



3. Kunnskap og vilje, men uten myndighet?

Sykepleieres erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre

Siri Andreassen Devik, Johanne Alteren og Rose Mari Olsen

Sammendrag Fokusgruppeintervjuene i denne studien viste at hjemmesykepleiere erfarer å ha kunnskap og vilje, men liten myndighet i tverrfaglig legemiddelgjennomgang for hjemmeboende eldre. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse og resulterte i to hovedkategorier med tilhørende underkategorier: *Aktørenes ansvar og oppgaver* (sykepleieren, legen, farmasøyten) og *Organisasjonens betydning for samhandlingen* (ledelse, kommunikasjon og logistikk, rutiner og retningslinjer, tid og bemanning).

Nøkkelord legemiddelsikkerhet | hjemmesykepleie | tverrfaglig samhandling

Abstract The focus group interviews in this study showed that homecare nurses experience having knowledge and will, but little authority in interdisciplinary drug-reviews for elderly people living at home. The content analysis resulted in two main categories with seven subcategories: The actors' responsibilities and tasks (nurse; doctor; pharmacist) and the Organization's significance for the interaction (management; communication and logistics; routines and guidelines; time and staffing).

Keywords drug safety | home nursing care | multiprofessional collaboration

INTRODUKSJON

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har et stort ansvar for å sikre god og forsvarlig legemiddelbruk for brukere og pasienter. Mottakerne av tjenesten er først og fremst eldre, og mange bor i eget hjem (Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby & Karlsen, 2018). Både det som følger med aldring og selve konteksten tjenesten skal leveres i, utgjør betingelser som stiller betydelige krav til helsepersonell som har ansvar for forskrivning og håndtering av legemiddelbehandlingen (Alteren, Hermstad, White & Jordan, 2018; Topinková, Baeyens, Michel & Lang, 2012; Wan-nebo & Sagmo, 2013). Fordi legemiddelbruk i denne konteksten er identifisert som et høyrisikoområde, er det utarbeidet en rekke forbedringstiltak som skal forebygge skade og uheldige hendelser. De viktigste tiltakene for å ivareta hjemmeboende brukere er tverrfaglig legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister (Olsen & Devik, 2016).

Sykepleiere er den yrkesgruppen som har den tetteste kontakten med brukeren i det daglige, og som ofte formidler kunnskap som angår behandlingen mellom brukeren og legen som har forskrevet den. I denne studien har vi undersøkt hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien erfarer samhandlingen om legemiddelgjennomganger hos eldre som bor hjemme.

Samhandling mellom profesjonene ses som en betingelse i håndteringen av helsetjenestens utfordringer (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). God samhandling utnytter både kompetanse og kapasitet, og tilrettelegger for mer tilgjengelige, koordinerte og trygge tjenester (WHO, 2010). Både organisering, kulturelle og sosiale faktorer påvirker kvaliteten og effektiviteten i klinisk samhandling (Mahdizadeh, Heydari & Moonaghi, 2015). Litteraturen beskriver både tilretteleggere og barrierer for tverrfaglig samhandling (McInnes, Peters, Bonney & Halcomb, 2015), men det er fremdeles liten enighet om hvordan samhandlingen kan bli bedre (Lehn-Christiansen, 2016). Helsepersonell som samhandler om tryggere legemiddelbruk, i dette tilfellet sykepleier, lege og farmasøyt, representerer profesjoner som i samhandlingen vil utfordres både når det gjelder autonomi og fleksibilitet (Tellefsen, 2004). Samhandlingen om forbedringsarbeidet foregår dessuten i en kompleks organisasjon (Stacey & Griffin, 2005; Stacey, 2011), noe som også får betydning for prosessen og utfallet.

BAKGRUNN

Eldre og legemidler

Legemidler kan bidra til bedre helse og økt livskvalitet for mange eldre. Imidlertid representerer legemiddelbruk også et område preget av stor risiko for denne aldersgruppen. På grunn av normale aldersforandringer, multisykkelighet og bruk av mange medikamenter samtidig er eldre særlig utsatt for legemiddelrelaterte problemer (Mallet, Spinewine & Huang, 2007), noe som igjen øker risikoen for sykehusinnleggelse (Oscanoa, Lizaraso & Carvajal, 2017), reinnleggelse (Hauviller et al., 2016) og dødelighet (Pasina et al., 2013).

Både nasjonale (Devik et al., 2018; Olsen & Sletvold, 2018) og internasjonale studier (Meyer-Massetti, Meier & Guglielmo, 2018) viser at legemiddelrelaterte problemer er betydelige hos både sykehjemsbeboere (Storms, Marquet, Aertgeerts & Claes, 2017) og hjemmeboende eldre (Devik et al., 2018). Problemene kan være knyttet til selve legemidlet (Rognstad et al., 2009), kombinasjonen av legemidler (Olsen & Sletvold, 2018), til kompleksiteten i behandlingen (Wastesson, Morin, Tan & Johnell, 2018), til pasientens bruk (Mohammed, Moles & Chen, 2016) og til overgangen mellom sykehus og hjemmet (Bakken, Larsen, Lindberg, Rygh & Hjortdahl, 2007) eller mellom ulike aktører i det enkelte omsorgsnivå, for eksempel mellom fastlege og hjemmesykepleie (Heier, Olsen, Toverud, Rognstad & Strand, 2007).

Tverrfaglig samhandling om riktig legemiddelbruk

Tverrfaglig samhandling om legemiddelgjennomgang er et tiltak som adresserer både kompleksitet og unikheter i den enkelte pasients helsetilstand og legemiddelprofil. Legemiddelgjennomganger i tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyt kan avdekke og redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk (Holland et al., 2008; Huiskes, Burger, van den Ende & van den Bemt, 2017) og bidra til betydelige endringer av pasientenes legemiddelbehandling (Kaur, Mitchell, Vitetta & Roberts, 2009; Jakanovic et al., 2017). Fagpersonene opplever også at samhandlingen gir læring og økt bevissthet på legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen, Stensland & Granås, 2011; Bell, Granås, Enmarker, Omli & Steinsbekk, 2017; Eines, Måløy & Ødegård, 2018). Studier viser imidlertid at det tverrfaglige samarbeidet ikke alltid er like enkelt. For eksempel har både leger og farmasøyter rapportert om utfordringer med å avsette tid til felles møtepunkt (Kolhatkar, et al., 2016; Bell et al., 2017). Manglende samhandlingstradisjon og lite kunnskap om den andres kompetanse kan også være barrierer (Löffler et al., 2017), i tillegg til faktorer som organisering og ressurser (Olsen & Devik, 2016). Forskningen har

hatt særlig farmasøytens rolle og bidrag i fokus, mens legens og sykepleierens erfaringer har fått mindre oppmerksomhet.

Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er en strukturert evaluering av pasientens legemiddelbehandling som har til hensikt å optimalisere legemiddelbruk og helsegevinst. Prose-dyren kan variere med hensyn til hvilke informasjonskilder vurderingen baseres på, pasientens involvering og målet med gjennomgangen (Bulajeva et al., 2014). Tiltaket har vært et av de mest sentrale for å forbedre praksis i en rekke kommuner i regi av pasientsikkerhetsprogrammet (2011–2018). Pasientsikkerhetsprogrammets prosedyre for legemiddelgjennomgang er inspirert av en modell utviklet i Nord-Irland (Scullin, Scott, Hogg & McElnay, 2007) og følger i hovedsak fire steg: 1) Sykepleier intervjuer pasienten og fyller ut en sjekklister angående pasientens anamnese, bestiller blodprøver og lager en oversikt over pasientens legemiddelbruk. 2) Sykepleieren sender innsamlet informasjon til farmasøyt, som identifiserer potensielle legemiddelrelaterte problemer. 3) Farmasøyten sender informasjon og vurderinger til lege, og det tverrfaglige teamet kommer sammen for å diskutere og finne en optimal legemiddelbehandling for pasienten. Legen tar den endelige avgjørelsen. 4) Sykepleier dokumenterer og oppdaterer pasientens legemiddelliste, og observerer og rapporterer til lege om effekter av endringene. Pasientens alder, sykdomstilstand og behov for legemiddelbehandling er utslagsgivende for når og hvor ofte det skal gjennomføres en legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2012).

Norske helsemyndigheter har i en årrekke arbeidet med utvikling av faglige retningslinjer og forskriftsfestelse av legemiddelgjennomgang som et tiltak for å øke legemiddelsikkerheten (Helsedirektoratet, 2012). Fastlegens plikt til å gjennomføre legemiddelgjennomgang, vedtatt i 2013, tilsier at pasienter som bruker fire legemidler eller mer, skal kunne få en legemiddelgjennomgang om fastlegen anser det nødvendig ut fra en medisinsk vurdering (forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 25, Lovdata, 2013). Legemiddelgjennomgang for pasienter i sykehjem ble forskriftsfestet i 2017 (forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 5a, Lovdata, 2017). I forskriften framgår det at virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst én gang i året. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell. Juridisk sett ligger det i dette ingen forpliktelse for legen når det gjelder tverrfaglig samhandling om tiltaket. De faglige retningslin-

jene anbefaler imidlertid at legemiddelgjennomgang skjer i tverrfaglig samarbeid, og det er utviklet verktøy og sjekklister til bruk for samhandlende helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012). En rekke kommuner har deltatt i læringsnettverk for riktig legemiddelbruk der de har fått opplæring i konkrete prosedyrer for både samstemming av legemiddellister og tverrfaglig legemiddelgjennomgang (Pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Hensikt

Hensikten med studien var å framskaffe økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med tverrfaglig samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre.

DESIGN OG METODE

Studien har anvendt kvalitativ metode og har et beskrivende og tolkende design. Den kvalitative metoden er egnet for å få tilgang til menneskers subjektive erfaringer og meninger, til nyanser, detaljer og refleksjoner (Patton, 2014). Sykepleiernes erfaringer ble samlet ved hjelp av fokusgruppeintervju og analysert med kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Studiens kontekst

Studien ble gjennomført i en kommune i Midt-Norge som hadde deltatt i læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet i perioden 2013–2014. Deltakerne i læringsnettverket var utpekt av ledelsen og bestod av et team av sykepleiere fra både sykehjem og hjemmetjenester. Sammen med deltakere fra andre kommuner deltok teamet på tre samlinger i perioden, der de fikk opplæring i prosedyrer for legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister i form av tiltakspakker. I tillegg lærte de om legemidler til eldre, brukermedvirkning, dokumentasjon, forbedringsarbeid og tverrfaglig samhandling. Mellom samlingene arbeidet deltakerne med tiltakene for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen i egen kommune. Både implementering av god praksis og kunnskapsspredning var ønsket og forventet. Selv om læringsnettverket hadde invitert til bred og tverrfaglig deltakelse, deltok ingen leger fra den aktuelle kommunen, heller ingen ledere. Én farmasøyt fra et sykehusapotek samarbeidet med sykepleierne i teamet. (For mer informasjon om læringsnettverket, se Devik, 2014.)

Deltakere og datainnsamling

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2009) med to grupper gjentatte ganger for å øke mulighetene for at deltakerne skulle opparbeide erfaring med legemiddelgjennomgang. Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være sykepleiere og representere alle hjemmesykepleiedistriktene i kommunen. Det var også ønskelig å få med de sykepleierne som hadde deltatt på læringsnettverk. Rekruttering foregikk via enhetsleder for hjemmetjenesten, og ni deltakere fra tre ulike distrikt samtykket til deltakelse. Den ene gruppen ble intervjuet tre ganger, den andre to. Totalt ble det gjennomført fem intervju i perioden april til november 2015. Deltakerne var sykepleiere, kvinner, i alderen 35 til 52 år, som jobbet i ulike deler av kommunens hjemmesykepleie. Kun to av disse, én i hver av gruppene, hadde selv deltatt på læringsnettverk som en del av kommunens team. Deltakernes stillingsstørrelser varierte fra 50 til 100 %. Mottakere av tjenesten inkluderte både pasienter som bodde hjemme og i bo- og velferdssenter/omsorgsbolig.

Intervjuene foregikk som samtaler basert på følgende tema: egne forventninger til legemiddelgjennomgang; hva som skjer før – under – etter en legemiddelgjennomgang; dagens samhandlingspraksis ved legemiddelgjennomgang; legemiddelgjennomgangens betydning for pasienten; legemiddelgjennomgangens betydning for egen fagutvikling; og hvordan arbeide bedre med legemiddelgjennomganger. Intervjuenes varighet var 40–54 minutter, og ble gjennomført av to forskere. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert til tekst.

Analyse

Som et overordnet perspektiv for analysen valgte vi kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) og Graneheim, Lindgren og Lundman (2017). Analysen innebar å bevege seg gjennom flere trinn for å komme fram til essensen i sykepleiernes erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre. For å få et helhetsbilde av hva fokusgruppeintervjuene handlet om, ble teksten først lest flere ganger, samtidig som innholdet ble sett opp mot hensikten med studien. Tekst relatert til studiens hensikt ble så identifisert som meningsbærende enheter, og disse ble kondensert, kodet og sortert i kategorier – det manifeste innhold. Analysen var ikke en lineær prosess, men en fram-og-tilbake-bevegelse mellom helheten og delene av teksten. Forfatterne gjorde innledningsvis dette arbeidet hver for seg, hvorpå de kom sammen for å sammenligne og drøfte meningsbærende enheter, kondensering, underkategorier og kategorier. Det var noen forskjeller i valg av ord og begreper for å beskrive deltakernes erfaringer, mens det var enighet om innholdet. Analysen førte fram til syv underkategorier

som igjen kunne samles under de to hovedkategoriene: «Aktørenes ansvar og oppgaver i samhandling om legemiddelgjennomgang» og «Organisasjonens betydning for samhandling om legemiddelgjennomgang». En gjennomgående tematikk, det latente innhold, ble sett i hovedkategoriene, og det overordnede temaet «Kunnskap og vilje, men uten myndighet» ble formulert.

Etikk

Deltakerne ble informert om studiens formål og gjennomføring, og gav skriftlig samtykke til deltakelsen. Deltakelsen var frivillig, og de var informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Lydopptakene ble slettet etter transkribering. Denne studien har anvendt anonymiserte data innsamlet i prosjektet «Etablering av kommunale tverrfaglige læringsnettverk for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag» (2014–2016), med godkjent behandling av personopplysninger fra Norsk senter for forskningsdata, NSD (Nr. 40240).

Resultat

Analysen resulterte i ett overordnet tema, to hovedkategorier og syv underkategorier (tabell 3.1).

Tabell 3.1 Oversikt over tema, hovedkategorier og underkategorier

<i>Tema</i>	Kunnskap og vilje, men uten myndighet	
<i>Kategorier</i>	Aktørenes ansvar og oppgaver i samhandling om legemiddelgjennomgang	Organisasjonens betydning for samhandling om legemiddelgjennomgang
<i>Underkategorier</i>	Sykepleierens ansvar og oppgaver	Ledelse av forbedringsarbeidet
	Legens ansvar og oppgaver	Kommunikasjon og logistikk
	Farmasøytens ansvar og oppgaver	Rutiner og retningslinjer for legemiddelgjennomgang
		Tid og bemanning

KUNNSKAP OG VILJE, MEN UTEN MYNDIGHET

Det overordnede temaet, *kunnskap og vilje, men uten myndighet*, reflekterer sykepleiernes følelse av maktesløshet i samhandlingen om forbedring av legemiddelsikkerheten. Sykepleiernes kunnskap og gode intensjoner om forbedring møtte

motstand i den tverrfaglige samhandlingen. Deres rolle i forbedringsarbeidet ble i realiteten ensom og uten myndighet. Det faglige og moralske ansvaret kunne oppleves som underkjent i samhandling med legen. Ofte ble ansvaret redusert til en koordinering som heller ikke nødvendigvis var ønsket av sykepleierne. Samhandlingen med farmasøyten erfarte de som mer likeverdig; den gav opplevelsen av at den enes kunnskap komplementerte den andres.

De to hovedkategoriene reflekterer sykepleiernes erfaringer knyttet til de ulike aktørenes oppgaver og ansvar og hvordan de erfarer organisasjonens betydning for samhandlingen om legemiddelgjennomgang.

AKTØRENES ANSVAR OG OPPGAVER I SAMHANDLING OM LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Denne hovedkategorien beskriver sykepleiernes erfaringer av eget og de ulike aktørenes ansvar og oppgaver i samhandlingen.

Sykepleierens ansvar og oppgaver

Oppdraget med å gjennomføre legemiddelgjennomganger ble oppfattet som en del av implementeringsarbeidet etter kommunens deltakelse i læringsnettverket. Gjennomføringen representerte både et arbeid pålagt fra arbeidsgiver, men også et arbeid som sykepleierne mente var nødvendig for å gjøre legemiddelbehandlingen tryggere, samt utviklende for dem selv som fagpersoner.

Sykepleierne erfarte at deres viktigste rolle var knyttet til den tette kontakten de hadde med brukeren, og kjennskapen de hadde til brukerens daglige fungering og situasjon. Gjennom utdeling av medisiner opplevde de å ha et stort ansvar for å følge opp det de delte ut. De så seg ofte som «pasientens nærmeste». Særlig gjaldt dette pasienter som hadde få eller lite kontakt med pårørende. Det kunne også gjelde pasienter med kognitiv svikt eller fysisk skrøpelige pasienter som hadde utfordringer med å gjennomføre ordinære timeavtaler på et legekontor. I slike tilfeller opplevde sykepleierne å ha et stort formidlingsansvar, både når det gjaldt observasjoner som var betydningsfulle for legens vurdering av pasienten, og informasjon fra lege til pasient. De opplevde at legene mer eller mindre la vekt på observasjonene deres. Ansvaret for å identifisere behov for gjennomgang av legemidlene var noe de så som naturlig. En av sykepleierne sa:

Vi kjenner brukerne, så vi forteller legen om deres hverdag, helse og tilstand, og argumenterer for hvorfor vi ønsker en legemiddelgjennomgang. Ofte er vi pasi-

entens nærmeste. Mange av pasientene bruker mange legemidler, og de er viktig for livet deres. Så vi har et stort ansvar, da det er vi som deler ut legemidlene.

I tillegg til å ta ansvar for medisintildelingen og formidlingen av observasjoner kjente mange på et ansvar for å følge opp legens forordning:

For noen legemidler kreves det at legen følger opp, for eksempel medikament-speil. Der synes jeg at noen leger er litt slappe. De setter ikke opp pasienten til kontroll. Vi kjenner på denne manglende oppfølgingen. Vi kan ikke være sløve, og ikke gi beskjed videre til legen. Vi har et ansvar, vi også.

Sykepleierne tok også ansvar for å oppklare feil eller uklarheter på legemiddellisten om pasienten hadde vært innlagt på sykehus eller fått oppfølging hos en spesialist.

Funnene viser at sykepleierne opplevde at legemiddelgjennomgang innebar ansvar for mange deloperasjoner. De tok ansvar for det meste av den praktiske gjennomføringen. De valgte pasienter som de mente hadde behov for en gjennomgang, ofte basert på polyfarmasi, gjennomførte kartlegging sammen med og med samtykke fra pasienten, bestilte blodprøver, målte blodtrykk, tok urinprøver og avtalte time med pasientens fastlege. Timen måtte passe med farmasøytens avtalte dager i kommunen. Informasjonen sykepleierne kartla, ble sendt til farmasøyt sammen med legemiddellisten. Under selve gjennomgangen med lege og farmasøyt deltok de i diskusjonen med observasjoner og vurderinger av brukerne. De opplevde det som svært viktig å være godt forberedt. Etter gjennomgangen tok de ansvar for etterarbeidet, som dokumentasjon, endringer i dosett og informasjon til pasienten. Når det gjaldt observasjoner av mulige effekter av gjennomgangen, ga sykepleierne uttrykk for at eget ansvar kunne forvaltes bedre, spesielt når det gjaldt dokumentasjon og formidling til lege.

Vi er nok ikke så gode til å dokumentere ... vi kan nok snakke om endringer når vi ser dem. Noen ganger sender vi meldinger til legen, eller legen kan av og til etterspørre effekt.

Sykepleierne vurderte det slik at rollen og ansvaret kunne være uforholdsmessig stort. Denne opplevelsen gjorde seg særlig gjeldende om legen var motvillig.

Egentlig synes jeg legemiddelgjennomgang skulle være en legeoppgave. Det skulle vært legens ansvar å se behovet for en gjennomgang. Ansvaret hviler på sykepleierne for å få i gang og å koordinere dette arbeidet. Det burde være omvendt, at det var legene som spurte oss.

Arbeidet med gjennomgangene førte i mange tilfeller til en utvidelse av egen rolle, som også gav en opplevelse av meningsfullhet. De observerte at resultatet for noen av pasientene var mindre svimmelhet, falltendens, bedre matlyst og i noen tilfeller redusert behov for tjenester.

Legens ansvar og oppgaver

Sykepleierne var tydelige på at legen har det medisinske ansvaret, både faglig og juridisk, og bestemmer den endelige behandlingen. Legens hovedansvar ble oppfattet som udiskutabelt. Samtidig mente sykepleierne at legene trenger sykepleierens kunnskap for å ta gode beslutninger om behandlingen. Sykepleierne vurderte det slik at legens kjennskap til pasienten kunne være minimal, noen ganger kun basert på journalopplysninger. En sykepleier fortalte:

Det er sjelden legene tar hjemmebesøk og gjør observasjoner av pasienten. Jeg synes det er rart at de ikke trenger det? Pasienten kan ofte ha en sammensatt problematikk. Kanskje burde legen ha vurdert pasienten i forkant av legemiddelgjennomgangen?

Sykepleierne hadde inntrykk av at prosedyren for legemiddelgjennomgang virket ukjent for legene. Erfaringen var at legene forholdt seg ulikt til denne oppgaven. Noen var svært positive og imøtekommende og egentlig glad for at legemiddelgjennomgang ble gjennomført, som en av sykepleierne sa. I slike tilfeller kunne legene også ta initiativ til å foreslå pasienter som de ønsket en gjennomgang for. Sykepleierne erfarte at andre leger var mer lunkne eller også avvisende. I slike tilfeller oppfattet sykepleierne at det ikke bare handlet om uvilje mot å avsette tid. Noen leger gav klart uttrykk for at sykepleierens initiativ til legemiddelgjennomgang var en innblanding i legens oppgave. En av sykepleierne uttrykte:

Jeg orker nesten ikke å sette i gang arbeidet med legemiddelgjennomgangen. Ikke når jeg får beskjed fra legen om at gjennomgangen er noe jeg ikke har noe med ... Det er så arrogant. Da mister jeg motivasjonen.

Gjennomføringen av legemiddelgjennomgang var helt avhengig av samarbeidet med legen. Ved et av distriktene hadde de gjennomført svært få gjennomganger. Andre erfaringer var at legene deltok aktivt på det tverrfaglige møtet, men virket mindre opptatt av prøver og forundersøkelser eller det å følge opp i etterkant og etterspørre effekter. De stilte seg uforstående til at noen leger ikke innså fordelene med legemiddelgjennomgang, da legemiddelgjennomgang kunne bidra til å opp-

dage feil og gjøre det mulig å endre behandling i tide. En av sykepleierne uttrykte frustrasjon over en situasjon hvor pasienten stod på et legemiddel som hun mente skulle vært trappet ned og seponert:

Det står i journalen at Sobril, 40 mg i døgnet, skal trappes ned etter avtale med lege. Nå er det gått et halvt år og vi har ikke hørt fra legen. Men pasienten har vært hos legen og bare fått flere legemidler. Da står du der ganske maktesløs. Hvor lenge skal vi purre på før vi får respons fra fastlegen?

Farmasøytens ansvar og oppgaver

Sykepleierne vurderte farmasøyten som eksperten når det gjaldt legemidler. Farmasøyten var en faglig støtte, både for legene og sykepleierne. Gjennom legemiddelgjennomgang sammen med farmasøyten erkjente sykepleierne at de i liten grad hadde benyttet farmasøytens kunnskap. En av dem sa:

Selve legemidlet er farmasøytens jobb. De stiller andre spørsmål enn vi, ... og kanskje har de mer kunnskap om legemidler enn legene?

Sykepleierne erfarte imidlertid at farmasøytens kunnskap kunne bli begrenset av at de ikke kjente eller hadde sett pasientene.

Farmasøyten kan reagere på en sovetablett, for eksempel ... men vi kjenner jo pasienten på 96 år ... og sovetabletten er kanskje hele verden for henne. Hvis den seponeres, kan det skape mye uro.

For at farmasøyten skulle få gjort sin del av gjennomgangen, og for å utnytte tiden kommunen betalte for, tilrettela sykepleierne for farmasøyten i forkant. I noen tilfeller opplevde sykepleierne at det var farmasøyten som var hovedansvarlig for gjennomgangen:

Vi samlet inn opplysningene, og så sammenstilte farmasøyten dem. Farmasøyten hadde da også gått gjennom interaksjoner, og hadde klar en innstilling før møtet med legen.

Etter gjennomgangen av legemidlene leverte farmasøyten en rapport som sykepleierne fant fylldig, svært lærerik og nyttig for videre oppfølging av pasienten.

ORGANISASJONENS BETYDNING FOR SAMHANDLING OM LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Denne hovedkategorien beskriver sykepleiernes erfaringer med hvordan organiseringen av tjenesten innvirker på samhandlingen om legemiddelgjennomganger.

Ledelse av forbedringsarbeidet

Ledelse av arbeidet med legemiddelgjennomganger framstod som fraværende og uklar for sykepleierne. De oppfattet at legemiddelgjennomganger var igangsatt på grunn av læringsnettverket, og at sykepleierne som hadde deltatt, skulle sørge for implementering på de ulike distriktene. De erfarte at mye av ansvaret hvilte på sykepleierne. En av dem sa:

Det har ikke vært mye snakk om hvordan vi skal få legemiddelgjennomgang inn som en del av praksis. Det er jo egentlig et lederansvar å organisere arbeidet. Jeg synes vi bør diskutere det og ta det opp med leder ... og saken bør også opp på et sykepleiermøte.

Sykepleierne erfarte at ressursbruken knyttet til legemiddelgjennomgang, som tid og personale, kunne være enorm, noe som kunne gå på bekostning av andre oppgaver. De mente at ledelsen ikke var klar over den økte ressursbruken. De var enige om at ressursbruken burde synliggjøres, slik at ledelsen kunne gjøre prioriteringer. Hvorvidt og hvordan legemiddelgjennomgang var tenkt som en del av daglig praksis, var de også usikre på:

Det er ikke klart uttalt at legemiddelgjennomgang skal fortsette. Men hvis det er et ønske eller vi observerer et behov, så skal en gjennomgang gjøres. Det oppfatter jeg er lederen sin holdning, men så er det jo nedskjæringer og sparing, og vi har ikke hørt noe om farmasøyten fortsatt skal være ved avdelingen en gang per måned.

Sykepleierne uttrykte også at effekten av legemiddelgjennomgang ville bli mer synlig etter hvert og overbevise ledelsen om at de måtte tilrettelegge for gjennomføringen. De hadde også tanker om hvordan kunnskapen burde spres blant ansatte på enheten, men erkjente at det foreløpig bare hadde vært sporadiske forsøk. Kompetansen angående legemiddelgjennomgang var personavhengig og gjorde situasjonen sårbar ved sykefravær. De opplevde vanskeligheter med å samles, og de faste møtepunktene, rapportene, var allerede lange. De mente at muligheten til denne type fagutvikling er langt enklere ved sykehjem.

Kommunikasjon og logistikk

For å oppnå kontakt med de andre aktørene brukte sykepleierne både brev, telefon, e-post og pleie- og omsorgsmeldinger, PLO-meldinger, via den elektroniske pasientjournalen. De fortalte at de innledningsvis hadde skrevet informasjonsbrev til legene, og om utallige telefoner til legekontor uten å få svar eller tilbakemeldinger. Til tross for mange kanaler opplevde de kommunikasjonen som enveis, særlig når det gjaldt legene. Erfaringene med PLO-meldinger var imidlertid lovende. Sykepleierne opplevde at PLO-meldinger var en forbedring i samarbeidet med legene, og at de enklere kunne melde behov for legemiddelgjennomgang, forvente raskere svar og få mer høflige svar. I en optimal verden burde sykepleierne kunne sende en PLO-melding til fastlegen med spørsmål om legemiddelbruk og eventuelt behov for legemiddelgjennomgang. Da ville de slippe gjentatte telefoner, og legene kunne bestemme det tidspunkt som passet dem best.

Når det gjaldt dokumentasjon i pasientjournalen, erfarte sykepleierne at systemet var ryddig og oversiktlig. De oppgav at journalsystemet var utviklet mye siden de først tok det i bruk, og at kommunen også hadde satset mye på opplæring. De opplevde imidlertid at dokumentasjonen av effekten av legemiddelgjennomgangen var mangelfull. Mange sykepleiere var involvert i prosessen, men de manglet felles praksis.

Noe av det sykepleierne brukte mest tid på, og som de fant svært krevende, var å tilrettelegge møtetidspunkt for de involverte. Her var det mange ulike leger og legekontor å forholde seg til, og tidspunktene måtte passe med de dagene farmasøyten var til stede i kommunen. En sykepleier sa:

Kommunen bør ha en egen stilling for en farmasøyt. Det hadde forenklet mye av arbeidet og koordineringen. Det er ikke alltid enkelt å få en legetime den datoen farmasøyten er til stede. Vi prøver å samle flere pasienter på denne dagen. For at legemiddelgjennomgangen skal fungere, må det ikke bli så mange forsinkelser hos legen. For legen har ansvar for andre pasienter også. Det er en god del forberedelser. Det tar tid ... det er en kabal som skal gå opp.

Sykepleierne beskrev at både lege og farmasøyt på mange måter kom til «dekket bord». I tillegg til at det var tidkrevende å tilrettelegge møtetidspunktet, kjentes ordningen lite hensiktsmessig:

Det er veldig tungvint at vi sykepleiere skal samkjøre lege og farmasøyt. Det hadde vært bedre om de hadde snakket sammen og bestemt en dato, fordi vi kan møte opp, noen av oss er alltid på jobb.

Rutiner og retningslinjer for legemiddelgjennomgang

Sykepleierne representerte tre ulike hjemmesykepleiedistrikt, og de beskrev også prosedyren for legemiddelgjennomgang noe ulikt. De mente det ville kvalitetssikre helsehjelpen om kommunen hadde felles praksis. En felles praksis kunne lette samarbeidet med legene og implementeringen for øvrig. Sykepleierne hadde inntrykk av at legene hadde ulik forståelse av prosedyren, noe de selv også hadde. For eksempel hadde sykepleierne forskjellige oppfatninger av hva kriteriene for legemiddelgjennomgang burde være. Noen mente det skulle baseres på antall legemidler på pasientens legemiddelliste eller at pasienten var ny for hjemmesykepleien. Andre hadde forstått at pasienter som ønsker det, hadde en rett til legemiddelgjennomgang årlig hos sin fastlege. De spurte seg om ikke legemiddelgjennomgang burde inngå som en del av det å motta tjenester fra kommunen. Det siste hang sammen med behovet for å få pasientens samtykke for å kunne dele helseopplysninger med farmasøyten. Innhenting av pasientens samtykke til deling av opplysninger mellom samhandlende helsepersonell skulle bli en rutine for alle mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunen:

Det skal ikke være nødvendig å måtte innhente en underskrift for at vi skal få gjort en gjennomgang av legemidlene.

Dokumentasjonen av legemiddelgjennomgang var heller ikke enhetlig. De etterlyste mer systematikk slik at de enkelt kunne se om det hadde vært gjort en gjennomgang, og hva som eventuelt skulle observeres og følges opp hos pasienten.

Tid og bemanning

Sykepleierne erfarte legemiddelgjennomgangene som svært tidkrevende. Mye måtte være på plass og ordnet i forkant av det tverrfaglige møtet. Deloppgavene tok mye tid i seg selv, og tiden som gikk med til forespørsler, venting på svar, kontrabeskjeder og koordinering, kunne ta flere dager. Kartleggingen hjemme hos pasienten tok også tid, inkludert kjøring, om pasienten bodde i distriktet. De daglige oppgavene i hjemmesykepleien, forventede og uventede, skulle også ivaretas. Sykepleierne uttrykte et sterkt ønske om mer avsatt tid til å sikre legemiddelhåndteringen generelt og legemiddelgjennomgang spesielt. Én sa:

Vi ønsker mer avsatt tid, men slik det ser ut i nærmeste framtid, så blir det ingen flere stillinger eller økning i stillingsandeler. Det blir stadig flere oppgaver, ansvar og krav, noe som blir en stressfaktor. Oppgaver blir gjort bare halvveis.

I slike diskusjoner var de også innom tid brukt på selve legemiddelhåndteringen med opplegg og utdeling av legemidler i dosett. Denne oppgaven krevde mye tid, og noen mente at innføring av multidose ville medføre en stor tidsbesparelse. Selv om multidose kunne frigjøre tid, problematiserte også mange denne ordningen. De var bekymret for å miste oversikt og refleksjonsmulighet til kritisk vurdering av legemidlene mens de la opp dosetter, og fryktet at de ville miste oppmerksomhet og kompetanse om multidose ble innført.

DISKUSJON

Resultatene i denne studien viser at sykepleiernes erfaringer med samhandling om legemiddelgjennomgang var preget av forventninger som ikke ble innfridd. Dette gjaldt både forståelse av eget og andre aktørers ansvar og oppgaver, og hvordan betingelser i organisasjonen påvirket muligheter til å gjøre forbedringer. Sykepleierne opplevde på mange måter å ha fått et oppdrag uten egentlig myndighet.

Utgangspunktet for sykepleierne var ny kunnskap om best mulig praksis for å trygge pasientenes legemiddelbruk. Som ansvarlig for legemiddelutdeling og observasjoner i det daglige var det sykepleiefaglige ansvaret naturlig å ta. Det moralske ansvaret var heller ikke vanskelig å se. Sykepleierne oppfattet seg ofte som pasientens «advokat». De kjente på et stort ansvar fordi de hadde erfart at feil og uoverensstemmelser i forordninger ikke er uvanlig, som forskningen også viser (Bakken et al., 2007; Devik et al., 2018). Å ta sin del av ansvaret for legemiddelgjennomgang ble oppfattet som meningsfullt.

Det som skapte størst utfordring og frustrasjon, var når de erfarte at legene ikke så ansvaret de hadde for legemiddelgjennomgang. Beskrivelsen av sykepleiernes framgangsmåte og tilnærming til legene kan gi inntrykk av at legene var uforberedt på samarbeidet. Det var uklart hvor mye informasjon de hadde mottatt av kommunelegen. Legemiddelgjennomgang er riktignok forskriftsfestet, men gjennomføringen bestemmer legen hvis de anser det nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Sykepleierne deltok i læringsnettverket, noe legene ikke gjorde, og hadde kunnskap om hva kommunen etterspurte når det gjaldt legemiddelgjennomgang i henhold til pasientsikkerhetsprogrammet. Legenes og sykepleiernes ulike ståsted og kunnskap om kommunens forventninger kan skape ulik motivasjon og utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Davis, Vinci, Okwuosa, Chase og Huang (2007) beskriver hva helsepersonells engasjement og motivasjon angående forbedringsarbeid i praksis kan påvirkes av. Aktørene kan oppfatte at de allerede yter gode tjenester, at tiltaket vil være ineffektivt og bortkastet tid, at tiltaket kan utløse uenighet om ansvar og myndighet, og at nye retningslinjer forstås som hin-

drende for egne faglige vurderinger og lokal praksis. I tillegg er mangel på tid og ressurser et hinder (Davis et al., 2007), noe sykepleierne i denne studien uttrykte var en utfordring for gjennomføring av legemiddelgjennomgang. Et viktig utgangspunkt for alt forbedringsarbeid er enigheten om målet med forbedringen og forståelsen av at man selv er avhengig eller vil dra nytte av andre aktørers kunnskap og innsats. Økt bevissthet stimulerer til frivillig samarbeid, selv om frivillighet i seg selv kan være en svak koordineringsmekanisme (Jacobsen, 2004).

Som funnene viser, opplever sykepleierne at de er pålagt ansvaret for forbedringsarbeidet, herunder også ansvaret for å initiere samarbeidet med legene. Når de initierte samarbeidet, erfarte sykepleierne at noen leger signaliserte at sykepleierne gikk ut over sin kompetanse. Tradisjonelt har legene innehatt den sentrale profesjonen i helsevesenet (Erichsen, 1996), og sykepleierne en mer underordnet posisjon. Abbott (1988) beskriver profesjonssystemet og forutsetninger for at det kan fungere, slik at pasienter og pårørende får god og riktig helsehjelp. Forutsetningene er at det er en gjensidig avhengighet mellom aktørene. I noen sammenhenger har profesjoner full kontroll og styring over eget arbeidsområde. For sykepleieprofesjonen er et eksempel stell og pleie av pasienter. Andre ganger er profesjonen underlagt andre profesjoner som tar avgjørelser om og hvordan en oppgave skal løses. For eksempel når det gjelder legemiddelbehandling. Legen forskriver og seponerer legemidlet, mens sykepleieren følger opp behandlingen gjennom utdeling, observasjoner av virkning og bivirkning, og observasjoner de formidler til legen. Dette er et eksempel på beslutningsstøtte legen ofte er avhengig av når behandlingen skal bestemmes (Schuling, Gebben, Veehof & Haaijer-Ruskamp, 2012). Andre former for beslutningsstøtte kan være pasientens egen historie, faglige retningslinjer og kollegaer eller andre profesjoners kunnskap. I en norsk studie fant Eines, Måløy og Ødegård (2018) at fastleger oppfattet både sykepleierne og farmasøytene kunnskap som grunnleggende viktig for å kunne gi trygg legemiddelbehandling til eldre i hjemmesykepleien. Fastlegene sa at de tidligere ikke hadde vært oppmerksom på hva disse profesjonene kunne bidra med. Andre studier viser at ulike profesjoner lærer viktigheten av hverandres kunnskap gjennom erfaring med samhandling, for eksempel sykepleiere og farmasøyer (Bell et al., 2017), noe som bekreftes i vår studie. I de tilfellene der sykepleierne og fastlegene hadde et samarbeid, var inntrykket at partene erfarte samarbeidet som positivt. Sørensen et al. (2018) understreker viktigheten av å styrke samhandlingsevnen før nye profesjonelle team, roller og ansvar introduseres. Overført til konteksten i denne studien ville prosessen vært forenklet om kommunen hadde investert i relasjonsbygging mellom de samhandlende aktørene.

Et annet viktig funn i denne studien var at ledelsen framstod som fraværende og uklar når det gjaldt ansvar og implementering av prosedyren i kommunen. Kunnskapsspredningen var vanskelig, og sykepleierne opplevde en rekke uklarheter i egen organisasjon. Sykepleierne opplevde at de måtte påta seg en utfordrende koordinatorrolle, finne tid blant de øvrige oppgavene og operere i en organisasjon som krevde tilpasninger som også lå utenfor deres myndighet. Legene og sykepleierne er sentrale aktører for implementering av praksisen. En tydelig ledelse, hvor det også settes krav til fastlegen, er nødvendig for en god og sikker helsetjeneste i kommunene. Kvalitetssikring av implementering av legemiddelgjennomgang syntes i det store og det hele å mangle. Dette stemmer med tilsyn av kommunehelsetjenesten, som viser at kvalitetsarbeid ofte er dårlig forankret i ledelsen og heller ikke alltid blir sett som en lederoppgave (Helsetilsynet, 2014). Sykepleierne kunne tolkes som ensomme også i den forstand at lederne verken syntes å etterspørre framdrift eller gav klare signal om hvordan legemiddelgjennomgang skulle være en del av framtidig drift. Kunnskap om ledelse av forbedringsarbeid synes mangelfull i kommunene (Wiig et al., 2018).

Tolkningen vår av sykepleiernes erfaring – det at de ble ensomme og uten myndighet i arbeidet med legemiddelgjennomgang – kan ses som et produkt av et «top-down» forbedringsarbeid som ikke har tatt hensyn til kompleksiteten i konteksten det foregår i (Stacey & Griffin, 2005; Stacey, 2011). Samhandling om riktig legemiddelbruk foregår i det som må sies å være en kompleks organisasjon – helse- og omsorgstjenesten i kommunen. I et kompleksitetsperspektiv ses organisasjoner som kompliserte og tilpassningsdyktige systemer som utvikles og korrigeres gjennom samskaping og respons (Stacey, 2011). Sykepleierne er ikke passive mottakere av forutbestemte endringer. De påvirker i stor grad utfallet av aktivitetene i organisasjonen. Viktige elementer som gjensidig påvirkning, uforutsigbarhet, vanlige hverdagsaktiviteter og andre forhold i sosialt liv overses om ikke kompleksitetsperspektivet tas inn (Stacey, 2011). Derfor vil også kvalitetsforbedring bli vanskelig å oppnå med en styrt implementering av bruksanvisninger og prosedyrer (Stacey & Griffin, 2005). Forbedringsarbeid er sjelden «quick fix». Det må i stedet betraktes som en prosess som bør legge en utforskende og deltakende metodikk til grunn (Stacey & Griffin, 2005). Noen av sykepleierne og farmasøyten i denne studien hadde startet prosessen og samhandlingen i læringsnettverket. Mye tyder på at legenes fravær i begynnelsen av samhandlingsprosessen var uheldig.

Konteksten eller organisasjonen er i seg selv et viktig element som også ble problematisert av sykepleierne. De mente for eksempel at legemiddelgjennomgang har helt andre forutsetninger i hjemmesykepleien sammenlignet med sykehjem eller sykehus. I hjemmesykepleien befinner lege, farmasøyt og sykepleier seg på

ulike steder, de dokumenterer og kommuniserer med ulike systemer, og det tar tid å oppsøke pasientene. For sykepleierne kunne det ta mange dager å samle og dele alle opplysninger og finne et felles møtepunkt. Forskning viser dessuten at suksess i forbedringsarbeid varierer stort mellom ulike kontekster til tross for at samme tiltak benyttes (Kaplan, Provost, Froehle & Margolis, 2012).

Selv om sykepleierne i denne studien gav uttrykk for oppgitthet og utilstrekkelighet, virket ideen om tryggere legemiddelbruk med tverrfaglig legemiddelgjennomgang fremdeles levende. De mente at gjennomganger og endret medisinerings hadde gitt helsegevinster hos flere pasienter. Siden evalueringen for det meste var muntlig, risikerte effektene å bli noe usynlig, både for sykepleierne selv og ledelsen. Utilstrekkelig evaluering og dokumentasjon er blant barrierene i forbedringsarbeid, og gjør at de fleste prosjekter forblir nettopp prosjekter (Länsisalmi, Kivimäki, Aalto & Ruoranen, 2006) og ikke forbedringsarbeid som ivaretar pasientsikkerheten.

METODISKE OVERVEIELSER

Erfaringene som framkommer i denne studien, representerer dybdekunnskap om samhandling fra den profesjonen som har tettest kontakt med pasienten og på mange måter er bindeleddet mellom legen, farmasøyten, pasienten og pårørende. Siden farmasøyt og lege ikke er intervjuet, og heller ikke pasient og pårørende, gir studien ikke kunnskap fra deres perspektiv. Studier hvor leger, farmasøyter, pasienter og pårørende er involvert, kan berike og tilføre ulike perspektiv, kompetanse og erfaring som er viktig for samhandling om legemiddelgjennomgang hos hjemmeboende eldre. Denne kunnskapen kan gi økt innsikt i kompleksiteten og hvordan samhandlingen kan implementeres og gjennomføres for å gi et godt og sikkert tilbud til pasienten.

Deltakerne hadde et varierende erfaringsgrunnlag når det gjaldt å gjennomføre forbedringstiltakene, og det ble gjennomført få legemiddelgjennomganger i løpet av månedene mellom intervjuene. Manglende erfaringsgrunnlag blant deltakerne kan gi et tynt datamateriale, men dataene vurderes til å være rikholdige. Intervjuene bar preg av samtale og diskusjoner mellom deltakerne, der de støttet og utfordret hverandre både positivt og negativt. Et forum hvor deltakerne kan uttrykke seg i trygge omgivelser, bidrar til å skape gode og valide data.

Nettopp ved at dataene utvikles når deltakerne i fokusgruppene hjelper hverandre med å tolke erfaringer og å sette disse i en større sammenheng, kommer mange og utfyllende data fram. Utfyllende data skaper dybde og kompleksitet angående fenomenet det forskes på. Det at to forskere ledet intervjuene, bidro også til en balanse mellom deltakerne, noe som sikret at alle sykepleierne bidro.

Beskrivelsen av metoden er transparent og bidrar til å styrke resultatenes troverdighet og validitet (Graneheim & Lundman, 2004). Diskusjon innad i forfattergruppen om metode, resultat og analyse har også bidratt til å styrke studiens validitet.

Studiens overførbarhet begrenses av at den kun er gjennomført i én kommune. Kommunens innbyggertall tilsvarer til gjengjeld en middels stor norsk kommune som både har by og omland. Transparent beskrivelse av metode og kontekst gjør det mulig for leseren å vurdere om funnene er anvendelige i andre kontekster.

KONKLUSJON

Tverrfaglig samhandling må bygge på en felles forståelse av målene med arbeidet og hvilket ansvar og oppgaver de involverte har. Selv om tiltaket er kunnskapsbasert og initieres av sterke fagmiljøer, må aktørene som skal oversette det til praksis, inviteres til dialog og medvirkning. Uavhengig av årsak (om de ble oversett eller ekskluderte seg selv) var det uheldig at legene kom sent inn i prosessen, og mange av dem ble også værende på «sidelinjen». Om de tok avstand fra deltakelse, var det lite sykepleier og farmasøyt fikk gjort. Tverrfaglig samhandling må også bygge på en forståelse av at profesjonene trenger hverandres kunnskap for å utføre oppgaven best mulig. Det kan synes som om dette er noe som må erfares før det forstås. Profesjonene agerer dessuten ikke i et vakuum. De utfører oppgavene i en kompleks kontekst, der måten dette ledes på, har avgjørende betydning.

Forfatterne vil rette en stor takk til førsteamanuensis Ragnhild Omli (Nord universitet) for bidrag i datainnsamlingen, og førsteamanuensis Wenche Wannebo (Nord universitet) og professor Ingela Enmarker (Högskolan i Gävle, Sverige) for arbeid med designet.

REFERANSER

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alteren, J., Hermstad, M., White, J. & Jordan, S. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3613–3621. <https://doi.org/10.1111/jocn.14518>
- Bakken, K., Larsen, E., Lindberg, P.C., Rygh, E. & Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127(13), 1766–1769.
- 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 el-

- derly in primary health care – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0598-0>
- Bulajeva, A., Labberton, L., Leikola, S., Pohjanoksa-Mäntylä, M., Geurts, M. M. E., de Gier, J. & Airaksinen, M. (2014). Medication review practices in European countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 731–740. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.02.005>
- Davis, A. M., Vinci, L. M., Okwuosa, T. M., Chase, A. R. & Huang, E. S. (2007). Cardiovascular health disparities: a systematic review of health care interventions. *Medical Care Research and Review*, 64(5 suppl.), 29S–100S. <https://doi.org/10.1177%2F1077558707305416>
- Devik, S. A. (2014). *Riktig legemiddelbruk i kommunehelsetjenesten. Erfaringer fra Læringsnettverk i Nord-Trøndelag*. Senter for omsorgsforskning – rapportserie 9/2014. Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2445211>
- Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N. & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291–299. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.09.001>
- Erichsen, V. (1996). Profesjonenes forhold til hverandre. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon* (s. 39–57). Oslo: Tano Aschehoug.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halvorsen, K. H., Stensland, O. & Granås, A. G. (2011). A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(5), 350–357. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2011.00129.x>
- Hauviller, L., Eyvrand, F., Garnault, V., Rousseau, V., Molinier, L., Montastruc, J. L. & Bagheri, H. (2016). Hospital re-admission associated with adverse drug reactions in patients over the age of 65 years. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(5), 631–639. <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2022-4>
- Heier, K. F., Olsen, V. K., Toverud, E. L., Rognstad, S. & Straand J. (2007). Riktig legemiddelopplysninger og farvel til dosettene? *Sykepleien Forskning* 2(3), 166–170. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0055>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder om legemiddelgjennomgang*. 06/2012, oppdatert 09/2015. Veileder IS-1998. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeb645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20E2%80%93%20Veileder.pdf

- Helsetilsynet. (2014). Tilsynsmelding 2013. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastering/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2013.pdf/>
- Holland, R., Desborough, J., Goodyer, L., Hall, S., Wright, D., & Loke, Y. K. (2008). Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*, 65(3), 303-316. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03071.x>
- Huiskes, V. J. B., Burger, D. M., van den Ende, C. H. M. & van den Bemt, B. J. F. (2017). Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Family Practice*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0577-x>
- Jacobsen, D.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I P. Repstad (red., 2. utg.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (s. 75–114). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jakanovic, N., Tan, E. C., Sudhakaran, S., Kirkpatrick, C. M., Dooley, M. J., Ryan-Atwood, T. E. & Bell, J. S. (2017). Pharmacist-led medication review in community settings: an overview of systematic reviews. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 13(4), 661–685. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.08.005>
- Kaplan H. C., Provost, L. P., Froehle, C.M. & Margolis, P.A..(2012). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): Building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 13–20. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000010>
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus Groups, a practical guide for applied research* (4. utg.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Kolhatkar, A., Cheng, L., Chan, F. K. I., Harrison, M., Law, M. R. (2016). The impact of medication reviews by community pharmacists. *Journal of the American Pharmacists Association*, 56(5), 513–520. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.05.002>
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. & Ruoronen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66–72. <https://doi.org/10.1177%2F0894318405284129>
- Löffler, C., Koudmani, C., Böhmer, F., Paschka, S. D., Höck, J., Drewelow, E., Stremme, M., Stahlhacke, B. & Altiner, A. (2017). Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 224. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2157-8>
- Lehn-Christiansen, S. (2016). Kampen om tværsamarbeidet. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 18(4), 8–23. <https://doi.org/10.7146/tfa.v18i4.110821>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2017). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Kaur S., Mitchell G., Vitetta L. & Roberts M. S.(2009). Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly. *Drugs Aging*, 26(12), 1013-1038. <https://doi.org/10.2165/11318890-000000000-00000>
- Mahdizadeh, M., Heydari, A. & Karimi Moonaghi, H. (2015). Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review.

- Global Journal of Health Science*, 7(6), 170–180. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p170>
- Mallet, L., Spinewine, A. & Huang, A. (2007). Prescribing in elderly people 2: the challenge of managing drug interactions in elderly people. *The Lancet*, 370(9582), 185–191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61092-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61092-7)
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973–1985. <https://doi.org/10.1111/jan.12647>
- Meyer-Masseti, C., Meier, C. R. & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(2), 325–334. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0581-9>
- Mohammed, M. A., Moles, R. J. & Chen, T. F. (2016). Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 6, e010035 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010035>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Statistisk Sentralbyrå, rapport 2018/26. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358290?_ts=1653da67db0
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no: Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, I trygge hender 24-7. (2015). Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. IS-0458. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods* (4. utg.). London: Sage.
- Olsen, R. M. & Devik, S. A. (2016). *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2415062>
- Olsen, R. M. & Sletvold, H. (2018). Potential drug-to-drug interactions: a cross-sectional study among older patients discharged from hospital to home care. *Safety in Health*, 4(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0075-z>
- Oscanoa, T., Lizaraso, F. & Carvajal, A. (2017). Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(6), 759–770. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2225-3>
- Pasina, L., Djade, C. D., Nobili, A., Tettamanti, M., Franchi, C., Salerno, F. & Mannucci, P. (2013). Drug-drug interactions in a cohort of hospitalized elderly patients. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 22(10), 1054–1060. doi: <https://doi.org/10.1002/pds.3510>
- Rognstad, S., Brekke, M., Fetveit, A., Spigset, O., Wyller, T. B. & Straand, J. (2009). The Norwegian General Practice (NORGEPA) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 153–159. <https://doi.org/10.1080/02813430902992215>
- Schuling, J., Gebben, H., Veehof, L. J. G. & Haaijer-Ruskamp, F. M. (2012). Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Family Practice* 13, 56. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/56>.

- Scullin, C., Scott, M., G., Hogg, A. & McElnay, J. C. (2007). An innovative approach to integrated medicines management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(5), 781–788. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824872>
- Stacey, R. (2011) *Strategic Management and Organisational Dynamics: the Challenge of Complexity*. (6. utg.) Harlow: Prentice Hall/Financial Times FT Press.
- Stacey, R. D & Griffin, D. (2005). *A complexity perspective on researching organizations: Taking experience seriously*. London: Routledge.
- Storms, H., Marquet, K., Aertgeerts, B. & Claes, N. (2017). Prevalence of inappropriate medication use in residential longterm care facilities for the elderly: a systematic review. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 69–77. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1288211>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. (2018). A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 1–14. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
- Tellefsen, T. (2004) Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? Kunnskapssosiologiske perspektiver på tverretattlig samarbeid. I P. Repstad (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tvverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Topinková, E., Baeyens, J. P., Michel, J.-P. & Lang, P.-O. (2012). Evidence-Based Strategies for the Optimization of Pharmacotherapy in Older People. *Drugs & Aging*, 29(6), 477–494. <https://doi.org/10.2165/11632400-000000000-00000>
- Wannebo, W. & Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 8(1), 26–34. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0006>
- Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E. C. K. & Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(12), 1185–1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: Verdens helseorganisasjon. https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Wiig, S., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Storm, M., Aase, I., Ullebust, B., Holen-Rabbersvik, E., Thomsen, L. H., Pedersen, A. T. S., van de Bovenkamp, H., Bal, R. & Aase, K. (2018). Improving quality and safety in nursing homes and home care: the study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ Open*, 8, e020933. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020933>