apotekforening er kjent med utfordringer omkring samhandlingen mellom LAR og apotek, og at det har vært en utfordring i flere år. De mener det er et viktig tema.

På spørsmål om hvordan apotekforeningen opplever behovet for elektronisk samhandling, svarer de at det ganske lenge har vært snakket om å kunne ta i bruk Helsefaglig dialog. De opplever at apoteket har kommet litt på utsiden av de andre aktørene, men de er positive til å få til en digital dialog mellom apoteket og legen. De er opptatte av at en ikke skal ta i bruk en elektronisk løsning, før arbeidsprosessene er utredet og evaluert, da det er viktig med forankring og at de riktige løsningene velges.

Apotekforeningen er kjent med at regionene har gjort ting ulikt, noe som har ført til forskjeller. Det påpekes at regelverket sier at meldinger skal være skriftlige. På spørsmål om det vil være mulig å tilrettelegge for å kunne legge alle nødvendige opplysninger om

henteordningen inn i e-resepten, opplyser apotekforeningen om at det er en lang prosess å få endret meldinger og at det kan ta flere år. Det kunne vært aktuelt med oppstartsmøter, men for apotek med mange pasienter vil det ta for lang tid å ha møter om alle nye pasienter. Tiden de bruker til det, vil de ikke få noen kompensasjon for.


Eik er fortsatt under utvikling, så de kjenner ikke til alle detaljene i den fremtidige løsningen, men Eik skal være på Norsk Helsenett sitt nett. Pasientens journal vil lagres i Eik, slik at viktig informasjon skal følge pasienten og ikke apoteket. Det er derimot ikke planlagt en løsning for elektronisk dialog i Eik nå.

Gjennom Eik og Apoteksystemer vil apotekansatte få bedre systemstøtte for utleveringer og det å dokumentere henteordning. For å få denne systemstøtten må apoteket manuelt legge inn henteordningen i systemet. Det vil også bli enklere for vikar-apotek, da det i Eik er mulig å overføre pasienten til annet apotek.


Behovet for digital signering som apotekene har, kan være ivaretatt i Eik. Disse funksjonene er under utvikling. Når det gjelder det å få varsling på utgåtte resepter, mener de at det burde være en varsling til legene, i det systemet de bruker.

## 4.5 Visualiseringer

### 4.5.1 Personas

	<b>Navn:</b> Ola	<b>Mål:</b> Å gi god kundebehandling og kunne gi helsehjelpen som personen trenger. Ekspedere ihht regelverk. Gi god informasjon.
	<b>Alder:</b> 38	
	<b>Yrke:</b> Utdannet farmasøyt. Jobber som LAR koordinator.	
<b>Personlighet:</b> Glad, utadvendt, inkluderende og omsorgsfull.		<b>Bekymringer:</b> Nok tid til å utføre jobben faglig forsvarlig. At en klarer å ivareta LAR-pasienter, samtidig som en ivaretar andre kunder på en god måte.
<b>Oppgaver i arbeidstiden:</b> Ekspedere kunder, svare på telefoner, observere pasienter som inntar LAR-legemidler, registrere og istandgjøre LAR-legemidler, dokumentere.		
<b>Utfordringer:</b> Få apotek sier ja til LAR-pasienter, så det blir mange på ett apotek. Ikke noe system som fanger opp utgåtte e-resepter. Bruker mye tid i telefonen da det er utfordrende å få tak i rett person i LAR.		<b>Sitat:</b> <i>«Slitsomt at det kun skrives ut e-resept for få måneder av gangen».</i>
<b>Behov:</b> Har behov for informasjon. Ønsker digital signering på utgitte LAR-doser. Behov for å informere LAR om pasienter, uten å bruke mye tid i telefon.		

Figur 8. Personas av farmasøyt.

	<b>Navn:</b> Kari	<b>Mål:</b> Bidra til at pasienten får nødvendig behandling og livskvalitet. Dele kunnskap og erfaring med kollegaer og andre samarbeidspartnere. Skape gode rammer rundt pasientens behandling for å gi rusavhengige en måte å kontrollere avhengigheten sin på, slik at de er har muligheten til å skape et bedre liv og er mindre syke.
	<b>Alder:</b> 45	
	<b>Yrke:</b> Har jobbet 8 år som LAR-behandler.	
<b>Personlighet:</b> Ansvarsbevisst, omsorgsfull og inkluderende.		<b>Bekymringer:</b> Lurer på hvordan LAR-pasientene har det, da de føler et personlig ansvar for at pasienten oppfører seg på apoteket.
<b>Oppgaver i arbeidstiden:</b> Ivaretar LAR pasienter i enheten, følger opp medisiner, nettverksarbeid.		
<b>Utfordringer:</b> Brev per post til apotek tar lang tid. Muntlige avtaler.		<b>Sitat:</b> <i>«Skjønner ikke hvorfor vi driver med den faksingen».</i>
<b>Behov:</b> Å kunne sende direkte meldinger til apotek. Trenger bekreftelse på at notat er mottatt av apotek.		

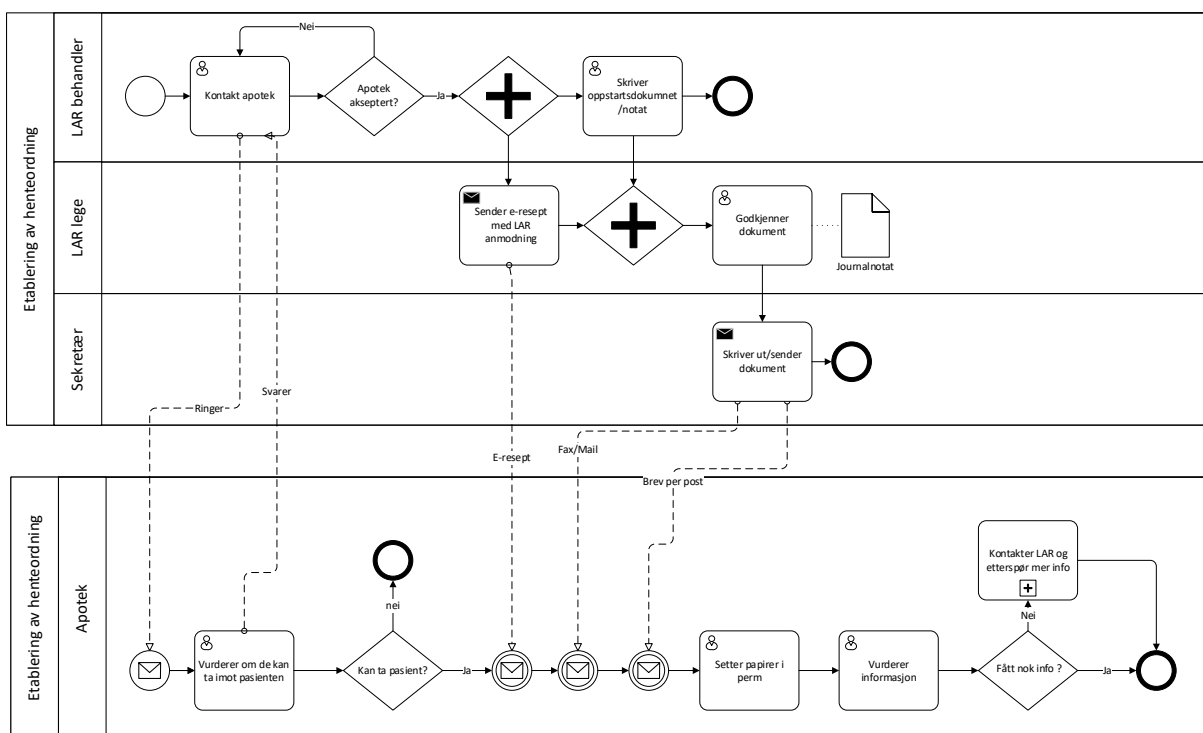
Figur 9. Personas av LAR-behandler.

#### 4.5.2 BPNM modellering av prosessene

På workshopen fikk vi gode tilbakemeldinger på modelleringene våre. De kjente seg godt igjen og vi fikk kommentar om at de kunne være nyttige i opplæringen av nye ansatte. Det ble diskutert om en elektronisk løsning kan brukes for å undersøke om aktuelt apotek har kapasitet til å ta imot en ny pasient. Det er lettere å ta imot en forespørsel elektronisk, men i den første kontakten kan det være vanskelig å vite hvor mye informasjon som skal gis elektronisk og det kan være behov for å gi supplerende informasjon muntlig.

##### 4.5.2.1 Oppstart henteordning

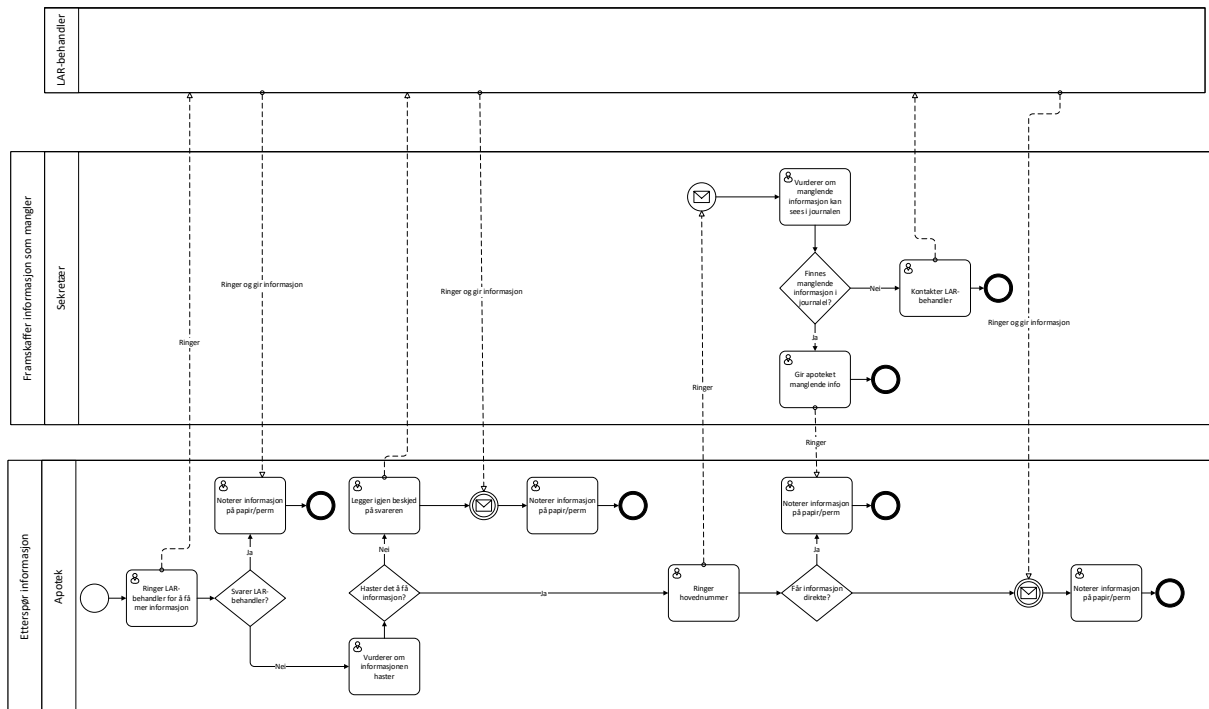
I Figur 10 vises oppstart av henteordningen, slik arbeidsprosessene er i dag. Prosessen viser at det er mange involverte aktører og at apoteket kan få flere dokumenter med informasjon før prosessen er slutt.



Figur 10. Dagens arbeidsprosess av Oppstart henteordningen.

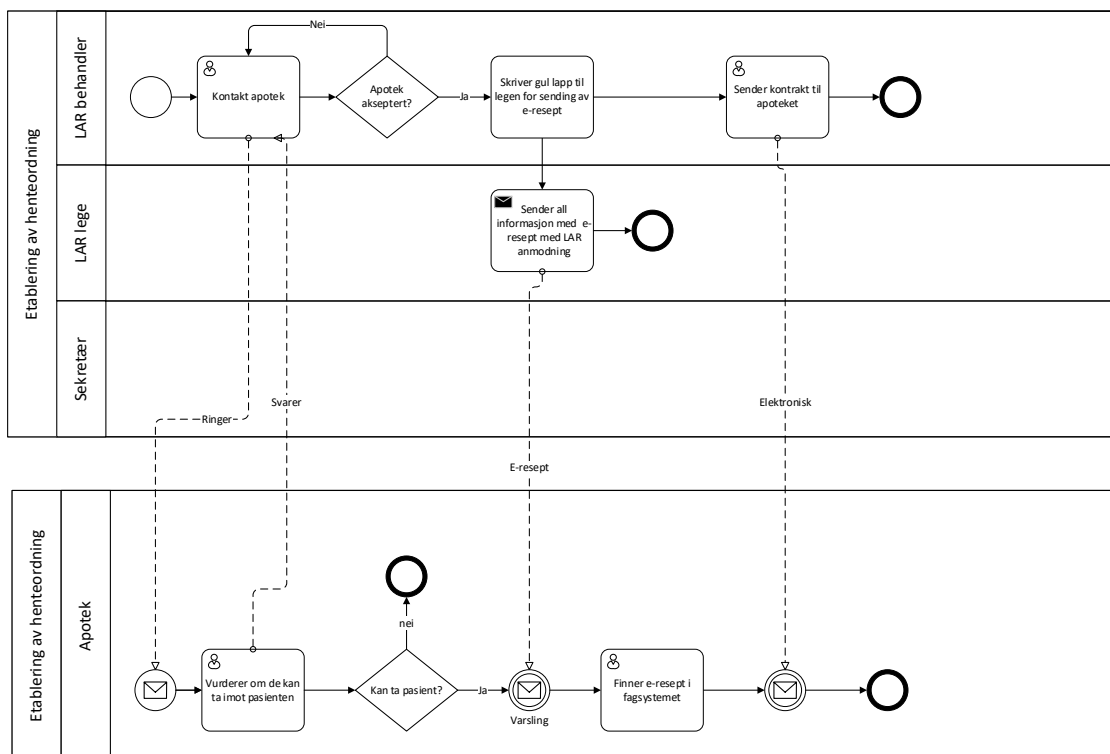
Under delprosess Kontakter LAR og etterspør mer info er det visualisert at det kan bli mange telefonsamtaler og ventetid for ansatte på apoteket, før de får tak i informasjonen de mangler (Figur 11). Denne modelleringen var ikke helt ferdig da vi presenterte den på workshopen, da vi ved modelleringen så at vi manglet litt informasjon for å sette opp prosessen. På bakgrunn av tilbakemeldingene er denne ferdigstilt i etterkant, og dermed ikke verifisert av informantene. I denne visualiseringen er behandler (evt lege) laget som en "black box". Grunnen til dette er at det kan være ulikt fra gang til gang når behandlers prosess begynner. Noen ganger får de informasjon fra sekretær, og behandler blir i disse tilfellene ikke involvert.





Figur 11. Delprosess Kontakter LAR og etterspør mer info.

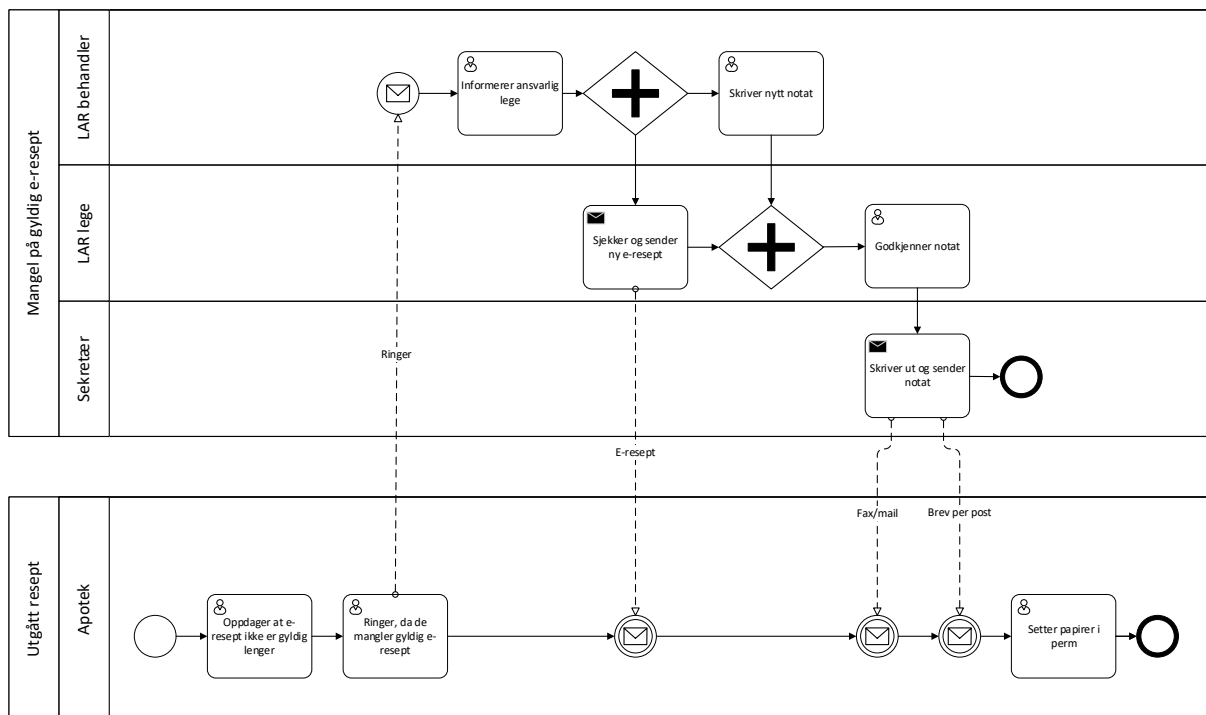
På workshopen ble ønsket arbeidsflyt for Oppstart henteordning laget (Figur 12). I denne prosessen er det ikke lengre noen delprosess Kontakter LAR og etterspør mer info, da det er ønskelig med en arbeidsprosess hvor en sikrer at apoteket får all nødvendig informasjon den første gangen.



Figur 12. Ønsket arbeidsflyt: Oppstart henteordning.

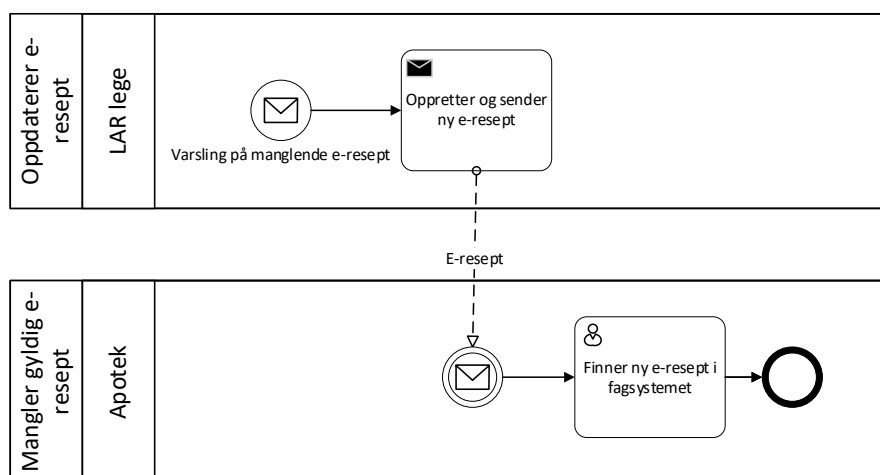
#### 4.5.2.2 Mangel på gyldig e-resept

Figur 13 viser arbeidsprosessen når apoteket oppdager at de mangler gyldig e-resept. Denne prosessen starter i apoteket.



Figur 13. Mangel på gyldig e-resept.

Figur 14 viser ønsket arbeidsflyt for Mangel på gyldig e-resept, hvor arbeidsprosessen starter i LAR og ikke i apotek som i dag. Apoteket trenger ikke varsling når det kommer nye resepter, da de vil se dette når de istandgjør nye doser.



Figur 14. Ønsket arbeidsflyt: Mangel på gyldig e-resept.

## 5. DISKUSJON

I denne oppgaven har vi sett på hvordan samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek foregår og oppleves, og vi har sett på hvilke behov og krav informantene stiller til en elektronisk løsning. Det er en betydelig andel pasienter, som får utlevert LAR-legemidler i apotek. Våre funn viser at det er flere prosesser som krever samhandling mellom de to aktørene, og at mangelen på en elektronisk samhandlingsløsning gir utfordringer for samhandlingen. De samhandler så godt de kan med de løsningene som er tilgjengelige, men personvernet og pasientsikkerheten blir ikke godt nok ivarettatt og det er tidkrevende prosesser. Funnene viser at en bedre samhandling med en tilrettelagt elektronisk samhandlingsløsning, kan gi flere gevinster.

Diskusjonskapitlet er inndelt i tre hoveddeler. I de to første delene ser vi på hvordan samhandlingen foregår og oppleves, og drøfter dette opp mot tilgjengelig teori. Konseptutredningen presenteres i den tredje delen. Vi har tatt utgangspunkt i de tre hovedutfordringene vi har identifisert i funnene, og ser på hvilke e-helseløsninger som kan ivareta informantenes behov og krav. Vi har også med et delkapittel om om andre viktige momenter, og etter konseptutredningen drøfter vi valg av metode, før kapitlet avsluttes med noen tanker om veien videre.

### 5.1 Hvordan foregår samhandlingen?

Samhandling medfører koordinering av oppgaver og oppgavefordeling. Pasienter i LAR, som får legemidler utlevert i apotek, møter flere ledd i tjenestene, på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer (11). Apotekene er en viktig aktør i forbindelse med utdeling av LAR-legemidler i Norge. I 2020 hadde 44% av pasientene utlevering i apotek (13). For å få til et helhetlig forløp for pasientene må LAR og apotek ha god samhandling (41).

I mange andre land spiller apotekene også en viktig brikke i behandlingen (30). Ett eksempel på dette er Storbritannia, hvor den største andelen av behandlingen blir utført i apotekene (35). I vårt naboland Danmark derimot, er det ulike meninger om hvilken rolle apoteket burde ha (32). Ved utlevering i danske apotek, er det vanlig å utlevere legemidler for en måned av gangen. Det finnes ingen retningslinje for overvåket inntak på apotek, og det er sjeldent inntaket blir observert som del av utleveringsrutinen (33). På landsbygda og i områder hvor tilgangen til klinikker kan være begrenset i Australia, blir apotekenes rolle stadig viktigere (30). Vi har ikke stilt spørsmål til informantene om avstandene i Norge har noe med apotekets sentrale rolle å gjøre her. Siden 45 % av pasientene ved Finnmarksykehuset mot 80 % i Asker/Bærum bruker apotek, kan det tenkes at det er andre grunner til apotekenes sentrale rolle i Norge, enn lange avstander og spredtbebygde områder (18).

Utdeling av LAR-legemidler er underlagt streng kontroll, og det er LAR-forskriften som regulerer formål, inntak og kontrolltiltak knyttet til LAR (12). Det er ulikt fra region til region hvor mange pasienter som får utlevert LAR-legemidler på apotek. I 2020 hadde hele 80% av pasientene i Asker/Bærum utdeling i apotek, mens det bare var 18% i Vestfold (18). Dette mener vi kan ha betydning for hvordan samhandlingen foregår, både med tanke på hvor ressurskrevende det er og hvilke rutiner de har etablert.

Alle informantene fra LAR forteller at de ringer apotekene for å høre om de har kapasitet til å ta imot pasienten, når det skal lages avtaler for utlevering av LAR-legemidler.

Informantene fra apotek sier de ofte får telefon først, men det hender de får e-resept eller dokumentet med henteordningen først eller at pasienten selv har tatt kontakt. Apotekene kan ikke pålegges oppgaven med å utlevere LAR-legemidler (3). De LAR-ansatte vi har intervjuet, har sagt at de av og til må ringe flere apotek, men at de alltid finner et apotek som kan påta seg oppgaven. I BPMN modelleringen Oppstart henteordning er det derfor ikke visualisert at LAR ikke får tak i et apotek. Om dette kan være en realitet for LAR-enheter vi ikke har intervjuet, kan vi ikke utelukke. Apoteket må ha kapasitet til å ta på seg oppgaven, og statistikk fra 2020 viser at LAR-pasientene møter opp i gjennomsnitt 3,1 ganger i uken på apotek, for å få utlevert LAR-legemidler. Dette er lavere enn tidligere år, noe som kan skyldes den pågående pandemien (13). Uansett er det en del tid som de ansatte i apoteket må sette av, for å kunne følge opp LAR-pasientene på en god måte.

Når apoteket er utleveringssted bør det foreligge en avtale, som spesifiserer innholdet og omfanget av oppdraget (3). Avtalen har blitt nevnt i et par intervjuer, men det er ikke noe vi har spurt spesifikt om. Vi kan dermed ikke si noe om innholdet eller hvordan avtalen blir brukt. I forhold til den nye versjonen av veilederen nevnes kun spesialisthelsetjenesten og kommunen, når det gjelder avtale om samarbeid om pasienter i LAR. Apotekforeningen har i sitt høringssvar påpekt at avtalen også bør inkludere utleverere, som er en del av primærhelsetjenesten, for å sikre et godt samarbeid (21). Ifølge rapporten Utlevering av LAR legemidler varierer det om det foreligger skriftlige avtaler mellom LAR og apotek, der muntlige avtaler nok er det mest vanlige (19). I veilederen står det at når apoteket påtar seg et utleveringsoppdrag, bør det være en avtale mellom partene hvor bestemmelsene og omfanget er beskrevet (3). I Nord-Irland kreves det en avtale som inkluderer pasient og apotek, for å sikre en effektiv informasjonsdeling (38). De har i tillegg en avtale kun mellom apotek og pasient, om det de to partene har blitt enige om (37) og denne avtalen skal være skriftlig (38). Ingen av informantene fra apotek som vi har intervjuet, har nevnt at de har hatt en skriftlig avtale med pasienten.

Når utleveringssted er avtalt, er det legens ansvar å påse at det alltid finnes en gyldig e-resept med riktig dosering (19). Informantene, både fra apotek og LAR, forteller at det blir brukt e-resept med ekspederingsanmodning-LAR. Dette stemmer med det som står i rapporten Utlevering av LAR-legemidler, da den skal brukes for å låse resepten til det valgte apoteket (19).

I tillegg til e-resepten må apoteket få informasjon om gjeldene henteordning, om pasienten kan få ta-med-hjem-doser eller skal ta medisiner under oppsyn. Det er lege i LAR som bestemmer dette ut ifra pasientens rusmestring og livssituasjon (4, 12). Gjennom intervjuene kommer det frem at noen apotek kun får muntlig informasjon om henteordningen. Dette er ikke anbefalt i Veilederen for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR. Der står det at informasjonen om henteordningen skal være skriftlig (3). Dette bekrefter også apotekforeningen under intervjuet. Andre informanter fra LAR forteller at de sender informasjon om henteordningen i kommentarfeltet til e-resepten. De fleste oppgir derimot at de sender et eget dokument med informasjon. De som sender eget dokument, skjønner ikke at det er plass til informasjonen i kommentarfeltet på e-resepten. Dette kan tyde på at det er ulik informasjonsmengde, som sendes til apoteket. Det er heller ingen mal i e-resept for hvilken informasjon om henteordningen, som må være med. Dette kan være en av

grunnene til at apotekene ikke får all informasjon de trenger, og må bruke tid på å etterspørre.

Under oppstarten av arbeidet med denne oppgaven kalte vi dokumentet med informasjon om henteordning for Dosebekreftelse. Det viste seg at dette ikke er et standard begrep. Gjennom intervjuene fant vi ut at dokumentet har mange forskjellige navn. Informantene fra LAR forteller at de har maler i DIPS. Det er usikkert hvorvidt disse malene er regionale, eller om det finnes flere lokale maler. I veilederen Takster for apotekenes tjenester i LAR anbefales det at ett oppstartsdokument blir opprettet, men det er ikke angitt hvilket navn dette dokumentet bør eller skal ha (24). Under intervjuene kommer det frem at innholdet i dokumentet heller ikke er standardisert. På internett har vi funnet en mal for utlevering av legemidler til pasient i LAR. Malen fant vi på slutten av et dokument som starter med Bilag 1: Apotekavtalen, men dokumentet er uten år og tydelig kilde (23). I malen refereres det til Veileder for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR, som er fra 2013 (3, 23), så den er hvertfall utformet etter 2013. Vi vet ikke om malen er kjent, om malen ikke brukes eller hvorfor malen ikke er mer tilgjengelig.

Informantene fra apotekene forteller at de oppbevarer dokumentet med henteordningen i en perm. Ved spørsmål om hvor lenge dokumentene oppbevares, svarer en informant at de oppbevarer dem så lenge de har bruk for dem og en annen informant sier at informasjonen blir tatt vare på i cirka et år. I Normen (76) står det at helseopplysninger skal oppbevares så lenge det er behov for opplysningen, hvis det ikke skal tas vare på etter arkivloven, helsearkivloven eller annen lovgiving.

Dokumentet om henteordningen sendes via ulike kommunikasjonskanaler, og de ulike LAR-enhetene har laget sin egne rutiner. Informantene fra LAR forteller at de bruker faks, e-post eller posten. Original versjonen blir ofte sendt i posten i tillegg, om en bruker noen av de andre kommunikasjonskanalene. Apotekene som forholder seg til flere LAR, må dermed ta imot informasjonen basert på ulike rutiner. Å sende dokumenter per post, tar ofte mange dager. Ofte haster det for apotekene å få informasjon, og da opplever informantene at postgangen ikke er en optimal kommunikasjonsform. Når de sender dokumentet med faks eller e-post, skriver de pasientens initialer og pasientens navn og fødselsnummer blir strøket over, men det har hendt at apotekene har fått faks med pasientens fulle navn og fødselsnummer. De fleste av informantene fra apotek oppgir at de skjønner hvilken pasient det gjelder, når de får den sladdete versjonen, fordi de har blitt oppringt på forhånd. Det kommer allikevel frem at det kan være vanskeligheter, hvis man har mange pasienter, eller hvis de har pasienter med like initialer. Dersom den ansatte i apoteket tror at dokumentet tilhører en annen pasient enn det som er riktig, kan det få alvorlige konsekvenser. En av de største risikoområdene for pasientsikkerheten er nettopp mangelfull informasjon og svikt i overganger mellom tjenestenivå (76). Det er i tillegg ikke anbefalt å bruke faks eller e-post. Ifølge Normen (76) har virksomhetene ansvar for å etablere tiltak slik at helseopplysninger ikke tilgjengeliggjøres via SMS og e-post. Dersom virksomhetene velger å bruke ukrypterte kanaler, skal det gjøres tiltak for å sikre at sendingene ikke inneholder identifiserbare helseopplysninger (76) og i e-håndbok for OUSHF blir det presisert at e-post ikke har leveransegaranti (79).

Ved endringer på henteordningen er det også ulike rutiner for informasjonsdelingen. Noen bruker kun telefon og gir endringene muntlig, mens andre bruker faks og e-post i

tillegg til posten. Ved varig doseendring må legen lage en ny e-resept med korrekt dosering og trekke den gamle tilbake (19). Noen informanter fra apotek bekreftet dette og sa at legene er flinke til det. Apotekenes arbeidsrutiner varierer når det gjelder registrering og istandgjøring av LAR legemidler. Noen klargjør dosen når pasienten kommer, mens andre apotek klargjør separate dagsdoser for en periode på 7 – 14 dager (19). Under intervjuene har vi ikke spurt om hvilken rutine apotekene har for å gjøre klar dosene, men informantene fra apotek fortalte at de har behov for å få informasjon om doseendringer i god tid. Sene eller manglende beskjeder til apoteket kan medføre at legemidler må destrueres.

Per i dag er det ikke mulig å sende elektroniske meldinger eller dokumenter til apotekene. En av grunnene er at apotekene bruker Farmapro. Det er basert på eldre IT-teknologi og støtter ikke tjenestebasert adressering (25), som brukes i forbindelse med elektronisk meldingsutveksling (60). LAR har elektronisk samhandling med andre aktører, som hjemmesykepleien og fastlegen. En av informantene beskriver løsningene som geniale, flotte løsninger.

Under intervjuene forteller informantene at det er behov for å kommunisere om mer enn henteordningen. Det er blant annet behov for å snakke om avvik ved henting, generelle beskjeder og bekymringer rundt pasientens situasjon. De ansatte i apoteket har ansvar for å kontakte LAR hvis pasienten er ruspåvirket, har en uakseptabel adferd under utlevering eller ikke møter opp (19). Informantene fra LAR forteller at dette er nyttig informasjon, som de er avhengige av å få.

Pasienter har, som andre borgere, rett til å reise, men det må planlegges (3). Informantene fra LAR forteller at det er legen som avgjør om pasienten kan få med seg doser eller om de skal lage en avtale med et vikar-apotek. Vikar-apoteket kontaktes per telefon og informasjon om henteordningen sendes skriftlig, da vikar-apotekene krever det. Dette stemmer ikke helt med hva informantene fra apoteket sa, da de noen ganger kun får muntlige beskjeder når de er vikar-apotek. Det kommer også frem at det faste apoteket ikke alltid får beskjed om at pasienten er på ferie, til tross for at det står i Veileder for utlevering av substusjonslegemiddel i og utenfor LAR, at de må få beskjed (3, 56).

## 5.2 Hvordan oppleves samhandlingen?

På New Zealand var det ifølge Lukey, Grey & Morris (49) mange farmasøyer som ikke opplevde å være en del av LAR-teamet, og det ble sett på som en barriere for samhandlingen. Det samme viste studie fra Storbritannia, der få av de intervjuede ansatte i apoteket opplevde å være en del av et koordinert system (35). Gjennom intervjuene våre kom det derimot fram at samhandlingen mellom LAR og apotek oppleves god. Det er flere informanter fra LAR som nevner at samhandlingen fungerer, fordi de kjenner personene i apoteket som de samarbeider med, da de har jobbet lenge sammen. Inklusjonskriterier for å delta i denne studien var ansatte med god erfaring om samhandlingen. Alle informantene fra LAR som er inkludert i studien, har erfaring med samhandling omkring pasienten, og vi vet derfor ikke hvordan samhandlingen oppleves for en som er ny, og som ikke har bygget et nettverk. Selv om samhandlingen av flere oppleves som trygg og forutsigbar, er ikke alle informantene enige i dette. Noen opplever selve samhandlingen som trygg, men ikke informasjonsutvekslingen. De som opplever

samhandlingen forutsigbar og trygg sier at det skyldes få involverte, men at det på den andre siden medfører en sårbarhet ved fravær.

I Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (4) påpekes det at det må sikres gode kommunikasjonsrutiner mellom LAR og utleveringssted, som her er apotek. I retningslinjene for LAR-behandling i Irland påpekes det samme, at god kommunikasjon mellom de involverte aktører er det viktigste punktet for å kunne gi optimal behandling (39). I veiledere og andre offentlige dokumenter i Norge er det beskrevet hvilket ansvar LAR og apotek har for informasjonsdeling, men det er ikke beskrevet hvilke kommunikasjonskanaler som skal brukes i samhandlingen og ved informasjonsdelingen. Da det ikke er beskrevet eller tilrettelagt for en standard måte å samhandle på, ser vi at LAR og apotek rundt om i landet har laget sine egne arbeidsrutiner, der telefon, faks og e-post blir brukt i stor grad. På New Zealand er det også telefon, e-post og faks som blir brukt for informasjonsdeling, men der blir det i retningslinjene beskrevet hvilke kommunikasjonskanaler som skal brukes, og når de skal brukes (34). Selv om det heller ikke på New Zealand er tilrettelagt for bruk av IKT ved informasjonsdeling, er det positivt at retningslinjene presiserer hvilke kommunikasjonskanaler som skal brukes for deling av ulik informasjon, når det ikke finnes en standard løsning. Det kan gi mer forutsigbarhet i samhandlingen, både for de som skal gi og de som skal få informasjon. Vi tror dette kan være nyttig også i Norge inntil en elektronisk løsning er på plass, og da spesielt for vikar-apotek, da alle har samme rutinene, og det ikke er personavhengig hvordan informasjon sendes.

Kartleggingen har vist at noen apotek kun får henteordningen muntlig, til tross for at meldinger om henteordning bør være skriftlig (3). Det er tydelig at både LAR og apotek har tatt i bruk de verktøyene som finnes i dag, for at samhandlingen skal fungerer best mulig og for å ivareta pasienten på best mulig måte. En informant sier: "... vi har jo gjort den så optimal vi kan med tanke på de verktøyene vi har", og en annen beskriver at det å bruke faks oppleves helt utrolig.

At samhandlingen har et potensial for forbedringer, blir trukket fram av informantene. Ansatte i LAR og apotek er avhengig av et godt samarbeid, og ansatte i apotekene opplever å strekke seg lagt for å gjøre det beste for pasienten, selv om de ikke føler de har tid. Informanter fra LAR synes apotekene er fleksible når det er behov for å gjøre endringer på oppdragene, og informantene fra apotekene sier de møter pasientene ofte, og føler et ansvar for dem. I situasjoner der ansvaret for pasienten flyttes mellom nivåer i tjenesten, vektlegger Meld St. 7 (43), heretter kalt Nasjonal helse- og sykehusplan, god samhandling. Når pasienten får utlevert doser i apoteket, er ikke ansvaret for pasienten overflyttet til apoteket. Apoteket deler ut LAR-legemidler til pasienter, men det er fortsatt LAR som har behandlingsansvaret og som bestemmer hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gis. Apoteket er derfor avhengig av å få informasjon fra LAR, for å kunne gi pasienten riktig oppfølging. Nasjonal helse- og sykehusplan (43) påpeker at alle ledd av behandlere trenger tilgang til riktig og relevant informasjon til rett tid. Dokumentasjon om blant annet legemiddel, dose og henteordning som blir bestemt i LAR, er ikke automatisk tilgjengelig for apoteket. For at pasientsikkerheten skal ivaretas, må informasjon deles mellom aktørene (55). Lukey, Gray & Morris (49) henviste til farmasøyter på New Zealand som opplevde at treg kommunikasjon var en barriere for logistikken. God pasientsikkerhet krever at riktige og oppdaterte opplysninger blir delt mellom helsepersonell (76). Det er også viktig i et personvern hensyn, at riktig person her tilgang til korrekte og oppdaterte opplysninger til rett tid (58). Uten tilrettelagte

verktøy for informasjonsutveksling, ser vi at det er utfordrende for aktørene å ha nødvendig informasjon tilgjengelig til rett tid.

Informantene fra apotek ønsker at informasjonen kommer fortløpende, slik at de slipper å etterspørre. Paulsen, Romøren & Grimsmo (44) foreslo å bruke elektronisk asynkron kommunikasjon, men stilte spørsmål ved om dette er godt nok, da det i direkte samtaler er mulig å korrigere og gi tilleggsopplysninger underveis. Coiera (46) trekker fram at en av fordelene ved asynkron kommunikasjon er at den ikke avbryter klinikerne midt i arbeidet. Ifølge Paulsen, Romøren & Grimsmo (44) er samhandlingskjeden drevet av behov for informasjon. Det kan være en asymmetrisk prosess, sånn som her, der apoteket, som det neste leddet i kjeden, har behov for å få informasjon fra LAR og dermed kan ha den største motivasjon for samarbeidet. I artikkelen skriver de også at det i disse situasjonene er behov for formelle prosedyrer.

Informanter fra LAR mener at apoteket kun skal få nødvendig informasjon og at de ikke trenger mer informasjon enn nødvendig, for å ha en forsvarlig utdeling av LAR-legemidler. Dette stemmer med helsepersonelloven (78), som sier at helsepersonell, som skal yte eller yter helsehjelp, skal gis nødvendige helseopplysninger, med mindre pasienten motsetter seg det. Informantene fra apotek oppgir at de har behov for mer informasjon om pasienten, enn hva de får i dag. Andre studier viser også dette. I følge Chaar, Hanrahan & Day (30) trenger apotekene tilgang til kliniske notater for å kunne tilby LAR-behandling og studien til Lukey, Gray & Morris (49) viste at farmasøytene manglet relevant klinisk informasjon, som medførte at de ikke kunne gi optimal helsehjelp. Våre informanter fra apotek ønsker blant annet å se hva som skjer med pasienten både hos fastlegen og LAR. Det kan virke som om de ansatte ved LAR og apotek ikke er enige i hva som er nødvendig informasjon for utleveringen, og det kan tyde på at forståelsen og forventningene til hverandres oppgaver ikke er avklart. I studien til Lukey, Gray & Morris (49) kom det fram at farmasøytene opplevde mangel på forståelse for rollen sin. Mangel på forståelse for farmasøytens kliniske rolle gjør samarbeidet utfordrende, og det gir begrensninger i omsorgen til en sårbar gruppe, mente informantene i studien. Manglende kunnskap om hvilket informasjonsbehov de ulike aktørene har kan gi utfordringer i samhandlingen, og manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse var en av hovedutfordringene for samhandling i studien til Vik (48).

For stabile pasienter med få eller ingen endringer, opplever informantene fra apotek at samhandlingen fungerer bedre, enn der dosene ofte endres opp og ned. Informanter fra LAR opplever å ikke alltid få beskjed fra apoteket om pasienten uteblir fra henteordningen over flere dager. De synes det er utfordrende at de ikke får beskjed om at pasienten er innlagt på sykehus, og når de ikke får denne informasjonen, har de heller ikke mulighet til å varsle apoteket om dette. I Irland er det pasienten som må kontakte legen, hvis de av medisinske årsaker ikke kan komme til apoteket som planlagt. Det er legen sitt ansvar å videreformidle denne informasjonen til apoteket (38). Vi er usikre på om denne oppgaven kan legges til pasienten, da vi ikke vet om de greier å følge opp. Vi vet ikke om LAR får informasjon om fengselsopphold, da det ikke har kommet fram i intervjuene, men apotekene ser det som en utfordring at de ikke får denne informasjonen. Veilederen er derimot tydelig på at LAR plikter å kontakte det faste utleveringsstedet, når en pasient soner i fengsel (3). Apoteket opplever at det er utydelig hvem som har ansvaret for å gi beskjed, og at ingen tar dette ansvaret. Det er viktig



med ansvarsfordeling og ifølge Brattrud og Granrud (45) er det en forutsetning for godt samarbeid.

Dialogen mellom LAR og apotek oppleves som god, men det er ulikt hvor lett de synes det er å få tak i hverandre. Både informanter fra LAR og apotek opplever at det kan være vanskelig å oppnå kontakt med hverandre, og spesielt det å få tak i rett person. Det kan være lang ventetid og det kan også ta tid før LAR har mulighet til å ringe apoteket tilbake. I intervjuene med informanter fra apotek, kom det fram at konsekvensen av at de må bruke tid på å innhente informasjon, er at andre oppgaver må utsettes. I studier fra Storbritannia blir det trukket fram at ansatte i apotekene er frustrerte og uttrykker bekymring over utfordringer i informasjonsdelingen mellom dem og legen. Apoteket får tak i merkantilt personell, men det er utfordrende å få tak i legen når de trenger støtte til å ta kliniske avgjørelser (35). Studie fra New Zealand viste at farmasøytene der var frustrerte over at det var vanskelig å få tak i lege etter arbeidstid. I tillegg opplevde de at tiden de brukte på å få kontakt med andre ikke ble verdsatt eller tilstrekkelig finansiert (49). Flere studier viser at innhenting av informasjon via telefon, tar mye tid (44, 64). Det å få kontakt med riktig person ble også i den ene studien trukket fram som en utfordring (64). I Norge er LAR ifølge veileder, pliktig til å ha døgnkontinuerlig vakttelefon (3), men det var kun en av våre informanter som nevnte at det fantes en vakttelefon.

Utgåtte resepter oppleves som en stor utfordring for apotekene. Det er legens ansvar å påse at det alltid finnes en gyldig e-resept (19), men ifølge apotekene blir ikke dette fult opp av lege eller fastlege. Det finnes ingen system som fanger opp resepter, som er gått ut eller nærmer seg utløpsdato. Informantene fra apoteket sier det er de som må ha kontrollen, og det er de som må fange opp utgått resepter, og kontakte LAR for å få den fornyet. Dette bruker de mye tid på, særlig når det skrives ut e-resepter for få måneder av gangen. I Irland er det apotekene sitt ansvar å påse at resepten er gyldig, men der har de ikke elektroniske resepter som i Norge, så det er ikke helt sammenlignbart (38).

### 5.3 Konseptutredning

Informantene har behov for å jobbe tettere sammen og ha en mer effektiv samhandling enn det de har i dag. Helhetlige og sammenhengende tjenester vil kunne skapes gjennom samarbeid på tvers av sektorene (57). Elektronisk samhandling vil være avgjørende for å sikre den nødvendige informasjonsflyten, da IKT bidrar til å understøtte bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene (40). Helsepersonell som har tatt i bruk digitale samhandlingsløsninger, opplever at det gir en tryggere og enklere hverdag (43).

Det har vært et økt fokus på digitale samhandlingsløsninger i helsevesenet. Til tross for dette finnes det ingen elektronisk samhandlingsløsning mellom ansatte i LAR og apotek. Dette kan henge sammen med at forvaltningen av primær- og spesialisthelsetjenesten er ulik (50), der den enkelte virksomhet har ansvaret for å prioritere, anskaffe og drifte egne systemer (58). Aktørene har lite ansvar for å tilrettelegge for god utveksling mellom helseaktører (11). Regjeringen ønsker i sin regjeringsplattform og tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar, i forhold til digitalisering i helse- og omsorgsektoren (54). Om apotekene inngår i regjeringens begrep av "helse- og omsorgsektoren" vet vi ikke, men når regjeringen mener at digitalisering kan gi store muligheter i utviklingen av en helhetlig samhandling mellom helsepersonell, håper vi at det også gjelder apotek i primærhelsetjenesten.

I tjenestedesign er en opptatt av å identifisere det rette problemet, før en løser problemet rett (87). I denne studien har vi identifisert tre hovedutfordringer, som vi har valgt å basere konseptet på. Da det i strategien for utvikling av e-helseområdet i Norge blir anbefalt å ta i bruk eksisterende løsninger for samhandling, både på kort og mellomlangt sikt (5), har vi valgt å basere vårt konsept, så langt det har vært mulig, på allerede eksisterende løsninger som benyttes i helsevesenet.

Vi identifiserte et behov og krav som kun informantene fra apotek hadde. De ønsket elektronisk signering på utleverte doser, slik at lege, behandler og fastlegen kunne få oversikt over pasientens signeringer. De ønsket også at historikken på utleveringene ble lagret. Da behovet for digital signering kan være ivaretatt i Eik, har vi valgt å ikke se videre på dette under konseptet, selv om vi ikke kjenner til om delingen av oversikten blir ivaretatt som ønsket.

### 5.3.1 Elektronisk deling av informasjon mellom aktører i LAR og apotek

Det finnes flere alternativer for digital samhandling. En forutsetning for å samhandle hensiktsmessig vil være at løsningen er standardisert på en robust infrastruktur (40). Det er direktoratet for e-helse, som utgir standarder for samhandling innen helsevesenet (60), og det finnes ulike samhandlingsmodeller (59). Den elektroniske løsningen for samhandlingen mellom LAR og apotek kan ikke bygge på prinsippet om direkte tilgang og samhandling i felles kjernejournal, da LAR og apotek har ulike IT-systemer.

KJ bygger på prinsippet om dokument-/ datadeling, hvor vesentlige helseopplysninger blir tilgjengeliggjort for innbyggere og helsepersonell (70). Dokumentdeling i KJ er en løsning som foreløpig ikke er utbredt til alle aktører og heller ikke til hele landet (72). Selv om utprøvingen er blitt tatt godt imot som oppslag i journal, vet vi ikke om det vil fungere som en samhandlingsløsning, eller om disse aktørene vil få tilgang. I tillegg gir teknologi pasientene mulighet til å bestemme hvem som skal ha tilgang til sine opplysninger (11). I KJ har pasienten også mulighet til å reservere seg mot å ha løsningen (73). Vi mener det derfor ikke vil være fornuftig å bruke KJ for å gi informasjon om henteordningen, slik løsningen er tilrettelagt i dag.

Under intervjuene kommer det frem at noen av LAR-enhetene bruker kommentarfeltet i e-resepten til informasjon om henteordningen, til tross for at andre mener at det ikke er nok plass. Det betyr at noen allerede i dag bruker en elektronisk løsning for å sende informasjon om henteordning. Et konsept alternativ kan være å bruke e-resepten, som allerede sendes elektronisk, til informasjon om henteordningen. Apotekene trenger både resept og informasjon, så det vil være fornuftig at informasjonen sendes samlet. I BPMN for Ønsket arbeidsflyt: Oppstart henteordning, er det visualisert at all informasjon sendes med e-resepten. Det kan muligens forenkle selve arbeidsprosessen, samtidig kan det kanskje medføre merarbeid for legen, da kartleggingen har vist at mange behandlere har denne oppgaven i dag. Innholdet i henteordningen, er som nevnt tidligere, ikke standardisert og LAR-enhetene sender ulik mengde informasjon. Det vil si at det ved utvikling av dette konseptet, kreves at innholdet i henteordningen standardiseres, samt at løsningen utvikles i e-resepten. Ifølge Apotekforeningen vil det å gjøre endringer på e-resepten ta flere år.

Elektronisk melding- og dokument utveksling kan være et annet konsept alternativ. Det er den viktigste kommunikasjonsformen som brukes mellom aktører i helse- og

omsorgssektoren i dag (58), og Nasjonalt meldingsløft ble etablert i 2009 med mål om at alle meldinger i helsevesenet skal være digitale (5). Meldingene er basert på definerte standarder (60) og det finnes flere meldingstyper til ulik bruk (61). PLO-meldinger ble opprettet for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasienten ved overføring til andre aktører (61), og PLO-meldinger kan være en aktuell meldingstype i konseptet.

En annen aktuell meldingstype kan være basismeldinger. Slike meldinger benyttes ved medisinsk oppfølging av pasienter (42), noe som passer for samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek. Ved å bruke EDI-dokument sendt som epikrise (62), kan LAR sende henteordningen til apoteket. Da EDI-dokumenter kan ha flere mottakere, har LAR mulighet til å sende samme dokument til flere, noe som informantene uttrykte som et behov. Informantene fra LAR hadde et krav om at dokumentene må godkjennes av legen før de sendes ut. Ved bruk av epikrisedokumenter må dokumentet godkjennes av en endelig godkjenner, hvis forfatter ikke har disse rettighetene, så dette kravet vil ivaretas med denne løsningen (63). LAR sender allerede dokumenter til hjemmetjenesten, noe som vil være en fordel ved dette konseptet.

Det finnes flere elektroniske muligheter for å sende henteordningen fra LAR til apotek, men ingen av løsningene kan tas i bruk uten utvikling. De to mest aktuelle løsningene mener vi er bruk av e-resept eller å sende dokumentet som basismelding. For å kunne bruke e-resept kreves det utvikling som ifølge Apotekforeningen vil ta år å få endret. Å sende dokumentet som basismelding, vil kreve at det nye bransjesystemet, Eik, må kunne håndtere det. Ved anskaffelse og videreutvikling av journal- og informasjonssystemer skal hensynet til behovet for effektiv elektronisk samhandling ivaretas (77). Da Eik er under utvikling, vil det kunne være en kortere vei til målet å få implementert basismeldinger. I tillegg kan konseptet med bruk av basismeldinger ivareta flere mottakere, som var ett av kravene til informantene. Gjennom Eik vil apotekansatte få systemstøtte for utleveringer og dokumentasjon av henteordning, men for å få denne støtten må henteordningen legges manuelt inn i systemet. Ved bruk av strukturerte data i dokumentene, vil det kanskje være mulig å utvikle Eik til å motta dem, slik at apotekansatte ikke trenger å legge dem inn manuelt.

### 5.3.2 Digital dialog

Velfungerende utveksling av informasjon og kommunikasjon er viktig for å kunne gi effektive tjenester av høy kvalitet (42). LAR- og apotek ansatte har behov for å kommunisere på en sikker og effektiv måte, hvor personvernet også blir ivaretatt. Apotekansatte må dokumentere avvik, i tillegg til å informere LAR om dem (19). I dag skriver apotekansatte avvikene på et ark i en perm, og informerer LAR via telefon eller e-post. Når LAR mottar informasjon, journalføres det i deres journalsystem. I dagens praksis er det flere aktører som bruker tid på å dokumentere samme informasjon flere steder, siden informasjon ikke deles eller kan sendes på tvers av journalsystem.

Til en digital kommunikasjonsform har informantene et krav om at dialogen lagres direkte i journalen. En grunn til dette er at behandler i dag sender intern beskjed til legen for å informere om at henteordningen er i orden, og fra hvilken dato dette gjelder. Hvis dialogen hadde lagt seg direkte i journalen kunne legen sett dette, uten at behandler må bruke tid på å oppdatere legen. Dette vil frigjøre tid for behandleren som kan bruke tiden på andre viktige oppgaver. En annen grunn er at det kan skje feil når muntlige beskjeder

skal gjengis skriftlig. Som en av informantene fra LAR sa: *"For det vil jo være en sikkerhet, da er det ikke noe tvil om hva som har blitt sagt og bestemt da"*.

Alle informantene fra LAR forteller at de ringer apoteket for å høre om de kan påta seg å utlevere LAR-legemidler til pasienten. Under intervjuene kommer det frem at noen ønsker å kunne sende denne forespørselen elektronisk. På workshopen blir dette diskutert. Det ble nevnt at det kan være lettere å ta imot en forespørsel elektronisk, men at det kan være vanskelig å vite hvor mye informasjon som skal sendes med. Det viser seg at noen fortsatt vil bruke telefon til denne forespørselen, men et alternativ kan være å sende forespørselen elektronisk og supplere informasjon muntlig via telefon dersom det er nødvendig. Dette støttes av Brattheim et al (64), som mener at elektroniske meldinger ikke helt kan utelukke at informasjonen må suppleres med muntlig kontakt for å avklare, utdype eller innhente tilleggsopplysninger.

I dagens helse- og omsorgssektor, er meldingsutveksling den viktigste elektroniske kommunikasjonsformen (58). I motsetning til faks og e-post hvor man kan taste inn feil adresse, sikrer elektronisk meldingsutveksling at informasjon ikke blir sendt feil eller kommer bort (61). Meldingene sendes kryptert i sikkert nett, i motsetning til faks og e-post som sendes i usikre kanaler (79). Å kunne sende elektroniske meldinger mente informantene kunne senke terskelen for kommunikasjon. Det vil også gi gevinst i form av at aktørene bruker mindre tid på å få gitt beskjeder. For at meldingene skal kunne sendes til rett mottaker, brukes tjenestebasert adressering (61). Farmapro som er bransjesystemet apotekene bruker i dag, støtter som nevnt ikke tjenestebasert adressering (25).

Da vi leste informasjon om det nye bransjesystemet Eik, ble det beskrevet at Eik skulle tilrettelegges for digital dialog (26). I møte med Apotekforeningen fikk vi derimot informasjon om at det ikke er planlagt for digital samhandling i Eik nå, men at det lenge har vært snakket om å kunne ta i bruk meldingstypen Helsefaglig dialog. Standarden for Helsefaglig dialog gjelder for blant andre spesialisthelsetjenesten. Da Eik skal være på NHN sitt nett og spesialisthelsetjenesten allerede bruker denne, mener vi det kan være aktuelt å ta den i bruk mellom LAR og apotek. Helsefaglig dialog skal brukes til samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell, som samstemmer med behovet til informantene. Bruk av denne meldingstypen mellom DIPS og Eik vil kunne bidra til en enklere samhandling mellom LAR og apotek, da meldingene kan sendes fra LAR/apotek uten at den andre parten trenger å være tilgjengelig. I tillegg kan meldingene dokumenteres direkte i pasientens journal (65), som var et av kravene til informantene. Informantene hadde også et krav om at kommunikasjonen mellom LAR og apotek skal være toveis, slik at de både kan sende og motta meldinger, og det kan man med Helsefaglig dialog (65).

Da LAR og apotek har behov for å kommunisere om avvik, i tillegg til å kunne gi hverandre viktige beskjeder, tenker vi også at Helsefaglig dialog vil være den best egnede meldingstypen. Disse meldingene er ikke tilknyttet en spesiell aktivitet i pasientforløpet og det stilles mindre krav til standardisert tekst, slik at aktørene kan skrive det som passer best i aktuell situasjon (60). Informantene fra apotek ønsket at også fastlegen og hjemmetjenesten skulle kunne se den samme informasjonen. Da vi ikke har inkludert fastlegen eller hjemmetjenesten i studien, har vi valgt å ikke ta hensyn til dette ønsket i konseptet, men Helsefaglig dialog kan kun ha en mottaker (65), så dette behovet er ikke mulig å innfri med denne typen melding.

Noen av informantene mente at det kunne være utfordringer med at kommunikasjon legger seg direkte i journalen, da pasientene har innsyn i egen journal. Andre informanter mener at det som skrives skal være relevant for helsehjelpen som gis, og synes derfor at det er greit. Det blir påpekt at de som bruker elektronisk kommunikasjon, må vite hva det innebærer å sende en direkte melding. Studier fra innføring av PLO-meldinger viser at helsepersonell bruker mer skriftlig kommunikasjon etter innføringen, der helsepersonell reflekterer over egne formuleringer, og er blitt bevist på hvilken informasjon mottakeren trenger (64). På New Zealand stilles det et minimum av krav til opplæring for ansatte i apotek som deltar i LAR behandlingen (34). I Storbritannia stilles det ingen krav, men farmasøyter som regelmessig er involvert i LAR-behandlingen kan få tilgang til en oppføringslæringspakke (37). For å kunne vurdere pasientene og møte deres behov, viser Chaar, Hanrahan & Day (30) til studier hvor apotek ansatte trekker fram nødvendigheten av veiledning, opplæring og videre utdanning. Hvis en i Norge stilte krav til opplæring for ansatte som følger opp pasienter, kunne informasjon om elektronisk meldingsutveksling vært en del av opplæringspakken. I situasjoner der det er behov for å få svar eller tilbakemeldinger på tidspunkt de ansatte ikke er på kontoret, vil ikke en elektronisk løsning nødvendigvis løse utfordringen. Det er viktig for informantene at elektronisk kommunikasjon, ikke erstatter telefonen, men brukes som supplement. Brattheim et al. (64) mener at informasjon av og til må suppleres med muntlig kontakt for blant annet å avklare og utdype og vi mener derfor at vakttelefon må bestå.

Informantene stiller krav til en elektronisk kommunikasjonsløsning, at den må gi kvittering på mottatt melding og lesebekreftelse. Elektronisk meldingsutveksling har to typer kvitteringsmeldinger, transportkvittering og applikasjonskvittering (61). Ved bruk av elektronisk meldingsutveksling vil kravet om kvittering på mottatt melding bli innfridd, men ikke kravet om lesebekreftelse. Vi forstår informantenes behov for lesebekreftelse. Når man bruker telefon får man en direkte bekreftelse, og denne kontrollen på at meldingen er "sett" av noen, mister man ved elektronisk kommunikasjon.

Selv om ikke alle kravene til informantene blir innfridd ved bruk av Helsefaglig dialog, mener vi det vil gi stor gevinst for aktørene å ta i bruk denne meldingstypen for kommunikasjon. Med denne typen elektronisk kommunikasjon har de ansatte i LAR som ønsker det, mulighet til å sende den første forespørsel til apoteket med spørsmål om de har kapasitet til å ta imot pasienten.

### 5.3.3 Varsling om utgåtte resepter

Informantene oppga at det var både et ønske og et krav i en elektronisk løsning at det blir varselet når gyldigheten på e-resepten går ut. Apotek informantene sa at varselet kunne gå til dem, slik at de kunne informere legen. Apotekforeningen mente at legene bør få varsling i journalsystemet de bruker, noe vi støtter. Behandler vil at beskjeden fra apoteket skal gå direkte til legen, slik at informasjonen ikke går via flere ledd enn nødvendig. I BPNM av ønsket arbeidsflyt "Manglende gyldig e-resept" er dette visualisert. Å sende varslingen til legen mener vi på mange måter kan være fornuftig, da det bidrar til at beskjeder går via færre ledd, som var et av kravene informantene hadde. Samtidig kan det være sårbart om varselet går direkte til legen. Legen kan av ulike årsaker være fraværende fra jobb, og får derfor ikke fulgt opp varselet og opprettet ny resept. Hvis legen skal motta varselet direkte, må LAR ha gode rutiner for å følge opp varslinger som

går til konkrete ansatte, når den ansatte ikke er på jobb. PPS kan legge tiltak og oppgaver i flere kalendere, på denne måten er det mindre sårbart ved fravær (74).

PSS er IT systemer som er designet for å få ting til å skje på rett tid og på rett måte, og kan bidra til å forbedre kvaliteten og sikkerheten ved helsehjelpen (75). PSS kan her bidra til å gi et mer kontinuerlig forløp, ved at det hjelper legen til å utføre en oppgave hen er ansvarlig for (74).

PSS må settes opp etter forutbestemte planer eller mønster (74). Alle e-resepter, som sendes apotekene i denne sammenhengen, har en utløpsdato. I tillegg blir e-resepter som omhandler LAR-legemidler, sendt med ekspederingsanmodning-LAR til apoteket. Vi mener derfor det vil være mulig å lage en regel som gir varsler, kun for resepter som er tagget med ekspederingsanmodning-LAR. På denne måten vil det være et mønster, som PSS kan forholde seg til. Legen slipper dermed å motta varslings på alle e-resepter ved utløpsdato, som vi tenker vil gjøre at reseptene som må fornyes vil drukne i andre resepter. Varsel på samme dato som resepten utløper, vil bli for sent, da apoteket trenger gyldig resept for å gjøre klar dosene. Da det er ulikt hvor lenge i forkant apoteket lager til dosene (19), bør det gjøres en kartlegging, før en bestemmer seg for hvor mange dager i forkant varselet skal gis. Vi har ikke kjennskap til eksisterende PSS som kunne blitt tatt i bruk her, så her er det behov for utvikling for å få denne delen av konseptet på plass. I utviklingen av en PSS løsning til dette formålet, er det viktig at brukernes behov blir tatt på alvor (57). De kliniske arbeidsprosessene må støttes opp når nye løsninger skal utvikles, og da er det en forutsetning at berørte brukere deltar aktivt (40). Da er det også større sannsynlighet for å lage treffsikre løsninger (57).

#### 5.3.4 Andre viktige momenter

Ved spørsmål om hvilke krav informantene har til en elektronisk løsning, nevner de at det må være ett system å forholde seg til, den må være enkel, lett tilgjengelig og kunne ivareta sensitive opplysninger. Konseptet vårt tar delvis i bruk eksisterende løsninger for samhandlingen, og disse løsningene er det mulig å tilrettelegge for i systemene aktørene bruker/skal ta i bruk. Da den siste delen av konseptet ønskes inn i systemet aktørene i LAR bruker, vil også informantens krav om ett system være ivaretatt

Informantene oppgir ulike gevinster i forhold til det å ta i bruk digitale samhandlingsløsninger, som at det vil være enklere, mer smidig, mer effektivt, at de sparer tid og at det vil ivareta personvernet. Tidligere studier har vist at innføring av digitale løsninger gjør kommunikasjonen mer effektiv (64) og at kommunikasjon blir styrket (52). Samtidig må man være oppmerksom på at det kan føre til endringer i hvordan de ansatte utfører arbeidsoppgavene sine og klarer å ivareta ansvaret sitt (53).

Litteratur fra utlandet antyder at apotekene ofte er på sidelinjen i politiske spørsmål som gjelder LAR (30). I Nasjonal styringsmodell for e-helse i Norge, var ikke Apotekforeningen en av representantene før våren 2020 (27). I ny versjon av LAR retningslinjen, er ikke utleverere tatt med, i forhold til hvilke aktører som skal involveres i samarbeidsavtaler (21). Apotekforeningen ønsker å bidra til å identifisere og legge til rette for digitalisering (27). Samhandlingsreformen (11) trekker fram at apoteket er en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten. I høst ble det godkjent et mandat som skal se på framtidens apotek, da det finnes flere teknologiske muligheter nå, med tanke på blant annet samhandling og informasjonsdeling, enn det gjorde for 24 år siden (28). I denne

oppgaven har vi kommet frem til et konsept, og ingen ferdig løsning. Vi håper allikevel at våre resultater kan være et nyttig bidrag for LAR og fremtidens apotek.

## 5.4 Metode drøfting

For å svare på problemstillingen mener vi at kvalitativ metode var riktig valg, da metoden har gitt oss god innsikt i temaet. Vi startet studien med fokus på samhandling rundt kommunikasjon omkring henteordningen. Etter som vi leste litteratur og intervjuene skred fram, kom det fram nye momenter og vi fikk en bredere forståelse for samhandlingen mellom ansatte i LAR og apotek. Det medførte at fokuset for samhandlingen ble justert underveis, og at vi stilte andre oppfølgingsspørsmål enn vi gjorde i starten. Dette mener vi har vært nyttig for å kartlegge samhandlingen.

Etter å ha gjennomført alle intervjuene mener vi at fokuserte intervjuer var et godt valg. De fleste intervjuene ble gjennomført innenfor oppsatt tid, og få hadde mer å tilføye etter at alle spørsmålene var stilt. På tross av noen episoder med tekniske utfordringer, mener vi at gjennomføringen med digitale intervjuer gikk bra. Vi opplevde at dialogen fløt godt, og at stemningen under intervjuene var god.

Det å bruke snøballmetoden for å komme i kontakt med gode kandidater var mer tidkrevende enn vi hadde trodd på forhånd. Det rullet sakte i starten, men etter at vi begynte å kontakte LAR og apotek direkte uten tips fra andre, gikk inkluderingen raskere. Det kan også ha bidratt til større variasjon i utvalget, enn om vi bare hadde inkludert de som var tipset av andre (81).

Vi deltok begge på de fleste intervjuene. Ett par intervju ble gjennomført med bare den ene av oss til stede, da informantene kun hadde mulighet på aktuelt tidspunktet. Det ble mye for den ene å holde tråden gjennom intervjuet, når en i tillegg skulle ta notater underveis og stille oppfølgingsspørsmål. Det kan hende at vi hadde stilt flere oppfølgingsspørsmål om begge hadde deltatt.

Å gjennomføre intervjuene digitalt, gav oss fordelen med å kunne inkludere informanter fra hele landet, og vi kunne utføre flere intervjuer på en dag. Informantene hadde også mulighet til å delta via telefon, Ipad eller pc, som gjorde det mer fleksibelt for dem. Hvilken negativ påvirkning digitale intervju har gitt på intervjusituasjonen, er vanskelig å si. Noen hadde litt utfordringer med å koble seg opp, som kan ha gjort noe med deres og vårt fokus i starten på intervjuene. Ett par episoder med heng på lyd og bilde gjorde også at vi som intervjuere snakket utilsiktet i munnen på informanten. Med redusert øyekontakt og hvor en ikke nødvendigvis ser hele personen, ble kanskje dynamikken i de digitale intervjuene annerledes enn om vi hadde møtt informantene personlig.

Ved transkribering opplevde vi lyd kvaliteten som god på de fleste opptakene. Det var ett par korte episoder med dårlig lydopptak, hvor det ikke var mulig å høre hva informanten sa. Da disse få episodene var veldig korte, og vi begge hadde vært til stede under intervjuene, mener vi at vi ikke har mistet viktige data. Å skrive underveis istedenfor å ha opptak, kunne ha medført at vi gikk glipp av flere viktige detaljer og refleksjoner underveis i intervjuet, selv om begge var til stede.

Bruk av SDI metoden, i tillegg til å gjøre en fullstendig transkribering, syns vi var riktige valg. Metoden gav oss bedre oversikt og kontroll over datamaterialet, og vi har flere

ganger gått tilbake til intervjuene for å sjekke detaljer. Eneste ulempen vi ser med fullstendig transkribering er at sitatene kan bli litt tunge å lese. Ved å kode all tekst trengte vi ikke tenke på hva som var viktig eller mindre viktig å ta med underveis, noe som gjorde det enklere å kode hvert intervju.

I etterkant av analysen så vi at en svakhet ved inkluderingsstrategien vår er at vi ikke har intervjuet noen sekretærer i LAR, på tross av at de er identifisert til å være involvert i dagens samhandling. I forhold til ønsket arbeidsflyt er ikke sekretæren en av aktørene, men det kan være at vi har gått glipp av noen detaljer i dagens samhandling ved å ikke ha dem med.

Meld. St 30 (50) peker på at brukere ikke involveres tidlig nok, og at dette er en av utfordringene som offentlig sektor har. Vi valgte tjenstedesign som tilnærming, da det ville gi oss innsikt i informantenes behov og forståelse gjennom store deler av oppgaven. Tjenstedesign vektlegger menneskets forståelse av de faktiske behov, og bruker det som utgangspunkt for blant annet å forbedre eksisterende tjenester (83). Det er informantene som er ekspertene og kjenner behovet best (89). Med denne oppgaven ønsket vi å finne de rette problemene og de faktiske behovene som informantene har, for å kunne forbedre samhandlingen og relasjonen mellom de involverte (83, 88). Vi håper at det å belyse temaet skal være verdifullt for informantene.

## 5.5 Veien videre

LAR-tilbudet er organisert som et trepartssamarbeid (13). Utvalget som er satt ned for å se på framtidens apotek skal blant annet se på dagens samhandling, og hvilke behov de involverte aktørene har i forhold til e-helseløsninger (28). Utvalget bør se på hele prosessen i dette trepartssamarbeidet. Gjennom intervjuene har vi forstått at fastlegen er en viktig brikke i samhandlingen, men at det varierer hvor mye fastlegen er involvert. Vi har identifisert noen utfordringer i samhandlingen mellom apoteket og fastlegen, men da vi ikke har inkludert fastlegen eller hatt fokus på det i intervjuene, anbefaler vi utvalget å se nærmere på dette. Vi har heller ikke tatt med sekretærene i LAR i denne oppgaven, men ser i etterkant at det kunne vært interessant å intervju sekretærer for å se om det er andre aspekter ved prosessen, som behandler og lege ikke har formidlet.

I denne studien har vi identifisert mange dokumenter med ulikt navn og ulikt innhold. Det bør sees nærmere på hvilken informasjon en henteordning må inneholde, og lage et nasjonalt navn på dette, slik at når aktørene snakker sammen på tvers av regioner, forstår de hva det gjelder og hvilken informasjon det er snakk om. I dag er det mange forskjellige rutiner for hvordan informasjon om endringer ved helligdager gis. Hvis det av ulike årsaker ikke er ønskelig/mulig å alltid ha denne informasjon i dokumentet, bør det lages en skriftlig rutine for hvordan denne informasjonen skal gis. For mest mulig forutsigbarhet for de ansatte.



## 6. Konklusjon

Ansatte i apotek og LAR har behov for å kommunisere om utlevering av LAR-legemidler, henteordningen og endringer på henteordningen ved ferier og helligdager. I tillegg er det behov for kommunikasjon om avvik, generelle beskjeder og bekymringer rundt pasientens situasjon. I dag brukes det ulike kommunikasjonskanaler, og det blir benyttet usikre kanaler som faks og e-post, da postgangen tar lang tid. Samhandlingen blir oppfattet som god, men aktørene savner en elektronisk samhandlingsløsning, der personvernet blir ivaretatt og kommunikasjon blir lagret i pasientens journal. Kartleggingen har vist at dette ikke kun er en lokal mangel, men også nasjonal.

Vi har identifisert tre hovedutfordringer, som vi har basert konseptet vårt på. Konseptet består av en elektronisk løsning for sending av henteordningen, digital dialog og varsling om utgåtte resepter.

Elektronisk meldingsutveksling, som basismeldinger og Helsefaglig dialog, kan spare tid for aktørene, og bidrar til en sikrere informasjonsutveksling. Ved hjelp av basismeldinger kan LAR ansatte sende dokumentet om henteordningen til apoteket. Helsefaglig dialog vil gi en mer effektiv kommunikasjon, siden en både kan gi og få beskjeder raskere. Pasientsikkerheten blir ivaretatt ved bruk av begge meldingstypene, og all informasjon legger seg i pasientens journal. I motsetning til e-post og post, gir elektronisk meldingsutveksling kvittering på mottatt melding, som gjør at aktørene kan se at meldingen er kommet fram.

For å sikre at apoteket til enhver tid har gyldig resept på pasientene, kan PPS varsle om manglende gyldighet på e-resepten. Da det ikke finnes noen ferdig løsning som vi kjenner til, må denne løsningen utvikles. For at løsningen skal møte behovet til klinikerer på riktig måte, må ekspertene som brukerne er, bli tatt med i utviklingen.

Å tilrettelegge for elektronisk samhandling mellom disse aktørene vil kunne gi flere gevinster. Det vil spare tid og senke terskelen for kommunikasjon. I tillegg vil det bidra til en raskere, enklere, smidigere og mer effektiv samhandling, hvor pasientsikkerheten og personvernet blir ivaretatt. Da det er lite forsket på samhandlingen mellom LAR og apotek, spesielt i Norge, er studiens styrke at den bidrar til kunnskap på et felt som er lite beskrevet.

## Referanseliste

1. Helsenorge.no. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett; 2018 [updated 20. desember 2018; cited 2021 5. februar]. Available from: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/#samarbeider-om-lar-behandling>
2. Helsenorge.no. Ventetider for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) [Internett]. Norsk Helsenett; u.å [cited 2021 10. november]. Available from: <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandling/ventetider-for?bid=92>
3. Helsedirektoratet. Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering). IS-2022 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2013 [cited 2021 10. februar]. Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utlevering-av-substitusjonslegemiddel-i-og-utenfor-lar/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/c1c09131-4946-4fe4-ab71-ae0a5bc16be5:0601f8a81e41206e0a1b2f1e7ac00aeb61079a95/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utlevering-av-substitusjonslegemiddel-i-og-utenfor-lar/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/c1c09131-4946-4fe4-ab71-ae0a5bc16be5:0601f8a81e41206e0a1b2f1e7ac00aeb61079a95/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20-%20Veileder.pdf)
4. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. IS-1701 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [cited 2021 10. februar]. Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)
5. Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022. IE-1014 [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2017 [cited 2021 10. februar]. Available from: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-e-helsestrategi-og-mal-2017-2022>
6. NTB. Fortsatt papir og faks i helsevesenet [Internett]. Kristiansand: Fædrelandsvennen 2014 [updated 25. mars 2014]. Available from: <https://www.fvn.no/norgeogverden/i/V26Q4/fortsatt-papir-og-faks-i-helsevesenet>
7. Solvang F, Helljesen V. Uten telefaksen stopper helse-Norge [Internett]. Oslo: NRK; 2014 [updated 18. desember 2014; cited 2021 20. august]. Available from: <https://www.nrk.no/norge/uten-telefaksen-stopper-helse-norge-1.12110056>
8. Direktoratet for e-helse. Samhandlingsarkitektur i helse- og omsorgssektoren. HITR 1212:2018 [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018 [cited 2021 10. februar]. Available from: [https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/samhandlingsarkitekturer-i-helse-og-omsorgssektoren/\\_/attachment/inline/f6ad8201-ddfb-4115-90c8-141cbe4623ce:0dcd135982875fa7e205260be707301a691d42a8/Samhandlingsarkitekturer%20i%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf](https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/samhandlingsarkitekturer-i-helse-og-omsorgssektoren/_/attachment/inline/f6ad8201-ddfb-4115-90c8-141cbe4623ce:0dcd135982875fa7e205260be707301a691d42a8/Samhandlingsarkitekturer%20i%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf)
9. Wistner T, Reksnes AM. Høringssvar - Forslag til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2013 [cited 2021 15.

april]. Available from:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a155c16d45c84de08542a653a1d6173e/apotekforeningen.pdf?uid=Apotekforeningen>.

10. Norsk Helsenett. Verifikasjonsperiode for Nye standarder for henvisning, epikrise og pleie- og omsorgsmeldinger [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett; u.å [cited 2021 12. august]. Available from: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/innforing-av-e-helsestandarder/verifikasjonsperiode-for-nye-standarder-for-henvisning-epikrise-og-pleie-og-omsorgsmeldinger>
11. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [cited 2021 1. februar]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
12. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). FOR-2009-12-18-1641 [cited 2021 10. februar]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>.
13. Lobmaier P, Skeie I, Lillevold P, Waal H, Bussesund K, Clausen T. Statusrapport 2020. LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi [Internett]. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning 2021 [cited 2021 10. juni]. Available from: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2021/seraf-rapport-nr-4-2021-statusrapport-2020.pdf>
14. Lobmaier P, Skeie I, Lillevold P, Waal H, Bussesund K, Clausen T. Statusrapport 2020. LAR behandling under det første året med Covid-19 pandemi. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning 2021; 2021. Figur 1, Antall behandling i LAR i Norge 1998 - 2020; p. 1.
15. Helsebiblioteket.no. Buprenorfin depotinjeksjon som substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket.no; 2018 [updated 12.11.2018; cited 2021 12. juni]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/mednytt/legemidler/buprenorfin-depotinjeksjon-som-substitusjonsbehandling-ved-opioidavhengighet>.
16. Apotekforeningen. De ulike apotektypene i Norge [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; u.å [cited 2021 01. oktober]. Available from: <https://www.apotek.no/eik-apotekenes-felles-bransjel%C3%B8sning/hvorfor-utvikles-eik>
17. Apotekforeningen. Apotek og legemidler. En oversikt over apotek- og legemiddelmarkedet i 2017 [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2018 [cited 2021 15. august]. Available from: [https://www.apotek.no/Files/Billeder/aol\\_2018/AOL%202018\\_web.pdf](https://www.apotek.no/Files/Billeder/aol_2018/AOL%202018_web.pdf).
18. Lobmaier P, Lillevold P, Waal H, Bussesund K, Clausen T. Statusrapport 2020. LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning 2021; 2021. Figur 20, Prosentandel med bruk av ulike utleveringssteder i regionene, sortert etter økende andel med apotek (ukjent 0,4%); p. 23.
19. Helsedirektoratet. Utlevering av LAR legemidler Nasjonal godtgjørelse for utlevering i apotek. IS-2602 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å [cited 2021 10. februar]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utlevering-av-lar-legemidler-nasjonal-godtgjorelse-for-utlevering-i-apotek/Utlevering%20av%20LAR%20legemidler%20%E2%80%93%20nasjonal%20godt>

gj%C3%B8relse%20for%20utlevering%20i%20apotek.pdf/\_/attachment/inline/5ffeb53c-41c5-485c-88a0-17f9ae5d00f3:c152cc67bd6a70d34de00bc290f86fcd0fce19e4/Utlevering%20av%20LAR%20legemidler%20%E2%80%93%20nasjonal%20godtgj%C3%B8relse%20for%20utlevering%20i%20apotek.pdf

20. Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon. LAR-retningslinjen i ny drakt! Høringsfrist 5. september! [Internett]. Oslo: Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon; 2021 [updated 4. juni 2021; cited 2021 30. september]. Available from: <https://www.rusfeltet.no/nyhetsarkiv/lar-retningslinjen-i-ny-drakt-horingsfrist-5-september-article2661-28.html>

21. Andresen H, Reinholdt T. Høringssvar - Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet, nasjonal faglig retningslinje [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2021 [cited 2021 10. oktober]. Available from: [http://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Apotekbransjen/Horinger\\_fra2020/H%C3%B8ringssvar%20Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20nasjonal%20faglig%20retningslinje%201.9.pdf](http://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Horinger_fra2020/H%C3%B8ringssvar%20Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20nasjonal%20faglig%20retningslinje%201.9.pdf)

22. Helsedirektoratet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet (HØRINGSUTKAST) [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [cited 2021 10. oktober]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet-utkast-til-intern-horing>

23. Avtale om oppgjør for LAR-legemidler og LAR-tjenester i apotek. Bilag 1: Apotekavtalen [Internett]. Apotek.no; u.å [cited 2021 2. september]. Available from: <http://www.apotek.no/Files/Apotekregelverk/Rundskriv/Andre/20190101%20LAR-avtalen%202%20av%204.pdf>.

24. Apotekforeningen. Veileder - Takster for apotekenes tjenester i LAR [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2017 [cited 2021 23. mai]. Available from: <http://www.apotek.no/Files/Apotekregelverk/Rundskriv/Andre/20190101%20LAR-avtalen%204%20av%204.pdf>

25. Härter A-L, Kanestrøm TI. Innspill til høringsnotat om nye-helselov og endringer i IKT-standardforskriften [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2020 [cited 2021 10. oktober]. Available from: [http://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Apotekbransjen/Innspill%20til%20h%C3%B8ringssnotat%20om%20nye%20helselov%20og%20endringer%20i%20IKT-standardforskriften.pdf](http://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Innspill%20til%20h%C3%B8ringssnotat%20om%20nye%20helselov%20og%20endringer%20i%20IKT-standardforskriften.pdf)

26. Apotekforeningen. Hvorfor utvikles Eik? [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; u.å [cited 2021 10. mai]. Available from: <http://www.apotek.no/Files/Apotekregelverk/Rundskriv/Andre/20190101%20LAR-avtalen%202%20av%204.pdf>.

27. Apotekforeningen. E-helse i apotekbransjen - en naturlig del av den nasjonale e-helseutviklingen [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2020 [cited 2021 10.april]. Available from: [http://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Apotekbransjen/Rapporter/Posisjonsdokument%20e-helse.pdf](http://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Rapporter/Posisjonsdokument%20e-helse.pdf)

28. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppnevning av et offentlig utvalg (NOU) som skal utrede fremtidens apotek [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021 [cited 2021 10. september]. Available from:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/23516125501a411e9eb3e41ddcad4135/kgl.-res-oppnevning-av-14-medlemmer-til-utvalg-som-skal-utrede-fremtidens-apotek.pdf>

29. Helse- og omsorgsdepartement. Mandat til utvalg om Framtidens apotek [Internett]. Oslo: Regjeringen; 2021 [updated 9. september 2021; cited 2021 10. september]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/framtidens-apotek/framtidens-apotek/id2870862/>

30. Chaar BB, Hanrahan JR, Day C. Provision of opioid substitution therapy services in Australian pharmacies. *Australas Med J* [Internet]. 2011 [cited 2021 1. oktober]; 4(4):[210-6 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562900/>.

31. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, Heisler M, Chopra V, Bohnert A. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2021 3. oktober]; 12(10):[e0186315 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29040331/>.

32. EMCDDA. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union [Internet]. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA; 2000 [cited 2021 12. september]. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/111/Insight3\\_64348.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/111/Insight3_64348.pdf)

33. Hesse M, Thylstrup B, Seid AK, Tjagvad C, Clausen T. A retrospective cohort study of medication dispensing at pharmacies: Administration matters. *J Alcohol Drug Depend* [Internet]. 2021 [cited 2021 12. oktober]; 225:[108792 p.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871621002878?via%3Dihub>

34. Ministry of Health. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment [Internett]. Wellington: Ministry of Health; 2014 [cited 2021 1. oktober]. Available from: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf>

35. Yadav R, Taylor D, Taylor G, Scott J. Community pharmacists' role in preventing opioid substitution therapy-related deaths: a qualitative investigation into current UK practice. *International Journal of Clinical Pharmacy* [Internet]. 2019 [cited 2021 12. september]; 41:[470-7 pp.]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-019-00790-x>.

36. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence. Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management [Internett]. London: Department of Health; 2017 [cited 2021 1. oktober]. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/673978/clinical\\_guidelines\\_2017.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf)

37. Hill D. Guidelines for Supervised Consumption of Opioid Substitute Treatments in Pharmacies [Internett]. Lanarkshire: NHS Lanarkshire; 2014 [cited 2021 7. september]. Available from: [https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/documents/nhs\\_boards/lanarkshire/NHS\\_Lanarkshire\\_Updated\\_Guidelines\\_for\\_Supervised\\_Consumption\\_of\\_OST\\_%20in\\_Pharmacies\\_Jan14\\_%20final.pdf](https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/documents/nhs_boards/lanarkshire/NHS_Lanarkshire_Updated_Guidelines_for_Supervised_Consumption_of_OST_%20in_Pharmacies_Jan14_%20final.pdf)

38. Gregg B, Patterson S, Creighton H. Opioid substitution treatment: Northern Ireland supplementary guidance for community pharmacists 2019 [Internett]. Nord-Irland: HSC; 2021 [cited 2021 1. oktober]. Available from:

<https://hscbusiness.hscni.net/pdf/Amended%20OST%20NI%20Guidelines%20for%20CPs%20270121.pdf>.

39. Health Service Executive. Clinical Guidelines for Opioid Substitution Treatment [Internett]. Irland: Health Service Executive; u.å [cited 2021 20. september]. Available from: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/primary/clinical-guidelines-for-opioid-substitution-treatment-ost-.html>
40. Helse- og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0: nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2008-2013 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [cited 2021 10. februar]. Available from: [https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helseadm/HINF1102/h08/undervisningsmateriale/tilleggs litteratur/Samspill2\\_0.pdf](https://www.uio.no/studier/emner/medisin/helseadm/HINF1102/h08/undervisningsmateriale/tilleggs litteratur/Samspill2_0.pdf).
41. NOU 2005: 3. Fra stykkeveis til helt: en sammenhengende helsetjeneste [Internett]. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning; 2005 [cited 2021 10. april]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf>
42. Helsedirektoratet. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status, utfordringer og behov. IS-2221 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [cited 2021 10. februar]. Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/\\_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf)
43. Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse - og sykehusplan 2020-2023 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>.
44. Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A. A collaborative chain out of phase. Int J Integr Care [Internet]. 2013 [cited 2021 3. april]; 13:[e008 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653281/>
45. Bratrud TL, Granerud A. Sammen om gode overganger. Tidsskrift for psykisk helsearbeid [Internet]. 2011 [cited 2021 12. februar]; 8(3):[206-16 pp.]. Available from: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2498210/Bratrud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Coiera E. Communication systems in healthcare. Clin Biochem Rev [Internet]. 2006 [cited 2021 12. februar]; 27(2):[89-98 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579411>.
47. Azarm-Daigle M, Kuziemy C, Peyton L. A Review of Cross Organizational Healthcare Data Sharing. Procedia Comput Sci [Internet]. 2015 [cited 2021 15. februar]; 63:[425-32 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050915024989>.
48. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskrift for velferdsforskning [Internet]. 2018 [cited 2021 12. februar]; 21:[119-47 pp.]. Available from: [https://www.idunn.no/file/pdf/67066447/helseprofesjoners\\_samhandling\\_en\\_litteraturstudie.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/67066447/helseprofesjoners_samhandling_en_litteraturstudie.pdf).

49. Lukey R, Gray B, Morris C. 'We're just seen as people that give out the methadone...': exploring the role of community pharmacists in the opioid substitution treatment team. *J Prim Health Care* [Internet]. 2020 [cited 2021 10. september]; 12(4):[358-67 pp.]. Available from: <https://www.publish.csiro.au/hc/HC20108>.
50. Meld. St. 30 (2019-2020). En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse. [Internett]. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2020 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/14fce122212d46668253087e6301cec9/no/pdf/s/stm201920200030000dddpdfs.pdf>.
51. Christie W, Hoholm T, Mørk BE. Innovasjon og samhandling i helsevesenet. *Praktisk økonomi & finans* [Internet]. 2018 [cited 2021 10. februar]; 34(1):[32-46 pp.]. Available from: [http://www.idunn.no/pof/2018/01/innovasjon\\_og\\_samhandling\\_i\\_helsevesenet\\_](http://www.idunn.no/pof/2018/01/innovasjon_og_samhandling_i_helsevesenet_).
52. Melby L, Sand K, Midtgård T, Touissant PJ, Karlstrøm H. Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene [Internett]. Oslo: Forskningsrådet; 2019 [cited 2021 13. mars]. Available from: [https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat\\_digitaliseringens\\_konsekvenser-25.10.2019.pdf](https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat_digitaliseringens_konsekvenser-25.10.2019.pdf)
53. Bjørkquist C, Fineide MJ. Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester [Internett]. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing); 2019 [cited 2021 10. mars]. Available from: [https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/25054/Organisasjon\\_PDF.pdf?sequence=1#page=170](https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/25054/Organisasjon_PDF.pdf?sequence=1#page=170).
54. Regjeringen. Hurdalsplattformen. For en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. 2021 - 2025 [Internett]. Hurdal: Regjeringen; 2021 [cited 2021 17. november]. Available from: [https://res.cloudinary.com/arbeiderpartiet/image/upload/v1/ievv\\_filestore/43b0da86f86a4e4bb1a8619f13de9da9afe348b29bf24fc8a319ed9b02dd284e](https://res.cloudinary.com/arbeiderpartiet/image/upload/v1/ievv_filestore/43b0da86f86a4e4bb1a8619f13de9da9afe348b29bf24fc8a319ed9b02dd284e)
55. Helse - og omsorgsdepartementet. Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten [Internett]. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet; 2019 [cited 2021 10. juni]. Available from: [https://www.regjeringen.no/contentassets/2612793fd9274d42aea938cc9764f4d0/190412\\_rundskriv\\_informasjonsaandtering\\_spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2612793fd9274d42aea938cc9764f4d0/190412_rundskriv_informasjonsaandtering_spesialisthelsetjenesten.pdf)
56. Andresen H, Reinholdt T. Høringssvar - Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven - innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester [Internett]. Oslo: Apotekforeningen; 2020 [cited 2021 10. oktober]. Available from: [http://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Apotekbransjen/Horinger\\_fra2020/Horingssvar\\_Endringer\\_helse\\_omsorgstjenesteloven.pdf](http://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Horinger_fra2020/Horingssvar_Endringer_helse_omsorgstjenesteloven.pdf).
57. KS. Tiden inne for tjenstedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser [Internett]. Oslo: KS; u.å [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://www.ks.no/contentassets/95012b87175744bdbdeac08893c93402/idekatalogen.pdf>
58. Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger - én journal [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [cited 2021 10. februar]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>.

59. Direktoratet for e-helse. Samhandlingsarkitektur i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Figur 5, Samhandlingsmodeller; p. 11.
60. Norsk helsenett. Veileder for elektronisk meldingsutveksling - Bakgrunn [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett u.å [cited 2021 10. juni]. Available from: [www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1--elektronisk-meldingsutveksling/bakgrunn](http://www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1--elektronisk-meldingsutveksling/bakgrunn).
61. Norsk Helsenett. Elektronisk meldingsutveksling [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett; u.å [cited 2021 10. juni]. Available from: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1--elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling>
62. Oslo Universitetssykehus HF. Henvisning ekstern instans (edi)\_BV [Internett]. Oslo: Oslo Universitetssykehus HF; 2020 [updated 12. august 2020; cited 2021 3. november]. Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/138005> eHåndbok
63. Oslo Universitetssykehus HF. Epikrise, opprette og sende\_BV [Internett]. Oslo: Oslo Universitetssykehus HF; 2021 [updated 12. juli 2021; cited 2021 1. november]. Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/65668>
64. Brattheim BJ, Toussaint PJ, Melby L, Hellesø R, Osmundsen T. Samhandling med IKT (SIKT), prosjekt 229623 Sluttrapport til Forskningsrådet Trondheim: Forskningsrådet; 2016.
65. Direktoratet for e-helse. Helsefaglig dialog. HIS 1077:2017, oppdatert 03/2021 [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2021 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/helsefaglig-dialog>
66. Norsk helsenett. Helsefaglig dialog [Internett]. Oslo: Norsk helsenett; u.å [cited 2021 1. november]. Available from: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/innforing-av-e-helsestandarder/helsefaglig-dialog>.
67. Norsk Helsenett. Om e-resept [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett; u.å [cited 2021 20. mai]. Available from: <https://www.nhn.no/nasjonale-e-helselosninger/e-resept/om-e-resept>
68. Hauge HN. Den digitale helsetjenesten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
69. Direktoratet for e-helse. E-resept; Detaljert funksjonell spesifisering [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018 [cited 2021 3. juni]. Available from: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiF1KSIqczwAhVEpIsKHVqWAHkQFjARegQIBxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.nhn.no%2Fnasjonale-e-helselosninger%2Fe-resept%2Fdokumentasjon-for-e-resept-arkiv%2F\\_%2Fattachment%2Fdownload%2Fe9af86ca-5ef3-4301-af5d-290a48826b58%3Ab2974efe7aa4c8b88bf15039887dd04ac49cff13%2Fe-resept-detaljert-funksjonell-spesifisering-versjon-210.pdf&usq=AOvVaw0LCsKvpRCZFr54PLR9ibQi](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiF1KSIqczwAhVEpIsKHVqWAHkQFjARegQIBxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.nhn.no%2Fnasjonale-e-helselosninger%2Fe-resept%2Fdokumentasjon-for-e-resept-arkiv%2F_%2Fattachment%2Fdownload%2Fe9af86ca-5ef3-4301-af5d-290a48826b58%3Ab2974efe7aa4c8b88bf15039887dd04ac49cff13%2Fe-resept-detaljert-funksjonell-spesifisering-versjon-210.pdf&usq=AOvVaw0LCsKvpRCZFr54PLR9ibQi).
70. Bjelde AB, Larsen BA, Olsen A-M. Kjernejournal. Veiledning i god praksis for bruk av kjernejournal [Internett]. Oslo: Norsk Helsenett SF; 2020 [cited 2021 4. juni]. Available from: <https://www.nhn.no/nasjonale-e-helselosninger/kjernejournal/dokumentasjon-for-kjernejournal/nyttig-dokumentasjon-for-helsepersonell/veiledning-i-god-praksis-for-bruk-av-kjernejournal.pdf>



71. Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften). FOR-2013-05-31-563 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>.
72. Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helseportefølje November 2021 [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2021 [cited 2021 15. november]. Available from: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-e-helseportefolje-november-2021>
73. Helsenorge.no. Sikkerhet og personvern i kjernejournal [Internett]. Helsenorge.no; 2020 [updated 27. oktober 2020; cited 2021 15. mars]. Available from: <https://www.helsenorge.no/kjernejournal/sikkerhet-og-personvern-i-kjernejournal/>.
74. Helsedirektoratet. Beslutningsstøtte. Definisjoner, status og forvaltning av ulike former for IKT-basert klinisk støtte [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [cited 2021 23. mai]. Available from: [https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014\\_v1%200%20\(2\).pdf](https://www.nsf.no/Content/1527347/Beslutningsst%C3%B8tte%20rapport%202014_v1%200%20(2).pdf)
75. Coiera E. Guide to Health Informatics. 3. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2015.
76. Normen. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren [Internett]. Oslo: Normen; 2020 [cited 2021 10. august]. Available from: <https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
77. Helse- og omsorgsdepartement. Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten [Internett]. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet; 2019 [cited 2021 15. august]. Available from: [https://www.regjeringen.no/contentassets/2612793fd9274d42aea938cc9764f4d0/190412\\_rundskriv\\_informasjonshaandtering\\_spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2612793fd9274d42aea938cc9764f4d0/190412_rundskriv_informasjonshaandtering_spesialisthelsetjenesten.pdf).
78. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
79. Oslo Universitetssykehus HF. Bruk av e-post og telefaks for kommunikasjon med og om pasienter [Internett]. Oslo: Oslo Universitetssykehus HF; 2020 [updated 15.06.2020; cited 2021 10. oktober]. Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4763>
80. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
81. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
82. Helsebiblioteket.no. Kvalitativ metode [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket.no; 2016 [updated 07.06.2016; cited 2021 12. februar]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
83. KS. Tjenestedesign [Internett]. Oslo: KS; 2019 [updated 17.01.2019; cited 2021 1. februar]. Available from: <https://www.ks.no/contentassets/95012b87175744bdbdeac08893c93402/idekatalogen.pdf>
84. Veiviseren.no. Innføring i tjenestedesign [Internett]. Bodø: Veiseren.no; 2019 [updated 6. desember 2019; cited 2021 10. februar]. Available from:

<https://www.veiviseren.no/planlegge-lede-og-utvikle/innovasjon-og-digitalisering-i-offentlig-sektor/innforing-i-tjenestedesign>

85. Kistorp KM. Hvorfor jeg blir utrygg når jeg ikke har snakket med brukerne. Stat & Styring [Internet]. 2017 [cited 2021 10. mai]; 27(3):[48-9 pp.]. Available from: [http://www.idunn.no/stat/2017/03/hvorfor\\_jeg\\_bli\\_r\\_utrygg\\_naar\\_jeg\\_ikke\\_har\\_snakket\\_med\\_bruker](http://www.idunn.no/stat/2017/03/hvorfor_jeg_bli_r_utrygg_naar_jeg_ikke_har_snakket_med_bruker).

86. KS. Brukeren i sentrum [Internett]. Oslo: KS; 2018 [updated 01.10.2018; cited 2021 12. desember]. Available from: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/styring-og-organisering/digitaliseringsstrategien/mal-og-posisjoner2/brukeren-i-sentrum/>.

87. Stickdorn M, Hormess ME, Lawrence A, Schneider J. This is service design doing: applying service design and design thinking in the real world : a practitioners' handbook [Internett]. Sebastopol, CA: O'Reilly; 2018 [cited 2021 10. mars]. Available from: [https://books.google.no/books?id=aqRGDwAAQBAJ&printsec=copyright&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.no/books?id=aqRGDwAAQBAJ&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).

88. Holmlid S. Participative, co-operative, emancipatory: From participatory design to service design [Internett]. Oslo: First Nordic Conference on Service Design and Service Innovation; 2009 [cited 2021 5. april]. Available from: <https://ep.liu.se/ecp/059/009/ecp09059009.pdf>.

89. Schuler D, Namioka A. Participatory design: Principles and practices: CRC Press; 1993.

90. Johnson R, Bliksvær T, Ødegård A. Tjenestedesign, tjenesteinnovasjon og organisasjonsutvikling i offentlig sektor – en kunnskapsoppsummering [Internett]. Bodø: Nordlandsforskning AS; 2020 [cited 2021 10. mars]. Available from: [https://nforsk.brage.unit.no/nforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2727379/NF-rapport%2b14\\_2020%2bTjenestedesign%252C%2btjenesteinnovasjon%2bog%2borganisasjonsutvikling%2bi%2boffentlig%2bsektor%2b%25E2%2580%2593%2ben%2bkunnsapsoppsummering.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://nforsk.brage.unit.no/nforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2727379/NF-rapport%2b14_2020%2bTjenestedesign%252C%2btjenesteinnovasjon%2bog%2borganisasjonsutvikling%2bi%2boffentlig%2bsektor%2b%25E2%2580%2593%2ben%2bkunnsapsoppsummering.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

91. Andreas BJ, Susanne R, Heidi D, Adrian M-P. Tjenestedesign er ingen hellig gral. Stat & styring [Internet]. 2021 [cited 2021 10. mai]; (1):[48-51 pp.]. Available from: [https://www.idunn.no/stat/2021/01/tjenestedesign\\_er\\_ingen\\_hellig\\_gral](https://www.idunn.no/stat/2021/01/tjenestedesign_er_ingen_hellig_gral).

92. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen [Internet]. 2002 [cited 2021 1. februar]; 25(122):[2468-72 pp.]. Available from: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--2468-72.pdf>.

93. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag [Internett]. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag; 2019 [updated 23. mai 2019; cited 2021 10. mars]. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

94. Lund T, Fønnebø B, Haugen R. Forskningsprosessen. Oslo: Unipub; 2006.

95. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

96. Helsebiblioteket.no. Flytskjema [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket.no; 2016 [updated 06.06.2016; cited 2021 10. august]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/flytskjema>
97. Kazemzadeh Y, Milton S, Johnson L. A Conceptual Comparison of Service Blueprinting and Business Process Modeling Notation (BPMN). Asian Social Science [Internet]. 2015 [cited 2021 10. mai]; 11(12):[307-18 pp.]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/277363901\\_A\\_Conceptual\\_Comparison\\_of\\_Service\\_Blueprinting\\_and\\_Business\\_Process\\_Modeling\\_Notation\\_BPMN](https://www.researchgate.net/publication/277363901_A_Conceptual_Comparison_of_Service_Blueprinting_and_Business_Process_Modeling_Notation_BPMN).
98. Recker J. Opportunities and constraints: The current struggle with BPMN. Bus Process Manag J [Internet]. 2010 [cited 2021 10. mai]; 16(1):[181-201 pp.]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/27478001\\_Opportunities\\_and\\_constraints\\_The\\_current\\_struggle\\_with\\_BPMN](https://www.researchgate.net/publication/27478001_Opportunities_and_constraints_The_current_struggle_with_BPMN).
99. Digitaliseringsdirektoratet. Rammeverk for digital samhandling [Internett]. Oslo: Digitaliseringsdirektoratet; u.å [cited 2021 14. august]. Available from: <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>
100. Drageset S, Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien Forsk [Internet]. 2011 [cited 2021 10. oktober]; 5(4):[332-5 pp.]. Available from: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-52930.pdf>
101. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). LOV-2008-06-20-44 [cited 2021 10. september]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
102. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. ed. Oslo: Gyldendal; 2020.

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Informasjon og samtykkeskjema

#### Vil du delta i forskningsprosjektet

## «Samhandling mellom Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR) og apotek»?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å se på hvordan arbeidsprosessen og pasientsikkerheten kan forbedres i samhandlingen mellom LAR og apotek. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

#### Formål

I forbindelse med erfaringsbasert masterstudium i Helseinformatikk ved NTNU skal vi skrive en masteroppgave om dette temaet. En stor andel pasienter i LAR får utlevert gitte legemiddeldoser under oppsyn i apotek. Det er lege i LAR som bestemmer dosering og hvordan legemiddelet skal gis. Apoteket får informasjon om dette via en dosebekreftelse. Masteroppgaven skal omhandle samhandlingen som foregår mellom LAR og apotek når det gjelder dosebekreftelsen. Følgende forskningsspørsmål vil ligge til grunn for prosjektet:

- Hvordan foregår og fungerer samhandlingen rundt dosebekreftelsen?
- Hvordan oppleves samhandlingen?
- Hva er behovene til de involverte?
- Hva slags tiltak kan dekke behovene? - en konseptutredning
- Hvordan kan en digital løsning imøtekomme behovene?

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har fått informasjon om at du arbeider i LAR eller i apotek, som administrerer legemidler til LAR pasienter, og har kunnskaper om behov og utfordringer rundt samhandlingen om dosebekreftelsen. Vi kommer til å intervju 7-10 ansatte i LAR og 7-10 ansatte i LAR apotek. For å få bred og inngående kunnskap vil vi inkludere både fra øst- og vestlandet, slik at vi kan utvikle et konsept eller en løsning som kan forbedre samhandlingen rundt dosebekreftelsen.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar på et individuelt intervju eller et intervju sammen med andre fra din arbeidsplass. Selve intervjuet vil ta ca 30 minutter. Under intervjuet vil vi stille deg spørsmål om prosessen rundt dosebekreftelsen for å få kunnskap om utfordringer ved dagens samhandling, og hvilke behov/krav som må ivaretas for at samhandlingen skal fungere bedre. Intervjuet vil foregå digitalt på Teams.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg, hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

På grunn av begrensninger i Teams, er det ikke mulig å kun ta opp lyd under intervjuet. Det vil derfor bli tatt opptak av lyd og bilde. Lyd- /bildeopptak fra intervjuene vil kun være tilgjengelig for de to som utfører intervjuene. Opptak, navn, mail og notater fra intervjuene vil bli lagret på NTNU sin nettløsning, som er beskyttet med Feide pålogging. Opptakene vil ikke kunne knyttes opp mot fullt navn, da de vil lagres med en koblingsnøkkel. I oppgaven vil alt være anonymisert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opgaven skal levers i desember 2021 og sensuren vil falle våren 2022. Intervjuene transkriberes fortløpende, og slettes når dette er utført. Ved prosjektslutt vil også navn/mail slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet ved  
veileder Anita Das [redacted]  
masterstudent Tone Mathiesen Stenbakk [redacted] eller  
masterstudent Veronica Sandvik [redacted]

- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen [redacted]

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anita Das  
(Forsker/veileder)

Tone Mathiesen Stenbakk  
(Masterstudent)

Veronica Sandvik  
(Masterstudent)

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samhandling mellom Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR) og apotek», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at lyd/bilde opptaker blir benyttet under intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide apotek

### INTERVJUGUIDE APOTEK

#### Presentasjon av oss selv

Hvem vi er, og hva vi jobber som.

#### Bakgrunn for intervjuet

I forbindelse med en masteroppgave i helseinformatikk ved NTNU ønsker vi å finne ut hvordan pasientsikkerheten kan forbedres i samhandlingen mellom LAR og apotek. En stor andel pasienter i LAR får utlevert gitte legemiddeldoser under oppsyn i apotek. Det er lege i LAR som bestemmer dosering og hvordan legemiddelet skal gis. Apoteket får informasjon om dette via en dosebekreftelse. Masteroppgaven skal omhandle samhandlingen som foregår mellom LAR og apotek når det gjelder denne dosebekreftelsen. Vi ønsker å finne ut hvordan samhandlingen foregår og fungerer, hvordan den oppleves og hvilke behov de involverte partene har. I tillegg vil vi finne ut om en digital løsning kan dekke behovene de har.

#### Informasjon til informantene:

- Spørre om videoopptak av intervjuet er greit
- Informere om anonymisering
- Opplyse om at opptaket vil bli lagret på NTNUs onedrive med Feide pålogging med en koblingsnøkkel med navn. Det skal bli slettet etter transkribering
- Forklare at opptaket skal transkriberes og deretter brukes i videre analyse
- Minne informantene på at han eller hun når som helst kan avslutte intervjuet og trekke seg.

#### Spørsmål:

1. Hvor lenge har du jobbet i apotek og hva jobber du som?
2. Hvilke fagsystemer bruker dere?
3. Er du kjent med begrepet dosebekreftelse?
  - a. Hvis nei, hvordan får dere informasjon om dose, osv
4. Hvordan foregår en arbeidsprosess rundt dosebegrivelsen?
5. Ca hvor mange LAR pasienter har dere pr år?
6. Hva er din oppfattelse av antallet LAR pasienter? Har det for eksempel vært en økning eller en nedgang i andelen LAR pasienter som får utlevert legemidler i apotek?
7. Hvordan håndteres dosebekreftelsen om LAR-pasienten reiser innad i Norge?
8. Hvordan får pasienten tak i dosen sin på søndager og helligdager?
  - a. Hvis andre enn apotek deler ut dosen, hvordan skjer kommunikasjon her?
  - b. Får apoteket informasjon hvis noe uregelmessig har foregått disse dagene?
9. Hvordan opplever du at samhandlingen er med LAR?
  - a. Hvis dere ved apoteket har spørsmål ang en LAR pasient, er det enkelt å få tak i rette vedkommende i LAR for å få svar? Og går det greit?
10. Fungerer samhandlingen optimalt?
  - a. Hva fungerer/fungerer ikke?
  - b. Hva er det største utfordringene?
11. Syns du at informasjonsutvekslingen er effektiv?
12. Er det gode rutiner for å få oppdaterte doseendringer?
13. Er det forutsigbart og trygt måten samhandlingen foregår på i dag?

14. Hvordan mener du en optimal arbeidsprosess ville vært?

a. Hvilke krav må en ev løsning ha?

15. Er det andre ting vi ikke har snakket om, som du tror kan være relevant i forhold til dosebekreftelsen og samarbeidet mellom LAR og apotek?

Tips til LAR vi kan kontakte?

Informasjon om workshop

Om du kommer på noe du vil tilføye i ettertid, er du velkommen til å ta kontakt.



## Vedlegg 3: Intervjuguide LAR

### INTERVJUGUIDE LAR

#### Presentasjon av oss selv

Hvem vi er, og hva vi jobber som.

#### Bakgrunn for intervjuet

I forbindelse med en masteroppgave i helseinformatikk ved NTNU ønsker vi å finne ut hvordan pasientsikkerheten kan forbedres i samhandlingen mellom LAR og apotek. En stor andel pasienter i LAR får utlevert gitte legemiddeldoser under oppsyn i apotek. Det er lege i LAR som bestemmer dosering og hvordan legemiddelet skal gis. Apoteket får informasjon om dette via en dosebekreftelse. Masteroppgaven skal omhandle samhandlingen som foregår mellom LAR og apotek når det gjelder denne dosebekreftelsen. Vi ønsker å finne ut hvordan samhandlingen foregår og fungerer, hvordan den oppleves og hvilke behov de involverte partene har. I tillegg vil vi finne ut om en digital løsning kan dekke behovene de har.

#### Informasjon til informanten:

- Spørre om videoopptak av intervjuet er greit
- Informere om anonymisering
- Opplyse om at opptaket vil bli lagret på NTNUs onedrive med Feide pålogging med en koblingsnøkkel med navn. Det skal bli slettet etter transkribering
- Forklare at opptaket skal transkriberes og deretter brukes i videre analyse
- Minne informanten på at han eller hun når som helst kan avslutte intervjuet og trekke seg.

#### Spørsmål:

1. Hvor lenge har du jobbet i LAR og hva slags stilling har du?
2. Hvilke fagsystemer bruker dere?
3. Er du kjent med begrepet dosebekreftelse?
  - a. Hvis nei, hvordan gir dere informasjon om dose, osv
4. Hvor ofte er du med i en prosess rundt en dosebekreftelse?
5. Hvordan foregår en arbeidsprosess rundt dosebegrivelsen?
6. Hva står det i dosebekreftelsen? Er det noen spesielle punkter dere har med hver gang?
7. Hva er din oppfattelse av antallet LAR pasienter? Har det for eksempel vært en økning eller en nedgang i andelen LAR pasienter som får utlevert legemidler i apotek?
8. Hvordan håndteres dosebekreftelsen ved reiser innad i Norge?
9. Hvordan opplever du at samhandlingen er?
  - a. Hvis dere ved LAR må få tak i en ansatt på apoteket - hvordan går dere frem? Og går det greit?
10. Fungerer samhandlingen optimalt?
  - a. Hva fungerer/fungerer ikke?
  - b. Hva er det største utfordringene?
11. Syns du at informasjonsutvekslingen er effektiv?
12. Hvor ofte oppdateres/revideres en dosebekreftelse og er det gode rutiner for dette?
13. Er det forutsigbart og trygt måten samhandlingen foregår på i dag?

14. Hvordan mener du en optimal arbeidsprosess ville vært?

a. Hvilke krav må en ev løsning ha?

15. Er det andre ting vi ikke har snakket om, som du tror kan være relevant i forhold til dosebekreftelsen og samarbeidet mellom LAR og apotek?

Tips til apotek vi kan kontakte?

Informasjon om workshop

Om du kommer på noe du vil tilføye i ettertid, er du velkommen til å ta kontakt.

## Vedlegg 4: Mal for utleveringsordning

### Mal for utlevering av legemidler til pasient i LAR

Pasientens navn fødselsnummer	Navn, fødselsnummer
Ansvarlig LAR-senter	Navn, adresse
Ansvarlig lege ved LAR-senter	Navn, telefon
Kontaktperson ved LAR-senter	Navn, telefon
Rekvirerende lege	Navn, adresse, telefon
Apotek	Navn, adresse
Kontaktperson ved apoteket	Navn, telefon

#### Ansvar LAR-senter / rekvirerende lege

- Sørge for, i samarbeid med apotek, å etablere ordning for utlevering av legemidler i LAR
- Sørge for at det til enhver tid foreligger gyldig e-resept
- Rekvirerende lege beslutter legemiddel, dosering og henteordning. Dersom annen person er delegert myndighet til å kunne endre eller beslutte midlertidige avvik i henteordning angis dette her: *(en av personene i tabellen over)*
- Informere pasienten før oppstart

#### Ansvar Apotek

- Utlevere legemidler/doser i henhold til gyldig e-resept i Reseptformidleren, og i henhold til besluttet henteordning
- Melde fra om forhold som anses relevant for behandlingen eller utleveringsordningen, f.eks.
  - Dersom pasienten ikke møter og henter i tråd med avtale
  - Utleveringer basert på unntaksregler
  - Dersom pasienten møter så tydelig ruspåvirket at apoteket er i tvil om det er forsvarlig å levere ut legemidler
  - Dersom pasienten har problematisk adferd overfor apotekets ansatte/kunder

#### Oppstartsdato:

#### Legemiddel, dosering og hentordning ved oppstart

*Buprenorfin/Metadon x mg pr dose.*

Ukedag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Antall doser som skal inntas under overvåking/påsyn denne dagen							
Antall doser som skal tas med hjem fra apoteket denne dagen							

### Særskilte forhold

xxx

### Generell informasjon

- Det kan utveksles informasjon mellom apotek og LAR-senter og rekvirerende lege. Pasienten er innforstått med at dette skjer. Apoteket kan informere om alle forhold som anses relevant for behandlingen og utleveringsordningen.
- Pasienten plikter å vise legitimasjon på forespørsel før utlevering av legemiddel.

### Hvem kan hente legemidler

Det er kun pasienten selv som kan hente legemidlet, med mindre det er gitt uttrykkelig tillatelse fra rekvirerende lege til at annen navngitt person som legitimerer seg, kan hente for et gitt antall dager.

### Endringer/reiser/ferie

- Endringer i legemiddel eller dosering gjøres ved at rekvirerende lege trekker tilbake resept fra Reseptformidleren og legger inn ny korrigert e-resept.
- Permanente eller midlertidige endringer i henteordning skal varsles av rekvirerende lege eller den som har myndighet til å endre henteordningen. Apoteket skal varsles i god tid og senest 3 dager før endring.
- Hvis pasienten skal hente på nytt apotek, i forbindelse med reiser/ferie må ny e-resept med ekspederingsanmodning-LAR-utstedes. Henteordning og varighet må meddeles til nytt apotek

### Erstatningsdoser

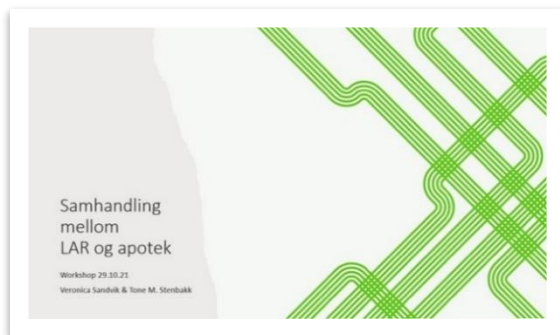
- Behov for erstatningsdoser er en sak mellom pasient og rekvirerende lege. Dersom erstatningsdose skal utleveres må rekvirerende lege selv gi beskjed til apoteket om dette.

### Unntaksregler

- Dersom pasienten kaster opp umiddelbart etter inntak og dette observeres av ansatte på apoteket kan erstatningsdose gis. Slike doser faktureres særskilt.
- Apoteket kan unntaksvis gjennomføre doseendringer i tråd med anbefalingene i pkt 7.1.14 i Veileder IS-2022 for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR, dersom behandler/kontaktperson i LAR ikke kan nås.

.....  
Dato / Sign / for LAR-senter

# Vedlegg 5: Powerpoint presentasjon workshop



## Velkommen

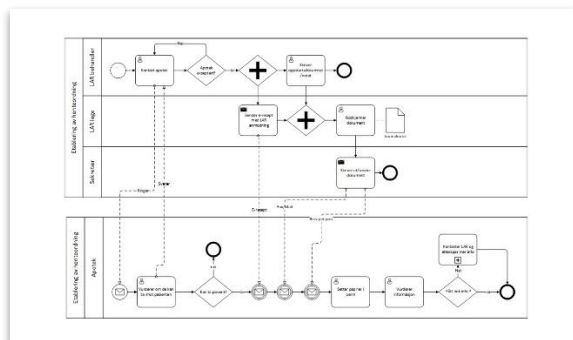
- Kort presentasjon
- Ingen opptak
- «Taushetsplikt»
  - For å ivareta deres anonymitet
  - Materialet er ikke publisert
- Plan for workshopen
  - Presentere og kvalitetssikre funnene våre
  - Innsjåll til ønsket arbeidsflyt
  - Informasjon om møte med apotekforeningen

## Utvalg

- 14 informanter
  - 7 apotek
  - 7 LAR
- Fra ulike steder i landet

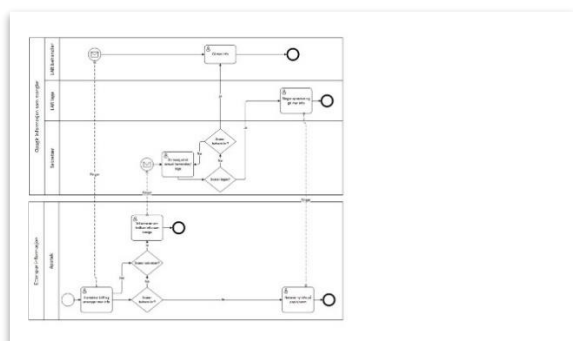
## Kort presentasjon av funn

- «Samhandlingen oppfattes som god, men vi opplever at det skyldes at dere kjenner hverandre godt gjennom et samarbeid over tid»
- Tema for samhandling
  - Oppstart av LAR-behandling (Etablering av henteordningen)
  - Informasjon om utførelse – og henteordning
  - Endringer på utførelse – og henteordning
    - Justeringer av doser
    - Reiser
    - Helligdager
    - Evt andre endringer
  - Informasjon om avvik ved henting
  - Generelle beskjeder eller bekymringer rundt pasientens situasjon
  - Manglende e-resept



## Utlevering – og henteordning

- Mange navn på dokumentet
- Ulikt innhold
- Kommunikasjonskanal
  - Faks
  - E-post
  - Telefon
  - Brev pr post
  - Merknadsfeltet i e-resepten (e-resept med LAR-anmodning)
- Apotek må ofte etterspørre informasjon
- Ulike rutiner for endringer



## Utfordringer - LAR

- Samhandling – savner en annen måte å sende informasjonen på
- Postgangen tar tid
- Personvern i forhold til faks og e-post, og mye styr med anonymisering
- LAR-legen ser ikke kommunikasjonen mellom LAR-behandler og apotek
- Ulikt hvor lett det er å få tak i apotek/ rett person
- Kan mangle beskjed, hvis pasienten er fraværende fra henteordningen over flere dager
- Får ikke beskjed fra sykehusene når pasienten blir innlagt
- Manglende samarbeidsfora med apotekene

## Utfordringer - apotek

- Ineffektiv informasjonsutveksling
- Vanskelig å få tak i riktig ansatt ved LAR
- Må bruke tid på å innhente informasjon, da de ikke har fått tilstrekkelig informasjon tilsendt
- Å få beskjeder om endringer tidsnok
- Får ikke alltid beskjeder om innleggelse eller fengselsopphold
- Kan svikte med beskjeder i forbindelse med helligdager
- Fornying av resepter – ingen systemer fanger det opp

## Behov LAR

- Kunne kommunisere med apotekene på en sikker og effektiv måte, og ivareta personvernet
- Beskjeder om fornying av resepter direkte til LAR-legen
- Kommunikasjonen mellom LAR og apotek blir lagret direkte i journalen, slik at det ikke må gjøres manuelt
- At fastlege, apotek og hjemmetjenesten kan se den samme informasjonen

## Behov apotek

- Jobbe tettere med LAR
- Mer effektiv samhandling
- Fortløpende informasjon fra LAR (slipper å etterspørre og er oppdatert til enhver tid)
- Bedre kommunikasjon (bruker mye tid i telefon)
- Dele dokumentasjon med fastlege og LAR
- Bekreftelse fra LAR på at de har mottatt beskjeder
- Varsling i forhold til gyldighet på e-resepten, for å kunne varsle LAR
- LAR kan se pasientens signeringer av utleverte doser
- Lagring av utleveringshistorikken

## Krav

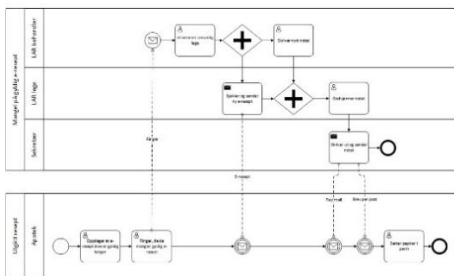
- 2-veis kommunikasjon
- Sende og motta digitale meldinger/ forespørsler
  - Journalføres
  - Lesebekreftelse
  - Kvittering på mottatt
  - Direkte til riktig mottaker, uten mellomledd
- Enkel løsning
- Ett system å forholde seg til
- Kunne ivareta sensitive opplysninger

- Lett tilgjengelig (mobil løsning)
- Godkjenningsrutiner på dokumenter (utlevering – og henteordning)
- Varsling på e-reseptens gyldighet
- Muligheter for videosamtale
- Kunne dele dokumentasjon
- Elektronisk signering og lagring av historikken

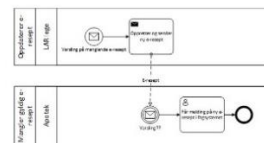
- En digital løsning kan ikke erstatte telefonen, men er et supplement!

## Gevinst

- Enklere, mer smidig og mer effekt samhandling
- Ivareta personvernet/ slipper å drive med anonymisering, som kan misforstås
- Får dokumentert kommunikasjonen mellom LAR og apotek
- Senker terskelen for kommunikasjon
- Raskere kommunikasjon – får gitt og tatt imot beskjeder raskere
- Sparer tid
- Enklere ved hjemmekontor

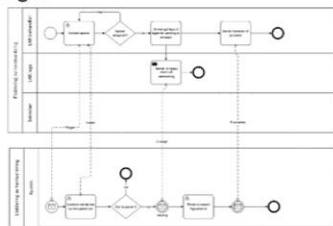


## Mangel på gyldig e-resept- ønsket arbeidsflyt



## Ønsket samhandlingsflyt – Etablering av henteordningen

- Innspill



## Møte med apotekforeningen

- For å belyse temaet
- Høre om mulighetene i Eik

Tusen takk for at dere deltok!



