



Det helsevitenskaplige fakultet.

«...det blir litt sånn tilfeldig hva vi ser...»

Legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemning til eldre brukere i hjemmesykepleien.

Marit Theodorsen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid. HEL 3963-1.

4. mai 2022

Antall ord: 21829

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse	1
1.2 Forforståelse	2
2.0 Studiens overordnede formål, problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
3.0 Tidligere forskning	3
3.1. Tverrfaglig samarbeid om LMG/LMS	5
3.2 Legemiddelbruk og pasientsikkerhet i LMG/LMS	7
3.3 Pasient-/brukerperspektivet i LMG/LMS.....	8
3.4 Sykepleierferdigheter i medikamentadministrasjon med tanke på LMG/LMS	9
4.0 Teoretisk rammeverk.....	10
4.1 Legemiddelgjennomgang (LMG)	10
4.2 Legemiddelsamstemning (LMS).....	11
4.3 Sentrale føringer	12
4.4 Kvalitetsforbedringsarbeid	13
4.5 Pasientsikkerhet.....	15
4.6 Kompetanse	16
4.7 New Public Management	17
4.8 Samhandling mellom helsepersonell.....	18
5.0 Metode.....	19
5.1 Rekruttering.....	20
5.2 Utvalg	20
5.2.1 Kontekst	21
5.3 Fokusgruppe som datainnsamlingsmetode.....	21
5.4 Transkribering	23
5.5 Analyse.....	24
5.6 Forskningsetiske vurderinger	27

5.7 Personvern hensyn.....	29
5.8 Brukermedvirkning	29
6.0 Resultater.....	30
6.1 Roller og ansvar i det tverrfaglige samarbeid rundt LMG/ LMS.....	30
6.1.1 Deltakerens syn på legens rolle og ansvar	31
6.1.2 Sykepleierens syn på eget ansvar for LMG/LMS	32
6.1.3 Farmasøytens/tilsynsfarmasøytens rolle i LMG/LMS	34
6.2 Sykepleierens tiltak for å sikre kvalitet på legemiddel-administrering i fravær av felles rutiner	34
6.2.1 Manglende rutiner for gjennomføring av LMG/LMS.....	35
6.2.2 Sykepleiernes tiltak for å sikre kvalitet i legemiddeladministreringen	36
6.3 Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS.....	38
6.4 Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS.....	41
6.4.1 Mangel på tid, bemanning og organisering	41
6.4.2 Manglende forankring i ledelsen.....	42
7 Diskusjon.....	43
7.1 Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføring av LMG/LMS?	43
7.1.1 Roller og ansvar i det tverrfaglig samarbeidet rundt LMG/LMS.....	43
7.1.2 Deltakernes tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministrasjonen i fravær av felles rutiner.....	46
7.2 Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleiere i forbindelse med LMG/LMS	48
7.2.1 Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS.....	48
7.2.2 Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS.....	50
7.5 Metodekritikk	53
7.6 Implikasjoner for praksis, forskning og utdanning	56
8.0 Avslutning	57
Vedlegg nr. 1 Forespørsel til kommunalsjef	58

Vedlegg nr. 2 Forespørsel om deltakelse i studiet	61
Vedlegg nr. 3 Kartleggings skjema	65
Vedlegg nr.4 Intervjuguide	66
Vedlegg nr. 5 Svar fra NSD	68
Referanseliste	71

SAMMENDRAG

Tittel: Hvilke utfordringer møter sykepleiere ved legemiddelgjennomganger (LMG) og legemiddelsamstemning (LMS) til hjemmeboende eldre?		Dato: 04.05 2022
Forfatter: Marit Theodorsen		Veileder: Gabriele Kitzmüller
Stikkord: legemiddelgjennomganger, legemiddelsamstemning, sykepleierrollen, hjemmeboende eldre og pasientsikkerhet.		
Antall ord: 21829	Antall vedlegg: 5	Publiseringsavtale inngått: Nei
<p>Introduksjon: I Norge er aldersgruppen 65+ en raskt voksende gruppe. Lovpålagte arbeidsoppgaver, begrensede ressurser og flere syke eldre i hjemmet legger press på hvor ressursen skal brukes. Ved bruk av legemidler forebygges, behandles og lindres sykdommer. Legemiddelbruken øker hos den eldre befolkningen og legemidler øker sjansen for uheldige hendelser. Forskning viser at ved bruk av legemiddelgjennomganger (LMG) og legemiddelsamstemning (LMS) vil uheldige hendelser kunne vært redusert.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å kartlegge erfaringer til sykepleiere i hjemmetjenesten i forhold til LMG og LMS hos hjemmeboende eldre.</p> <p>Jeg stilte to forskningsspørsmål: Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføring av LMG og LMS?</p> <p>Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleiere i forbindelse med LMG og LMS?</p> <p>Metode: Kvalitativ metode som benytter fokusgruppe til datasamling. Seks sykepleiere deltok i to fokusgrupper.</p> <p>Resultat: Det kom frem fire hovedfunn i studien: 1. Roller og ansvar i det tverrfaglige samarbeidet rundt LMG/LMS, jeg har sett på rollene til lege, farmasøyt og sykepleier. 2.Sykepleiernes tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministreringen i fravær av felles rutiner, her så jeg på tiltak som utførers av sykepleierne. 3.Verktøy som kan brukes i LMG/LMS. 4. Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS. Denne inneholder mangel på tid, bemanning og organisering samt mangel på forankring i ledelsen.</p> <p>Konklusjon: Manglende retningslinjer på arbeidsplassen, mangelfull ledelsesoppfølging og manglende tverrfaglig samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleier hindrer arbeidet med LMG/LMS. Ved å tilrettelegge rammene både økonomisk og organisatorisk i det tverrfaglige samarbeidet, vil arbeidet med LMG/LMS være enklere å gjennomføre.</p>		

ABSTRACT

Titel: What challenges do nurses face in drug reviews (LMG) and drug compliance (LMS) for home-dwelling elderly?		Date: 04.05.2022
Authors: Marit Theodorsen		Supervisor: Gabriele Kitzmüller
Key words: drug reviews, drug compliance, nurse role, home-dwelling elderly and patient safety.		
Number of words: 21829	Number of attachments: 5	Date of publishing agreements: No
<p>Introduction: In Norway, the 65+ age group is a fast-growing group. Statutory tasks, limited resources and more sick elderly people in the home put pressure on where the resource will be used. When using drugs, diseases are prevented, treated and alleviated. Drug use is increasing in the elderly population and medicines increase the chance of adverse events. Research shows that when using drug reviews (LMG) and drug regulatory (LMS), unfortunate events may have been reduced.</p> <p>Purpose:The purpose of the study is to map the experiences of nurses in the home care services in relation to LMG and LMS in home-dwelling elderly.</p> <p>I asked two research questions: What routines do nurses have with regard to the implementation of LMG and LMS?</p> <p>Method: Qualitative method that uses focus group for data collection. Six nurses participated in two focus groups.</p> <p>Results: Four main findings emerged in the study: 1. Roles and responsibilities in the interdisciplinary collaboration around LMG/LMS, I have looked at the roles of doctor, pharmacist and nurse. 2.The nurses' measures to ensure the quality of drug administration in the absence of joint routines, here I looked at measures implemented by the nurses. 3.Tools that can be used in LMG/LMS. 4. System factors that limit the possibility of carrying out LMG/LMS. This contains a lack of time, staffing and organisation as well as a lack of anchoring in management.</p> <p>Conclusion: Lack of guidelines in the workplace, inadequate management follow-up and lack of interdisciplinary collaboration between doctor, pharmacist and nurse hinder the work on LMG/LMS. By facilitating the framework both economically and organizationally in the interdisciplinary collaboration, the work om LMG/LMS will be easier to implement.</p>		

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har til tider vært svært krevende, men samtidig veldig lærerikt og spennende.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Gabriele Kitzmüller for støtte og veiledning i arbeidet med masteroppgaven. Du har kommet med konkrete og gode råd hele veien og vært en god støttespiller.

Jeg vil rette en stor takk til deltakerne som har deltatt i forskningsprosjektet, og som har delt av sine erfaringer. Uten deltakere ville prosjektet ikke blitt noe av!

Takk til dyktige kolleger for oppmuntring og faglige diskusjoner, og takk til ledelsen som har heiet på meg og ryddet kalenderen min da det trengtes som mest.

Takk til Gry Fykse som har tatt seg tid til å lese igjennom hele oppgaven og utført korrekturlesing.

Jeg vil takke familien som har hatt en noe «distre» mamma og samboer til tider, takk for at dere har støttet meg gjennom hele forløpet.

Til sist vil jeg takke venner og øvrig familie som har bidratt på hver sin måte med støtte og oppmuntring underveis.

Marit Theodorsen

Nordkjosbotn, mai 2022

1.0 Innledning

Legemidler kan gi en bedre helse og øke livskvaliteten for eldre. Samtidig kan bruk av legemidler representere en risiko for den eldre befolkningen. Legemidler brukes i forebygging, behandling og lindring av ulike sykdommer (Olsen & Devik, 2016). I min studie ønsker jeg å sette søkelys på hvilke erfaringer sykepleiere har med tanke på legemiddelgjennomganger (LMG) og legemiddelsamstemning av legemiddellister (LMS) hos hjemmeboende eldre. Mine erfaringer tilsier at det er nødvendig å sette søkelys på denne problematikken for å øke pasientsikkerheten for hjemmeboende eldre.

Eldre er gjerne multisyke med mange diagnoser som gjerne er knyttet til for eksempel lunger, nyrer, hjerte-kar eller mage-tarm (Ottesen, 2017). På grunn av at kroppen endrer evnen til å ta opp, distribuere og eliminere legemidlene med årene blir legemiddeltoleransen redusert. Ved å bruke to eller flere legemidler samtidig, kan det resultere i interaksjoner, endret effekt og alvorlige bivirkninger. Legemiddelrelaterte problemer kan være skyld i hver tiende sykehusinnleggelse, skriver Ottesen (2017). I artikkelen til Nymoen og kolleger (2022) viser de til at en av fem innleggelser på akuttmottaket kan være forårsaket av legemiddelbruk.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse

Som ansatt i hjemmetjenesten i ca. 20 år har jeg sett behovet for bedre medisinbehandling til eldre hjemmeboende. Derfor vil jeg inneha en nærhet til temaet som vil kunne være med å påvirke mitt perspektiv. Jeg har sett i min praksis at de som skrives ut fra for eksempel sykehuset har mer sammensatte problemstillinger og trenger tettere oppfølging. Dette har gjort at jeg ble nysgjerrig på erfaringer til sykepleierne når det gjelder legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemninger. Blir dette fulgt opp i en travel hverdag med mange arbeidsoppgaver? Mange av de eldre brukerne i hjemmetjenesten er avhengig av kvalifisert helsepersonell som kan hjelpe dem med for eksempel legemiddeladministrering (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2014).

I Veilederen om legemiddelgjennomganger fra Helsedirektoratet (2015) beskrives legemiddelgjennomganger som en måte å jobbe på for å sikre at pasienten får en god effekt av legemidlene samtidig som at faren for fatale bivirkninger minskes og håndteres. Med en nøyaktig gjennomgang av legemiddelbruken vil forskrivningen kunne forandres, enten ved at

legemidler seponeres, dosen korrigeres, eller at nye legemidler forskrives for ytterligere å forbedre legemiddelbehandlingen.

Nymoen og kolleger henviser til rapporten fra Reseptregisteret 2017 der temaet er Legemidler og eldre. I 2017 fikk 67 % av legemiddelbrukere over 65 år fem eller flere ulike legemidler på resept. 28 % i denne aldersgruppen brukte 10 eller flere legemidler (Nymoen et al., 2022).

I studien av Nymoen og kolleger blir legemiddelrelaterte henvendelser til akuttmottak gransket. Av 402 deltakere, hadde 72,2 % bivirkninger forårsaket av legemidler, 16,5 % hadde ikke overholdt forskrivningen og hos 7,6% var det problemer knyttet til dårlig opptak av legemidlet. Forskerne identifiserte at ikke bare alder og antall medikamenter var avgjørende for legemiddelrelaterte problem, men at også andre risikofaktorer kunne være til stede. Dette kunne være at legemiddellister ikke var oppdaterte eller at legemiddelgjennomganger ikke var gjennomført.

Erfaringene som hjemmesykepleiere innehar når det gjelder legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemning kan gi kommunen kunnskap som kan brukes i et eventuelt arbeid med å utvikle kompetansen til sykepleierne videre.

1.2 Forforståelse

Jeg har jobbet ca. 20 år som sykepleier i eldreomsorgen. Etter min mening blir LMG og LMS nedprioritert selv om det er en viktig del av omsorgen til den eldre hjemmeboende. I årene som har gått siden jeg var nyutdannet har jeg erfart at det har vært skiftende hva som til enhver tid er i fokus innenfor eldreomsorgen. Jeg har erfart at det har vært ulike fokus fra helsemyndighetene, og at LMG og LMS ikke har vært gitt tilstrekkelig fokus de senere år. Dette har gjort at jeg ønsket å vite mer om de erfaringer hjemmesykepleiere innehar med oppfølging av LMG/LMS.

Min yrkeskarriere som sykepleier har vært i kommunal hjemmetjeneste. Jeg mener at ved hjelp av LMG og LMS, vil det bli både sikrere og bedre kvalitet på tjenesten som hjemmetjenesten leverer, dette kan igjen føre til økt pasientsikkerhet og færre sykehusinnleggelse.

Ved endring i omsorgsnivå, på grunn av for eksempel funksjonssvikt, syns jeg det bør være en LMG som standard prosedyre. I Veilederen om legemiddelgjennomganger fra

Helsedirektoratet (2015) fremhever de viktigheten av å ha en oppdatert legemiddelliste ved et omsorgsskifte. Når en pasient flytter fra hjemmet og har hjelp fra hjemmetjenesten, vil det være viktig at dokumentasjonen blir korrekt videreført til et eventuelt sykehjem.

2.0 Studiens overordnede formål, problemstilling og forskningsspørsmål

Det overordnede formålet med studien er å bidra til økt bevissthet og forståelse hos sykepleiere for hvorfor LMG og LMS er viktig. Dette for å kunne øke pasientsikkerheten til hjemmeboende eldre.

Min problemstilling er: Hvilke utfordringer møter sykepleiere ved legemiddelgjennomganger (LMG) og legemiddelsamstemning (LMS) til hjemmeboende eldre?

Hensikten med studien er å kartlegge erfaringene til sykepleiere i hjemmetjenesten i forhold til LMG og LMS til hjemmeboende eldre.

Jeg har to forskningsspørsmål som jeg ønsker å besvare i studien: Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføring av LMG og LMS? Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleiere i forbindelse med LMG og LMS?

3.0 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter litteratur gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har søkt i disse databasene: Oria, CINAHL, PubMed og Google scholar for å finne tidligere forskning. Noen av søkebasene var enklere å søke i enn andre.

Jeg har brukt følgende søkeord i ulike kombinasjoner: eldre, sykepleierens rolle, samstemning av legemiddellister, legemiddelgjennomganger, hjemmesykepleie, hjemmeboende eldre og pasientsikkerhet.

På engelsk: older, nurse' role, medication reconciliation, home care, home-dwelling elderly og patient safety. Jeg brukte ordene i ulike kombinasjoner. Jeg har brukt både fritekstsøk og MESH term søk.

Jeg brukte også muligheten til å skrive AND mellom søkeordene og fikk da konkretisert mine søk. Et eksempel fra PubMed (17/12.2021): her søkte jeg først på hjemmeboende eldre og

fikk 598 treff, søkte da opp legemiddelgjennomganger og fikk 1 116321 treff, da jeg kombinerte disse to med AND, fikk jeg 38 treff. På den måten kunne jeg avgrense treffene mine.

Til sammenligning gav databasen CINAHL 87 treff på hjemmeboende eldre og når jeg kombinerte med legemiddelgjennomganger fikk jeg ingen treff (17/12-2021).

I Oria søkte jeg i fritekst på søkeord som for eksempel «legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre» og «legemidler og pasientsikkerhet». Da kom det opp både bøker, artikler, rapporter, med mer og disse gikk jeg gjennom for å se hva som kunne være aktuelt for min studie.

Jeg valgte søkeord med bakgrunn i min problemstilling. For å finne mine søkeord har jeg brukt PICO skjemaet, som jeg har satt inn i en tabell for å få en oversikt:

P	I	C	O
Sykepleierens rolle	Legemiddelgjennomganger (Medication review)	Home care nursing Hjemmesykepleie	Optimalisering av legemiddellister
Nurs* Nurs's role	Legemiddelsamstemning	Hjemmeboende (home-dwelling elderly)	Optimization of medication lists. Pasientsikkerhet (patient safety)
Elderly*	Medication reconciliation (avstemning)		
	Polypharmacy		

Ved å bruke trunkering «*» fikk jeg frem ord med entalls-/flertallendelser, for eksempel elder og elderly. Ved å bruke MESH fikk jeg flere forskjellige former for eksempel elderly, old, geriatric, age og senior. Etter at jeg hadde lest gjennom både tittel og abstrakt, ekskluderte jeg de artiklene som ikke var aktuelle mens de aktuelle artiklene ble lest igjennom i sin helhet.

Avgrensninger ble gjort i forhold til alder på artiklene, med ønsket om nyest mulig litteratur. Jeg har sett nærmere på artikler publisert etter 2014. Jeg har også sett på litteraturlister fra bøker, artikler som er fagfelleurdert, offentlige dokumenter, for eksempel Veilederen om

legemiddelgjennomganger der de har en opprømsing av ressurser på slutten av dokumentet som jeg har sett nærmere på. I tillegg fant jeg rapporter fra prosjekter som var gjennomført og som hadde ei litteraturliste som jeg gikk gjennom. Etter å ha lest gjennom tittel og abstrakt, ble artikler som ikke var aktuelle ekskludert og de som var relevant ble lest gjennom i sin helhet.

Mine søk viste at det fantes en del forskning på LMG i sykehus og sykehjem, dette kunne være fordi det var en lovpålagt oppgave i institusjoner. Artikkelen til Romskaug med kolleger (2019) henviser de til at det er gjort få studier som har sett på effekten av LMG. Mange artikler tok også for seg legens eller farmasøytens rolle. Mitt hovedfokus var sykepleieren rolle i forhold til LMG hos hjemmeboende eldre, men jeg har også sett på de andre sine roller i samarbeidet rundt LMG/LMS, slik som leger og farmasøyter.

Søkeperioden varte fra september 2021- april 2022 og det ble gjort flere søk i databasene i denne tidsperioden. De fleste artiklene var skrevet på engelsk og jeg tar forbehold om at mine oversettelser og tolkninger er riktige.

Flere av undersøkelsene var utført i utlandet, der de hadde en annen organisering av pleie- og omsorgstjenestene sine, og dermed kunne de ikke ukritisk overføres til det norske helsevesenet. Samtidig var det mye som var gjenkjennbart og som hadde relevans for oppgaven.

Jeg ønsker her å presentere tidligere forskning som kan være med å belyse temaet på ulike måter, presentert i tilfeldig rekkefølge i disse fire gruppene: Tverrfaglig samarbeid om LMG/LMS. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet i LMG/LMS. Pasient-/bruker perspektivet i LMG/LMS. Sykepleier ferdigheter i medikamentadministrasjon med tanke på LMG/LMS.

3.1. Tverrfaglig samarbeid om LMG/LMS

I en studie (Halvorsrud, Hoel, & Granås, 2017) gjennomført i Norge har forskerne samlet data ved hjelp av fokusgrupper der farmasøyter og hjemmesykepleiere deltok, for å kartlegge deres erfaringer med tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger blant brukere av hjemmesykepleie. De pekte på tre aspekter med LMG når det gjaldt erfaringer som var gjort: kvalitet, sårbare pasienters mulighet til innflytelse og manglende kunnskap om de involverte yrkesgruppene.

I intervjuene i studien ble det avdekket at kvaliteten på legemiddelhåndteringen var mangelfull både på individ- og organisatorisk nivå. Feilene var feilmedisinering, feil i

legemiddelsamstemningen og at sykepleierne hadde manglende kunnskap om virkning, bivirkning og indikasjoner for medikamentet. Brukermedvirkning opphørte når bruker selv ikke kunne delta under en LMG, på grunn av kognitiv svikt eller skrantende helse. Manglende profesjonskunnskap var det siste funnet, sykepleierne og farmasøytene var usikre på hverandres kompetanse og rolle. I tillegg var de usikre på hvem som skulle ta initiativ til LMG.

LMG oppleves som bra for brukerne. Forskerne konkluderte med at LMG var en forholdsvis ny måte å jobbe på og dette kunne innebære at arbeidsmåten måtte endres både individuelt og organisatorisk. For å kunne jobbe effektivt med LMG måtte alle profesjoner vite mer om de andres fag og kompetanse.

En annen studie (Bell, Granas, Enmarker, Omli, & Steinsbekk, 2017) utført i Norge, var en kvalitativ studie som brukte fokusgruppeintervju og telefonintervju som metode. Studien trakk frem tema som blant annet tverrprofesjonelle medisineringsvurderinger. Forfatterne så på legemiddelgjennomganger med både leger, sykepleiere og farmasøytter til stede.

Sykepleiere og farmasøytter trakk frem at de lærte mye av hverandre og de følte at de var avhengig av hverandre, fordi de utfylte hverandre med kunnskap rundt brukeren. Funnene fra studien viste at sykepleierne ikke hadde erfaringer med å bruke farmasøytene sin kunnskap og farmasøytene pekte på at de var avhengig av pasientopplysninger som var innhentet av sykepleierne. Detaljert informasjon om pasienten var viktig, sykepleieren måtte ha tid til forberedelser i forkant og det måtte være den samme sykepleieren som innhentet opplysningene som også presenterte disse ved legemiddelgjennomgangen. Det siste funnet var viktigheten av pasientens symptomer og medisinbruk. Etter hvert fikk sykepleierne mer kunnskap om farmakoterapi og ble dyktigere på observasjoner som hadde betydning for å vurdere effekt og bivirkninger.

En arbeidsrapport skrevet av Eines og Måløy (Eines & Måløy, 2016) så på legens og sykepleierens erfaringer når det gjaldt legemiddelgjennomganger og samstemning av legemiddellister til hjemmeboende eldre. Under analyseprosessen ble det identifisert ni ulike hovedtemaer: utfordrende sykdomsbilder som trenger tverrprofesjonell kompetanse, planlegging og organisering, krav om kompetanse, samarbeid mellom sykepleiere, leger og farmasøytter, rutiner, roller og ansvar, kommunikasjon og informasjonsutveksling, prioriteringer, forankring og faglig fokus hos lederne og til slutt gevinsten ved å jobbe tverrprofesjonelt. Alle ni hovedtemaene er beskrevet utfyllende i dokumentet. I konklusjonen var det trukket frem viktigheten av å fortsette arbeidet med å definere roller og ansvar. Det ble

også pekt på nytten av å ta med pasientene i hele prosessen og ikke bare i planleggingsfasen. Til slutt ble viktigheten av å øke kommunikasjonsflyten innad i eget yrke, på tvers av profesjonene og i tillegg på tvers av ulike behandlingsnivå fremhevet.

I en klynge-randomisert kontrollert enkeltblindet studie (Romskaug et al., 2019) utført i Norge, hadde de evaluert nytten av LMG foretatt i et samarbeid mellom geriater og fastlege. De så nærmere på pasienter som var over 70 år og som brukte flere enn syv faste legemidler. Forskerne i studien antok at de fastlegene som deltok i studien var interessert i legemiddelbruk hos eldre og dermed hadde de en aktiv holdning til optimalisering av legemiddelbruken. Funnene viste at det var få pasienter som brukte legemidler som var «uegnet» til de eldre pasientene. Seponering, ny forordning og dosereduksjon viste seg å bli gjort etter en detaljert klinisk vurdering. En grundig klinisk vurdering viste seg å være tidkrevende, og de akutte problemstillingene måtte ofte prioriteres. Funn avdekket at det kunne være vanskelig både for geriater og fastleger å sette av tid til fordypning i medisinlistene. Forskerne mente at det ikke alltid var seponering av medisiner som var det viktigste, men at effekten av å ha en aktiv holdning til optimalisering av den samlede legemiddellisten til pasient var like viktig. Direkte drøftinger var mer effektivt enn å sende henvisninger og epikriser mellom fastlegen og geriateren. Til slutt fremhevet de at LMG var et givende arbeid for legene og ved å jobbe med LMG ble legene systematiske og jobbet raskere.

3.2 Legemiddelbruk og pasientsikkerhet i LMG/LMS

I en kunnskapsoppsummering tok forskerne (Olsen & Devik, 2016) for seg 91 publikasjoner fra både forsknings- og utviklingsarbeid som var knyttet opp mot pasientsikkerhet og legemiddelbruk i den kommunale omsorgstjenesten. Publikasjonene viste til betydelige utfordringer når det gjaldt dokumentasjon, utveksling av informasjon og samhandling rundt legemiddelbruk. Informasjonsflyt kunne være krevende ved overflytting mellom omsorgsnivå og mellom helsepersonell. Det dokumenteres og rapporteres for dårlig, og avvik rapporteres ikke, dermed kunne man ikke lære av feil som ble gjort. Deres konklusjon var at for å sikre riktig legemiddelbruk ville systematisk og tverrfaglig LMG være viktig. Et samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt kunne være med på å avdekke legemiddelrelaterte utfordringer og dermed også redusere uhensiktsmessig behandling, dette viste både forsknings- og utviklingsprosjekter.

I en oversiktsartikkel (Hagesæther, Landmark, Neslein, & Granås, 2015) var hensikten å peke på legemiddelbruken til eldre og utfordringer i hvordan feil legemiddelbruk kunne oppstå og til slutt hvordan ideell behandling kunne tilstrebes. Bruk av legemidler uhensiktsmessig var en av de hyppigste årsakene til pasientskade for de eldre.

Artikkelforfatterne fremhever at utfordringene var på flere plan. Det var mange hensyn som måtte tas, for eksempel en endret fysiologi, noe som igjen kunne ha betydning for hvilket legemiddel som burde bli foreskrevet, og eventuell i hvilken dosering. En annen utfordring var selve legemiddelhåndteringen, og feil i legemiddelhåndteringen kunne bli gjort av både pasienten selv og av andre pårørende.

Forfatterne konkluderte med at det var utfordringer knyttet til gunstig legemiddelbruk og valg som hvorfor bruker settes på legemidlet, dosering, informasjon om legemidlet og samstemte legemiddellister burde sees nærmere på. Den totale legemiddelbelastningen, effekt og toleranse av legemidlet burde være i overensstemmelse med det som var hensiktsmessig.

I studien til Eines, Måløy og Ødegård (2018) så de på to hovedtemaer: pasientsikkerhet og effektivt samarbeid mellom leger og sykepleiere. Viktigheten av LMG og tett tverrprofesjonell kommunikasjon og samhandling var med på å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten som ble gitt. For å bygge og utvikle team rundt pasienten var det avgjørende å ha effektive kommunikasjonskanaler og samtidig ha et sterkere organisatorisk fokus. Funn viste at møter der alle parter var til stede, var betydningsfulle for utviklingen av effektive tverrprofesjonelle team. Forskerne var tydelige i sine funn, dersom ikke deltakerne i det tverrfaglige samarbeidet kommuniserte om LMG/LMS så hadde de ikke nok informasjon til å foreta en god LMG/LMS.

3.3 Pasient-/brukerperspektivet i LMG/LMS

I en kvalitativ fokusgruppe studie (Reeve, Low, & Hilmer, 2016) utført i Australia, ble 14 eldre og 14 pårørende inndelt i fire fokusgrupper. Utgangspunktet til studien var å se på den komplekse prosessen med å seponere medisiner, som kanskje kunne forårsake mer skade enn nytte. Når eldre skulle seponere medisiner måtte både den eldre selv og eventuelle pårørende være involvert i prosessen. Både de eldre og pårørende kunne ha ulik oppfatning av hvor nyttig medisinen var, sammenliknet med legen. Det oppstod også frykt for hva som kunne skjer når medisinen ble fjernet, så det å vite at medisinen kunne innsettes igjen om nødvendig, var et viktig moment i seponeringsprosessen. Forskerne fant ut at det måtte

forventes at det kunne trenes både tid og støtte, samt at en diskusjon som inneholdt en forklaring på hvorfor og samtidig hva brukeren kunne forvente seg etter at medisinen var seponert.

I en tverrsnittdeskriptiv studie i Spania (Montiel-Luque et al., 2017), deltok totalt 375 deltakere. Alle deltakerne var over 65 år og brukte mer enn 5 medikamenter. Forskerne brukte spørreskjemaer for å innhente data. De undersøkte livskvaliteten til de eldre og de brukte forskjellige skåringsverktøy når de innhentet svar fra deltakerne. Resultatene viste at det var nødvendig med tiltak for å forbedre overholdelsen, slik at deltakerne tok medisinen slik den var foreskrevet. Det var ønskelig å redusere feil ved medisineringsen for slik å kunne unngå mulige uønskede effekter på livskvaliteten. For å få til dette måtte de eldre deltakerne få mer informasjon om deres sykdomsbilde, relevansen av behandlingen og det måtte undersøkes om personlige dosesystemer kunne være et effektivt tiltak for noen. Personlige samtaler eller telefonsamtaler mellom helsepersonell og pasient kunne være strategier for å forbedre livskvaliteten i forhold til medikamenthåndtering.

3.4 Sykepleier ferdigheter i medikamentadministrasjon med tanke på LMG/LMS

I en tverrsnittstudie (Johansson-Pajala, Martin, Fastbom, & Jorsäter Blomgren, 2015) ble et spørreskjema brukt for å avdekke sykepleiernes legemiddelkompetanse. Spørreskjemaet ble sendt ut til 296 sykepleiere i Sverige. Halvparten av sykepleierne hadde deltatt på legemiddel observasjonskurs i forkant av at spørreskjemaet ble sendt ut. Funn viste at selv om mange av sykepleierne hadde deltatt på et universitetskurs i legemiddelobservasjon i forkant av denne studien, var ikke aktiviteten rundt gjenkjenning og vurderinger av bivirkninger økt. Teoretisk kunnskap og innhenting av informasjon var heller ikke blitt bedre. Med kurset økte sykepleierne selvrapportert kompetanse når det gjaldt legemiddelovervåkende aktiviteter allikevel. De utførte imidlertid ikke legemiddelobservasjoner oftere, viste journalnotater. Denne studien kunne tyde på at utdanning i seg selv ikke var tilstrekkelig for å øke legemiddelobservasjonen blant sykepleierne.

De finske forskerne (Luokkamäki, Härkänen, Saano, & Vehviläinen - Julkunen, 2021) laget en systematisk litteraturgjennomgang der de hadde fokus på sykepleiernes ulike ferdigheter når det gjaldt legemiddelhåndtering. De tok for seg 22 publikasjoner i gjennomgangen. Studien tok for seg ferdigheter, kompetanse og kunnskap til sykepleierne. Studien avdekket ulike og

dårlige eksempler på legemiddelhåndtering av sykepleiere generelt sett. Funn som blant annet ble avdekket i studien, var at ved bare 47,9% av tilfellene ble det sjekket om det var riktig pasient som fikk legemidlet.

Forskerne slo fast at det burde øves jevnlig på legemiddelhåndtering for å sjekke sykepleiernes ferdigheter og kunnskaper. Dette kunne gjøres ved å avholde en legemiddelhåndteringsprøve ca. hvert femte år. Det ble også trukket frem at sykepleierutdanningen ikke hadde nok undervisning om legemidler og legemiddelrelaterte problemer, men at dette var en livslang utdanning og at kravene gjerne var i endring hele tiden.

4.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg ta utgangspunkt i aktuelle retningslinjer, lovverk og teori som har relevans for oppgaven.

4.1 Legemiddelgjennomganger (LMG)

Ifølge Bell (2017) sin studie fantes det ingen etablerte rutiner for LMG i primærhelsetjenesten i Norge. Studien var skrevet i 2017 og fortsatt i dag er dette definert som en «bør oppgave» og ikke en «skal oppgave» for hjemmeboende eldre. Ifølge Helsedirektoratet sin veileder om legemiddelgjennomganger (2015) definerer de at legemiddelgjennomgang er en systematisk måte å jobbe på for å sikre kvaliteten på legemiddelbruken til den enkelte pasient, med tanke på å ivareta effekt og sikkerhet rundt dette med legemidler. Ifølge veilederen kan LMG gjøres enten av behandlende lege alene eller et team som er tverrfaglig bestående av sykepleier, farmasøyt og der legen også er en del av teamet. Det er også ønskelig at bruker/pasient er delaktig.

Det er legen som er ansvarlig for den endelige beslutningen rundt videre legemiddelbehandling for pasienten. LMG skal være basert på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå (fastlege, sykehus, hjemmesykepleie o.l.), samt relevante kliniske opplysninger som er innhentet fra samarbeidsparter (Helsedirektoratet, 2015). Samarbeidsparter kan være pårørende eller bruker/pasient.

Gjennomføring av legemiddelgjennomgang tar hensyn til pasienten, har pasienten effekt av legemidlet? Det tas blodprøver og andre tester som kan være hensiktsmessige. Det tas hensyn

til den eldre sine forandringer både fysiologisk og biologisk, det kartlegges eventuelle bivirkninger av legemidlene, tabeller for risikable og uhensiktsmessige legemidler sjekkes, administrasjons måte av legemidler vurderes og til slutt vurderes det om pasienten selv kan ivareta legemiddelhåndteringen (Statens legemiddelverk, 2021).

I Veilederen om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2015) finnes skjemaer og maler for hvordan en slik gjennomgang kan utføres. Den er skrevet på et enkelt og forståelig språk, og de kan være nyttig både for leger, sykepleiere og eventuelt farmasøyt.

4.2 Legemiddelsamstemning (LMS)

I de nasjonale faglige rådene fra Helsedirektoratet (2021) forklarer de legemiddelsamstemning som en metode der forskjellig helsepersonell i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende, samler en sikker og fullstendig informasjon om pasientens legemiddelbruk. Ved legemiddelsamstemning ønsker man i samarbeid med bruker/pasient å lage en presis og komplett liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker til enhver tid. Denne listen kalles pasientens Legemidler i bruk (LIB). Som utgangspunkt for samtalen med bruker/pasient bør man ta i bruk den beste tilgjengelige kilden til pasienten sine legemidler. Dette kan både være pasienten selv eller pårørende som har innsikt i legemiddelbruken. Pasienten bekrefter, justerer og supplerer informasjonen til den opprinnelige medisinalisten. Ved legemiddelsamstemning tar man ikke stilling til hvilke legemidler pasienten medisinsk sett bør bruke. Dette tas stilling til først etter at legemiddelsamstemning er avsluttet (Helsedirektoratet, 2021)

I Olsen og Devik (2016) trakk de frem at LMS og LMG henger sammen. Uten at det har vært gjort en god LMS vil LMG bli gjort på et galt grunnlag. Olsen og Devik trakk også frem at både LMG og LMS var avhengig av at det tverrfaglige samarbeidet var godt og at informasjonsutvekslingen var tilfredsstillende. Olsen og Devik refererte til at det på et nasjonalt plan hadde vært jobbet med utvikling og implementering av elektronisk verktøy i flere år. Disse elektroniske verktøyene skulle bidra til at kommunikasjonen mellom de ulike aktørene i LMG/LMS skulle bli bedre. I dag, i 2022, har kommunen som jeg har kjennskap til, ikke noe dataprogram der både leger, sykepleiere og farmasøyt kan samhandle. Muligheten til å kunne skrive i samme journalsystem angående legemidler vil vært et stort fremskritt, som hadde vært med på å øke pasientsikkerheten på dette området.

4.3 Sentrale føringer

Det finnes lover, forskrifter og veileder som regulerer legemiddelbruken til pasienter/brukere av helsetjenestene. Jeg vil her kort referere til noen aktuelle.

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Formålet med forskriften er å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering. Denne forskriften åpner også opp for tolkning og delegering av ansvaret når det gjelder legemiddelhåndtering, noe sykepleierne var kritiske til i studien Eines og Måløy (2016). Forskriften gjelder ikke hvis pasienten selv har legemiddelansvaret og det ikke er inngått en legemiddelavtale (Olsen & Devik, 2016).

Veileder om legemiddelgjennomganger, (Helsedirektoratet, 2015).

Veilederen er et tiltak for å bidra til bedre legemiddelbehandling for den enkelte pasient. Målet er å vurdere pasientens totale legemiddelbruk med hensyn til diagnoser, effekt og bivirkninger. Ved å gjennomføre systematiske legemiddelgjennomganger kan utilsiktede konsekvenser reduseres og håndteres (Helsedirektoratet, 2015).

Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021)

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for alle. Pasienter og brukere har etter loven rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen de oppholder seg i. Loven blir også beskrevet i studien til Olsen og Devik (2016). De beskriver retten til å føle respekt og tillitt ovenfor helse- og omsorgstjenesten, retten til innsyn i nødvendig og relevant informasjon i tillegg til retten til medvirkning.

Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2022) omhandler både pasientsikkerhet og forsvarlighet. Dette sees gjerne i sammenheng med den enkelte yrkesutøvers kompetanse og i tillegg er den situasjonsbetinget.

I månedsskiftet oktober /november 2021 ble det sendt ut et høringsutkast angående tilrettelegging i forhold til legemiddelgjennomganger og samstemning av legemiddellister (Helsedirektoratet, 2021). Det var Helsedirektoratet som sendte ut dette høringsutkastet til forskjellige læringsinstitusjoner, helseforetak, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester og andre organisasjoner som kunne komme med gode innspill. Når høringsutkastet er bearbeidet og godkjent vil det kalles «Nasjonalfaglige råd om LMG/LMS», det vil da erstatte Veilederen om legemiddelhåndtering (Helsedirektoratet, 2021).

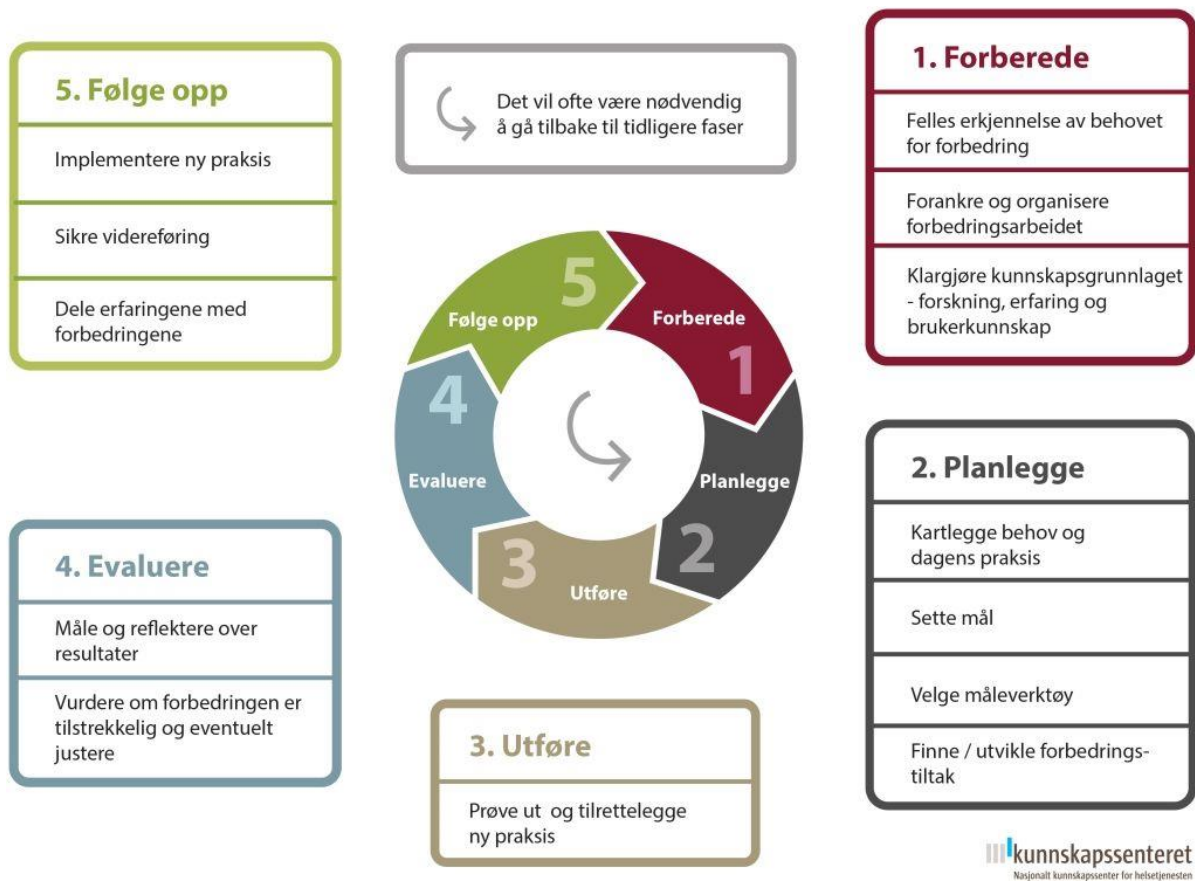
4.4 Kvalitetsforbedringsarbeid

Kvalitetsforbedringsarbeid er resultat av langsiktig, regelmessig og nøyaktig arbeid med kvalitet (Helse Nord, 2015). I Helse Nord's kvalitetsstrategi 2016-2020 trekker de frem at 70-90 prosent av forbedringsområdene ligger innenfor organisering i helsetjenesten, de resterende 10-30 prosentene ligger innen den faglige kompetansen. Helsepersonell skal ha muligheten til å gjøre en god jobb, men samtidig skal ledere i organisasjonen- på alle nivå ha fokus på kvalitetsforbedrende arbeid.

Et forbedringsarbeid innen LMG/LMS vil være viktig for å øke kvaliteten på tjenestene til den eldre befolkningen. For at arbeidet skulle kunne være vellykket må noen forutsetninger være på plass: forankring i alle ledd, måling om endring er reell forbedring og opplæring av ansatte også med tanke på å involvere brukerne i arbeidet (Konsmo et al., 2015).

Seksjon for kvalitetsutvikling ved Nasjonalt kunnskapssenter har utviklet en modell for kvalitetsforbedring. Første gangen modellene ble presentert var i 2007 og er blitt revidert flere ganger etterpå (Konsmo et al., 2015). Modellen kan brukes både i store og små forbedringsprosesser. I tillegg kan den brukes som ei huskeliste som er nødvendig for å sikre en gjennomføring av kvalitetsforbedringsprosessen. Det å jobbe med sirkelen vil være en systematisk måte å jobbe med forbedringsarbeid på (Konsmo et al., 2015).

Sirkelen består av fem trinn, som alle er viktige for prosessen. Alle trinn vil ha noe å si for om prosessen blir vellykket og det er ikke lurt å ta noen snarveier eller hoppe over trinn. I sirkelen er det piler som peker fremover, men det vil ofte være aktuelt å gå tilbake til tidligere faser. Fasene i sirkelen glir over i hverandre og arbeidet kan foregå i flere faser parallelt.



Modell for kvalitetsforbedring hentet fra Helsebiblioteket.no. Publisert 20.08.2015.

Et eksempel på bruk av kvalitetsforbedrings sirkelen er hentet fra rapporten til Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjeneste (2020) angående « Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms 2018-2019» der formålet med arbeidet var at det skulle være et forbedringsarbeid. Arbeidet med kvalitetssikring av legemiddelbruk skulle være med på å skape en mer forsvarlig og bedre hverdag for brukerne med tanke på en mest mulig gunstig legemiddelbehandling. Forbedringsmål for prosjektet var også å arbeide for økt kunnskap og ferdighet hos helsepersonell om legemidler generelt og LMG/LMS spesielt. I tillegg skulle det tas i bruk dokumentasjon i brukers elektroniske journal og det skulle utarbeides rutiner for LMG/LMS. I dette arbeidet ble kvalitetsforbedrings sirkelen brukt som metoder for forbedringsarbeidet.

Helseforetakene i Helse Nord har utarbeidet en handlingsplan «Helse Nord's kvalitetsstrategi 2016-2020» der tar de for seg ulike aspekter rundt dette med kvalitetstiltak, og der er pasientsikkerhet et av momentene. De refererer blant annet til pasientsikkerhetsprogrammet, men også tiltak som legemiddelsikkerhet tatt opp (Helse Nord, 2015). De refererer også til klinisk farmasi. Ved klinisk farmasi gjennomgår farmasøyt all legemiddelbruk til pasienten og samhandler i et tverrfaglig team med aktuelle samarbeidsparter videre i pasientforløpet.

Sykehusapotekforetakene i Norge jobber systematisk med kvalitetssikring både med LMS/LMG, informasjonsflyt til øvrige omsorgsnivåer samt å veilede pasienten for å sikre at legemiddelbehandlingen blir forstått av pasienten (Helse Nord, 2015).

4.5 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet, i trygge hender 24/7, er et nasjonalt sikkerhetsprogram. Pasientsikkerhetsprogrammet har tre overordnede målsettinger: redusere pasientskader, bygge permanente sammensetninger for pasientsikkerhet og jobbe for bedre pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015).

For pasientsikkerheten til de eldre vil regelmessige LMG og LMS ha stor betydning. I pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» (2015) har de utviklet flere tiltakspakker, der en av tiltakspakkene har fokus på riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Det er ekspertgrupper og aktuelle fagmiljøer som har utarbeidet disse tiltakspakkene. Tiltakspakkene bygger på evidensbasert praksis. På nasjonalt nivå er det Helsedirektoratet som har ansvaret med å følge opp tiltakspakkene og koordinere pasientsikkerhetsarbeidet. Tiltakspakkene videreføres som nasjonale faglige råd bestemt av Helsedirektoratet (2021).

Et av satsingsområdene er riktig legemiddelbruk (Aase, 2018) Tiltakspakke for «Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015) tar for seg legemiddelbruk på generell basis. Kort gjengitt er tiltakene: samstemning av legemiddellister og tverrprofesjonelle strukturerte LMG. Ved hjelp av observasjoner, vurderinger og dokumentasjon blir oppfølgingen av legemiddelforskrivningen sikrere og til sist etablerte i organiseringen, slik at LMS og LMG blir dokumentert og fulgt opp (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015).

Aase refererer til at det eksisterer noen forskjeller i rammebetingelsene knyttet opp mot pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetsprogrammet hadde obligatorisk oppmøte fra spesialisthelsetjenesten mens deltakelse fra primærhelsetjenesten var frivillig (Aase, 2018). Pasientsikkerhetsprogrammet har de siste årene jobbet med nasjonale kvalitetsindikatorer og dette arbeidet har først og fremst vært rettet mot spesialisthelsetjenesten (Aase, 2018). Kvalitetsindikatorer forteller noe om kvaliteten på det som undersøkes, en kvalitetsindikator måler kvaliteten på for eksempel helsetjenestene. Da undersøkes for eksempel disse tre indikatorene- tilgjengelige ressurser, pasientforløp og helsetjenestene til pasienten/brukeren.

Ved å se på disse i en sammenheng vil de kunne danne et bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten (Helsedirektoratet, 2022b).

I en oversiktsartikkel der studier var hentet fra Norge og internasjonalt, så forskerne på pasientsikkerhet i samband med legemidler og eldre (Hagesæther et al., 2015). Forskerne fremhevet at de eldre stod for en betydelig andel av det totale legemiddelforbruket. De eldre med sin høye alder vil ofte være utsatt for polyfarmasi som ytterligere økte faren for feil. De fysiologiske endringene som skjer hos de eldre kunne ha noe å si for opptaket av legemidlene. Administrasjonsmåten måtte vurderes hvis den eldre fikk for eksempel tørr hud og dårlig blodtilførsel til huden. Dette kunne hindre opptak av virkestoffer i for eksempel smerteplaster eller Exelon depotplaster mot Alzheimers. For å ivareta pasientsikkerheten bør en balanse mellom effekt og toleranse tilstrebes.

Ved å trekke frem pasientsikkerhet kommer man ikke utenom sykepleierens legemiddelkompetanse. I en tverrsnittstudie, der spørreskjemaer ble brukt for å avdekke sykepleierens legemiddelkompetanse, så forskerne nærmere på kunnskap, vurderinger, informasjon og gjenkjenning av eventuelle bivirkninger hos sykepleierne (Johansson-Pajala et al., 2015). I studien deltok 75 sykepleiere et universitetskurs for å forbedre sin legemiddelkompetanse, mens 93 sykepleiere ikke deltok på kurset. Seks måneder etter gjennomført kurs skulle sykepleierne svare via et spørreskjema om legemiddelkompetansen var økt. Det viste seg at de som hadde deltatt på kurset rapporterte at kompetansen var blitt bedre, men det ble ikke avdekket at antallet av relevante aktiviteter var økt i forhold til legemiddel. Det viste seg at utdanning ikke medførte at sykepleierne ble bedre i vurderinger og gjenkjenning av bivirkninger. Studien viser at pasientsikkerheten i forhold til legemiddeladministrering ikke nødvendigvis henger sammen med utdanning. Det ble referert til at det måtte gjøres videre studier for å finne ut hvorfor dette skjedde (Johansson-Pajala et al., 2015).

4.6 Kompetanse

Skau skriver at kompetansebegrepet kan deles inn i tre; teoretisk kompetanse, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (Skau, 2017). Disse tre delene er bundet til hverandre og påvirker hverandre. Til sammen utgjør disse tre den profesjonelle kompetansen. I den teoretiske kompetansen til sykepleiefaget ligger faktakunnskap, evidensbasert forskning, faglig kunnskaper og teorier. De yrkesspesifikke ferdighetene omhandler prosedyrer og

teknikker som brukes for å utøve faget. Den personlige kompetansen omhandler holdninger og verdier som gjør seg gjeldende i møtet med andre mennesker. Denne kompetansen er stadig under utvikling, og i samspillet mellom de mennesker vi møter vil den personlige kompetansen utvikles. Sentralt i dette er medmenneskelighet, selvinnsikt og empati, og gjennom refleksjon samt utveksling av tanker, utvikles kompetansen. Den personlige kompetansen danner grunnlaget for den profesjonelle kompetansen (Skau, 2017).

I LMG/LMS er den tverrprofesjonelle samhandlingen avhengig av at hver enkelt profesjonsutøver har tilstrekkelig kompetanse, men samhandlingen er også avhengig av den kollektive kompetansen til profesjonsutøverne. Profesjonsutøverne trenger kompetanse i både de rutinemessige arbeidsoppgavene og i utvikling av den kliniske virksomheten (Orvik, 2015). Orvik mener at kompetansebegrepet omhandler kunnskap og ferdigheter, men at denne kunnskapen og disse ferdighetene først blir synlig når de deles med andre (Orvik, 2015).

Både helsepersonelloven (2022) og studien til Olsen og Devik (2016) mener at yrkesutøvernes kompetanse er sentral i forhold til kravet om forsvarlighet og hvordan pasientsikkerheten skal ivaretas. Kompetanse er også et ledelses ansvar, der ledelsen skal ha et fokus på fagutvikling og kvalitetssikring av tjenestene som blir gitt (Eines et al., 2018)

4.7 New Public Management

New Public Management (NPM) blir også kalt bestiller-utfører-modellen, den kom inn i offentlig sektor på slutten av 90- tallet. Idelogien var å effektivisere og øke graden av tilfredshet hos pasientene (Orvik, 2015). NPM ble bygget på markedstenkning og konkurranse, og ønsket var å effektivisere offentlig sektor. Fritt brukervalg ble lansert der brukerne som hadde fått innvilget sin søknad til det offentlige, kunne velge om tjenesten skulle gis av hjemmetjenesten i kommunen eller fra en privat aktør. Det private næringsliv ble brukt som inspirasjon, der fokuset var å tildele tjenesteproduksjon det meste av ressursen og der administrasjonen skulle ha mindre av ressursene. Flere kommuner begynte arbeidet med å innføre denne organiseringen (Orvik, 2015). Ifølge Berg Wik som har gjengitt Hood og Dixon, så har deres forskning konkludert med at NPM har økt kostnadene og det har kommet flere klagesaker. I hverdagen for helsearbeidere oppleves det som at det brukes mer tid på skrivearbeid og å prøve å oppnå måletall som er satt. Det er mye kritikk av hvor skadelig NPM og markedstilpasning er, men det trengs mer kunnskap og forskning før sammenhengene kan forstås (Wig, 2018).

4.8 Samhandling mellom helsepersonell

Samhandling mellom helsepersonell er gjerne tverrfaglig. En tverrfaglig samhandling om legemiddelgjennomganger vil være et tiltak som omhandler både det generelle og det som er spesielt i den enkelte pasients helsetilstand og legemiddel bruk (Devik, Alteren, & Olsen, 2021). Et tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner angående LMG/LMS kan avsløre og begrense uhensiktsmessig legemiddelbruk.

Det tverrfaglige samarbeidet er utfordrende og både leger og farmasøyter har meldt om utfordringer med å sette av tid til felles møtepunkter (Bell et al., 2017). I Bell sin studie vises det til at primærhelsetjenesten har større utfordringer når det gjelder tverrfaglig samarbeid, sammenlignet med de samme yrkesgruppene når de jobbet på for eksempel sykehus. Dette på grunn av manglende nærhet til de andre teammedlemmene. Bell definerte ulike fremmere når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet og disse var både strukturelle og kulturelle.

Eksempler på fremmere er felles lokaliteter, skriftlige prosedyrer, felles dataprogram, tillit og ledelse (Bell et al., 2017). Sykepleierne opplevde at de måtte være presise og oppdaterte i overleveringen av informasjon på grunn av mangel på felles dataprogram.

I en annen norsk studie hadde de gjennomført fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere og farmasøyter for å finne erfaringer angående samarbeid om tverrprofesjonelle LMG (Halvorsrud et al., 2017). I studien ble oppfølgingen av pasienter gjengitt som mangelfull. Samarbeidet mellom profesjonene var mangelfulle da det ikke var utarbeidet rutiner og det heller ikke var avsatt tid til oppfølging for deltakerne. Deltakerne i studien fortalte om et haltende samarbeid der profesjonene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om de andre profesjonene sin kompetanse og roller. Profesjonsgruppenes arbeidsmåter var sterk koblet opp mot organisatoriske rammer og organisatoriske utfordringer hindret tverrfaglig samarbeid. Dette innebar at aktørene ikke hadde noen felles møte punkter der de jevnlig kunne møtes. De konkluderte med at økt kunnskap og utøvelse av tverrprofesjonelt samarbeid hadde et forbedringspotensial.

Samhandling kan også foregå mellom fastlege og geriater. Studien til Romskaug med flere (Romskaug et al., 2019) viser viktigheten av samhandling. Fastlegen sitter inne med noe informasjon om pasienten og geriater sitter inne med spesial kompetanse om den eldre pasienten. Sammen kan de optimalisere utfordringer knyttet til et økende legemiddelbruk hos de eldre. Sammen kan begge yrkesgruppene fordype seg i medisinalistene.

Samhandling foregår på mange forskjellige plan. Fra sykepleier-fastlege til samhandling som foregår mellom kommunene og helseforetakene. Men uansett på hvilket nivå samhandlingene foregår, er målet å danne et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, med brukeren i sentrum (Aase, 2018). For å få til en sikker pasientovergang må ulike profesjoner kunne samhandle om de praktiske utfordringene som kan oppstå (Aase, 2018). Samhandling mellom omsorgsnivåer og ulike helsetjenester utgjør en risiko for at det kan oppstå dårlig samhandling. Når brukere blir overført mellom omsorgsnivå kan uønskede hendelser skje. Samtidig kan elementer som god kommunikasjon og informasjonsflyt være med på å bidra til å redusere risikoen for uønskede episoder og bidrar til trygge overganger (Aase, 2018).

5.0 Metode

Jeg har valgt kvalitativ tilnærming med fokusgruppe som datasamlingsmetode. Kvalitativ metode passer godt til utforskning av samhandling og forståelse for ulike medisinske problemstillinger (Malterud, 2017). Jeg ønsket å se på sykepleiernes erfaringer med LMG og LMS, og ut ifra dette valgte jeg å bruke kvalitativ metode.

Som kvalitativ forsker må jeg tilstrebe tillit hos deltakerne og søke etter å oppnå en følelsesmessig nøytralitet. Jeg som forsker må prøve å være som de som studeres samtidig som jeg holder en viss distanse. Å være som en deltaker betyr at forskeren bør være følsom ovenfor deltakerne, men samtidig ikke bli emosjonelt involvert i deltakerne. Det vil være viktig å støtte deltakerne og lytte aktivt, men jeg som forsker skal ikke løse deltakernes problem eller diskutere personlige problem med dem. Dette kan være en hårfin balansegang skriver Polit og Beck (2020).

Kvalitativ metode er en forskningsmetode for å studere og presentere menneskers opplevelser og erfaringer (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2017). Jeg ønsket å utnytte samhandlingen i gruppen med bakgrunn i at deltakerne hadde erfaring fra LMG.

Fokusgruppene var planlagt og ved hjelp av intervjuguiden ble det diskusjoner i gruppen som ga meg tilgang til informasjon om emnet på en økonomisk fordelaktig måte (Polit & Beck, 2020)

Kvale med kolleger (2017) fremhever muligheten for å få kunnskap om nye aspekter rundt et fenomen når man bruker fokusgruppe som metode. Jeg ønsket å innhente erfaringer og ny kunnskap rundt dette med LMG. De spørsmålene som jeg stilte kunne starte en

refleksjonsprosess hos deltakerne, intervjuet kunne også sees på som en læringsprosess for både intervjuer og intervjudeltakere (Kvale et al., 2017).

5.1 Rekruttering

Søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste for personvern) ble sendt og godkjent (vedlegg nr. 5) før jeg sendte brev til kommunalsjefen i en kommune i Norge og ba om tillatelse til å gjennomføre mitt prosjekt. Jeg sendte søknaden pr. post og gav informasjon om studien (vedlegg nr. 1). Jeg ba om tillatelse til å ta kontakt med avdelingslederne i hjemmetjeneste soner og at de kunne være behjelpelig med å rekruttere deltakere. Avdelingslederne fikk informasjonsskriv om deltakelse (vedlegg nr. 2) i studien samt informert samtykke (vedlegg nr.2). Disse skjemaene fikk jeg tilbake i en lukket konvolutt av de avdelingslederne som hadde rekruttert deltakere.

Det har vært vanskelig å rekruttere deltakere. Jeg har purret på avdelingslederne mange ganger og gitt nye frister for når jeg måtte ha navn på de deltakerne som ønsket å delta.

Etter mye jobbing ble seks deltakere rekruttert. Jeg hadde tre deltakere i hver fokusgruppe. Dette er et lite antall deltakere. I Polit og Beck anbefales det grupper på seks til 12 deltakere men mindre grupper kan også fungere (Polit & Beck, 2020).

For å prøve å øke antall deltakere hadde jeg på et tidspunkt kontakt med en annen kommune om muligheten for å rekruttere deltakere, men dette valgte jeg bort med tanke på den begrensede tiden jeg hadde til rådighet.

5.2 Utvalg

Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at deltakerne var sykepleiere som arbeidet med hjemmeboende eldre, at de hadde erfaringer med LMG/LMS og arbeidet i stillinger på minimum 70 %. Intervjuene ble gjennomført i oktober 2021.

Det var fem kvinner og en mann som deltok i fokusgruppene. Jeg har i denne masteroppgaven valgt å kalle mine deltakere for sykepleier 1, sykepleier 2, og så videre for å anonymisere deltakerne. To deltakere var mellom 30 og 39 år, og fire deltakere var mellom 50 og 59 år. To av deltakerne hadde 6 til 10 års erfaring fra kommunehelsetjenesten, to hadde 16 til 20 års erfaring og de to siste hadde over 21 års erfaring. Deltakerne hadde erfaring fra både sykehus

og hjemmetjenesten. Noen hadde mer erfaring med LMG enn andre. Alle deltakerne var utdannet sykepleiere, og fem hadde etter- og videreutdanninger, mens en hadde masterutdanning. Alle deltakerne hadde stilling i hjemmetjenesten på det tidspunktet intervjuene ble gjort. Av hensyn til anonymitet ønsker jeg ikke å gå nærmere inn på bakgrunnsopplysninger til deltakerne.

5.2.1 Kontekst

Kommunen jeg har valgt å undersøke er en landkommune med ca. 5500 innbyggere i 2022, utviklingen fram mot 2050 viser ingen økning i antall innbyggere. Av innbyggerne i 2022 er ca. 500 personer over 65 år, og frem mot 2050 vil denne andelen øke da kommunen har en stadig aldrende befolkning. I løpet av de neste 20 årene vil aldersgruppen 80 år og eldre nesten dobles (Statistisk sentralbyrå, 2021). Ved å spørre hjemmetjenestesonene i kommunen innhentet jeg tall som viste at ca. 250 personer mottok hjelp fra det kommunale hjelpeapparatet, her er det ikke tatt hensyn til alder. Det er tre hjemmetjenestesoner i kommunen, og deltakere i fokusgruppene jobbet i to av disse.

5.3 Fokusgruppe som datainnsamlingsmetode

Jeg valgte fokusgruppeintervju fordi jeg ønsket å få frem samhandling og dialog mellom de som deltok. Samhandling og dialog fremheves som en fordel som fokusgruppeintervju har i motsetning til et individuelt intervju (Malterud, 2017).

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med sykepleiere fra valgt kommune. I begge intervjuene var det tre deltakere, meg som moderator og en sekretær. Sekretæren som hjalp meg, tar master i sykepleiefagligforydypning retning distrikt. Hun har hatt samme forelesning om metode som meg og innehar samme utgangspunkt. Malterud anbefaler at det brukes sekretær. Sekretæren noterte ned om det var flyt i samtalen, hvordan stemningen i gruppen var og andre forhold som ikke vil komme klart frem på lydfilen (Malterud, 2017).

Ønsket var å ha alle mine seks informanter i et fokusgruppeintervju, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av logistikkproblemer. Jeg ønsket primært å ha deltakerne på intervju de dagene de hadde jobb, slik at det ikke skulle gå utover fritiden. Sykepleierne hadde andre møter og avtaler som det skulle klaffe med, turnuser er gjerne skrevet slik at sykepleierne er spredt utover hele uken og ikke er på jobb samtidig. En deltaker som hadde fri denne dagen

mente at det var viktig å delta, så hun kom selv om det var hennes fridag. Disse momentene gjorde at det bare ble tre deltakere på hvert fokusgruppeintervju.

I Polit og Beck (2020) refereres det til fire utfordringer som kan oppstå på grunn av gruppedynamikken i et fokusgruppeintervju. Jeg som forsker må se på både det tematiske innholdet, men også hvordan samtalen rundt temaene utvikles under intervjuet. Den første utfordringer vil være hvis spørsmålene bare får frem synspunktene til en eller to av intervjugruppens medlemmer. Her fulgte jeg med slik at alle deltakerne fikk sagt det de mente, og når noen av deltakerne i intervjusituasjonen ikke sa så mye, henvendte jeg meg direkte til deltakeren og spurte om vedkommende hadde noe å tilføye. På den måten fikk jeg alle med i samtalen. Den andre utfordringen er ifølge Polit og Beck (2020) at den første utfordringen kunne oppstå i flere grupper, dersom jeg intervjuet flere grupper. Jeg valgte å dele informantene i to grupper i denne studien, så utfordringen var reell for meg, og jeg måtte ta hensyn til den. I begge fokusgruppen måtte jeg henvende meg til deltakere for å spørre om de hadde noe de ville utdype. Den tredje utfordringen Polit & Beck tar opp er mulige forskjeller i gruppen med hensyn til egenskaper og/eller erfaringer, fordi disse kan påvirke diskusjonen i gruppen. Dette var et aktuelt spørsmål knyttet til begge mine fokusgruppeintervju, fordi noen hadde mer erfaring med LMG enn andre. Dette løste deltakerne selv veldig fint med at de var lyttende til hverandre og supplerte utsagn underveis. Det fjerde punktet som Polit og Beck (2020) tar opp, er at deltakerne kan komme til å styre prosessen mer enn moderator. Før intervjuet startet ba jeg alle om å si det de hadde på hjertet, og om å opptre med respekt overfor hverandre og være lyttende. Dette synes jeg fungerte greit.

Som moderator måtte jeg ikke ta en for aktiv rolle, jeg måtte være reflektert over min egen rolle og mine egne erfaringer (Polit & Beck, 2020). Jeg prøvde å ha disse punktene/utfordringene med meg når jeg gjorde intervjuene og jeg erfarte at det var nyttig å være bevisst på disse utfordringene på forhånd.

Mine fokusgruppeintervju varte i cirka en time, og antall spørsmål ble tilpasset tiden. Jeg valgte ca. en time da det vil være en passelig lengde, både fordi deltakerne kunne være travle og ikke hadde mer tid å avse. I tillegg skulle det være overkommelig å transkribere og analysere i ettertid.

Det var viktig at det ble brukt lydopptak og ikke håndskrevne notater, både for at lydopptak ikke vil bli påvirket på samme måte som håndskrevne notater kan, og samtidig vil en ved bruk

av lydfiler unngå for eksempel hukommelseshull, som håndskrevne notater kan resultere i (Polit & Beck, 2020).

Å finne lokaler som var egnet for intervju og der intervjuet ikke kunne bli avbrutt var viktig, men under et av mine lydopptak kom det inn en avdelingsleder. Hun ble like overrasket som de som var delaktig under intervjuet og den ordvekslingen som oppstod har jeg slettet fra transkripsjonen. Jeg kan ikke utelukke at denne avbrytelsen hadde noe å si for konsentrasjonen til deltakerne.

Under intervjuene valgte jeg å innta en lyttende rolle under hvert spørsmål i istedenfor å flytte fokuset mentalt over på det neste spørsmålet som jeg skulle stille. Jeg valgte å prøve å skape en atmosfære som tok vare på deltakerne, mer om dette under avsnittet om forskningsetiske vurderinger.

I tillegg snakket jeg og sekretæren min både før intervjuene og rett etter intervjuene om hvordan det opplevdes å være i denne nye situasjonen, siden hverken jeg eller sekretær hadde gjort dette før. Vi utvekslet tanker om intervjuet og kom opp med ideer for hvordan intervju nummer to kunne gjøres bedre. Sekretæren skrev ned umiddelbare tanker under begge intervjuene.

Mellom intervju nummer en og to sendte jeg transkripsjonen inn til veileder og fikk gode råd for hvordan jeg kunne forbedre ledelsen av fokusgruppen til neste intervju. Begge intervjuene ble sendt til veileder som har gått igjennom dem, for å se at jeg ikke hadde oversett viktige data i studien.

5.4 Transkribering

I følge Malterud (2017) vil geografi, dialekt, deltakernes alder, og spesifikke hendelser være momenter som kunne være med på å øke muligheten for gjenkjennelse, dette måtte jeg ta hensyn til når jeg skulle transkribere. Ved å gjengi for eksempel spesifikke steder og hendelser og kjønn kunne deltakerne bli gjenkjent. Jeg transkriberte ordrett det som ble sagt, Jeg passet på å ikke miste viktig informasjon og ikke endre på det som ble sagt under intervjuet. I følge Malterud vil slike endringer kunne svekke troverdigheten (2017). Jeg hørte igjennom opptaket flere ganger når jeg var usikker på om jeg hadde hørt rett. Detaljer som latter, «ja», «hm» ble skrevet inn. Oppstod det pauser ble dette skrevet inn som pauser. Avbrytelser markerte jeg også inn i teksten, det samme gjorde jeg hvis diskusjonen sporet av.

Lyden på opptakene var klar og tydelig under begge intervjuene. Begge intervjuene ble hørt på i sin helhet flere ganger for å dobbeltsjekke at jeg hadde fått med alt, samtidig som jeg leste igjennom den transkriberte teksten.

Allerede da jeg transkriberte la jeg inn pseudonymer for mine deltakere, de fikk «navn» som sykepleier 1, sykepleier 2 og så videre. Dette vil være med på å anonymisere hver enkelt deltaker (Malterud, 2017). Jeg begynte arbeidet med transkribering rett etter at jeg var ferdig med det første fokusgruppeintervjuet, og ventet dermed ikke på at intervju nummer to skulle bli utført. Dette fremhever Polit og Beck også som svært viktig, ved å gå i gang straks med transkriberingen vil viktige momenter ikke forsvinne (Polit & Beck, 2020). Går det for lang tid, kunne viktige momenter ha forsvunnet.

5.5 Analyse

Analysen skulle hjelpe meg som forsker med å finne fokuset i forskningsspørsmålene som jeg hadde stilt. Det datamaterialet som jeg hadde samlet under mine fokusgruppeintervju og forskningsspørsmålene som jeg hadde formulert viste meg at mine spørsmål var meningsfulle og at de var mulige å gi et svar på (Malterud, 2017). Samtidig måte jeg være åpen og fleksibel, og ikke være redd for å justere hvis det var nødvendig, for i kvalitative studier er fleksibilitet nyttig og gjerne påkrevd (Malterud, 2017).

Det å analysere et datamateriale kan gjøres på flere forskjellige måter. Jeg har valgt å bruke tematisk innholdsanalyse i mitt analysearbeid og vil bruke Braun og Clarke (2006) sin analysemetode som utgangspunkt. Braun & Clarke trekker frem at en tematisk analyse er en metode som brukes for å kunne definere, analysere og rapportere mønstre eller temaer i ett datamateriale. Tematisk analyse som metode tar ikke utgangspunkt i mengden av rådata, men mer i innholdet i rådataen.

Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse har seks analysefaser som jeg nå skal redegjøre for. Ifølge Braun og Clarke består første fase i å lese igjennom datamaterialet og gjøre seg kjent med det. Ved å lese igjennom minst en gang, vil forskeren begynne analysearbeidet med å få ideer til koding og mulige mønstre vil formes mens man leser. Forskeren tar notater og skriver ned ideer for mulig koding som forskeren kan gå tilbake til i senere faser. I denne fasen hørte jeg nøye gjennom lydfilene og hadde gjennomlesning av hvert intervju. I et notat noterte jeg ned foreløpige viktige momenter som i ettertid kunne bli koder og mønstre.

Ifølge Braun og Clarke gjør man i fase to en organisering av de første kodingene for datamaterialet. I denne fasen foretas det en koding av data, kodene beskriver kort hva dataene handler om. Individuelle utdrag kan kodes på flere forskjellige måter og passe inn i forskjellige temaer. I denne fasen tok jeg fatt på transkriberingen. Jeg skrev koder i margen når jeg leste igjennom materialet og tenkte ikke på antall koder. Kodene var stikkord eller kombinasjoner av flere ord som jeg skrev i margen og som beskrev mine data.

I tredje fase skal man ifølge Braun & Clarke (2006) samle kodene i overordnede temaer. Forskeren ser over kodene på ny og finner liknende koder som kan inngå i overordna temaer og undertema. I denne fasen har jeg brukt A3 ark for å lettere organisere lignende koder under passende tema. Jeg sammenstilte mine foreløpige kommentarer som jeg hadde ute i margen ved å sette kommentarene sammen der de hørte hjemme. Eksempel kunne være mangel på tid, rutiner eller bemanning. Noen av kodene falt naturlig inn under et tema. En gruppe valgte jeg å kalle for diverse da disse ikke passet inn i noen av de andre temaene, men samtidig vil jeg ikke helt slippe dem. Disse kunne bli aktuelle når koding og tematiseringen ble finjustert videre i arbeidet med analysen. Her begynte jeg å få en følelse av hvilke temaer som kunne bli viktige i mitt videre arbeid.

I Braun og Clarkes fjerde fase (2006) må forskeren vurdere om temaene enten har for lite data til å støtte et tema og /eller om det var tydelig at temaene var naturlig å slå sammen. Jeg vurderte mine tema inngående for å se om de kunne stå slik eller om det måtte justeringer til. Jeg vurderte også om det måtte omkoding til, noe som ikke er uvanlig da koding er en pågående prosess ifølge Braun & Clarke. Jeg tok frem arket mitt og så kritisk over mine foreløpige temaer. Jeg stilte meg spørsmål som: bør jeg endre på noen av temanavnene, og bør de brytes opp i undertema? Passer de kodede data under dette temaet eller bør de flytte til et annet tema ?. Denne gjennomgangen endte i at jeg flyttet på noen utsagn til andre temaer, da jeg syns at de passet bedre der.

I fase fem i Braun og Clarke sin tematiske analyse (2006) begynte arbeidet med å definere kjernen i temaene. På den ene siden må forskeren definere historien til hvert enkelt tema og til slutt vurdere om temaene passer inn i helheten slik at det ikke blir for mye overlapping. Her vil man kunne se om hovedtemaer har naturlige undertema eller ikke. På slutten av denne fasen skal temaene tydelig kunne defineres. Braun og Clarke viser til en test som kan gjøres for å avsløre om presiseringen er tydelig, - om omfang og innhold i hvert tema kan beskrives med to setninger vil temaet være tydelig og presist. Kan man ikke det må det ytterligere

presisering til. Jeg jobbet med å formulere klare og treffende navn og noen tema fikk et mer beskrivende navn, for eksempel ble «erfaringer» til «mangelfulle rutiner» da det egentlig var det informantene hadde snakket om. Under dette arbeidet fikk jeg hjelp fra veileder til å sortere mine temaer og finne treffende navn på temaene.

I fase seks i Braun og Clarke (2006) vil forskeren gjengi tilstrekkelige argumenter for at akkurat de temaene ble valgt. Forskeren forteller den kompliserte historien om dataene på en måte som viser leseren om gyldigheten i analysen, ifølge Braun og Clarke. Det skal trekkes frem eksempler som viser og lett kan identifiseres med det valgte temaet.

I denne fasen valgte jeg gode sitater fra deltakerne som kunne underbygge innholdet i tema og under tema.

Utsagn	Kode	Tema
<i>«I forhold til hjemmeboende har vi ikke noen rutiner.»</i>	Manglende rutiner for gjennomføring av LMG/LMS.	Sykepleiernes tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministrasjonen i fravær av felles rutiner.
<i>«...det må også settes av tid til sånne ting, det må være i system, ellers blir det faktisk ikke gjort»</i>	Mangel på tid Organisering	Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS
<i>«vi kartlegger jo brukerne så sender vi gjerne en PLO om at nå har vi gjort de og de observasjonene»</i>	Kartlegging PLO	Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS

Analysen resulterte i disse hoved- og undertemaene:

Hovedtema	Undertemaer
Roller og ansvar i det tverrfaglige samarbeidet rundt LMG/LMS	Deltakernes syn på legens rolle og ansvar Sykepleiernes syn på og ansvar for LMG/LMS Farmasøytens/tilsynsfarmasøytens rolle
Sykepleierens tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministreringen i fravær av felles rutiner	Manglende rutiner for gjennomføring av LMG/LMS Sykepleiernes tiltak for å sikre kvalitet i legemiddeladministreringen
Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS	
Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS	Mangel på tid, bemanning og organisering Mangel på forankring i ledelsen

5.6 Forskningsetiske vurderinger

NSD har godkjent min prosjektskisse, referansenummer 971142 (vedlegg nr. 5). Alle som arbeider med forskning, må forholde seg til etiske spørsmål og til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Etiske problemstillinger vil prege hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og man bør ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige studien er ferdig (Kvale et al., 2017). Som forsker vil jeg ha ansvaret for å ha tenkt igjennom mulige konsekvenser for deltakerne i studien, men også konsekvenser for den gruppen de representerer (Kvale et al., 2017) Da er det viktig at jeg som intervjuer er oppmerksom på at jeg ikke krenker mulige etiske grenser hos de jeg intervjuer.

Både avdelingsledere og deltakere mottok skriftlig informasjon om studien, både dens hensikt, inklusjonskriterier, retten til å kunne trekke seg og andre opplysninger som lå til grunn for å melde seg som deltaker. Samtykkeerklæring ble underskrevet (vedlegg nr.2) og muntlig informasjon ble på ny gitt før intervjuene startet. Jeg gjentok at det var frivillig å

delta i studien og at deltakerne kunne trekke seg når det måtte være før innlevering av oppgaven uten at det ble konsekvenser for dem. Hver enkelt fikk et informasjonsskriv, som de kunne ta vare, på der opplysningene om hvordan de kunne trekke seg var skrevet ned. I tillegg var det i informasjonsskrivet opplyst hvem som var personvernombud på UiT, dersom det skulle være aktuelt å ta kontakt med vedkommende. Deltakerne ville være i behov av å vite hvordan de eventuelt kunne trekke seg fra studien og at personvern og anonymitet vil bli ivaretatt uten risiko for at deltakerne skulle kunne bli gjenkjent (Malterud, 2017).

Det er også viktig at deltakerne har nok kunnskap om hvordan datamaterialet samles inn og håndteres etterpå (Malterud, 2017). Mine deltakere fikk informasjon om studiens formål og hvordan gjennomføringen vil være, en av deltakerne ringte meg for å stille spørsmål før intervjuet. Det var viktig at deltakerne kjente til prosjektet så godt at de kunne ta stilling til om de ønsker å delta eller ikke (Malterud, 2017)

Kvalitative studier, som min, krever at dialogen og samspeillet mellom deltakerne og forskeren blir av en personlig karakter, der gjensidig respekt og tillit vil være en av betingelsene. Kvale med kolleger (2017) skriver at jeg som intervjuer og intervjupersonene vil måtte forholde oss til hverandre og at vi vil kunne påvirke hverandre både negativt og positivt. Kunnskapen som kommer frem i fokusgruppeintervjuet vil være avhengig av atmosfæren som skapes mellom deltakerne, moderator og sekretær. At alle føler seg trygge på hverandre og tørr å si det de mener, er helt avgjørende for at fokusgruppeintervjuet skal fungere (Kvale et al., 2017). Jeg som forsker må behandle informasjon på en tillitsvekkende måte. Det betyr ikke at jeg som forsker trenger å vise mine tolkninger til deltakerne ei heller at jeg trenger å være enig med deltakerne i alle deres uttalelser (Malterud, 2017, p. 212).

Velgjørhetsprinsippet i kvalitative studier ser på risikoen for å skade deltakerne minst mulig (Kvale et al., 2017). I min studie reflekterte jeg over ulike scenarier som kunne innebære ulemper for deltakerne. Deltakerne sine personlige grenser avgjorde hvor mye de vil snakke om for eksempel egne følelser.

Når temaene plutselig dreide over på andre tema som ikke omhandlet undersøkelsen min, la jeg ikke opp til videre dialog. Et «asymmetrisk forhold» er forholdet mellom intervjuer og deltakerne, beskriver Kvale og Brinkmann (2017). Min oppgave var å spørre ut deltakerne og disse skulle svare. Jeg som intervjuer brukte intervjuguiden (vedlegg nr. 4) aktivt for å komme inn på tema som jeg ønsket å snakke om.

5.7 Personvern hensyn

Anonymitet er ivarettatt på en slik måte at det ikke skal være mulig å gjenkjenne deltakerne. I opptakene er ingen bakgrunnsopplysninger med. Under transkriberingen fikk deltakerne navn som sykepleier 1, sykepleier 2 og så videre. Dialektuttrykk ble omskrevet til bokmål, uten at det gikk utover innholdet i utsagnet (Kvale et al., 2017).

I studien etterspør jeg erfaringer med LMG/LMS til eldre, jeg oppfordret deltakerne til ikke å dele taushetsbelagt informasjon om tredje part.

Samtykkeerklæringene og det transkriberte materialet har hele tiden vært inne låst i et skap på kontoret som bare jeg har nøkler til. Etter at prosjektet er avsluttet blir alle personopplysninger og lydopptak slettet. Jeg tok opp intervjuene ved hjelp av mobiltelefon og nettskjema- diktafonappen. Denne tar hensyn til UiT sine retningslinjer for oppbevaring av datamateriale. Som jeg skrev i prosjektskissen min, er nettskjema et web-basert verktøy for spørreundersøkelser, flervalgsoppgaver, påmeldinger og datafangst i forskningsprosjekter. Nettskjema er en sikker løsning for datainnsamling og som student har jeg fri tilgang via mobilappen Nettskjema-diktafon (Norsk senter for forskningsdata, 2022). Jeg har også forholdt meg til de gjeldende retningslinjer som UiT har utarbeidet med tanke på personvern. Transkriberingen ble gjort direkte fra lydfiler og uten mellomlagring. Samtykkeerklæringene ble oppbevart innelåst.

5.8 Brukermedvirkning

For å innhente kunnskap om brukermedvirkningen angående LMG/LMS tok jeg kontakt med en pensjonistforening. På et av medlemsmøtene til foreningen fikk jeg komme og fortelle om mitt masterarbeid. Jeg hadde en kort presentasjon av meg selv og introduksjon om LMG/LMS.

Jeg stilte spørsmål om det var mange som hadde hatt LMG/LMS sammen med legen det siste året, det var en av ca. 40 pensjonister som rekte opp handa. Jeg hørte at noen hvisket til sidemannen at det hadde de aldri hatt. Vedkommende som rakk opp handa fortalte at han hadde hatt en gjennomgang sammen med den nye fastlegen da han skiftet fastlege.

Mitt utgangspunkt for dette møtet var å gjøre pensjonistene oppmerksom på at det er lov å stille spørsmål til fastlegen om en LMG/LMS. Det er lov å ta diskusjonen med fastlegen om hvilke medisiner som skal brukes, om doseringene er riktig og ved hvilke indikasjoner

legemidlene brukes. Jeg fikk gode tilbakemeldinger da jeg var ferdig, flere mente at de ikke hadde vært oppmerksom på dette og at de alltid hadde stolt blindt på legen og aldri hadde stilt spørsmål. Andre sa at de hadde fått noe å tenke på som de skulle snakke med sine pårørende om.

Møtet med pensjonistforeningen gav meg et lite innblikk i hvordan LMG/LMS utføres i kommunen, og det gav meg innspill og indikasjoner på at dette arbeidet kanskje ikke blir utført. Deltakerne på møtet hadde i alle fall ikke kjennskap til at det ble gjort.

Studien til Reeve med flere (2016) trekker også frem viktigheten av brukermedvirkning. Enten skal brukeren selv, eller pårørende bli tatt med på råd når det gjelder legemiddelbruk. Det ble påpekt at en diskusjon med legen om hvorfor vedkommende skulle slutte med medikamentet var nødvendig. Tid og støtte ble også fremmet som viktige faktorer i arbeidet med avskrivning av medikamenter (Reeve et al., 2016).

Brukermedvirkning stopper opp når pasient selv ikke kan være med, skriver Halvorsrud med kolleger (2017). Da er det viktig at sykepleier inntar den rollen som er forventet i en LMG/LMS, ifølge Halvorsrud.

Montiel- Luque med kolleger (2017) forsket på legemidler og livskvalitet for den eldre. Hvis tiltak ble gjort slik at overholdelsen i forhold til det å ta legemidler ble bedre vil det være med på å øke livskvaliteten. Tiltak kunne for eksempel være økt informasjon om sykdomsbildet, nødvendigheten av å bruke legemidlene og forenkling av doser. I tillegg kunne kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker bli bedre.

6.0 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra studien min. Analysen resulterte i fire hovedtema med åtte undertema.

6.1 Roller og ansvar i det tverrfaglige samarbeid rundt LMG/LMS

Deltakerne gav uttrykk for at både lege, sykepleier og farmasøyt har roller i det tverrfaglige samarbeid rundt LMG/LMS.

6.1.1 Deltakerens syn på legens rolle og ansvar

Ingen av deltakerne jeg intervjuet var usikre på hvem det var som hadde ansvaret for LMG/LMS, både medisinsk, faglig og juridisk. Deltakerne var tydelige på at det var legen som hadde hovedansvaret for at LMG/LMS ble utført. Ifølge deltakerne var det fastlege eller pårørende som henvendte seg til hjemmetjenesten når det var behov for at en bruker fikk hjelp til medisinadministrering. Deltakerne fortalte at det var legen som hadde ansvaret med å bestemme hvilken medisin, hvilken styrke og hvor ofte legemidlene skulle tas.

«Tenker jo at det er legen sitt øverste ansvar uansett å følge opp brukerne[...] men jeg tror vi påtar oss et ekstra ansvar, det tror jeg jo, for å minne legen på at det er tid for LMG på bakgrunn av div observasjoner som vi gjør» Sykepleier 1.

«Det er jo allikevel legen som har det siste ordet slik vi gjør det i dag, for det er jo legen som skal bestemme hva som skal stå og hva som ikke skal stå på legemiddellistene» Sykepleier 1.

Samtidig som sykepleierne var klar over at det var fastlegen sitt ansvar når det gjaldt LMG/LMS, ønsket de ikke å ta på seg for mye ansvar. Det de beskrev var at de minnet legen på at det var tid for LMG, dette gjerne etter at sykepleierne hadde tatt observasjoner som tilsa at det var nødvendig. Deltakerne fortalte at det var gjerne de som oppdager uoverensstemmelser mellom medisinlister og det var de som tok kontakt med fastlege for vurdering av hvilke medisiner brukeren skulle ta.

Deltakerne gav uttrykk for at LMG ikke var i fokus i kommunen, fastleger tok ikke initiativet til at LMG ble gjort. Epikriser fra sykehus gikk både til hjemmetjenesten og fastlegen, men fastlegen tok sjelden kontakt med hjemmetjenesten for å høre om legemiddelendringene var fanget opp, selv om fastlegen satt med ansvaret for at brukeren fikk de rette medikamentene.

Noen leger [...] synes jeg er flinke til å sende melding [PLO]¹, for alle de som vi administrerer medisin til, der får jo legene medisinansvarsavtalen vi har laget og da har dem jo skrevet under på at dem skal melde om endringer og sånne ting. Men det er jo ikke alle som gjør det[...] men det vet man jo ikke alltid hvorfor. Sykepleier 4.

En medisinansvarsavtale er en avtale skrevet under av fastlege, sykepleier i hjemmetjenesten og brukeren. Deltakerne fortalte om at denne forpliktet til et samarbeid rundt medisinene til de aktuelle brukerne. Deltakerne opplevde at noen leger var flinke til å sende

¹ PLO er en elektronisk melding som omhandler samhandling mellom hjemmetjenesten, legen eller også sykehusavdelinger. Meldingene sendes over helsenettet, som er trygt når det gjelder å handtere personopplysninger (Brattheim, Hellesø, & Melby, 2016)

medisinendringer til hjemmetjenesten som delte ut legemidlene, mens andre leger ikke var så flinke til å følge opp.

Under fokusgruppeintervjuene kom det også frem at deltakerne kunne ta initiativet til LMG. Deltakerne mente at LMG var viktig og at de som en del av helsetjenesten til brukerne kunne formidle til legetjenesten at det var ønskelig med LMG.

Deltakerne trakk frem at om fastlegene ikke visste at hjemmetjenesten hadde et ønske om at det ble utført LMG, vil det ikke bli gjort. Når deltakerne tok kontakt med fastlege om at det var ønskelig med LMG, hadde legen to valg han kunne enten gi tilbakemelding til hjemmetjenesten om at det var ønskelig med en fysisk legetime eller at legen ønsket å ta en egen gjennomgang på legekantoret uten observasjoner/målinger eller andre innspill.

6.1.2 Sykepleierens syn på eget ansvar for LMG/LMS

Alle deltakerne mente at LMG og LMS var til det beste for pasientene og at ved å bruke LMG/LMS aktivt vil de eldre kunne oppnå bedre helse, og overforbruk av medisiner kunne elimineres. Både når det gjaldt å seponere medisiner som ikke var nødvendig, men også å finne ut hvilke medisiner som virkelig var nødvendig. En deltaker fortalte at LMG/LMS var: *«[LMG er]Til pasientens beste, ryddighet, få bort alle unødvige medisiner- unngå overmedisinering og ha fokus på de medisinene som er nødvendig for bruker»* Sykepleier2.

Deltakerne formidlet at de følte et spesielt ansvar for pasienter som bodde alene og som hadde sviktende funksjonsnivå: *«Hvis de bor alene og kanskje har langt kommet svikt, så er det jo sykepleieren som stiller opp og er pasientens advokat».* Sykepleier 5.

Deltakerne var enige om at det var sykepleieren som drev med forebyggende og helsefremmende arbeid ovenfor brukeren. Sykepleieren hadde fokus på faglig forsvarlighet og den eldre brukerens behov for individuell oppfølging. Ofte hadde brukeren ikke noen ressurssterke pårørende og hadde heller ikke energi til oppfølging av egen helse, da trengte den eldre noen som kunne følge med på forandringer i helsetilstand og gjøre nødvendige målinger og observasjoner. Deltakerne mente at de hadde ansvaret for å kommunisere til fastlegen og det måtte lages en plan for videre oppfølging, enten det var slik eller slik. Deltakerne understrekte viktigheten av at helsemessige endringer ble tatt tak i og at nødvendig tiltak ble igangsatt til det beste for brukeren.

Alle deltakerne var enige om at når observasjoner og målinger, samt tanker rundt nødvendige endringer i medisineringen, var formidlet til legen, var det legen som hadde det siste ordet.

Deltakerne forklarte at for å bli god på noe som man ikke hadde gjort eller hadde erfaring med, slikt som LMG/LMS, vil det være viktig med evaluering. Deltakerne som deltok i LMG/LMS fortalte at det var viktig å kunne snakke sammen og dele erfaringer som de gjorde underveis. Ved å snakke sammen kunne deltakerne finne ut om det kunne være andre måter å gjennomføre LMG/LMS på som vil være bedre for både sykepleier og bruker.

Man legger jo opp en plan først og det er jo klart at når man er ny i det her så vil man jo kanskje se andre måter som er lettere å gjøre ting på etter hvert[...]så er det jo å ha ei evaluering, at de kan snakke sammen og dele erfaringer etter LMG, er det noe som kan gjøres bedre? LMG er en prosess med mange delmål, vi tok gjerne to pasienter på en uke, gitt at pasientene hadde samme fastlege. Jeg og pasienten dro til legekantoret der både fastlege og farmasøyt var. Vi hadde tatt målinger på forhand. Man skal ikke gape over alle pasientene på en gang, men legge opp et løp der man tar alle i løpet av et år for eksempel. Sykepleier 5

En av deltakerne kom med en god fremstilling av LMG og hvordan den kunne foregå.

Deltakeren fortalte om utfordringer angående logistikk da man ofte hadde flere fastleger og forholde seg til. Det ble også påpekt at LMG vil være en fremgangsmåte der alle delene i prosessen måte gjøres etter hverandre for at det skulle kunne fungere. I tillegg ble det påpekt at dette var en jobb som måte gjøres over tid slik at det ble en god prosess.

LMG er en prosess med mange delmål, vi tok gjerne to pasienter på en uke, gitt at pasientene hadde samme fastlege. Jeg og pasienten dro til legekantoret der både fastlege og farmasøyt var. Vi hadde tatt målinger på forhand. Man skal ikke gape over alle pasientene på en gang, men legge opp et løp der man tar alle i løpet av et år for eksempel. Sykepleier 5

Som sykepleiere vil rollen som bindeledd være viktig for deltakerne, en av deltakerne sa det slik :

Vi som sykepleiere blir liksom bindeleddet som må følge opp alle parter i mange tilfeller[...] at alt stemmer over alt, og ofte har jeg erfaring fra legekantoret at ofte står de på medisiner i årevis som de kanskje ikke har brukt. Dessverre når vi får en medisinoversikt fra legen, stemmer det ikke bestandig dessverre. Sykepleier 6

Hvis deltakerne valgte å ikke være dette bindeleddet vil kvaliteten på arbeidet opp imot brukerne bli dårligere. Feil som skjedde, vil kanskje ikke bli oppdaget. Deltakerne opplevde at noen måte være en koordinator mellom profesjonene som samhandlet rundt pasienten, og de var opptatt av at det var deres ansvar å be legene om en gjennomgang for å sikre kvaliteten i tjenesten.

Det å fremme ønsker ovenfor legene om at vi vil ha en gjennomgang[...] det er jo forskjell på legene å. Men det tror jeg er det viktigste, det å stadig fremme nye ønsker til legestanden i

kommunen, og prøve å argumentere for at det skal være forsvarlig og god oppfølging. Sykepleier 4.

Noen av deltakerne påpekte at sykepleierne hadde et selvstendig ansvar for å bidra til kvalitetsforbedringsarbeid i forhold til LMG/LMS. De mente at det var deltakerne som selv kunne yte innflytelse ovenfor for eksempel legetjenesten. Dermed kunne deltakerne være med på å utvikle helse og omsorgstjenesten som de var en del av, både i forhold til å øke pasientsikkerheten og kvalitetsforbedringsarbeidet rundt LMG/LMS.

6.1.3 Farmasøytens/tilsynsfarmasøytens rolle i LMG/LMS

En av deltakerne fortalte om årlige gjennomganger med tilsynsfarmasøyt som ble brukt konstruktivt til LMG. Deltakeren benyttet muligheten når tilsynsfarmasøyt var på tilsyn, til at tilsynsfarmasøyten kunne se over medisinlistene. De uttrykte at de kunne stille spørsmål til tilsynsfarmasøyten og at samhandlingen med vedkommende førte til at de fikk en aktiv rolle i kvalitetsarbeidet med brukernes medisinlister. Tilsynsfarmasøyten gikk da gjennom brukernes medisinlister sammen med deltakeren, farmasøyten stilte spørsmål angående forordninger, de så på interaksjoner mellom legemidler og dosering av legemidlene. Deltakeren fortalte at disse tilbakemeldingene fra tilsynsfarmasøyten ble sendt videre til fastlegen via elektroniske melding (PLO).

Vi har jo aldri hatt LMG med lege og pasient til stede, vi har aldri fått anledning til å spørre om legemidlene virkelig er nødvendig og derfor er det jo at vi har utnyttet de årlige gjennomgangene med tilsynsfarmasøyt. De kommer hit, de ser på listene og de stiller spørsmål og da har vi sendt melding til legen i tråd med det som farmasøytene mener. Sykepleier 4

En av deltakerne mente at kommunen burde ansatt en farmasøyt slik at det var enklere å innhente kunnskap om legemidler fordi farmasøyten vil være mer tilgjengelig og kunne bidra i LMG/LMS i kommunen. En ansatt farmasøyt i kommunen vil kunne være med på å øke kompetansen på området. Sykepleierne så på farmasøyten som en ekspert på legemidler. Alle deltakerne var enige i at farmasøyten var en faglig støttespiller som hadde meget god kunnskap om eldre og legemidler.

6.2 Sykepleierens tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministrering i fravær av felles rutiner

Dette hovedtemaet handler om de tiltak som deltakerne gjorde for å sikre kvaliteten på legemiddeladministreringen.

6.2.1 Manglende rutiner for gjennomføring av LMG/LMS

I starten av begge intervjuene mente de fleste deltakerne at det ikke ble foretatt LMG i hjemmetjenesten, mens enkelte hadde vært med på noen LMG. En av deltakerne hadde ikke vært med på LMG selv om hun hadde jobbet i over 20 år i hjemmetjenesten, deltakerne beskrev det slik: *«Vi har jo aldri hatt LMG med lege og pasient til stede eller lege og hjemmetjeneste til stede, vi har aldri fått anledning til å spørre [om LMG]»*. Sykepleier 4

Denne deltakeren gjengir at det ikke har vært gjennomført LMG hverken med lege og pasient eller med lege og hjemmetjenesten. LMG hadde ikke vært gjennomført i den tiden deltakeren hadde vært ansatt i hjemmetjenesten.

En annen deltaker sa: *«LMG har vært gull verdt, det å ha LMG sammen med lege og farmasøyt»*. Sykepleier 5.

Det som disse to deltakerne fremhevet, var at det var svært ulike erfarings- og kunnskapsgrunnlag blant sykepleiere i samme kommune. Noen sitter med mye erfaring og andre med svært lite eller ingen erfaring. Likevel mens intervjuene skred frem ble flere og flere av deltakerne oppmerksom på at de hadde noe erfaring med LMG og LMS, men at det gjerne ikke var utformet rutiner på hvordan LMG og LMS skulle gjennomføres. Mangel på rutiner og retningslinjer gjorde at sykepleierne utførte legemiddeladministreringen så godt de kunne og slik de selv mente var best. To av deltakere uttrykte det slik: *«Jeg er helt enig i at det burde vært litt mer fokus på legemidler, vi er for dårlig som det er i dag, i forhold til LMG, det kan bli litt ymse»* Sykepleier 6

«...i forhold til hjemmeboende så har ikke vi noen rutiner, det har vi ikke». Sykepleier 1

Deltakerne gav uttrykk for at sykepleierne sendte medisinlister til fastlegen for å få gjort en gjennomgang når det var behov, men det var ikke noe systematikk i dette. Deltakerne fortalte at det ikke var utarbeidet noen plan for LMG/LMS. Dermed kunne ting bli gjort litt kjapt og uten at det var gjort spesielle målinger eller innhentet annen informasjon i forkant. En deltaker opplevde at det ble litt tilfeldig: *«Jeg tenker at det blir litt sånn tilfeldig om hva vi ser, noe som ikke stemmer helt så tar vi det opp med legen»* Sykepleier 2

Selv om det ikke forelå rutiner for LMG/LMS mente en av deltakerne at det likevel var en viss systematikk i hjemmesykepleiernes arbeid med dette, og at de var bevisst på å inkludere dette i sin arbeidshverdag.

«Jeg tror at vi, selv om vi ikke har det sånn nedskrevet i våre rutiner, så tror jeg at vi jobber systematisk med det her hele tiden. På en måte er det blitt en del av vår arbeidshverdag LMG, selv om vi ikke går inn og dokumenterer det hver dag så er det på en måte blitt en del av verktøyet vårt, når jeg tenker meg om så gjør vi jo det».

Sykepleier 1.

6.2.2 Sykepleiernes tiltak for å sikre kvalitet i legemiddeladministreringen

Det var flere tiltak som deltakerne trakk frem som de gjorde selv om de ikke hadde faste rutiner på LMG/LMS. Deltakere trakk frem elementer som var viktige for at både kvaliteten på arbeidet som sykepleierne gjorde og samarbeidet rundt brukeren skulle kunne bli bedre.

Deltakerne gjorde en vurdering av hvem som trengte oppfølging med legemiddeladministreringen og hvem som ikke trengte den samme oppfølgingen. Ved brukere som hadde begynnende kognitiv svikt måtte det gjøres observasjoner og vurderinger om brukeren kunne ta ansvaret for den oppfølgingen som bruker var i behov av.

Det kommer jo selvfølgelig litt an på i hvilken tilstand pasienten er i, hva kan han formidle selv og hva kan han ikke formidle. Pasient med kognitiv svikt kanskje demens, så må vi jo kanskje mer på banen. Men mange er jo fullstendig oppegående selv og kan ta ansvaret for seg selv og sine medisiner.

Sykepleier 1

Noen forberedelser kunne deltakerne gjøre. Deltakerne fulgte med om det oppsto bivirkninger eller endring i det generelle sykdomsbildet. De måtte innhente målinger som kunne være med på å danne et grunnlag. Deltakerne fortalte at hvis de ikke kjente til hva brukeren lå på i blodtrykk kunne de heller ikke oppdage når det oppstod endringer.

Men hva kan vi gjøre med de ressursene vi har? Jeg tror at det er viktig å ha fokus på å ta jevnlig målinger. Ikke at vi skal ta hver dag eller en gang i uken, men at vi har en plan på at vi tar BT, puls, respirasjonsfrekvens og saturasjon [...]. Vi gjør det litt av og til slik at det ikke går i glemmeboka. For det er mange ting i forhold til observasjoner man kan gå glipp av hvis man ikke følger litt med. For mange av de [brukerne] her, bare sånn plutselig så blir de syke. Eller så kan jo ting gå sakte, det utvikler seg sakte uten at vi fanger det opp, uten at vi tar de nødvendige målingene og observasjonene jevnlig.

Sykepleier 5.

Deltakerne vendte hele tiden tilbake til dette med viktigheten av å ha et utgangspunkt. Utgangspunktet vil hjelpe til med å se endringer som skjedde med brukeren, slik deltakeren i situasjonen ovenfor fremhevet. Hvis de som deltakere ikke hadde observasjoner og vurderinger, fantes det ikke noe sammenligningsgrunnlag og det kunne være vanskelig å se om brukeren ble verre i sin helsetilstand. Ved utvikling av sykdom kunne deltakeren gjengi til fastlege eller spesialisthelsetjenesten hvordan for eksempel BT hadde vært de siste månedene. Noe som kunne vært med på å gi et mer nyansert bilde av helsetilstanden.

En av deltakerne undret seg over, hvordan en kunne benytte muligheter som allerede finnes og bruke tiltak, som en legetime vil være, til å få gjort LMG/LMS: *«Det beste vi kan gjøre[...] er å bestille dobbelttimer og prøve å få innført en slags årskontroll greie, at man blir enige med legen om hva er det man kan bruke denne timen til. For å høyne kvaliteten og samarbeidet og altså samarbeidet rundt pasienten»*

Sykepleier 4

Deltakeren framhevet at det var viktig å utnytte de mulighetene som var til stede. Deltakerne så at LMG/LMS var et viktig arbeid når det gjaldt kvaliteten på det arbeidet som ble gjort, og deltakeren ville finne mulige måter å få dette gjennomført på, selv om det ikke ble en LMG i ordets rette forstand. Det fremheves av deltakerne at de har gjort så godt de har kunnet, og ved å sende observasjoner og/eller målinger som var gjort i forkant av legetimer hadde i alle fall legen et grunnlag for sine vurderinger.

Jeg tenker at vi må utnytte de mulighetene vi har, ta med legemiddelkort der vi følger pasientene til timer[...] så er det jo de pasientene vi ikke følger, vi kan jo ikke følge alle. Da må vi kanskje gjøre en avtale med legen hvordan vi kan få det mest mulig til på en annen måte. Men det å ha ei liste med forberedelser til timen, så gjør man oppgavene, sender det over til legen så får han se på det. Så sender han det tilbake, da har man i alle fall gjort det som er vårt ansvar så langt vi kan.

Sykepleier 4

Deltakeren trakk frem at en avklaring med fastlegen om hvordan legetimen kunne brukes til det beste for brukeren i forhold til LMG/LMS, kunne vært nyttig. Dette gjaldt spesielt de brukerne som deltakeren ikke fulgte til legetime.

En annen mulighet deltakerne hadde var å bestille årskontroller som skulle brukes til å gjennomføre LMG/LMS. Deltakeren fortalte at: *«vi hjelper pasientene til å bestille årskontroll for gjennomgang og så klart viss vi ser bivirkninger, bestiller vi legetime».*

Sykepleier 1.

Da brukes årskontroller hos fastlege til LMG/LMS, uten at det nødvendigvis blir tenkt på som LMG/LMS. Deltakerne var enige om at varianter av LMG/LMS kunne gjøres på flere forskjellige måter. Om det ble oppdaget bivirkninger, tok deltakerne kontakt med fastlegen med tanke på medisinene som brukerne brukte. Bivirkninger som deltakerne observerte, kunne være med på å høyne kvaliteten på det arbeidet som ble gjort og at det ble bestilt legetime i forhold til dette vil komme brukeren til gode.

En av deltakerne fortalte at av og til gjorde vedkommende seg betraktninger om bruker trengte å stå på alle medikamentene og da kunne det hende at vedkommende utførte en

interaksjonsanalyse². Når deltakeren stod og delte ut medisin i ukedosen til bruker, tenkte deltakeren:

Jeg ser jo når jeg legger dosetter, at mange ganger tenker jeg[...] trenger du alt det her og såne ting [...] å legge inn alle legemidlene og kjøre en interaksjonsanalyse, da får du opp de her faresignalene, og noen ganger har jeg faktisk gjort det, og deretter skrevet PLO til legen, er dette så lurt? så får jeg et svar tilbake. Sykepleier 5.

På den måten ble fastlegen gjort oppmerksom på at det var funnet interaksjoner, og da tok legen stilling til om det skulle gjøres noen endringer i medikamentene eller om bruker skulle fortsette med den samme forordningen. Legen tok da stilling til dette og sendte tilbake et svar på hva som skulle gjøres via PLO.

Deltakerne i min studie trakk også frem viktigheten av å bruke pårørende: «*Hvis pasienten bodde hjemme sammen med sine pårørende, var det veldig nyttig å ha pårørende som observatører og som da kunne observere pasienten gjennom hele døgnet*» Sykepleier 4

Pårørende sitter ofte på mye kunnskap som hjemmesykepleier ikke får tak i. Deltakerne var ofte bare innom i korte perioder i løpet av dagen, mens pårørende som bodde sammen med bruker hele døgnet kunne gjøre nyttige observasjoner. Da var det viktig at deltakerne i studien min etterspurte hvordan brukeren opplevdes for eksempel på natten.

6.3 Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS.

Her presenterer jeg verktøy som brukes fra før i hjemmetjenesten og som kan være med på å fremme LMG/LMS. Disse verktøyene trakk deltakere frem - multidoser³ og PLO meldinger og kartleggings skjema⁴.

Selv om multidose-systemet ikke var tatt i bruk på deltakernes arbeidsplasser, hadde flere av deltakerne erfaring med multidoser fra tidligere, noe dette sitatet viser: «*Der jeg jobbet før*

² Interaksjonsanalyse gjøres for eksempel i felleskatalogen, der legges aktuelle legemidler eller virkestoff inn i forskjellige rubrikker. Analysen kjøres, og det vil komme opp om det er noen relevante interaksjoner mellom legemidlene. (Helse Norge, 2019).

³ Multidose- en liten pose, gjerne på rull som inneholder legemidler som skal tas på et gitt tidspunkt. Posen er merket med hva den inneholder, navnet til brukeren og tidspunkt for når medisin skal tas. (Olsen & Devik, 2016)

⁴ Kartleggings skjema som brukes for å kartlegge alt rundt brukeren, også spørsmålet -hva er viktig for deg? (De Vibe, Udness, & Vege, 2016)

hadde vi jo multidoser, så der har vi hatt multidosekortet og så har vi tatt utgangspunkt i det samt det legen har hatt og i tillegg har vi tatt utskrift fra Profil⁵, sånn at vi har hatt tre legemiddelkort som vi har samstemt»

Sykepleier 5.

Deltakerne så på multidoser som en ressursbesparelse fordi sykepleier ikke trengte å ha den hele og fulle oversikten til enhver tid. En av deltakerne sa: *«ved multidoser hadde det gått litt av seg selv og du vet at legen oppdaterer medisinalisten hele tiden, du trenger ikke på en måte å følge med på alle aspektene hele tiden slik du må i dag»*

Sykepleier 6.

Ved multidoser utføres det meste av jobben mellom legen og apoteket, da endringer i medisineringen ble ivaretatt mellom disse aktørene. Ved en LMS opplevde deltakerne som hadde erfaring med bruk av multidose at det ble flere legemiddellister å samstemme når det ble tatt i bruk multidoser. Alle legemiddellistene som finnes i diverse datasystemer, skal være korrekte og samsvare og deltakeren hadde erfaring med at listene ble sammenstilte i et samarbeid mellom fastlege og apotek. En deltaker fortalte: *«Det er klart at det frigjør mye sykepleierressurser. Jeg er sikker på at hadde man hatt multidose på de brukerne som er i hjemmetjenesten, så har vi kunne servet flere syke ute i hjemmene».*

Sykepleier 5.

Dette sitatet viste at dette med tid var viktig og at multidose vil være med på å kunne omdisponere sykepleie ressursene. Deltakerne opplevde at det i dag ble brukt mye tid på å legge medisiner. En av deltakerne fortalte at på en arbeidsplass hadde det vært regnet ut hvor mye sykepleierressurs som ble brukt hver uke til all medikamenthåndteringen, det var et betydelige antall timer. Når det regnes på antall timer som sykepleier bruker i medisinskapet og da hvor mange timer sykepleier kunne hatt tilgjengelig for å gjøre andre sykepleier oppgaver undret en av de andre deltakerne seg på: *«Men det er jo også et økonomisk aspekt i dette så kanskje derfor at kommunen ikke vil ha det[multidoser]»*

Sykepleier 3.

Deltakeren fortalte at ved å ta i bruk multidosesystemet måtte kommunen betale en viss sum pr deltaker, det vil si at for hver avtale som kommunen gjorde på vegne av de eldre måtte kommunen betale et årlig beløp per innbygger. Dette ble diskutert av flere deltakere som en av grunnene for at multidoser ikke var blitt tatt i bruk i kommunen.

⁵ Datasystemet Profil, er kommunen sitt journalsystem der blant annet rapporter skrives, og legemiddellister er oppført.

Deltakerne fortalte at PLO (elektronisk meldingsutveksling) var et godt hjelpemiddel for å optimalisere kommunikasjonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og internt i kommunen mellom leger og hjemmesykepleien: *«I dagens digitale verden der mesteparten av den faglige korrespondansen mellom sykepleier og lege kan foregå via PLO, altså elektronisk meldingsutveksling, er det lite begrensninger»* Sykepleier 1.

Denne deltakeren brukte datasystemet for å innhente faglige svar på spørsmål som sykepleieren satt inne med. I disse meldingene kunne deltakerne ha en dialog med for eksempel fastlegen, og/eller spesialist på sykehuset, rundt medisinalister eller oppfølging når bruker var innlagt på sykehuset.

Noen av deltakerne opplevde at de ofte hadde svært syke pasienter i hjemmesykepleien hvor det var nødvendig med raske avklaringer fra fastlegen. Da brukte deltakerne PLO for raskt å kunne øke smertestillende medikamenter eller endre på administreringsmåter når det ble nødvendig. I tillegg ble PLO melding beskrevet som en enkel måte å få bekreftet at legemidlet og forordningene var rette.

Vi har jo en del veldig syke pasienter, der vi støtt og stadig lurer på noe, da er vi nødt til å sende PLOer. Vi har jo på en måte lite makt, det er jo ikke vi som setter folk hverken på det ene eller det andre og ikke kan vi ta det bort heller, men det har vært ganske mange PLOer, der vi har lurt på om de virkelig skal ha det som er skrevet og da får primærkontakt i oppgave å sende melding Sykepleier 4.

I hjemmetjenesten har det blitt innført et kartleggings skjema de siste årene og en deltaker beskrev det slik: *«Kartleggings skjemaet brukes egentlig når det er endringer i pasienten sin helsetilstand og ved hjelp til vedtaksskriving, du skal gjøre ernæringskartlegging og du er nødt til å ta noen vitalia om ting endrer seg»* Sykepleier 1.

Deltakerne fortalte om at skjemaet som allerede var i bruk kunne brukes til flere prosesser opp imot brukerne. Dette skjemaet brukes også til å måle vitalia, fortalte deltakeren. Det fortelles om at ved kartlegginger av nye brukere, gjort av hjemmesykepleien, ba deltakerne om medisinaloversikt fra fastlegen og i tillegg ble det tatt vedtak i forhold til hvor mye hjelp vedkommende trengte, ved hjelp av kartleggings skjemaet. Da sendte fastlegen en medisinaloversikt via PLO. Fastlegen tok en kikk på legemiddellisten for å rydde opp før den ble sendt til hjemmetjenesten, dette mente flere deltakere var en god måte å gjøre det på. Det vil si at da hadde legen sendt i fra seg et dokument som nylig var gjennomgått.

6.4 Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS

Dette hovedtemaet handler om systemfaktorer som legger føringer for hvorfor LMG/LMS ikke blir gjennomført rutinemessig og planmessig.

6.4.1 Mangel på tid, bemanning og organisering

Deltakerne oppga flere grunner til hvorfor det ikke ble utført LMG og LMS rutinemessig.

Mange av utsagnene gikk på dette med tid, bemanning og organisering.

«Jeg ser jo når jeg legger dosetter [...]. Jeg tenker trenger du alt det her og sånne ting. Men så er det ikke tid der til å ta tak i det, så jeg føler at jeg står og spinner akkurat som at jeg står på glatta og så kommer jeg ingen vei med de der tingene». Sykepleier 4.

«Det forsvinner i mengden av det som man skal ta fatt i, man må jo prioritere». Sykepleier 3

Begge disse deltakerne trekker frem at det i arbeidshverdagen var mange andre ting som ble prioritert fremfor LMG/LMS, og at de ikke hadde tid til å utføre LMG/LMS. Deltakerne gav uttrykk for at det burde gjøres, men fant ikke rom til dette i en travel hverdag. Deltakerne hadde mange arbeidsoppgaver som skulle gjøres og de trakk frem at det var vanskelig å prioritere hva som var viktigst. Dette kunne skyldes bemanningen i hjemmesykepleien, slik en deltaker uttrykket det:

Når bemanningen er helt skrappt inn til beinet og enda verre så er det de viktigste tingene som blir prioritert. Så alt det andre blir prioritert bort, det blir liksom at man ikke bryr seg lengre. Når man jobber under sånne forhold over ei stund og ser at man ikke har mulighet til å gjøre noe med tingene, fordi at det krever så mye tid og ressurser å kripe inn i dette med LMG. Det blir liksom at man tenker ja ja sånn er det nå. Så får man sånne skyggelapper, da blir man litt blind for å se ting, føler jeg. Sykepleier 4.

En annen deltaker beskrev det slik: «*ja, det er som hun sier, det forsvinner i mengden av det man skal ta fatt i, man må jo prioritere. Så det er veldig bra å ha fokus på det nå, sånn at det kommer lengre frem i frontal lappen*». Sykepleier 6

Begge deltakerne satte søkelyset på tid og bemanning. Deltakerne fortalte om dager som var fylt med gjøremål og at det kunne være vanskelig å prioritere det som virkelig var viktig. I tillegg til at deltakerne fortalte om knappe sykepleierressurser i distriktene, stilte deltakerne spørsmål med hvilke oppgaver sykepleierne ble satt til å gjøre. Deltakerne fortalte at sykepleiere ble prioritert til sykepleieroppgaver, men at det også var forventet at de skulle

gjøre oppgaver som hvem som helst kunne gjort. Organiseringen var for lite knyttet opp til kvalifikasjoner slik som situatene viser:

Der jeg jobbet før hadde vi ikke tid til det [LMG]det hadde å gjøre med hvordan bruker man sykepleierressurser, hva bruker man de ressursene man har til, skal sykepleier pynte til jul eller skal man jobbe med LMG? Sykepleier 3

Nei, man er kanskje litt dårlig å utnytte de ressursene man har, man blir jo satt på ting andre også kunne ha gjort, eksempel er jo det å vaske gulv hos noen og vaske kopper og alt sånn, som vi gjør i det daglige, når man vet at man har mange andre ting man skulle ha gjort som blir nedprioritert. Sykepleier 6.

Disse to eksemplene viser hva deltakerne mente med å utnytte ressursen på en bedre måte, de trakk frem sykepleiernes kvalifikasjoner som burde utnyttes bedre. Begge hentyder at det er ledelsen som måtte ta tak i denne prioriteringskonflikten. Dette viste at det var vanskelig å sette av tid og prioritere oppgavene som bare sykepleierne kunne utføre.

Deltakerne trakk frem mangelfull grunnbemanning som en begrensning for å utføre LMG og LMS.

For det første så må man jo på ei avdeling ha grunnbemanningen på plass hvis man skal tenke helt på det primære nivået, viss man ikke har det så har man heller ikke tid og ressurser til å gjøre de her tingene og da blir kvaliteten deretter.[...] det må være nok folk på jobb og det må settes av og prioriteres tid til det her[LMG] for det er så viktig. Sykepleier 5.

Sitater fra deltakeren viste viktigheten av at alle stillinger var besatt og at grunnbemanningen var god nok. Deltakeren så ikke noe rom for å drive med LMG uten at grunnbemanningen var på plass og at kvaliteten på den sykepleierjobben som skulle gjøres ble dårligere. Deltakeren fremhevet at hvis grunnbemanningen hadde vært bedre, hadde det vært flere å dele arbeidsoppgavene på og da kunne det blitt satt av mer tid til LMG.

6.4.2 Manglende forankring i ledelsen

I fokusgruppeintervjuene kom det fram at en viktig forutsetning for å lykkes med LMG/LMS var at ledelsen hadde fokus på dette. Ifølge deltakerne måtte LMG/LMS forankres i ledelsen og ledelsen måtte legge til rette for opplæring slik at sykepleierne visste hva de skulle gjøre. I tillegg ble det påpekt at det hadde vært lettere å få gjennomført LMG/LMS hvis dette var en lovpålagt oppgave. Deltakerne hadde også erfaring med at lovpålagte arbeidsoppgaver ble prioritert av ledelsen.

«[...]det må jo komme rutiner, og det må nesten være lovpålagt for at det skal bli gjennomført ellers så går tiden og det blir ikke prioritert dessverre. Fordi det er så mange andre ting som opptar tiden. Sykepleier 6.

Der jeg har erfaring fra, har jo avdelingsleder lagt føringer [for LMG], men det har jo sikkert også vært godkjent på enhetsledernivå. Uansett så tenker jeg at skulle dette bli gjort ordentlig så må det forankres på ledernivå. Det nytter ikke, vi får ikke til noe uten at det er forankret, for det må være respekt for tiden vi bruker og det må legges til rette for det». Sykepleier 5.

Det første sitatet forteller om en hverdag der LMG/LMS ikke var lovpålagt og at det derfor ikke ble prioritert. Det andre sitatet forteller om at mangel på forankring i ledelsen førte til at LMG/LMS ikke ble prioritert. Ifølge deltakerne var begge elementene viktig hvis LMG/LMS skulle bli utført på en tilfredsstillende måte. Deltakeren fremhevet at uansett hvor mye man ønsket at LMG/LMS skulle bli utført, måtte det være forankret slik at det blir lagt til rette for at det ble gjort.

7 Diskusjon

Forskningsspørsmålene i min masteroppgave var:

Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføring av LMG og LMS?

Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleiere i forbindelse med LMG og LMS?

Temaene som kom frem i funndelen, blir drøftet fortløpende oppimot relevant forskning og teori.

7.1 Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføring av LMG/LMS?

I denne studien ble seks sykepleiere intervjuet om hvordan de opplevde at LMG/LMS ble gjennomført ved deres arbeidsplass i hjemmesykepleien. Deltakerne satt med ulike erfaringer når det gjaldt LMG/LMS og det var ikke rutiner for gjennomføring av LMG/LMS i hjemmetjenesten. Likevel satte deltakerne inn tiltak for å sikre en viss kvalitet i legemiddelhåndteringen. De kontaktet lege på eget initiativ, men dette ble noe tilfeldig i mangel av faste rutiner.

7.1.1 Roller og ansvar i det tverrfaglig samarbeidet rundt LMG/LMS

Resultatene fra min studie viste at samhandling mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt/tilsynsfarmasøyt var viktig. Det kom frem at det var mangler i denne samhandlingen og deltakerne fortalte om de enkeltes roller fra deltakernes ståsted.

I Veilederen om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2015) blir det fremhevet at tverrfaglige team som var sammensatt av ulike grupper av helsepersonell var å anbefale. Ved å bruke en tverrfaglig oppfølging i arbeidet med LMG/LMS vil pasientens legemiddelbruk kunne få en bredere oppfølging. Funnene viste at deltakerne ikke hadde et tverrfaglig samarbeid rundt arbeidet med LMG/LMS slik Veilederen for legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2015) anbefaler. Dette er bekymringsfullt fordi Veilederen poengterer at hjemmeboende eldre som har vedtak på legemiddelhåndtering skal få gjennomført LMG/LMS i et tverrfaglig samarbeid når det anses som nødvendig fra et medisinsk faglig ståsted (Helsedirektoratet, 2015). Også i studien til Devik med kolleger (2021) trekkes den tverrfaglige samhandlingen rundt LMG/LMS frem som et viktig tiltak. Devik med kolleger (2021) mente at tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner kunne oppdage legemiddelbruk som ikke var hensiktsmessig. Når det er snakk om den tverrfaglige samhandlingen, må man ta hensyn til den enkeltes utøvers kompetanse, men også den kollektive kompetansen ifølge Orvik (2015). Dette forstår jeg slik at når LMG/LMS skal utføres, må alle som skal samhandle ha en viss form for kompetanse på området.

Et av mine funn var viktigheten av å få en avklaring med fastlegen om hvordan han/hun ønsket at samarbeidet rundt LMG/LMS skulle være. Det vil være viktig at roller og ansvar avklares mellom de samarbeidende parter slik at alle til enhver tid vet hva som er deres arbeidsoppgaver. Denne avklaringen er noe flere studier har satt søkelyset på (Eines & Måløy, 2016; Halvorsrud et al., 2017; Olsen & Devik, 2016). Forventningsavklaring, mellom spesielt sykepleier og lege, blir trukket frem i alle studiene. I tillegg må avklaringene også tilpasses den enkelte arbeidsplass slik Veilederen om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2015) trekker frem. De ulike aktørene i LMG/LMS må gjennomføre LMG/LMS slik at det er praktisk og hensiktsmessig for deres arbeidsplass. Jeg forstår dette slik at LMG/LMS ikke kan og bør gjennomføres av alle sykepleiere ved et hjemmetjenestekontor, derfor må rolle-, kompetanse- og forventningsavklaring finne sted i forkant.

Funn fra min studie viste at deltakere ikke var i tvil om at det var legen som hadde hovedansvaret i LMG/LMS. De trakk frem at sykepleierne kunne opptre som et bindeledd mellom deltakerne i det tverrfaglige samarbeidet. Det var deltakerne som formidlet beskjeder mellom de som samarbeidet og til pasienten. Deltakerne i studien min følte seg ofte som en koordinator som hadde kontroll på alle prosessene i arbeidet rundt brukeren. Alle deltakerne mente at fastlegen var avhengig av den kunnskapen som de satt inne med om brukeren. Både Devik med kolleger (2021) og Eines og Måløy (2016) trekker frem i sine studier at legen har

hovedansvaret for LMG/LMS. Sykepleierne i min studie mente også at legen var avhengig av sykepleierne og deres kunnskap om pasientene, da legens kunnskap noen ganger kunne være minimale og at de kanskje bare satt på opplysninger som stod i journalen. I tillegg blir det trukket frem at sykepleierne har et inntrykk av at LMG/LMS var et ukjent felt for mange leger, noen leger visste ikke helt hva en LMG/LMS var og at de ikke visste at det skulle tas både blodprøver og målinger før en LMG (Devik et al., 2021).

I studien til Eines med kolleger (2018) ser forskerne på samarbeidet mellom lege og sykepleiere som jobber i primærhelsetjenesten med LMG/LMS. De setter søkelys på to temaer: pasientsikkerhet og forutsetninger for effektivt samarbeid. Både leger og sykepleiere er enige i at LMG vil kunne være med på å øke pasientsikkerheten til de pasientene som bor i sine egne hjem. Når pasientens medisinerer er i stadig endring er det viktig med god kommunikasjon og et velfungerende team som kan håndtere endringene hos pasienten. Også funnene i min studie viste at deltakerne er opptatt av pasientsikkerheten og at de ønsker et effektivt samarbeid med legen. For å få til dette ønsker de å ta kontakt med fastlegen for å avklare forutsetninger for samarbeidet og avklare hvordan samhandlingen skulle foregå. Ofte lykkes de ikke med denne avklaringen. I tilfeller der dette ikke er mulig kan det i verste fall resultere i at Helsepersonelloven (2022) sine krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp målt opp imot kompetanse til yrkesutøvere og den gitte situasjon, ikke blir oppfylt. For å møte utfordringer med sviktende helse hos brukerne tar deltakerne i min studie et valg om de skal følge brukerne til legetimen eller ikke. Ved kognitiv svikt blir brukerne alltid fulgt til legetime og da kan de i ettertid minne brukeren på hva som ble sagt og bestemt under legetimen. Ingen av deltakerne er i tvil om at de har dette oppfølgingsansvaret. Dette er i tråd med studien til Eines og Måløy (2016) der det også blir lagt vekt på at sykepleierne ofte føler et formidlingsansvar, med legen på den ene siden og pasienten på den andre.

Samarbeid med farmasøytene er ikke så utbredt blant deltakere i min studie. I noen tilfeller ser tilsynsfarmasøyten bare over medisinalister til brukerne. Deltakerne trekker frem at farmasøyt/tilsynsfarmasøyt bør ha en større rolle i LMG/LMS. De mener også at en fast ansatt farmasøyt i kommunen vil ha innvirkning på de organisatoriske utfordringene og prosedyrene rundt LMS/LMG. Da vil både fastlege, sykepleier og farmasøyt være ansatt ved samme organisasjon. Da vil både de økonomiske og strukturelle rammene være tilstede slik som Halvorsrud et al. (2017) beskriver. Organisasjonen vil være leverandør for de betingelser som ligger til grunn for hvordan hver enkelt profesjon kan utføre sine arbeidsoppgaver.

Farmasøyten vil da ha tilgang på pasientjournalen på lik linje med sykepleier og lege. Tilsynsfarmasøytens rolle er noe Bell med kolleger (2017) ser på i sin studie. Bell viser til at tilsynsfarmasøytene i studien var tilknyttet en kommune via kontrakt for å inspisere legemiddelhåndteringen eller for å gjennomføre LMG/LMS. Deltakerne i Bell sin studie så på tilsynsfarmasøyten som en som kom uanmeldt og som sjekket at ting ble utført riktig. Dermed ble tilsynsfarmasøyten ikke sett på som ressurs.

De deltakerne som har erfaring med LMG i min studie forteller at legen som deltar i LMG/LMS var avhengig av at sykepleier har gjort gode målinger og observasjoner i forkant. På grunn av regelmessig kontakt med brukeren og muligheten til å oppdage legemiddelrelaterte problemer fremstår deltakerne i min studie som bevisst på det ansvaret de har i legemiddelhåndteringen. Dette samsvarer med det Devik med kolleger (2021) trekker frem i sin studie, at det er sykepleierne som har størst mulighet til å kartlegge helsetilstand og legemiddelbruk, og at de kan oppklare feil eller uklarheter i legemiddellister etter innleggelse på sykehus. Dette er i samsvar med funnene i min studie. Deltakerne i min studie opplever at det er de som har den beste oversikten over brukernes legemidler og de følger opp endringer etter sykehusinnleggelser. Når epikrise foreligger og de ser at det ikke er samsvar mellom legemiddellistene tar de kontakt med fastlegen for å få avklart uoverensstemmelsene.

Funnene i denne aktuelle studien (Devik et al., 2021) tyder på at det trengs et kvalitetsforbedringsarbeid for å avklare roller og ansvar. Ved hjelp av forbedringssirkelen (Konsmo et al., 2015) vil mange av spørsmålene og utfordringene blitt løst. I et arbeid der rolleinnhaverne var definert og mandatet satt, vil de involverte kunne utvikle gode arbeidsmåter og utarbeide gode rutiner for LMS/LMG. Ofte når nye arbeidsmåter skal utarbeides og implementeres blir det gjennomført prosjekter eller piloter (Konsmo et al., 2015). På denne måten vil både lege, sykepleier og farmasøyter kunne være med på å definere hvordan videre arbeid med LMS/LMG skal planlegges og utføres.

7.1.2 Deltakernes tiltak for å sikre kvalitet på legemiddeladministrasjonen i fravær av felles rutiner

Funn fra min studie viste at deltakerne var opptatt av pasientsikkerhet og kvalitet i sitt arbeid med LMS/LMG. De utførte observasjoner, bestilte legetimer, fulgte bruker til legetime og hadde samarbeid med pårørende for å nevne noe. Som nevnt tidligere, utfører deltakerne i min studie observasjoner og karlegginger. De er de første som fanger opp eventuelle endringer hos

pasienten, som eksempelvis tiltakende funksjonssvikt og kognitiv svikt som kan være et resultat av medikamentelle bivirkninger, legemiddelinteraksjoner eller et resultat av feil dosering. Flere studier fremhever at sykepleierne har en viktig rolle som observatør, kartlegger og tilrettelegger ved LMS/LMG (Bell et al., 2017; Devik et al., 2021; Eines et al., 2018; Halvorsrud et al., 2017). De samme studiene trekker frem at LMG/LMS vil være viktig å ta tak i ved sviktende helse, da noe av forklaringen kan ligge der. I Veilederen om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2015) trekkes det også frem viktigheten av å innhente informasjon om brukeren og å identifisere problemer angående medisinbruk.

Deltakerne i min studie mener at det er viktig å ha et utgangspunkt med tanke på pasientens vitale funksjoner for eksempel når man skal identifisere om pasienten har endringer i blodtrykket. Hvis det ikke finnes observasjoner eller vurderinger er det vanskelig å se sammenhenger i brukers helsetilstand. I Veilederen om legemiddelgjennomgangen (Helsedirektoratet, 2015) nevnes det at man må innhente nødvendig informasjon om pasienten før en eventuell LMG. Hjemmetjenesten sine observasjoner over utviklingen av pasientens vitalia vil være av stor betydning. Sykepleieren sin kompetanse når det gjelder observasjoner og vurdering er viktig her. Også i studien til Eines og Måløy (2016) trekkes betydningen av sykepleiernes kompetanse fram når det gjelder vurderingen av pasientens helsetilstand, dette fordi pasientene blir utskrevet raskere fra sykehus og ofte har et sammensatt sykdomsbilde når de tas hånd om av hjemmesykepleien.

I min studie ga deltakerne uttrykk for at de ikke hadde nok kompetanse når det kom til ferdigheter angående LMG/LMS, men de utførte flere tiltak for å forbedre legemiddelhåndteringen. En deltaker utførte interaksjonsanalyser, andre bestilte dobbel timer, brukte tilsynsfarmasøyt til å se over legemiddelkortene og sendte PLO til fastlegen ved uklarheter. To studier som studerer sykepleiernes ferdigheter vedrørende LMG og legemiddelkompetanse (Johansson-Pajala et al., 2015; Luokkamäki et al., 2021), konkluderer med at det er mangler med hensyn til sykepleiernes ferdigheter i LMG og legemiddelhåndtering. I studien til Johansson-Pajala og kolleger (2015) innhentes det opplysninger om sykepleiernes selvrapporterte legemiddelkompetanse. Sykepleierne hadde deltatt på et universitetskurs angående LMG og farmakologi til eldre. Etter at kurset var gjennomført, rapporterte de at de utførte flere arbeidsoppgaver knyttet opp mot LMG enn de egentlig gjorde. Dette ble sjekket av ledelsen oppimot pasientjournalene. Luokkamäki og kolleger (2021) så også på sykepleiers ferdigheter når det gjaldt legemiddeladministrering. Sykepleierne i studien oppgav at de hadde tilstrekkelige ferdigheter i legemiddelhåndtering.

Studien brukte spørreskjema og observasjoner for å definere teoretiske ferdigheter. Studien viste at sykepleiernes ferdigheter trengte å forbedres og utvikles.

Funn i min studie viste at deltakerne samarbeidet med pårørende i de tilfeller der det var nødvendig. Pårørende kunne sitte på mye informasjon som kunne være nyttig i forhold til LMG/LMS, og være en resurs. Også studien til Reeve og kolleger (2016) trekker pårørende frem som en viktig samarbeidspartner til pasienter med demens. De pårørende må involveres i beslutninger angående medisineringsen.

Funn i min studie kan tyde på at deltakerne var opptatt av pasientsikkerheten. Alle var inne forstått med at LMG/LMS kan være med på å øke kvaliteten og pasientsikkerheten for hjemmeboende eldre Kvalitetsforbedringssirkelen (Konsmo et al., 2015) som er nevnt tidligere, vil være viktig å anvende for sykepleierne i arbeidet med LMG/LMS. Dette er i tråd med funn i flere artikler som tar for seg pasientsikkerhet knyttet til legemiddelbruk hos eldre (Devik et al., 2021; Hagesæther et al., 2015; Olsen & Devik, 2016).

I Pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24/7 (Helsedirektoratet, 2022a) er det utarbeidet tiltakspakker for legemiddelhandtering i hjemmet som kan øke pasientsikkerheten og redusere pasientskader. Det er utarbeidet nasjonalfaglige råd som omhandler LMG/LMS. Rådene skal erstatte både tiltakspakkene og Veilederen om legemiddelgjennomganger, og rådene er nå ute på høring (Helsedirektoratet, 2022a). Dessverre viste det seg at arbeidet med de nasjonalfaglige rådene ble gjort uten at primærhelsetjenesten sin tilstedeværelse var obligatorisk (Aase, 2018) .

7.2 Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleiere i forbindelse med LMG/LMS

Resultater fra min studie viser at når deltakerne møter på utfordringer, gjør deltakerne det beste ut av situasjonen. Deltakerne forteller om verktøy som kan brukes i LMG/LMS men også om systemfaktorer som begrenser muligheten for gjennomføring av LMG/LMS.

7.2.1 Verktøy som kan brukes for å fremme LMG/LMS

Funnene i studien viser at multidoser er et verktøy som kan bidra til sikkerhet og redusert tidsbruk, men de blir likevel ikke tatt i bruk, sannsynligvis fordi det vil medføre merutgifter for kommunen. Deltakere mener også at multidoser kan minske ressursbruken til sykepleierne

når de skal fylle i ukesdosetter. De mener at tidsbesparelsen kan frigi mer tid til observasjoner og tiltak i forhold til brukerne. Videre trekk deltakerne frem at bruken av multidoser vil redusere det ansvaret som de selv kjenner på fordi farmasøytene på apoteket og fastlegen da må ta et større ansvar. Noen av resultatene er i tråd med funnene i studien til Olsen og Devik (2016) som viser stor besparelse i tidsbruk ved anvendelse av multidoser, fra 4,2 timer før multidosene ble innført til 1,1 time etter at multidoser ble tatt i bruk. Olsen og Devik viser også til at legemiddellistene blir mer samstemte, mens betydningen for kvaliteten rundt legemiddelhåndteringen er noe usikker. Det er nærliggende å anta at besparelsene i tidsbruk ved multidoser kan oppveie for noen av kostnadene ved å innføre et slikt system, samtidig som bedre samstemning kan øke pasientsikkerheten. Multidoser kan være tidsbesparende, men noen av deltakerne i Devik med kolleger (2021) sin studie var engstelig for å miste oversikt og kompetanse hvis multidoser ble innført.

I min studie kom det frem at deltakerne ofte sender elektroniske meldinger (PLO) til fastlegen for å få avklart spørsmål og uklarheter rundt brukernes legemidler, for eksempel uoverensstemmelser i legemidler i epikriser fra sykehusinnleggelser. Deltakerne mente at PLO meldingene er et godt verktøy som blir brukt til å oppklare misforståelser og uklarheter som oppstår. Også i flere andre studier (Devik et al., 2021; Eines & Måløy, 2016; Eines et al., 2018) brukes elektroniske meldinger i samarbeidet med fastlegen. Men sykepleierne i studien til Eines og kolleger (2018) fremhever at de også ønsker seg fysiske møtepunkt, da deltakerne ser at det kan være økt fare for misforståelser når kommunikasjonen foregår elektronisk. Både de deltakende legene og sykepleierne i studien til Eines og kolleger stiller spørsmål om det er en trussel for pasientsikkerheten. Leger og sykepleiere er tydelige på at det er nødvendig med fysiske møter, da kommunikasjon via meldinger ikke er optimal. Deltakere i min studie gir ikke uttrykk for de samme bekymringene angående PLO meldingene, samtidig ønsker også de møter med fastlegen for å kunne stille direkte spørsmål angående LMG/LMS.

Deltakerne i min studie trekker frem kartleggingsskjema som noe som kan brukes for å få bedre oversikt over brukerne. I kommunen bruker de disse skjemaene når nye brukere kommer inn i systemet til hjemmetjenesten, men de blir også brukt ved endringer i helsetilstanden til brukerne. Et kartleggingsskjema vil være med på å danne et bilde av den eldre hjemmeboende sitt behov for hjelp og det kan være retningsgivende for hvilken hjelp og hvor mye hjelp som kommunen skal innvilge i form av et vedtak (Kirkevold et al., 2014). I dette kartleggingsskjemaet innhentes også opplysninger om diagnoser og legemiddelbruk. Også i studien til Olsen og Devik (2016) trekkes det frem ulike verktøy som kan være til hjelp

ved LMG/LMS. Disse kan være forskjellige sjekklister, screenings- og kartleggingsverktøy, veiledere, brosjyrer og forskjellige nettsteder. Deltakerne i denne studien jobbet etter New Public Management (NPM modellen) bestiller- og utfører modellen. Det vil si at vedtakene som blir fattet, alltid ville være styrende for tjenestene som gis. Målet til NPM er å effektivisere og koordinere tjenestetilbudet på en slik måte at tjenestene gis rettferdig (Orvik, 2015).

Et annet funn i min studie var at en av deltakerne utfører en interaksjonsanalyse på noen av brukerne ved utdeling av ukedosetter. Med utgangspunkt i legemiddellisten legger hun inn alle medisinene. Om deltakeren får opp noen interaksjoner sender hun disse til fastlegen slik at legen kan ta stilling til de aktuelle forordningene. Samspillet med legen er svært viktig i et slikt arbeid. Det samme nevner Bell og kolleger i sin studie (2017). Sykepleierne som deltok i denne studien fikk bedre kunnskaper om legemidler, de ble mer observante og stiller flere spørsmål angående interaksjoner. Spørsmålet om sykepleiernes kompetanse med tanke på legemiddeladministrering aktualiseres også her. Skau (2017) deler kompetanse inn i teoretisk, yrkesspesifikk og personlig kompetanse. For at sykepleierne skal kunne utføre en god jobb innen legemiddelhåndtering trenger de å utvikle alle kompetanseområder. I samspillet mellom de profesjoner som sykepleierne møter i forhold til LMS/LMG og den erfaringsutveksling som samarbeidet medfører, vil deres personlige kompetanse kunne utvikles i større grad. For å få til økt kompetanse på alle plan, må det finnes rom for refleksjoner rundt de erfaringer man samler (Skau, 2017).

7.2.2 Systemfaktorer som begrenser mulighet for gjennomføring av LMG/LMS

Resultatene fra min studie viste faktorer som tid, bemanning, manglende forankring og organisering som faktorer som begrenset muligheten for gjennomføring av LMG/LMS.

Deltakerne i min studie fortalte at det å avsette tid til LMG/LMS var en forutsetning for at det skulle bli utført. Tid som er avsatt, vitner om respekt for det arbeidet som skal gjøres. At kollegaer vet at det er arbeid som forgår i forhold til LMG/LMS, mener deltakerne er viktig. Funn i studien til Halvorsrud med kolleger (2017) viser at tid ikke var avsatt til LMG/LMS og så lenge LMG/LMS arbeidet ikke er nedfelt i vedtaksform som et direkte pasientrettet arbeid, må arbeidet med LMG/LMS utføres som tilleggsarbeid i tillegg til arbeidsoppgaver som det finnes eksisterende vedtak på. Kommunale vedtak på LMG ble ikke gitt til brukere

som var i behov av dette. Arbeidet ble da ikke sett på som pasientrettet arbeid og måtte tas på topp av andre arbeidsoppgaver ifølge Halvorsrud (2017). Tid blir også beskrevet av to andre studier (Devik et al., 2021; Eines & Måløy, 2016) der de trekker fram at sykepleierne bruker mye tid på både forarbeid og etterarbeid i forhold til LMG/LMS. De mener at tiden må være definert fra arbeidsgiver. Dette var noe en av mine deltakere fortalte om, arbeidsgiver hadde bestemt at LMG/LMS skulle gjøres og det var satt av tid slik at både forarbeid og etterarbeid kunne gjøres. I motsetning til disse andre studiene så også Bell med kolleger (2017) på dette med tid, men de konkluderte med at tid måtte sees opp imot innovative løsninger (uten at de kom nærmere innpå dette) slik at tid ikke ble et hinder for at LMG/LMS ble gjennomført. Men synspunkt både fra min studie og andre studier kan tyde på at avsatt tid vil kunne være en fordel, selv om en annen studie sier noe annet.

Funn fra min studie viser at bemanning var viktig. En av deltakerne trekker frem at grunnbemanningen må være på plass for at LMG/LMS skal kunne skje. Det ble fortalt om stillinger som ikke er besatt og dermed er det vanskelig med å få tid til LMG/LMS. Dette resultatet var i tråd med funn i studien til Eines og Måløy (2016). Der mente de deltakende sykepleierne at mangel på fagfolk kunne være noe av årsaken til at det ble begått feil og at avvik ble meldt når det gjaldt legemiddelhåndteringen generelt. Deltakerne hadde tro på at ved å definere arbeidsoppgaver tydelig, kunne dette løse noe av problemet inntil flere sykepleiere ble ansatt i ubesatte stillinger (Eines & Måløy, 2016). I motsetning til Eines og Måløy (2016) hadde funn fra Devik med kolleger (2021) vist at deres deltakere hadde et ønske om mer avsatt tid til LMG. Men samtidig hadde de ingen tro på at flere stillinger vil bli utlyst og heller ikke at eksisterende stillinger skulle bli økt. Derfor måtte stillingene som fantes utnyttes på en bedre måte.

Resultater fra min studie setter søkelyset på manglende forankring i ledelsen. Hvis ledelsen ikke satte LMG/LMS på dagsorden var det vanskelig for deltakerne å drive arbeidet frem. Arbeidet med LMG/LMS krever tid og hvis ledelsen ikke har fokus på at dette arbeidet skal foregå og synliggjorde dette for de ansatte, vil arbeidet ikke skje. Eines med kolleger (2018) mener at ledelsen ved å være delaktig i prosessen, kunne være med på å opparbeide en kultur der kvalitetsforbedring var målet. Ledelsen burde se på LMG/LMS som et verktøy som kunne øke pasientsikkerheten, mente deltakerne i undersøkelsen. Når sykepleierne ble for opptatt av den kritisk syke, burde ledelsen ha fokus på LMG/LMS (Eines et al., 2018). I Devik med kolleger sin studie (Devik et al., 2021) var ledelsen fraværende når det gjaldt å lede arbeidet med LMG/LMS noe som gjorde at deltakerne måtte påvirke ledelsen til å ville tilrettelegge

for LMG/LMS arbeid. Deltakerne i min studie mente at ledelsesforankring var svært viktig, noe også disse studiene klart viser. Skal det forankres i ledelsen må både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten involveres, siden leger og sykepleiere gjerne er ansatt i primærhelsetjenesten, mens farmasøyt er en del av spesialisthelsetjenesten. Dette kan bli et problem da helsevesenet er oppbygd på denne måten, gjerne med egne budsjett (Kirkevold et al., 2014).

Aase omtaler ledelsesrollen opp imot pasientsikkerhetsarbeidet (2018). For ledelsen vil kommunikasjon og involvering samt å formidle klare og konkrete mål for hvordan arbeidet skal utføres, være nødvendig for å sikre utvikling av arbeidsplassen og arbeidsstokken (Aase, 2018). Disse tiltakene vil være med på å underbygge resultatene fra studiene ovenfor.

Både tidligere forskning, litteratur og funn fra min studie viser at organisering vil være en viktig brikke for å få til LMG/LMS. Rammer for samhandlingen og hva det organisatoriske har å si for samhandlingen vil være viktige premissleverandører for hvordan arbeidet med LMG/LMS kan foregå. Funn fra min studie viser at deltakerne ønsker å samhandle med fastlegen og farmasøyt om LMG/LMS, samtidig måtte avklaring til for hvordan dette arbeidet skulle foregå. I studien til Halvorsrud, Hoel og Granås (2017) trekker de frem organisatoriske utfordringer. De påpekte at de ulike profesjonene som skulle samarbeide tverrprofesjonelt, slik som leger, farmasøyt og sykepleiere, ikke var tilknyttet samme organisasjon. Dette gjorde at det ble forskjellige økonomiske og strukturelle rammer å forholde seg til for alle aktørene, og dette resulterte i at samarbeidet ble vanskelig. I veilederen om legemiddelhåndtering (Helsedirektoratet, 2015) var organisatoriske utfordringer også omtalt, men dette skulle likevel ikke være til hinder for at LMG ble gjennomført. Hvordan utfordringene skulle løses var ikke nevnt. I Bell med kolleger sin studie (2017) vises det til at primærhelsetjenesten hadde større utfordringer når det gjelder tverrfaglig samarbeid sammenlignet med de samme yrkes gruppene når de jobbet på for eksempel sykehus. Dette på grunn av manglende nærhet til de andre teammedlemmene. Bell kartla ulike strukturelle og kulturelle barrierer for et vel fungerende samarbeid, dette kunne være felles lokaliteter, skriftlige prosedyrer, felles dataprogram, tillit og ledelse (Bell et al., 2017).

Det at LMG/LMS ikke er lovpålagt, kan gjøre at arbeidsoppgaven ikke blir gjort, mente deltakerne. Deltakerne fortalte også om mangel på opplæring og andre mente at LMG/LMS ble nedprioritert. I Taylor sin studie (2021) er det listet opp ei liste med 14 punkt over hvordan en bør gå frem for å gjøre en god medisineringsavstemning. For meg ser denne

veldig god ut og ved å bruke denne i tillegg til Veilederen om legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2015) vil man være langt på vei for å forstå hvordan arbeidet skal utføres.

7.5 Metodekritikk

Igjennom fremstilling av denne studien har jeg prøvd å gi en så god beskrivelse som mulig av hva jeg har gjort i prosessen. Min forforståelse kan ha gitt meg både fordeler og ulemper. Forforståelsen kan ha gitt næring til prosjektet uten at jeg har vært klar over dette, samtidig kan forforståelsen bidratt til at jeg ikke har vært åpen nok for funn som jeg kanskje ikke har vært helt enig i (Malterud, 2017). Refleksivitet er når jeg innehar en åpen holdning, der jeg leter etter ny kunnskap og der jeg må være åpen for at kunnskap kanskje må forkastes. Som forsker må jeg være kritisk til valg jeg tar som kan påvirke resultatet, jeg må stille kritiske spørsmål underveis som en systematisk del av arbeidet (Malterud, 2017).

Jeg har prøvd å beskrive bakgrunnen for hvorfor jeg har valgt å skrive om dette temaet, hvordan studien er gjennomført, hvilke funn jeg fant og hvordan jeg har tolket resultatene. Forhåpentligvis vil det være mulig for lesere å følge min tankegang og forstå hvordan jeg har kommet frem til mine resultat. Forforståelsen min kommer frem i valg av teori, men under arbeidet med oppgaven har denne endret seg noe, etter at jeg har gjennomført intervjuene og tolket materialet samt teorien.

Med bakgrunn i hjemmetjenesten har jeg en nærhet til den aktuelle problemstillingen jeg har valgt å forske på, dette kan motarbeide refleksiviteten. Dette gjorde at jeg måtte være veldig tydelig på min rolle som masterstudent både ovenfor meg selv og mine deltakere. I intervjusituasjonen kunne jeg bruke min kunnskap til å komme i god dialog med deltakerne. Jeg kjente igjen situasjoner som de beskrev. Jeg kjente kanskje situasjonen så godt at jeg glemte å etterspørre det som jeg oppfattet som selvfølgeligheter. Et eksempel på dette var å innhente mer informasjon om vedtak og hva vedtakene har å si for hjelpen som gis til de eldre.

Da jeg startet opp dette arbeidet, hadde jeg forventninger om at det foregikk lite LMG/LMS arbeid i kommunen, men allerede etter første fokusgruppeintervju måtte jeg kritisk se på disse forventningene. Det som kom frem var at det var liten tid, det var manglende rutiner, det var ikke forankret i ledelsen og det var ingen samhandling, men til tross for alt dette var sykepleierne opptatt av å gjøre det beste for brukeren med de midlene de hadde.

De som ble intervjuet var alle utdannet sykepleiere som meg og det var bare en av deltakerne jeg kjente godt, dette tror jeg var med på å gjøre at jeg ikke fikk de svarene som kanskje deltakerne trodde at jeg «ønsket» meg, men de reelle svarene som deltakerne ønsket å gi. Deltakerne gav inntrykk av at selv om de følte at de før intervjuet ikke hadde så mye å bidra med, sa de etterpå at de var veldig glade for at de hadde deltatt. Når noen begynte å fortelle, hadde alle erfaringer å komme med rundt temaene.

Validitet gjennomsyret hele forskningsprosessen ved at jeg måtte spørre meg selv spørsmål om relevans «til forskningsspørsmålene, utvalget, datasamlingen, teoretiske perspektiver, metoden, analysestrategien og til slutt gir resultatene svar på problemstillingen» (Malterud, 2017, p. 192).

Etter som jeg ble ferdig med transkriberingen og jeg fant forskningsartikler, så jeg at jeg måtte endre på problemstillingen. Jeg måtte stille spørsmål om det var relevans mellom datamaterialet og problemstillingen. Problemstillingen som jeg startet med, var: Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre? I intervjuene kom det frem at det var store utfordringer knyttet til LMG og at det kanskje ikke var så mye erfaring. I tillegg så jeg at LMG og LMS ofte ble omtalt samtidig i intervjuene og i tidligere forskning. Ikke på grunn av at dette er det samme, men snarere for at de henger sammen. Det er vanskelig å utføre den ene uten at den andre blir tatt hensyn til.

Med få deltakere slik jeg hadde, kunne samtalen rundt temaet gått svært tregt. Kanskje kom det ikke frem så mye materiale i intervjuene. Malterud fremhever at det ikke er antallet ord men bereden av materialet som er det avgjørende for utfallet av datamaterialet (2017).

Undersøkelsen ble gjort mens det var et utbrudd av Covid-19 i kommunen og dette kan også ha hatt noe å si for deltakelsen. Mitt inntrykk av deltakerne var at de var reflekterte og følte seg trygg i intervjusituasjonen. Et større antall deltakere og deltakere fra flere kommuner kunne gitt andre svar på mine spørsmål.

Det at jeg valgte å ha intervjuene på arbeidsplassen og i arbeidstiden til deltakerne, ser jeg kan ha påvirket konsentrasjonen. Flere av deltakerne kom rett fra forskjellige arbeidssituasjoner og de trengte å roe litt ned før jeg startet intervjuet. Et intervju ble avbrutt av en avdelingsleder. Dersom intervjuene hadde blitt gjennomført utenom arbeidstid og utenfor arbeidsplassen vil det kanskje vært mer ro både før intervjuene startet og under intervjuene. Det intervjuet som ble avbrutt av avdelingslederen stoppet jeg straks og startet det ikke igjen før roen på ny hadde senket seg.

Forskningsoversikten kan være en svakhet tatt i betraktning begrensninger både på grunn av tid og mine ferdigheter med å søke etter aktuelle studier. Men jeg valgte artiklene med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene, og med tro på at de kunne belyse funnene i min studie. Mange av mine funn og artiklene sine funn samstemte. Samtidig må jeg stille spørsmål med om konteksten i artiklene og i min studie kan sammenlignes. Deltakerne i min studie jobber i en liten landkommune i Troms/Finnmark. Mens en av studiene er hentet fra Spania (Montiel-Luque et al., 2017) og en annen fra Australia (Reeve et al., 2016) og jeg kan derfor ikke vite om de er hente fra et sammenlignbart miljø. Dette kan gi grunn til å reflektere over hvordan helsevesenet er bygd opp og hvilket ansvar sykepleierne sitter med når det gjelder LMG/LMS i de aktuelle landene.

Ettersom jeg jobbet med funnene fra min studie diskuterte jeg disse med arbeidskolleger. Det kom innspill på at de mente at studien var relevant og at flere kjente seg igjen. I tillegg har jeg hele tiden hatt tett dialog og oppfølging med veileder under arbeidet.

I Kvale og Brinkmann har de beskrevet reliabilitet som om det er mulighet for å reprodusere de forskningsresultatene som andre forskere har kommet frem til (2017, p. 276). Faktorer som jeg mener styrker troverdigheten i oppgaven er at deltakerne fikk mye informasjon om studien. Siden det var vanskelig å rekruttere deltakere, måtte informasjon gis på forskjellige måter og igjennom flere forskjellige plattformer. Dette gjorde at deltakerne kunne stille spørsmål både direkte til meg som forsker og til avdelingsleder.

En svakhet med studien er antall deltakere, selv om alle hadde lang erfaring fra arbeidet med hjemmeboende eldre hadde ikke alle like erfaringer med LMG/LMS. Jeg har ikke innhentet synspunkt fra lege, farmasøyt eller ledere i forhold til oppfølging av eldre og LMG/LMS. Jeg har kun sett på sykepleieperspektivet.

Når det gjelder forskningsintervju var jeg for en novise å regne. Ferdigheter, kunnskap og personlig skjønn må trenes på. Jeg innhentet mye kunnskap hos veileder underveis i dette arbeidet. Dette kalles gjerne for mesterlære, lære av noen som har gjort dette før (Kvale et al., 2017). Jeg ser i ettertid at denne mangelen på ferdigheter kan ha bidratt til at jeg ikke stoppet opp oftere og ba deltakerne om å utdype svarene sine.

Da studien kun er gjennomført i en landkommune er overførbarheten begrenset. Dette gjelder også på grunn av antall deltakere, som er lavt. Med bakgrunn i dette kan ikke studien generaliseres, det er et for lite datamateriale for dette (Kvale et al., 2017). Studien hadde kun seks deltakere og en kvalitativ studie som har få deltakere er ikke representative for alle

sykepleiere som jobber med LMG/LMS hos hjemmeboende og har derfor en begrenset overføringsverdi. Jeg ser likevel at mine funn er mulig å sammenlikne med funn i tidligere studier, så det er mulig at flere kan kjenne seg igjen i situasjoner som jeg beskriver.

Hvilke tema og undertema jeg har valgt å presentere er gjort etter analysearbeid og flere diskusjoner med min veileder. Veileder har også hjulpet meg med finne ut hvilken teori som kunne være med på å belyse problemstillingen. Forskningslitteraturen er innhentet helt frem til april 2022.

Fokusgruppeintervjuene ble gjort på arbeidsplassene og i deltakernes arbeidstid, på slutten av dagen. Dette kan ha vært med på å påvirke oppmerksomheten og konsentrasjonen til noen av deltakerne. Noen av deltakerne kom direkte fra pasientrettet arbeid og en travel arbeidsdag, de hadde et behov for å roe litt ned før intervjuene startet. Et av fokusgruppeintervjuene ble avbrutt av at leder kom inn. Hadde fokusgruppeintervjuene vært utført utenom arbeidsstedet og etter arbeidstid vil noe av dette kunne vært unngått.

Noen av deltakerne kjente jeg litt fra før, mens andre kjente jeg minimalt. Dette kan ha hatt noe å si for intervju situasjonen, men samtalen etter intervjuene med sekretæren min avdekket ikke dette. Under intervjuene følte jeg at jeg ikke var så flink til å få bekreftelse fra deltakerne som for eksempel «hva mener du...?» i ettertid ser jeg at jeg kunne vært flinkere til å stille utdypende spørsmål.

7.6 Implikasjoner for praksis, forskning og utdanning

Praksisfeltet kan bruke min studie som utgangspunkt for diskusjon rundt den faglige utviklingen av hjemmetjenesten. Det kan også stilles spørsmål om hva som må til for at LMG/LMS skal bli implementert i kommunen. De erfaringer jeg har innhentet kan diskuteres med de aktuelle yrkesgruppene slik at den profesjonelle kunnskapen kan videre utvikles. Kommunen kan hvis ønskelig starte et aksjonsforskningsprosjekt med utgangspunkt i denne studien.

Resultatene kan tyde på at trygg legemiddelhåndtering til brukere i hjemmesykepleien kommer gjennom utarbeidelse av rutiner. Et godt samarbeid mellom bruker, deres pårørende, ansatte i hjemmesykepleien, pasientens fastlege og apotek/farmasøyt som tar imot bestillinger/endringer på brukerens foreskrevne medisiner, er helt avgjørende. De samarbeidende aktører kan utarbeide felles rutiner som gir økt kunnskap og pasientsikkerhet.

Undersøkelsen viste at samhandling mellom yrkesprofesjonene (sykepleier, lege og farmasøyt) vil gjøre det enklere å avdekke problemer og unngå uheldige hendelser knyttet til legemidler. Ved å ansette en farmasøyt i kommunen vil «samhandlingsproblemet» være enklere å løse. Når alle profesjoner er ansatt i kommunen vil utfordringer knyttet til hvor profesjonene er ansatt være løst, og alle blir «organisert under samme tak».

Ledelsen i kommunene må signalisere at de ønsker at det jobbes med LMG/LMS og det må forplante seg nedover i organisasjonen. Resultatene kan tyde på at ledelsen må ta et tydelig lederskap både for de ansatte og brukernes del. Dette vil kunne være med på å øke fagligheten på tjenesten som gis.

Jeg tror at implementering av kartleggingsverktøy for å gjennomføre LMG/LMS i kommunehelsetjenesten vil være med på å kunne øke kvaliteten og pasientsikkerheten til hjemmeboende eldre. Når sykepleierne blir vant til å bruke sjekklister og kartleggingsverktøy vil dette arbeidet gå lettere.

For videre forskning kunne det vært interessant å sjekke ut fastlegenes synspunkter rundt dette arbeidet, kanskje er deres erfaringer av en helt annen karakter. Jeg har heller ikke gått mye inn på brukerperspektivet, så det kunne også vært mer belyst. Mine erfaringer fra møtet i pensjonistforeningen tyder på at brukerperspektivet ved LMG/LMS bør utforskes mer.

En av mine artikler (Luokkamäki et al., 2021) trekker frem at utdanning ikke er nok for å gjøre en god jobb med legemiddelhåndtering. God kunnskap om både samarbeid og legemidler er noe som må læres hele livet. Studien viser til at utdanningene kan gjerne ha mer om LMG/LMS, men det vil ikke være nok. Kunnskap må tilegnes hele livet for at man skal bli god til dette pasientrettet arbeid.

8.0 Avslutning

Resultatene i denne studien viser mangler når det gjelder gjennomføring av LMG/LMS i hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen jeg gjennomførte studien i. Organisering av tjenesten, stramme rammevilkår og manglende forankring i ledelsen gjorde det vanskelig å avsette tid for å utvikle og gjennomføre LMG/LMS. Dermed var ikke dette en prioritert oppgave blant sykepleierne og det fantes ikke rutiner for å gjennomføre LMG/LMS. Når det ikke fantes rutiner ble gjennomføringen av LMG/LMS personavhengig og tilfeldig, både når det gjaldt fastlegens og sykepleiernes innsats. Muligheter for tverrprofesjonell samhandling

ble utnyttet i liten grad. For å sikre kvaliteten på administreringen av medikamentene og dermed pasientsikkerheten, gjorde hjemmesykepleierne det beste ut av situasjonen med de ressursene de hadde til rådighet. De prøvde å finne løsninger som høynet kvaliteten av medikamentadministreringen og tok i bruk elektroniske meldinger og telefonisk kontakt med fastlegen når de oppdaget uoverensstemmelser i legemiddellistene. Funnene viste at hjemmesykepleierne ga uttrykk for at de ikke hadde nok kunnskap om LMG/LMS, samtidig som de uttrykte at de ønsket seg en kompetanseheving, og alle så viktigheten av at LMG/LMS ble gjennomført.

Denne studien indikerer at det er et stort behov for innføring av lokalt tilpasset LMG/LMS. Det er behov for opplæring, ansvarsavklaring og evaluering av arbeid som allerede gjøres. Valg av standardiserte måter å jobbe på burde bli avklart, for å bedre pasientsikkerheten til den eldre brukeren. I forlengelse av denne studien kan det gjøres kvalitative studier utfra for eksempel brukerperspektivet eller fra legens ståsted. Fokusgruppeintervju kan også brukes i en fremtidig kvalitativ studie der alle profesjoner i teamet blir intervjuet for å frem flere ulike erfaringer.

Men utgangspunkt i diskusjon av mine funn mener jeg at introduksjon av hvordan man jobber med LMG/LMS, rolleavklaring og ansvarsavklaring vil være med på å øke kompetansen til de involverte. Økt kompetanse på området vil kunne bidra til å øke pasientsikkerheten og tryggheten til de ansatte i hjemmesykepleien.

Vedlegg nr. 1 Forespørsel til kommunalsjef

Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre?

Jeg er masterstudent ved UIT, Norges Arktiske Universitet, studieretning Aldring og geriatrisk helsearbeid og ønsker å gjøre et forskningsprosjekt om sykepleieres erfaringer med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre.

Med bakgrunn i egen erfaring har jeg sett at legemiddelgjennomganger kan være et forsømt område. Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleierens erfaringer med legemiddelgjennomganger og hva de opplever som betydningsfullt i denne konteksten.

Jeg ønsker å rekruttere lokalt ansatte sykepleiere med stillingsprosent 75- 100% som har erfaring med legemiddelgjennomganger. For å få frem ulike syn og erfaringer kan både nyutdannede og erfarne sykepleiere delta, men en forutsetning er at de har erfaringer fra å gjennomføre legemiddelgjennomganger. Jeg ønsker å bruke avdelingsleder som mellomledd for å rekruttere deltakere.

Det vil bli utført ett til to fokusgruppeintervju av sykepleiere i kommunen. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, og opplysninger som blir gitt under intervjuet blir anonymisert og kun benyttet til denne mastergradsstudien. Samtykkeerklæring og lydfiler vil bli slettet etter at oppgaven er sensurert. Alt materialet vil bli behandlet konfidensielt og i henhold til UiT, Norges Arktiske Universitet sine retningslinjer angående personvern.

NSD har godkjent prosjektet og deres retningslinjer vil bli fulgt. Jeg vil ha det daglige ansvaret for prosjektet og min veileder Gabriele Kitzmüller ved UiT, Institutt for helse og omsorg (gabriele.e.kitzmuller@uit.no) vil være ansvarlig for prosjektet.

Jeg søker herved om tillatelse til å gjennomføre denne studien, og vil be deg om å signere vedlagte skriv og returnere det til meg per post eller e-post. Jeg vil også be om at enhetsledere/avdelingsledere blir informert om tillatelsen.

Vennlig hilsen: Marit Theodorsen, Masterstudent aldring og geriatrisk helsearbeid.

Universitetet i Tromsø- Norges arktiske universitet. Tlf. 97158083

Mail: marittheodorsen@hotmail.com

Tillatelse gitt:

Dato og sted

Kommunalsjef.....

Vedlegg nr. 2 Forespørsel om deltakelse i studiet

Vil Du delta i forskningsprosjektet?

Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskap blant kommunenes sykepleiere om legemiddelgjennomganger. Dette skrivet gir informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil inne bære for deg.

Formål

Målet for masteroppgaven vil være å øke kunnskapen blant kommunenes sykepleiere. Økt kunnskap vil være med på å øke kvaliteten når det gjelder legemiddelgjennomganger.

Hensikten med denne studien vil være å studere sykepleierne sine erfaringer når det gjelder legemiddelgjennomganger til personer som bor hjemme. Ved å kartlegge erfaringer til sykepleiere som deltar i legemiddelgjennomganger håper jeg å avdekke hva som må legges til grunn for at de ulike sonene i kommunen skal kunne utvikle gode rutiner på sikt.

Min problemstilling er:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger (LMG) til hjemmeboende eldre?

Jeg har to forskningsspørsmål som jeg ønsker å besvare i studien og analyser:

Hvilke rutiner har sykepleiere med tanke på gjennomføringen av LMG?

Hvilke muligheter og eventuelle begrensninger erfarer sykepleiere i forbindelse med LMG?

Dette er en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges arktiske universitet, Universitetet i Tromsø (UIT) er ansvarlig for prosjektet. Jeg som student vil ha det daglige ansvaret og veileder vil ha hovedansvaret.

Hvorfor får du spørsmål om dette?

Jeg ønsker å rekruttere lokalt ansatte sykepleiere med stillingsprosent 70-100%, med kunnskap om legemiddelgjennomganger. For å få frem ulike erfaringer kan både ferske og erfarne sykepleiere delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det er frivillig for deg å delta. Samtykkeerklæring og lydfiler vil bli slettet etter at prosjektet er vurdert. Det vil bli gjennomført et til to fokusgruppeintervju med mellom 5_7 deltakere, på grunn av Coronasituasjonen kan det hende at det ikke er mulig å kjøre bare et intervju. Alle samles på egnet lokale og samtalen vil bli tatt opp av lydopptaker. Jeg vil lede intervju(e) og sekretæren bistår underveis og observerer. Intervjuet vil ta ca 60 min totalt. Det legges opp til samtale rundt mitt tema der jeg ønsker erfaringer fra deg.

Du vil bli bedt om å svare på et skjema «skriv til informanten» med spørsmål om kjønn, aldersgruppe og ansiennitet, men skal ikke oppgi noen personopplysninger her. Jeg innhenter ikke andre personopplysninger om det enn navnet som vil fremgå av samtykkeerklæringen.

Det er frivillig å delta.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn, og intervjuet som omhandler deg blir ikke transkribert og samtykkeerklæringen makuleres. Det vil ikke ha noen negative følger for deg hvis du ikke vil delta eller senere ønsker å trekke deg.

Ditt personvern- hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger?

Opplysninger som du gir under intervjuet, vil bare bli brukt i dette studiet. Alt av opplysninger behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Jeg vil oppbevare din samtykkeerklæring separat og adskilt fra lydopptak (datamateriale). Utskrift fra datamaterialet vil bli anonymisert, lydfilene oppbevares etter UIT sine retningslinjer. Det er kun jeg som masterstudent og veileder som vil få tilgang til datamaterialet. Prosjektet skal

etter planen avsluttes 05.mai 2022. Etter oppgaven er vurdert vil lydfiler og samtykke - erklæring makuleres.

Dine rettigheter.

Det er kun i samtykkeerklæringen navnet ditt vil være synlig, ellers vil du være anonymisert.

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

- Innsyn i hvile personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Hvis du har spørsmål om studie, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Daglig ansvarlig masterstudent eller hovedansvarlig veileder Universitet i Tromsø eller NSD-Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester.no) eller telefon: 55582117.

Hvis di ønsker å delta ber jeg deg signere og legge samtykkeskjemaet i vedlagt konvolutt som forsegles og legges i samlekonvolutt som henger ved siden av informasjonsskrivet.

Med vennlig hilsen prosjektansvarlig, masterstudent Marit Theodorsen.

Samtykkeerklæring.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:” *Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre?*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju som blir tatt opp på lydfil. Jeg samtykker til at min samtykkeerklæring og lydfiler oppbevares frem til prosjektet er vurdert i løpet av året 2022.

(Signatur, dato)

Telefonnummer

Vedlegg nr. 3 Kartleggings skjema

Skriv til informantene.

Ikke skriv inn navn på skjemaet, kryss bare av på punktene under:

Kjønn:

Kvinne:		Mann:	
---------	--	-------	--

Alder:

20- 29år		30-39		40-49		50-59		60-69	
-------------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

Ansatt mange år i kommunehelsetjenesten:

0-5 år		6-10		11-15		16-20		21-
--------	--	------	--	-------	--	-------	--	-----

Vedlegg nr.4 Intervjuguide

Intervjuguide.

Før jeg starter med fokusgruppeintervjuet vil jeg gjenta informasjon om studien. Jeg gjentar at deltakerne har rett til innsyn og rett til å trekke seg inntil oppgaven sendes inn. Jeg vil si noe om filer og utskrifter, og anonymitet. Jeg vil be deltakerne om gjensidig respekt både ovenfor hverandre og evt. personopplysninger som kommer frem utilsiktet. Jeg vil gjøre deltakerne oppmerksom på at de ikke skal dele taushetsbelagte opplysninger om brukere/pasienter. Før intervjuet skal jeg samle inn data om deltakerne, som utdanning, erfaring, antall i nåværende jobb og jeg vil kartlegge deres alder i aldersspenn på 10 år for å sikre anonymitet.

Før jeg starter selve intervjuet må jeg forklare litt hvordan et fokusgruppeintervju foregår slik at deltakerne er forberedt og jeg gjentar problemstillingen, slik at alle er klar over innholdet i samtalen.

Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger (LMG) og samstemning av legemiddellister (LMS) til hjemmeboende eldre?

Hva forbinder dere med begrepet LMG?

Hva forbinder dere med begrepet LMS?

Kan dere fortelle om deres erfaringer rundt LMG og LMS?

Kan dere fortelle om rutiner/prosedyrer dere følger når det gjelder LMG og LMS?

Har dere erfaring fra en LMG som var vellykket? Hva var årsaken til at det fungerte så godt?

Har dere fått opplæring/veiledning når det gjelder LMG?

Diskuterer dere LMG i avdelingen(formelt på møter/uformelt i pauser/rap)?

Hva tenker dere er viktig i planleggingen av LMG?

Hvordan tenker dere at LMG kan evalueres?

Hvilke muligheter og evt. Begrensninger ser dere i forhold til LMG?

Er det noe annet dere vil fortelle eller er det andre spørsmål dere tenker at jeg skulle ha stilt?

Jeg stiller spørsmål jeg jeg kan kontakte deltakerne om det skulle oppstå behov for det, for å oppklare eventuelt svar?

Jeg takker samtlige deltakere for at de ville delta og ønsker dem en god tur hjem.

Vedlegg nr. 5 Svar fra NSD

NSD sin vurdering

Referansenummer

971142

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har sykepleiere med legemiddelgjennomganger til hjemmeboende eldre?

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gabriele Kitzmüller, gabriele.e.kitzmuller@uit.no, tlf: 76966168

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marit Theodorsen, marittheodorsen@hotmail.com, tlf: 97158083

Prosjektperiode

01.08.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

06.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Referanseliste

- Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker, I., Omli, R., & Steinsbekk, A. (2017). Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 18(1), 30-30. doi:10.1186/s12875-017-0598-0
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Helsinkideklarasjonen. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- De Vibe, M. F., Udness, E., & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke : en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015* *Good patient care pathways in local authorities for for elderly and chronically ill : a description of two learning collaboratives forelderly and chronically ill, 2011–2015* (Vol. nr. 4).
- Devik, S. A., Alteren, J., & Olsen, R. M. (2021). Kunnskap og vilje, men uten makt. . In I. Hedlund, M & A. Moe (Eds.), *God helse. Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste*. (pp. 45-67). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eines, T. F., & Måløy, E. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomgang og samstemming av medisinalister : løsningen på økt pasientsikkerhet?*
- Eines, T. F., Måløy, E., & Ødegård, A. (2018). Investigating the utility of medication reviews amongst elderly home care patients in Norway - An interprofessional perspective. *Journal of interprofessional education & practice*, 13, 83-89. doi:<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.09.001>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, FOR-2021-09-20-2838 C.F.R. (2008).
- Hagesæther, E., Landmark, C. J., Neslein, I.-L. F., & Granås, A. G. (2015). Legemidler og pasientsikkerhet – fokus på eldre.
- Halvorsrud, L., Hoel, K. A., & Granås, A. G. (2017). Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester; en utfordring? *Geriatrisk sykepleie*.
- Helse Nord. (2015). *Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020*. Retrieved from <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Kvalitetsstrategi/Helse%20Nords%20kvalitetsstrategi%202016-2020.pdf>
- Helse Norge. (2019). Interaksjoner - når medisiner påvirker hverandre. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/medisiner/interaksjon-nar-medisiner-pavirker-hverandre>

- Helsedirektoratet. (2015). Veileder om legemiddelgjennomganger. Rapport IS-1998. In.
- Helsedirektoratet. (2021). Nasjonale faglige råd legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonale-faglige-rad-legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>
- Helsedirektoratet. (2022a). I trygge hender, satsningsområder. Retrieved from <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/om-innsatsomradene>
- Helsedirektoratet. (2022b). Kvalitet og kvalitetsindikatorer. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (2022). Retrieved from [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)
- Johansson-Pajala, R.-M., Martin, L., Fastbom, J., & Jorsäter Blomgren, K. (2015). Nurses' self-reported medication competence in relation to their pharmacovigilant activities in clinical practice. *J Eval Clin Pract*, 21(1), 145-152. doi:10.1111/jep.12263
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Nordheim, G., . . . Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid* (9788281215009,8281215003).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Luokkamäki, S., Härkänen, M., Saano, S., & Vehviläinen - Julkunen, K. (2021). Registered Nurses' medication administration skills: a systematic review. *Scand J Caring Sci*, 35(1), 37-54. doi:10.1111/scs.12835
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Montiel-Luque, A., Jesus Nunez-Montenegro, A., Martin-Aurioles, E., Carlos Canca-Sanchez, J., Carmen Toro-Toro, M., & Antonio Gonzalez-Correa, J. (2017). Medication-related factors associated with health-related quality of life in patients older than 65 years with polypharmacy. *PloS one*, 12(2), e0171320-e0171320. doi:10.1371/journal.pone.0171320
- Norsk senter for forskningsdata. (2022). Personverntjenester. Retrieved from <https://www.nsd.no/personverntjenester>
- Nymoen, L. D., Björk, M., Flatebø, T. E., Nilsen, M., Godø, A., Øie, E., & Viktil, K. K. (2022). Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. *Intern Emerg Med*. doi:10.1007/s11739-022-02935-9

- Olsen, R. M., & Devik, S. A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet – En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ottesen, S. (2017). Polypharmacy in the elderly - what is the problem? [Polyfarmasi hos eldre - hva er problemet?]. *Omsorg*, 34(2), 5-9.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-2021-05-07-31 C.F.R. (2021). Retrieved from [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)
- Pasientsikkerhetsprogrammet, I. t. h. (2015). Tiltakspakke for Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. IS-0458. Retrieved from <https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten/> /attachment/inline/7f735210-b0cf-4787-8c10-ea0dca320723:c39c5f7
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeve, E., Low, L.-F., & Hilmer, S. N. (2016). Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract*, 66(649), e552-e560. doi:10.3399/bjgp16X685669
- Romskaug, R., Skovlund, E., Straand, J., Molden, E., Kersten, H., Pitkala, K. H., . . . Wyller, T. B. (2019). Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 180(2), 181-189. doi:10.1001/jamainternmed.2019.5096
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Statens legemiddelverk. (2021). Legemiddelgjennomganger. Retrieved from <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang#forberedelser,-gjennomf%C3%B8ring-og-oppf%C3%B8lging>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 2021). Kommune. Retrieved from [Kommunefakta - SSB](#)
- Balsfjord (Troms og Finnmark - Romsa ja Finnmárku - Tromssa ja Finmarkku). Retrieved from <https://www.ssb.no/kommunefakta/balsfjord>
- Taylor, K. (2021). Geriatric medication reconciliation in the home setting: A patient-centered approach can improve outcomes. *American Nurse Today*, 16(6), 14-17. Retrieved from

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=151626495&site=ehost-live>

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjeneste Troms. (2020). *Kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms 2018-2019*. Retrieved from <https://www.utviklingssenter.no/aktiviteter/laringsnettverk/laringsnettverk-i-samstemming-av-legemiddellister-og-tverrfaglig-legemiddelgjennomgang?iid=17389&pid=Utvik>

Wig, B. B. (2018). *Lærende organisasjoner : på vei mot organisasjon 5.0*. Oslo: Gyldendal.

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

