

# Å være blekksprut, brannmann og vaktbikkje

*En kvalitativ studie om sykepleiernes erfarte rolle og  
ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling av  
eldre brukere i hjemmesykepleien*

Anette Hestdal Loso



Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie  
Det medisinske fakultet/  
Institutt for helse og samfunn/  
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

26. mai 2014

Antall ord: 16089

© Anette Hestdal Loso

2014

*Å være blekksprut, brannmann og vaktbikkje. En kvalitativ studie om sykepleiernes erfarte rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling av eldre brukere i hjemmesykepleien*

Forfatter: Anette Hestdal Loso

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo







UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Anette Hestdal Loso	<b>Dato:</b> 26. mai 2014
<b>Tittel og undertittel:</b> Å være blekksprut, brannmann og vaktbikkje. En kvalitativ studie om sykepleiernes erfarte rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling av eldre brukere i hjemmesykepleien.	
<b>Sammendrag:</b> <b>Bakgrunn:</b> Det er i dag nasjonal satsning på pasientsikkerhet i forhold til legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling har tradisjonelt vært sett på som <i>legemiddelhåndtering</i> (prosessen fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt), og er regulert i nasjonale føringer og interne retningslinjer. <i>Oppfølgingen av legemiddelbehandlingen</i> (observasjoner, undersøkelser og tilrettelegging av den enkeltes legemiddelbehandling) er ikke i like stor grad regulert. Sykepleierne i hjemmesykepleien har en sentral funksjon i legemiddelbehandling med nærhet til brukerne og helhetlig tilnæringsmåte. Bakgrunns litteraturen viser at sykepleierens rolle og ansvar i forhold til legemiddeloppfølging i liten grad er definert. <b>Hensikt:</b> Målet med studien var å utvikle ny innsikt i om sykepleierne i hjemmesykepleien opplever et gap mellom behovene for og forventningene til legemiddelbehandling. Mer spesifikt var målet å få frem hvordan sykepleierne forstår legemiddeloppfølging; hva de mener ligger i deres rolle og ansvar, og hva de opplever fremmer og/eller hemmer deres funksjon. <b>Metode:</b> Studien har et kvalitativt, eksplorerende forskningsdesign. Utvalget besto av ni sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i en stor kommune på Østlandet. Datasamlingen ble gjort ved to fokusgruppeintervjuer. Datamaterialet ble tatt opp på bånd, transkribert i sin helhet og videre bearbeidet gjennom en tverrgående tekstanalyse. <b>Resultat:</b> Sykepleierne erfarte å ha en viktig rolle og et stort personlig ansvar for oppfølgingen av legemiddelbehandlingen, men de opplevde at funksjonen ikke var definert. Sykepleiernes rolle og ansvar er påvirket av brukernes situasjon, behandlingsapparatet, arbeidsplassen, samt forhold knyttet direkte opp mot den enkelte sykepleiers kunnskaper, erfaringer og interesser. <b>Konklusjon:</b> Til tross for at sykepleierne erfarte å ha et stort ansvar og en sentral rolle i forhold til legemiddeloppfølgingen, opplevde de at oppfølgingen ikke dekket det reelle behovet hos brukerne for å oppnå en forsvarlig og sikker legemiddelbehandling. Erfaringene fra studien tilsier at det kan være behov for et økt fokus for avklaringer og presisering av roller og ansvar, ikke bare for sykepleierne men også opp mot fastlegene, bestillerenhetene og tjenestestedene.	
<b>Nøkkelord:</b> Pasientsikkerhet, legemiddelbehandling, legemiddeloppfølging, hjemmesykepleie, sykepleiefunksjon, kvalitetsutvikling	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Anette Hestdal Loso	<b>Date:</b> May 26rd 2014
<b>Title and subtitle:</b> Being a squid, firefighter and watchdog. A qualitative study of experience in role and responsibilities of nurses' for monitoring drug treatment of elderly users in home healthcare.	
<b>Abstract:</b> <b>Background:</b> There is currently national focus on patient safety in relation to drug treatment. Drug treatment has traditionally been seen as medication management (the process from prescription until administration), and is governed by national regulations and internal guidelines. Drug monitoring (observation, surveys and adjustments of drug treatment) is not equally regulated. The nurses in home healthcare has an important function in drug treatment with proximity to users and thereby a holistic approach. The background literature indicates that the nurses' role and responsibilities in relation to drug monitoring are only to a small extent defined. <b>Purpose:</b> The aim of this study was to develop new insights about the nurses in home healthcare experience a gap between the needs for and expectations around drug treatment. More specifically, the aim was to reveal how nurses understand drug monitoring; the interpretation of what they their role and responsibilities, and what they experience is supporting or inhibiting their function. <b>Method:</b> The study has a qualitative, exploratory research design. The sample consisted of nine nurses working in home healthcare in a large municipality in eastern Norway. The collection of data was done through two focus group interviews. The data were audiotaped, transcribed in full and further processed through a transverse textual analysis. <b>Results:</b> The nurses experienced having an important role and an important personal responsibility for monitoring drug treatment, however they felt the function was not well defined. The nurses' role and responsibility were influenced by conditions of the users, treatment services, workplace, and factors related directly to the individual nurses knowledge, experience and interests. <b>Conclusion:</b> Despite the fact that the nurses found that they have an important responsibility and a central role in drug monitoring, they experience that the monitoring does not cover the actual needs of users in order to achieve a proper and safe drug treatment. The experiences from the study suggests that there may be a need for clarification and definition of roles and responsibilities for the home healthcare in general; for nurses, GPs, ordering units and service departments.	
<b>Key words:</b> Patient safety, drug treatment, drug monitoring, home healthcare, nursing function, quality development	

## Forord

Vi er heldige som lever i en del av verden hvor vi kan få medisiner mot de fleste sykdommer og lidelser. Det er ingen tvil om at medisiner redder liv, reduserer helseplager og øker livskvaliteten for veldig mange. Men det er også en kjensgjerning at mange personer, spesielt eldre, opplever reduksjon av funksjonsnivå, økte helseplager og nedsatt livskvalitet som direkte eller indirekte skyldes legemiddelbruk.

Helt siden jeg begynte i hjemmesykepleien har jeg vært opptatt av å sikre brukerne optimal legemiddelbehandling. Etter et lærerikt og engasjerende farmakologikurs i regi av RELIS våren 2012, kom jeg til en erkjennelse at vi sykepleiere har et stort potensialet og en viktig funksjon med å bidra til en tryggere legemiddelbruk ved å ha fokus på oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Derav kom ønsket om å skrive en masteroppgave om dette tema.

Det er mange som fortjener en stor takk, både for bistand i denne masteroppgaven og for at tiden som student har gått nærmest knirkefritt.

Først og fremst vil jeg takke alle mine kjære medstudenter for støtte, oppmuntring og konstruktivt samarbeid. Jeg vil i den sammenheng spesielt trekke frem Lilian Raakjær. Jeg setter stor pris på vårt vennskap, og jeg ser frem til å samarbeide med deg i våre nye roller.

Videre vil jeg gi en stor honnør til min avdelingsleder Hilde Holgado. Uten din uforbeholdne støtte og tilrettelegging hadde jeg nok ikke klart å kombinere studiene med jobben.

Samtidig vil jeg rette en takk til distriktssjef Rosa Paulsen, som ser behovet for kunnskapsutvikling og som har lagt til rette slik at jeg kunne gjennomføre utdannelsen med støtte fra arbeidsgiver.

Det har vært godt å være AGS-student under Avdeling for sykepleievitenskap, og dette skyldes i stor grad den fantastiske innsatsviljen til førstemanuensis Ellen Karine Grov, som dag og natt har jobbet for å tilrettelegge meningsfull undervisning for studentene i kull 2011-2014.

Jeg må også få takke professor Marit Kirkevold som har lagt grunnlaget for utdanningen, og som med sine forelesninger har vært en enorm inspirator. Det var med stor glede, og en smule stolthet, at jeg fikk deg som veileder. Du har med din trygge hånd, ditt skarpe sinn og fantastiske evne til å oppmuntre ledet meg igjennom masteroppgaven på en flott måte. Jeg er så henrykt over dine konstruktive tilbakemeldinger, selv om de iblant har blitt litt «høytsvevende» for en amatør. Du har klart å presse meg til å sette høyere mål enn jeg forventet, og det er jeg utrolig glad for.

Jeg må også takke kommunen som deltok i studien min, og i særdeleshet de ni positive og flotte sykepleierne som delte sin erfaringer og lot meg få komme inn i deres livsverden – uten dere hadde ikke denne oppgaven vært en realitet.

Til slutt skylder jeg min kjære Per og barna mine Sverre, Peder og Ingrid en stor takk for at dere har støttet og oppmuntret meg i denne perioden. Dere har hele tiden holdt meg nede på jorden, og minnet meg på hva som er viktigst i livet - og det verdsetter jeg enormt høyt. Jeg vet at dere ser like mye frem til innleveringen av masteroppgaven som meg selv.

Lommedalen, 26. mai 2014

Anette Hestdal Loso





## Innhold

<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1 Studiens tema og oppbygging .....	1
1.2 Hjemmesykepleien som arena .....	1
1.3 Legemiddelbehandling og eldre .....	2
1.4 Pasientsikkerhet og legemiddelbehandling i hjemmesykepleien .....	3
1.5 Bakgrunnen for studien .....	4
1.6 Studiens hensikt og problemstilling.....	4
<b>2. BAKGRUNNSLITTERATUR</b> .....	<b>6</b>
2.1 Lover og forskrifter .....	6
2.1.1 Helsepersonelloven .....	6
2.1.2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester .....	6
2.1.3 Lov om pasient- og brukerrettigheter .....	7
2.1.4 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp .....	7
2.1.5 Forskrift om fastlegeordning i kommunene .....	8
2.2 Retningslinjer, rapporter og veiledere.....	9
2.2.1 Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.2.2 Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien .	10
2.2.3 Veileder om legemiddelgjennomganger .....	10
2.3 Føringer for grunnutdanningen i sykepleie .....	11
2.3.1 Rammeplan .....	11
2.3.2 Pensum i sykepleieutdanningen.....	11
2.4 Kommunale føringer .....	12
2.5 Tidligere forskning om sykepleiernes rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling. ....	14
2.5.1 Hjemmetjenesten som arena for legemiddelbehandling .....	14
2.5.2 Sykepleierens rolle og ansvar .....	14
2.5.3 Tverrfaglige samarbeid og kommunikasjon.....	16
2.6 Oppsummering av bakgrunns litteraturen .....	17
<b>3. METODE</b> .....	<b>18</b>
3.1 Presentasjon av studiens design.....	18
3.2 Egen for forståelse .....	18
3.3 Utvalg .....	19
3.3.1 Forberedelser i forskningsfeltet .....	19

3.3.2	Utvalgskriterier .....	20
3.3.3	Rekrutteringen .....	20
3.3.4	Utvalgsstørrelse.....	20
3.3.5	Gruppesammensetning .....	20
3.4	Datainnsamling.....	21
3.4.1	Fokusgruppeintervju som metode .....	21
3.4.2	Temaguide.....	22
3.4.3	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	22
3.4.4	Miljø og gruppedynamikk.....	22
3.5	Etiske overveielser.....	23
3.6	Dataanalyse.....	23
3.6.1	Transkripsjon .....	23
3.6.2	Analyse .....	24
<b>4.</b>	<b>Funn .....</b>	<b>26</b>
4.1	Sykepleiernes rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling.....	26
4.1.1	Sykepleiernes rolle og ansvar i møte med brukerne .....	26
4.1.2	Sykepleiernes opplysnings- og tilretteleggerrolle overfor behandlingsapparatet .....	27
4.1.3	Sykepleiernes rolle og ansvar overfor egen arbeidsplass .....	29
4.2	Faktorer som innvirker på sykepleiernes oppfølging av legemiddelbehandling.....	30
4.2.1	Faktorer knyttet til brukerne .....	30
4.2.2	Faktorer knyttet til sykepleierne .....	31
4.2.3	Faktorer knyttet til behandlingsapparatet.....	33
4.2.4	Faktorer knyttet til arbeidsplassen.....	34
4.3	Oppsummering av funn.....	36
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>37</b>
5.1	Diskusjon av metode .....	37
5.2	Diskusjon av funn .....	39
5.2.1	Sykepleiernes rolle og ansvar er personavhengig.....	39
5.2.2	Sykepleiernes rolle og ansvar er avhengig av brukernes situasjon og grad av nærhet.....	41
5.2.3	Sykepleiernes rolle og ansvar avhenger av behandlingsapparatet .....	42
5.2.4	Sykepleiernes rolle og ansvar blir styrt av forhold på arbeidsplassen .....	44
5.3	Implikasjoner for praksis .....	45
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>50</b>

8. VEDLEGG.....	54
-----------------	----



# 1. INTRODUKSJON

## 1.1 Studiens tema og oppbygging

Denne masteroppgaven omhandler legemiddelbehandling i hjemmesykepleien og sykepleiernes erfarte ansvar og rolle, med vekt på legemiddeloppfølging.

I innledningen beskriver jeg først den generelle situasjonen til sykepleiere i hjemmesykepleien. Deretter beskrives de spesifikke utfordringene knyttet til legemiddelbehandling hos eldre brukere, og hvordan man søker å fremme pasientsikkerhet i forhold til legemiddelbehandling i hjemmesykepleien. Tilslutt blir hensikten og problemstillingen for studien presentert.

I kapittel 2 blir bakgrunns litteratur presentert, inklusive hva som fremkommer i nasjonale føringer, i retningslinjer og prosedyrer, og i tidligere forskning. I kapittel 3 beskrives metoden som er benyttet for å fremskaffe erfaringer fra sykepleiere, og i kapittel 4 presenteres funnene. I kapittel 5 diskuteres funnene opp mot bakgrunns litteraturen, og implikasjoner for praksis og konklusjon blir presentert.

## 1.2 Hjemmesykepleien som arena

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. De overordnede målene er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2012).

Ved kommunehelsereformen i 1984 fikk kommunene ansvar for all primærhelsetjeneste, inkludert helsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

Hjemmetjenesten har endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i stadig større grad å bli et behandlings- og pleietilbud. Kommunene har i dag totalt færre brukere som mottar hjemmetjenester, men brukergruppen har et mer omfattende bistandsbehov knyttet til opptrening og rehabilitering, behandling og pleie. Dette har medført en voksende hjemmesykepleietjeneste hvor majoriteten av brukerne er over 80 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

Primærhelsetjenesten har gjennomgått mange endringer og omorganiseringer de siste tiårene som kan knyttes til pasientenes- og samfunnets endrede behov og krav (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011a). Tidligere var hjemmesykepleien et supplement til alders- og sykehjemmene. I dag ser man at tjenesten har en mer sentral plass i det norske helsevesen. Det har

vært en reduksjon av sykehjemsplasser for innbyggere over 80 år med nærmere 30 % i perioden 1989 til 2006 (Gautun og Hermansen, 2011). Mange som tidligere søkte og fikk plass på sykehjem, bor i dag hjemme med tjenester fra hjemmesykepleien. En stor andel av disse er rammet av demens eller har nedsatt kognitive funksjoner (Helsedirektoratet, 2011).

Med innføringen av Samhandlingsreformen i januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har primærhelsetjenesten overtatt en større del av helsehjelpen som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen har medført kortere liggetid på sykehus, og mye av rehabiliteringen, den medisinske behandlingen og oppfølgingen er overført primærhelsetjenesten (Fjørtoft, 2012). En rapport utgitt av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i 2013 ser på hvilke erfaringer sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien har med innføringen av samhandlingsreformen. Rapportene påpeker at ni av ti sykepleiere erfarer en økt arbeidsbelastning. Nesten 50 % av sykepleierne i hjemmesykepleien uttrykker at hjemmeboende eldre har fått et redusert tjenestetilbud etter innføringen av samhandlingsreformen (Gautun og Syse, 2013).

De fleste eldre er friske og tar hånd om seg selv. Men gruppen av multisyke, skrøpelige eldre med stort hjelpebehov er stigende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). De ansatte i hjemmesykepleien står overfor store oppgaver innenfor en rekke områder som ernæring, sårbehandling, fallproblematikk, psykiatri, demensomsorg, hjelpemiddelbehov og legemiddelbehandling. Endringer i helsetilstand og bistandsbehov skjer hyppig og ofte uten tydelig forvarsel hos disse brukerne (Næss, Bing-Jonsson og Gyltnes, 2011; Ranhoff, 2010). Dette bildet beskriver sykepleiernes mangfoldige arbeidsoppgaver, og at de enkelte omsorgsbehovene henger sammen, noe som fordrer helhetlig og individuelt tilpasset helsehjelp og omsorgsbistand.

### 1.3 Legemiddelbehandling og eldre

Situasjonen rundt eldre og legemidler har også endret seg de siste 10-årene. I dag er det mer fokus på forebygging enn tidligere, noe som tilsier at de eldre lever lenger med flere diagnoser og med påfølgende lengre legemiddellister (Helsedirektoratet, 2011). Den aldrende kroppen gjennomgår aldersforandringer, og dette gjør de eldre mer sårbare i forhold til effekt, bivirkninger og interaksjoner av legemidler (Ranhoff, 2010). Eldre over 65 år utgjør ca. 13 % av befolkningen, mens de står for om lag 1/3 av forbruket av reseptbelagte legemidler (Riker og Setter, 2013). I gjennomsnitt bruker personer over 65 år to til tre legemidler fast. Hos de over 80 år er tallet høyere. I tillegg tar mange naturpreparater som kan gi interaksjoner med legemidler (Nordeng og Spigset,

2010). Disse faktorene bidrar til at legemiddelbehandling og oppfølging av denne er kompleks og skaper utfordringer for den enkelte og deres nettverk/hjelpeapparat (Ranhoff, 2010).

#### 1.4 Pasientsikkerhet og legemiddelbehandling i hjemmesykepleien

Pasientsikkerhet innenfor legemiddelbehandling har i lengre tid vært beskrevet og skapt bekymring i det norske helsevesen (Helsedirektoratet, 2011, 2012; Ruths, Viktil og Blix, 2007, Ranhoff, 2010).

Man ser at pasientsikkerheten innenfor legemiddelbehandlingen trues av legemiddelrelaterede problemer (LRP). Med legemiddelrelaterede problemer menes:

«En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling og som reelt eller potensielt interferer med ønsket helseeffekt. Med potensielt problem menes forhold som kan forårsake legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom man unnlater å følge opp, mens et reelt problem allerede manifesterer seg med tegn og symptomer»

(Helsedirektoratet, 2012: 8)

Risikoen for LRP øker lineært med antall legemidler den eldre personen bruker (Viktil, Blix, Moger og Reikvam, 2007). LRP forekommer hyppig og påfører pasienter betydelig sykkelighet og i noen tilfeller død, samt økte utgifter for samfunnet (Ruths et al, 2007). En av ti sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (Helsedirektoratet, 2011).

Ruths et al (2007) har utarbeidet et klassifiseringssystem som bidrar til å identifisere LRP, og systematiserer dokumentasjon og kommunikasjon av slike problemer. Klassifikasjonssystemet består av seks hovedkategorier; legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet. En forsvarlig legemiddelbehandling innebærer at man søker å unngå LRP ved at hver enkelt har en individuell klinisk relevant legemiddelbehandling med tanke på legemiddelvalg, dosering, virkning, bivirkning og interaksjoner, avvikende legemiddelbruk, monitorering og dokumentasjon (Ruths et al, 2007).

Sykepleierne har med sin nærhet til brukerne en viktig funksjon i det tverrfaglige samarbeidet vedrørende legemiddelbehandling ved å bistå legen med å vurdere indikasjoner og kontraindikasjoner for legemiddelbehandlingen, og vurdere grad av etterlevelse (Ranhoff, 2010).

Norge har i dag en storsatsning på pasientsikkerhet gjennom Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24|7» i regi av Kunnskapssenteret hvor sykepleiere er en av målgruppene (Helsedirektoratet, 2012). Ett av innsatsområdene er *Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*, hvor samstemming og legemiddelgjennomgang (LMG) er sentrale elementer i tiltakspakken (Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten, 2013).

Pasientsikkerhetskampanjen definerer samstemming som:

«En kontinuerlig og dynamisk prosess for å sikre at legemiddellisten til pasienten er oppdatert på legemidler i bruk (LIB). Denne bør være basert på riktig legemiddelinformasjon fra flere kilder, og samstemt mellom pasient, fastlege og eventuelt hjemmesykepleie dersom bruker mottar hjemmesykepleie»

(Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten, 2013: 6)

Helsedirektoratet presiserer at:

«Legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglig team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutningen om videre legemiddelbehandling for pasienten»

(Helsedirektoratet, 2012: 4)

## 1.5 Bakgrunnen for studien

Gjennom kurs om legemidler og eldre som en del av innføringen av tiltakspakken *Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten* (Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten, 2013), og ved gjennomføringer av legemiddelgjennomganger har sykepleierne fått en utvidet rolle og ansvar for oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Med bakgrunn i min forståelse av tematikken, som er basert på flere års erfaring fra hjemmesykepleien, som observatør og deltager i Pasientsikkerhetskampanjen og økte kunnskaper gjennom utdannelsen avansert geriatrisk sykepleie, opplever jeg at det foreligger et gap mellom behovene for og forventningene til oppfølging av legemiddelbehandling, og sykepleiernes reelle yrkesutøvelse. I denne studien var jeg interessert i å se nærmere på dette gapet fra sykepleiernes ståsted.

## 1.6 Studiens hensikt og problemstilling

Målet med studien var å utvikle ny innsikt i om sykepleierne i hjemmesykepleien opplever et gap mellom behovene for og forventningene til legemiddelbehandling, og i tilfelle hvordan de opplever dette gapet. Mer spesifikt var målet å få frem hvordan sykepleierne forstår legemiddeloppfølging, hva de mener ligger i deres rolle og ansvar, og hva de opplever fremmer og/eller hemmer deres funksjon.



Håpet er at studien kan bidra til videre kvalitetsutvikling for å sikre de eldre brukerne i hjemmesykepleien forsvarlig legemiddelbehandling.

Problemstillingen er: Hvordan erfarer sykepleieren i hjemmesykepleien sin rolle og sitt ansvar når det gjelder oppfølging av legemiddelbehandling hos eldre brukere?

## 2. BAKGRUNNSLITTERATUR

I dette kapitlet presenteres litteraturen som danner bakgrunnen for studien; hva som fremkommer i nasjonale føringer, i retningslinjer og prosedyrer, og i tidligere forskning for sykepleieutøvelse generelt og i forhold til legemiddelbehandling spesielt.

### 2.1 Lover og forskrifter

#### 2.1.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (jfr. §1). Autoriserte sykepleiere er en av yrkesgruppene som reguleres av loven (jfr. § 48). I kapittel 2 fremgår rammene til helsepersonells yrkesutøvelse; at den er i overensstemmelse med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (jfr. §4 1.ledd), og at dersom pasientens behov tilsier det skal helsepersonell samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell (jfr. §4, 2. ledd). Ved samarbeid er det legen som tar beslutninger vedrørende medisinske undersøkelser og behandling (jfr. §4, 3.ledd). I §16 reguleres virksomhetens ansvar i forhold til organisering av helsehjelpen slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine arbeidsoppgaver; herunder ligger ansvaret for å tilrettelegge for yrkesutøvelse etter kvalifikasjoner, og å innhente ressurser og kunnskaper der dette mangler.

Loven er overordnet og hjemler det personlige ansvaret hver enkelt helseutøver har overfor pasientenes behov etter rolle og kvalifikasjoner. Loven regulerer ikke den enkeltes yrkesgruppes særskilte ansvar i forhold til medisinsk behandling, men understreker at legen har et overordnet medisinsk behandlingsansvar.

#### 2.1.2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) hjemler kommunenes ansvar i forhold til tjenester som faller inn under primærhelsetjenesten; herunder helsetjenester i hjemmet (jfr. § 3-2, 1. ledd), og påpeker at tjenesten skal være forsvarlig (jfr. §4-1). Kommunene skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning (jfr. §3-3). §3-4 påpeker kommunenes ansvar til å legge til rette for samhandling og samarbeid mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere fra fylkeskommune, regionalt helseforetak og staten slik at det totale helsetilbudet skal fremstå som en enhet.

Loven regulerer hvilke tjenester kommunene er pålagt, men utdyper ikke tjenestenes innhold og form utover at de skal være forsvarlige. Loven understreker at kommunene skal være premissleverandør for samarbeid og samhandling mellom de ulike helsetjenestene.

### 2.1.3 Lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b) har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (jfr. § 1-1).

§ 1-3 definerer helsehjelp som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

At helsepersonell kan yte helsehjelp forutsetter at det foreligger samtykke fra pasient/bruker (jfr. § 4-1). I det informerte samtykke ligger pasienters/brukeres rett til medvirkning (jfr. § 3-1) og informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelpens innhold (jfr. §3-2).

Det er viktig for helsepersonell å være bevisst pasientenes rett til informasjon og medvirkning også når det gjelder legemiddelbehandling. Dette innebærer at pasientens ønsker for – og mål med legemiddelbehandlingen må være kjent for helsepersonellet.

### 2.1.4 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Formålet med forskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) er å bidra til riktig og god legemiddelhåndtering (jfr. § 1). Den regulerer de forhold hvor helsepersonell og virksomheter yter helsehjelp, og hvor pasienten ikke selv har ansvaret for å håndtere legemidler (jfr. §2). Det forutsettes at det foreligger en avtale vedrørende legemiddelhåndtering mellom pasienten og tjenesten.

Forskriften definerer i § 3 de ulike begrepene som inngår i legemiddelhåndtering; ordinerer, istandgjøring, tilberedning og utdeling. Når det gjelder utdeling fremgår det at helsepersonell har ansvar for å overvåke legemiddelinntaket og observere eventuelle umiddelbare reaksjoner. Hva som menes med umiddelbare reaksjoner fremgår ikke i forskriften eller i dens kommentar.

Etter §4 er det virksomhetsleder som har ansvar for at legemiddelhåndteringen i virksomheten er forsvarlig. Dette innebærer at virksomhetsleder må sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse sett opp mot profesjon, oppgaver og oppfølgingsansvar. Dog fremkommer det klart i

merknader til forskriften at helsepersonell har et individuelt og selvstendig ansvar for en forsvarlig yrkesutøvelse etter Helsepersonelloven.

§ 5 påpeker virksomhetens ansvar i forhold til gjensidig informasjonsflyt for å sørge for best mulig oppfølging av pasientenes legemiddelbruk. Ansvaret innebærer å sikre at fastlegen til enhver tid får informasjon om pasientens bruk av legemidler rekvirert av andre enn pasientens fastlege.

Som tittelen på forskriften tilsier, regulerer den forhold rundt legemiddelhåndtering. Når det gjelder legemiddeloppfølging, som innebærer den kliniske og individuelle oppfølgingen av legemiddelbehandlingene med observasjoner, undersøkelser og monitorering av pasientenes mål grad av etterlevelse, er den vagere. Dog påpeker forskriften at virksomhetsleder har et ansvar for at helsepersonell har kompetanse for å ivareta oppfølgingsansvar. Hva som ligger i dette oppfølgingsansvaret er ikke nærmere omtalt.

### 2.1.5 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Fastlegeforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) fastsetter at fastlegene har det medisinskfagelig ansvar for alle sine listeinnbyggere (jfr. § 10), og skal søke å ha oversikt over innbyggere der medisinskfagelig oppfølging og koordinering er nødvendig (jfr. § 17).

Forskriften understreker koordineringsansvaret til legen i forhold til legemiddelbehandlingen (jfr. § 25, 1.ledd), samt at fastlegen har ansvar for å ta initiativ til og gjennomføre legemiddelgjennomgang der pasienten har 4 eller flere legemidler og det anses som nødvendig ut fra en medisinsk vurdering (jfr. § 25, 2. ledd). Videre har fastlegen et ansvar for å distribuere oppdaterte legemiddellister til annet helsepersonell for å sikre et forsvarlig helsetilbud (jfr. § 25, 3. ledd).

Forskriften regulerer forhold rundt fastlegens tilgjengelighet; at legekantorene har en plikt til å kunne behandle 80 % av telefonhenvendelsene innen 2 minutter (jfr. § 21, 3.ledd) og at alle henvendelser skal vurderes innen legekantorenes åpningstid (jfr. § 21, 1.ledd). Videre har fastlegene ansvar for at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden (jfr. § 22), og gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere som ut fra helsetilstand og funksjonsevne ikke kan komme til legekantoret eller det ansees som nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp (jfr. § 23).

## 2.2 Retningslinjer, rapporter og veiledere

### 2.2.1 Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ble sist revidert av Norsk sykepleieforbund i 2011 og bygger på de etiske reglene gitt av International Council of Nurses (ICN) og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. I forordet fremkommer det at de yrkesetiske retningslinjene ikke definerer hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller lovbestemmelser som regulerer yrkesutøvelsen. De gir heller ikke konkrete løsninger på etiske dilemmaer, men angir retningen når det skal fattes vanskelige beslutninger (Norsk sykepleieforbund, 2011).

De yrkesetiske retningslinjer understreker mange viktige prinsipper til sykepleiernes yrkesutøvelse. De viktigste, i lys av tematikken i denne studien, kan oppsummeres i følgende punkter:

- Sykepleierne har et faglig-, etisk- og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i sin yrkesutøvelse, herunder å sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten sykepleierne utøver og holde seg faglig oppdatert. Sykepleierne må kjenne grensene for egen kompetanse, og praktisere innenfor disse.
- Sykepleierne har et helhetlig ansvar for pasientene, og sykepleierne skal fremme helse og forebygge sykdom.
- Sykepleierne må sette pasientens interesser foran sine egne-, samarbeidspartneres og pårørendes interesser.
- Sykepleierne har ansvar for å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å fremme pasientenes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleierne skal respektere pasientenes valg, selv der pasientene fraskriver seg dette.
- Sykepleierne skal med sin medvirkning bidra aktivt i det tverrfaglige samarbeidet i alle deler av helsetjenesten, og til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsstedet.
- Sykepleierne har meldeplikt dersom pasienter utsettes for forhold som kan være kritikkverdige eller uforsvarlige. Lojalitet til arbeidsstedet utgjør ingen hindring.

(Norsk sykepleieforbund, 2011)

### 2.2.2 Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien

En rapport utgitt av Helsedirektoratet i 2011 har til hensikt å bidra med forslag for å bedre kvaliteten på legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling av eldre i sykehjem og i hjemmesykepleien for å oppnå optimal bruk av legemidler, og derav fremme bedre helse (Helsedirektoratet, 2011).

Rapporten oppsummerer mye av det som er kjernen av utfordringer i forhold til eldre og legemiddelbehandling i primærhelsetjenesten. Den vektlegger områdene kunnskap, forskning og samhandling. Helsedirektoratet gir konkrete forslag til tiltak for å sikre bedre legemiddelbruk av eldre på sykehjem og i hjemmesykepleien med å understreke virksomhetsledernes ansvar for å avklare arbeidsforhold og legge til rette for kompetanseheving og fokus for legemiddelbehandling.

Rapporten vektlegger betydningen av tverrfaglig samarbeidet rundt de eldres legemiddelbehandling; med fokus på legetjenesten og farmasøytens rolle og ansvar. Rapporten omhandler i svært liten grad sykepleiernes rolle og ansvar.

### 2.2.3 Veileder om legemiddelgjennomganger

Veilederen om legemiddelgjennomganger ble utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012 på bakgrunn av politiske føringer, og som en oppfølging av rapporten «Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien» og Pasientsikkerhetskampanjens innsatsområde rettet mot legemiddelbehandling. Veilederen skal bidra til en nasjonal, omforent forståelse av hva legemiddelgjennomganger (LMG) innebærer (Helsedirektoratet, 2012).

Målet med LMG er å sikre forsvarlig legemiddelbehandling ved å fremme at den enkelte pasient har god effekt av legemidlene og unngår uheldige virkninger. LMG omfatter følgende trinn:

1. Identifisere pasient/pasientgruppe med behov for legemiddelgjennomgang
2. Innhente pasientinformasjon
3. Vurdere pasient og legemiddelbruk
4. Identifisere problemer
5. Utforme tiltak
6. Oppfølging av tiltak i tverrfaglige team
7. Dokumentasjon

(Helsedirektoratet, 2012: 10)

Det fremheves i veilederen at LMG kan gjennomføres av behandlende lege alene, men at det anbefales at den utføres tverrfaglig for å gi mulighet for en bredere gjennomgang av pasientens

situasjon og legemiddelbehandling (i forhold til grad av etterlevelse, vurdering av legemiddeleffekt og oppfølging av tiltak). Sykepleiernes rolle og ansvar når det gjelder legemiddelbehandling generelt, og legemiddeloppfølging spesielt omtales ikke eksplisitt.

## 2.3 Føringer for grunnutdanningen i sykepleie

### 2.3.1 Rammeplan

Rammeplan for sykepleieutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) fremhever at sykepleierutdanningen har som mål å utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere. Den angir seks hovedområder for sykepleierens funksjoner:

1. Helsefremming og forebygging
2. Pleie, omsorg og behandling
3. Undervisning og veiledning
4. Yrkesetisk holdning og handling
5. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning
6. Organisasjon og ledelse, politikk og lovverk

(Kunnskapsdepartementet, 2008: 6-7)

I forhold til medisinsk behandling/legemiddelbehandling påpekes at en ferdig utdannet sykepleier skal inneha handlingskompetanse til å iverksette og følge opp forordnet behandling og undersøkelser, forhindre at komplikasjoner og tilleggs lidelser oppstår og håndtere legemidler forsvarlig. Videre forventes det at sykepleiere har handlingskompetanse til å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Rammeplanen er overordnet, men angir at sykepleierne har en sentral rolle og et ansvar i oppfølgingen av legemiddelbehandling.

### 2.3.2 Pensum i sykepleieutdanningen

En lærebok de fleste høgskoler har på pensumlisten i farmakologi er *Legemidler og bruken av dem* (Nordeng og Spigset, 2010). Boken påpeker at sykepleiere har en viktig rolle når pasienter behandles med legemidler. Sykepleieren er sentral i alle ledd; fra legens forskrivning til observasjon av behandlingseffekt inkludert informasjon og veiledning til pasient og pårørende, samt å monitorere grad av etterlevelse (Nordeng og Spigset, 2010). Læreboken påpeker at sykepleiere skal melde fra til behandlende lege ved feil, avvik og enhver usikkerhet ved legemiddelbehandling; herunder manglende effekt, uhensiktsmessige bivirkninger eller interaksjoner (Nordeng og Spigset,

2010). Forfatterne hevder at feil i legemiddelbehandlingen ofte skyldes systemsvikt; utfordringer med hensyn til arbeidsmiljø (stress, manglende tid, avbrytelser, rot mm), personalet (turnover, manglende opplæring, kommunikasjonssvikt, manglende dokumentasjon, manglende oppfølging av retningslinjer) og ledelsen (manglende retningslinjer, uklar ansvarsfordeling).

I forhold til bivirkninger og interaksjoner mener Nordeng og Spigset (2010) at sykepleiere har to hovedoppgaver; for det første å informere pasienter/pårørende om mulige bivirkninger, og for det andre å observere og oppdage legemiddelbivirkninger og -interaksjoner.

Generelt skal sykepleiere kjenne til hovedpunktene innen farmakokinetikk (hva kroppen gjør med legemiddelet) og farmakodynamikk (hva legemiddelet gjør med kroppen) innenfor de vanligste legemiddelklassene. Spesifikt skal sykepleiere kjenne til det overnevnte i forhold til den eldre kroppen og praktiske forholdsregler som må tas der man bistår eldre med oppfølging av legemiddelbehandling (Nordeng og Spigset, 2010).

Læreboken påpeker tydelig at sykepleierne har et viktig ansvar i forhold til legemiddelbehandlingen; både når det gjelder legemiddelhåndtering og når det gjelder den kliniske og individuelle legemiddeloppfølging med observasjoner, undersøkelser og monitorering av etterlevelse og målsetting for pasientene.

## 2.4 Kommunale føringer

Kommunene har ansvar for å sikre korrekt legemiddelbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I et internt dokument som gir retningslinjer og prosedyrer for kommunen hvor denne studien har blitt gjennomført, er det et kapittel som omhandler legemiddelhåndtering (Kommunens interne retningslinje, 2013).

Prosedylene og rutinene tar utgangspunkt i lover og forskrifter som regulerer legemiddelhåndtering, og gjelder for alle som håndterer legemidler i kommunen.

Målet er for det første at legemiddelhåndtering skal skje i tråd med myndighetskrav og interne retningslinjer. For det andre at den enkelte pasient får rett legemiddel, i rett dose, til rett tid, gitt på riktig måte og med rett registrering av virkning og bivirkning. For det tredje å sikre at ansatte får opplæring og entydige rutiner å forholde seg til. For det fjerde å sikre at legemiddelhåndtering dokumenteres. For det femte skal rutinene fremme klare ansvarsforhold (Kommunens interne retningslinje, 2013).



De fleste punktene i retningslinjen regulerer legemiddelhåndtering. Dog er det i enkelte punkter gjort rede for ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling ved samarbeid mellom tjenesten og behandlende lege. Utvekslingen av informasjon mellom tjenesten og fastlegen skal skje i samsvar med Helsepersonelloven. Hvert enkelt tjenestested skal lage avtaler med fastlegen vedrørende informasjonsutveksling og samstemming av legemiddellistene. Videre fremheves det at legen skal informeres om effekt og eventuelle bivirkninger av legemidler slik at legen kan iverksette tiltak, og at observasjonene skal dokumenteres. Tjenesten har også ansvar for å informere behandlende lege om endringer i pasientens legemidler og der pasienten ikke tar ordinerte legemidler. Tjenesten har videre et ansvar for å oppfordre pasientene til fremme ønske om oppfølging hos sin fastlege der pasienten benytter legemidler over lengre tid og det ikke har vært jevnlig (minimum årlig) oppfølging fra fastlegens side.

I dokumentet fremgår det et krav om at det skal foreligge en avtale mellom pasient og tjeneste som regulerer omfang av bistand og ansvarsfordeling med hensyn til legemiddelhåndtering. I dette avtaleskjemaet reguleres de praktiske forholdene rundt legemiddelhåndteringen. Det fremgår ikke eksplisitt av avtalen om hjemmetjenesten påtar seg ansvar for å observere og følge opp virkning, bivirkning eller interaksjoner av legemiddelbehandlingen eller kartlegge brukernes målsetting.

Videre beskriver retningslinjen hva utdeling av legemidler innebærer; herunder *administrering* der pasienten ikke selv gjør dette, *overvåkning* av legemiddelinntak, *observasjon* av eventuelle umiddelbare reaksjoner og *dokumentasjon* av effekt. Utdeling kan kun skje etter ordinasjon fra lege, og den skal skje på en måte som sikrer rett legemiddel, til rett pasient, til rett tid og på rett måte. Enhver utdeling skal dokumenteres, samt effekt og bivirkninger av både faste - og behovsordinerte legemidler.

I forhold til internkontroll åpner kommunen for at avdelingene kan utarbeide interne rutiner som skal supplere prosedyrene gitt av retningslinjen. Legemiddelgjennomganger blir nevnt under dette kapitlet som et tiltak under utprøving i enkelte sykehjem og i enkelte avdelinger i hjemmesykepleien. I forhold til avvik i legemiddelhåndteringen er dette beskrevet og ansvar klart synliggjort ved at ansvarlig sykepleier skal kontaktes og vedkommende skal videreformidle avviket til lege (fastlege eller legevaktslege) og iverksette avtalt strakstiltak. Avviket skal så snart som mulig meldes inn og behandles i henhold til kommunens rutiner for avvikshåndtering.

## 2.5 Tidligere forskning om sykepleiernes rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling.

Jeg har med hjelp av bibliotekar søkt etter forskningsartikler i SweMed+, Medline, Cinahl og Pubmed. Søkeordene som er benyttet (i varianter på engelsk): Eldre, hjemmesykepleien, legemiddelbehandling, oppfølging av legemiddelbehandling, legemiddelhåndtering, legemiddelgjennomgang, uønskede legemiddelvirksomheter, legemiddelrelaterte problemer, legemiddelkompetanse, undersøkelse, sykepleier rolle, sykepleiers ansvar, erfaringer/opplevelser.

Etter gjennomgang av 70 resymer av artikler fra 2004 og frem til 2013 har jeg identifisert 13 interessante for min studie, og som vil bli omtalt her. Jeg har ekskludert artikler som omhandler særskilte medikamenter og diagnoser, samt artikler som beskriver sykepleie og forordning da dette ikke er relevant i norsk sammenheng.

### 2.5.1 Hjemmetjenesten som arena for legemiddelbehandling

Det er bred enighet om at legemiddelbehandling i hjemmesykepleien kan være utfordrende og at pasientsikkerheten ofte trues (Næss, Bing-Jonsson og Gyltnes, 2011). LRP er en stor utfordring; både for den enkelte bruker og for samfunnet (Fick, Mion, Beers og Waller, 2008; Kovner, Menezes og Goldberg, 2005). Studier viser at brukerne ofte har lav grad av innsikt om sin behandling, har lav grad av etterlevelse og at de ofte tar andre medikamenter enn det som fremgår av oversikter og epikriser (Ellenbecker, Francher og Verney, 2004; Næss, et al, 2011). For både brukere og sykepleiere kan det være vanskelig å kommunisere med behandlende lege (Ellenbecker et al, 2004; Bakken, Larsen, Lindberg, Rygh og Hjortdahl, 2007). Næss et al (2011) påpeker at der det er vedtak om hjelp til administrering av legemidler, tolkes dette ofte som hjelp til utdeling av legemidler, og at disse 5-10 minuttene ikke omfatter oppfølging av virkning, bivirkning og eventuelle interaksjoner og endringer i helsetilstand.

### 2.5.2 Sykepleierens rolle og ansvar

Sykepleiere har en nøkkelposisjon i oppfølgingen av omsorgen til bruker i hjemmesykepleien når det gjelder legemiddelbehandling (Ellenbecker et al, 2004; Gabe, Davies, Murphy, Davies, Johnstone og Jordan, 2011; Næss et al, 2011). Det er sykepleiere som står for den daglige håndteringen av legemidlene og de er nær brukerne og har som regel detaljert kunnskap om omsorgsbehovet. Derimot viser studier at sykepleierne ikke har oppdatert informasjon om diagnoser og legemidler (Næs et al, 2011; Bakken et al, 2007), og at sykepleiere mangler kunnskap om eldre og legemidler generelt (Wannebo og Sagmo, 2013). Sykepleierne fremstår i stor grad som bindeleddet mellom

fastlegene og brukerne, men studier viser til at samhandlingen mellom sykepleier og fastlege er utfordrende (Bakken et al, 2007; Ellenbecker et al, 2004; Næss et al, 2011; Riker og Setter, 2013). Riker og Setter (2013) fremhever at sykepleierne med sin nærhet til pasientene, har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge LRP, og at de må benytte sin sentrale posisjon til å være spørrende og undersøkende for å kunne kartlegge behovene. Kovner et al (2011) hevder at LRP ofte skyldes systemsvikt. De påpeker at avdelingene i hjemmesykepleien må analysere sitt arbeid og identifisere systemløsninger slik at sykepleierne får avklart sitt ansvar. Artikkelen skisserer en type legemiddelgjennomgang hvor sykepleierne er initiativtaker og den førende aktør.

Elliot og Liu (2010) påpeker at ansvarsområdene til sykepleierne når det gjelder legemiddelbehandling er mangelfullt definert, og gjennom sin studie peker de på ansvarsområder utover de som tidligere tradisjonelt har vært beskrevet; rett pasient, rett legemiddel, rett måte, rett tid, rett dose, rett dokumentasjon, rett indikasjon, rett form og rett reaksjon. Den samme artikkelen poengterer at legemiddelbehandling ikke kan ansees som en delegert legeoppgave, og at sykepleierne har et selvstendig ansvar (Elliot og Liu, 2010). En finsk litteraturstudie setter søkelyset på manglende definisjon av sykepleiernes legemiddelkunnskaper i forskning og litteratur (Sulosaari, Suhonen og Leino-Kilpi, 2010). Studien identifiserer 11 kompetanseområder for sykepleierne når det gjelder legemiddelbehandling.

Flere studier viser til at sykepleierens rolle og ansvar i forhold til legemiddelbehandling kan være vanskelig å definere da den endrer seg ut fra situasjonen sykepleieren befinner seg i; hvor de jobber og hvilke erfaringer og kunnskaper de har tilegnet seg (Dilles, Stichele, Rompaey, Bortel og Elseviers, 2010; Sulosarri et al, 2010).

To intervensjonsstudier har sett på bruk av undersøkelsesverktøy for sykepleiere i forhold til legemiddelbehandling (Gausdal, Bechman, Wahlstöm og Törnkvist, 2011; Griffiths, Johnson, Piper og Langdon, 2004). Studien demonstrerer at sykepleiere kan identifisere pasientenes grad av etterlevelse, og kan avdekke tidlige tegn for risiko hos pasientene slik at intervensjoner i forhold til legemiddelbehandlingen kan igangsettes og tydeligere data fremskaffes ved henvisning til fastlegene. Ved å benytte et systematisk verktøy blir sykepleierollen mer klar i det tverrfaglige samarbeidet (Griffiths et al, 2004), og den ekstra tiden man benyttet ved denne type oppfølging opplevdes positivt både for pasientene og sykepleierne (Gausdal et al, 2011).

En amerikansk studie har undersøkt forholdet mellom potensielt uhensiktsmessig legemiddelforskrivning og helseutfall hos eldre brukere i hjemmesykepleien (Fick et al, 2008). Studien fant at 40 % av de eldre hadde uhensiktsmessige legemiddelforskrivninger, og at denne

gruppen hadde 10 % større risiko reelle helseproblemer knyttet til legemidlene enn brukere som ikke hadde uhensiktsmessige forskrivninger. Forskerne bak studien mener at sykepleierne må ha god kjennskap til retningslinjer for hvilke legemidler som egner seg/ikke egner seg i forhold til den eldre populasjon (Fick et al, 2008).

### 2.5.3 Tverrfaglige samarbeid og kommunikasjon

Det fremheves både i nasjonale og internasjonale studier at det er vesentlig med rolleavklaring og ansvarsfordeling når det gjelder legemiddelbehandling og oppfølging i hjemmesykepleien for å fremme pasientsikkerhet (Fick et al, 2008; Helsedirektoratet, 2011; Riker og Setter 2013). Bakken et al (2007) fant i en norsk tverrsnittstudie fra Tromsø at pasientsikkerheten rundt medisinerer ikke er tilfredsstillende, og at dette i stor grad handler om mangelfull kommunikasjon mellom aktørene i primærhelsetjenesten.

Næss et al (2011) la til grunn for sin rapport at legene i liten grad ser de eldre brukerne i hjemmesykepleien som sett opp mot sin helsetilstand har behov for kontinuerlig oppfølging og vurdering. Rapporten påpeker at fastlege og sykepleiere i hjemmesykepleien sjelden har rutinemessige samarbeid, og at oppfølging og vurdering av brukerne baseres på kontakt ved behov med vag definisjon om hva som skal følges opp og av hvem (Næss et al, 2011). Studien innebar utprøving av en samarbeidsform med bruk av oppfølgingsplan mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt. De fant at samarbeidsformen bidro til bedre samhandling mellom aktørene (Næss, et al, 2011).

En amerikansk studie (Ellenbecker et al, 2004) så på sykepleiernes erfaringer med oppfølging av legemidler i hjemmesykepleien. De fant at sykepleierne etterlyser kommunikasjon og samstemming av legemiddelbruk med legetjenesten etter sykehusutskrivelser og legebesøk. Den samme studien konkluderte med at sykepleieren har en viktig rolle i det tverrfaglige samarbeidet om pasientens legemiddelbehandling (Ellenbecker et al, 2004).

En australsk artikkel (Riker og Setter, 2013) fremhever at det er vanskelig å adressere utfordringer med LRP og polyfarmasi da det er mange medvirkende faktorer. Disse inkluderer flere forskrivere for samme pasient, bruk av flere apotek, gap i kommunikasjonen mellom alle deltagende parter, og at sykepleierens rolle er vag. Artikkelen fremsetter praktiske råd for å fremme en tverrfaglig, forsvarlig legemiddelbehandling, hvor sykepleier som rapporterer til forskriveren gjør dette systematisk og med et forslag om plan for videre behandling og oppfølging for å synliggjøre sine kunnskaper og evner (Riker og Setter, 2013).

## 2.6 Oppsummering av bakgrunns litteraturen

Lover, forskrifter og nasjonale føringer er i stor grad overordnet og regulerer i liten grad sykepleiernes funksjon i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling, som innbefatter prosessen fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt, har tradisjonelt vært fokus for reguleringene (Forskrift om legemiddelbehandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008) og detaljert fremstilt i retningslinjene til kommunen som er med i studien (2013).

Hva legemiddeloppfølging innebærer er i mindre grad beskrevet, og jeg har ikke klart å finne en definisjon av begrepet eller hva det konkret innebærer for sykepleierne. Dog fremkommer det av pensum fra grunnutdanningen at man forventer at sykepleiere tar en aktiv rolle og ansvar i oppfølgingen av legemiddelbehandlingen (Nordeng og Spigset, 2010). Retningslinjen til kommunen hvor studien er gjennomført (2013) kommer inn på legemiddeloppfølging ved at tjenesten skal tilrettelegge for informasjonsoverføring mellom tjenestestedene og fastlegene, og at det forventes at helsepersonell observerer effekt av legemiddelbehandling. Monitorering av etterlevelse, mål og behov synes ikke å fremgå. Gjennomgangen av forskningsartikler støtter opp om min antagelse om at begrepet er vagt definert og at det er diffust hva det innebærer for sykepleierne. Det som imidlertid er gjennomgående for artiklene er at sykepleierne i hjemmesykepleien har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet omkring legemiddeloppfølgingen med nærhet til brukerne og helhetlig tilnæringsmåte.

Jeg oppfatter at begrepet legemiddelbehandling er en samlebetegnelse hvor legemiddelbehandling og legemiddeloppfølging inngår. Legemiddelbehandling fremstår for meg som den praktiske og administrative siden av legemiddelbehandling, mens legemiddeloppfølging oppfatter jeg handler mer om den kliniske siden. Jeg mener at legemiddeloppfølging innebærer observasjoner, undersøkelser og tilrettelegging av den enkeltes legemiddelbehandling, hvor monitorering av pasientenes etterlevelse, individuelle behov og personlige mål inngår. Både legemiddelbehandling og legemiddeloppfølging må utøves forsvarlig for å unngå legemiddelrelaterte problemer og fremme sikker legemiddelbehandling, og kan sees i sammenheng med Ruths et al (2007) klassifiseringssystem av LRP.

Gjennomgangen av bakgrunns litteraturen indikerer at det er behov for å se på begrepet legemiddeloppfølging, og hva det innebærer for sykepleierne i hjemmesykepleien.

## 3. METODE

### 3.1 Presentasjon av studiens design

Studiens hensikt var å få dypere innsikt om sykepleiernes erfaringer av sin rolle og sitt ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling hos eldre brukere i hjemmesykepleien. Fordi det finnes lite forskning på dette, fant jeg det hensiktsmessig å velge et kvalitativt, eksplorerende design. På grunn av studiens rammer (30 studiepoeng) og tid til rådighet (5 måneder), og fordi det er en hensiktsmessig metode for å besvare problemstillingen, valgte jeg å samle data gjennom fokusgruppeintervjuer.

Denne metoden innebærer at det empiriske materialet består av tekster som representerer menneskers samtaler eller samhandling (Malterud, 2012). Studien bygger på respondentenes erfaringer i deres virkelighet (fenomenologi) og fortolkning av denne (hermeneutikk). Gjennom en induktiv tilnæringsmåte ønsket jeg å utvikle begreper om sykepleiernes erfaringer, og få en størst mulig helhetsforståelse av meningsinnholdet og alle aspekter av fenomenet legemiddeloppfølging. Dette tilsa en intensiv strategi med få undersøkelsesenheter som gir mulighet for å undersøke meningsinnholdet i større dybde (Halvorsen, 2008).

### 3.2 Egen forforståelse

I kvalitative studier kan forskerens forståelse påvirke hvordan studien utformes og gjennomføres og det er derfor viktig å være denne bevisst. Filosofen Hans-Georg Gadamer mente at: "vi aldri vil kunne møte verden uten ett sett "briller" eller fordommer" (Aadland, 2011: 182). Denne forforståelsen er en forutsetning for handlingene våre og avgjørende for den mening situasjonen gir oss.

Jeg har gjennom flere år som sykepleier i hjemmesykepleien opplevd den kompleksitet og de utfordringer som oppfølging av legemiddelbehandling innebærer. Jeg har erfart hvor mye tid og ressurser som blir brukt for å tilstrebe brukerne forsvarlig og optimal legemiddelbehandling, og jeg har mange eksempler fra min arbeidshverdag som tilsier at oppfølgingen ofte er tilfeldig og usystematisk. Gjennom utdannelsen avansert geriatrisk sykepleie har jeg fått økt kunnskap om eldre og legemidler. Jeg ser med nye øyne på det store ansvaret vi som sykepleiere har for våre brukere og oppfølgingen av legemiddelbehandlingen.

Men som forsker har jeg tilstrebet å legge min forforståelser i bakgrunnen slik at jeg i møte med respondentene har unngått å farge og føre diskusjonene, og trekke forhastede konklusjoner. Jeg har lyttet nøye og vært åpen og følsom overfor nyanser som respondentene fortalte. Denne

lytteholdningen (Kvale og Brinkmann, 2012) har jeg holdt på under hele prosessen; fra datasamling gjennom analyse til diskusjonen. Dog har forforståelsen hjulpet meg til å finne et system og mening i datamaterialet.

### 3.3 Utvalg

I kvalitative studier tilstreber man vanligvis et strategisk utvalg for å sikre et best mulig potensiale for å kunne belyse den aktuelle problemstillingen (Malterud, 2012). Utvalget kan være vanskelig å beregne, og flere momenter er styrende; problemstilling, hensikt, kvalitet, relevans og ønske om overførbarhet. Det optimale er når man som forsker jobber seg trinnvis mot en metning av datasamlingen; det vil si der utvalget og omfanget av empiriske data vurderes fortløpende under datasamlingen og avsluttes når nye data ikke lenger tilfører ny kunnskap (Malterud, 2012).

Ved innhenting av data via fokusgruppeintervju vet man ikke på forhånd hva som er egnet utvalg for å sikre metning. I strategisk utvalg kan man via to trinn forsøke å fremme dette, ved å definere utvalgsriterier som man mener er hensiktsmessige, og ved å styre gruppesammensetningen (Malterud, 2012).

Når det gjelder anbefalt antall respondenter i hvert fokusgruppeintervju, spriker litteraturen mellom 5 og 12 personer (Kvale og Brinkmann, 2009; Polit og Beck, 2012; Malterud, 2012).

#### 3.3.1 Forberedelser i forskningsfeltet

Gjennom deltagelse i Pasientsikkerhetskampanjen i 2013 kom jeg i kontakt med en stor kommune på Østlandet som har fokus på legemiddelbehandling og eldre i hjemmesykepleien, og som har innført tiltakspakken med legemiddelgjennomganger. Jeg la frem prosjektplanen for en sentral person i denne kommunen, og hun stilte seg umiddelbart positiv til deltagelse i min studie. Etter at jeg fikk godkjent prosjektplanen ved Universitetet i Oslo og tildelt veileder i januar 2014 (vedlegg 1), henvendte jeg meg påny til denne kontaktpersonen og innledet et samarbeid hvor hun ville bistå meg med formell avklaring sentralt i kommunen, å komme i kontakt med sykepleiere i hjemmesykepleien, samt praktiske forhold rundt gjennomføringene.

Før studien kunne iverksettes ble det avklart at jeg trengte godkjennelse fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (NSD). Medio februar fikk jeg tilbakemelding fra NSD om at studien var godkjent (vedlegg 2), samtidig fikk jeg også godkjennelse sentralt fra den deltagende kommunen (vedlegg 4).

Da de formelle forholdene lå til rette, ble egnet møterom og tidspunkt for fokusgruppeintervjuene avtalt. En medstudent fra universitetet bisto som co-moderator. Det ble satt av to timer til hvert fokusgruppeintervju, inkludert introduksjon og en uformell prat.

Parallelt ble rekrutteringen av respondenter igangsatt.

### 3.3.2 Utvalgsriterier

Jeg ønsket å snakke med sykepleiere som jobbet minimum 50 % fast, og som hadde minimum 1 års erfaring som sykepleier i hjemmesykepleien. Videre måtte sykepleieren ha en brukernær rolle. Det var essensielt at sykepleierne jobbet daglig med legemiddelbehandling mot de eldre brukerne. Utvalgsriteriene ble satt på bakgrunn av at lengre erfaring fra hjemmesykepleien i en større stillingsprosent kunne fremme et mer rikt datamateriale vedrørende erfaringer med legemiddeloppfølging. Sykepleiere som jobbet i nattjenesten, psykisk helse og rehabiliteringsteam ble ikke forespurt.

### 3.3.3 Rekrutteringen

Gjennom kontaktpersonen i kommunen fikk jeg distribuert informasjon om studien til distriktssjefer og avdelingsledere (vedlegg 6). En respondent meldte seg etter første informasjonsrunde. Deretter ble det sendt en påminnelse til adressatene, men med begrenset respons. Den videre rekrutteringen ble til dels gjort ved direktehenvendelser til sykepleiere fra kontaktpersonen, og ved «snøballrekruttering» hvor respondentene forspurte andre relevante sykepleiere (Halvorsen, 2008). Et par dager før gjennomføringene hadde jeg telefonisk kontakt med samtlige for bekreftet deltagelse.

### 3.3.4 Utvalgsstørrelse

Jeg planla å inkludere to grupper, men tok høyde for å gjennomføre ett ekstra intervju dersom datamaterialet tilsa dette sett opp grad av metning, tilgang på respondenter og rammene for studien for øvrig. Ønsket gruppestørrelse var seks til åtte deltagere. Jeg fikk etter hvert kontakt med 11 sykepleiere, men to falt fra siste dagen. Det ble gjennomført to intervjuer; det første med seks respondenter og den andre med tre respondenter.

### 3.3.5 Gruppesammensetning

På bakgrunn av inklusjonsriteriene jobbet deltagerne på samme «nivå» i organisasjonen. Sykepleierne representerte fire av seks distrikter og seks avdelinger. En var fagsykepleier, mens åtte jobbet som ordinære sykepleiere i turnus. Den yngste respondenten var 26 år og den eldste 66 år. En hadde videreutdanning som operasjonssykepleier, og en som dermatologisk sykepleier. Erfaring



fra hjemmesykepleien varierte fra 1 år til 28 år. Stillingsbrøk varierte mellom 70 til 100 %. Fire av respondentene hadde deltatt i Pasientsikkerhetskampanjen tiltakspakke, men kun to hadde gjennomført legemiddelgjennomganger.

I begge gruppene var det respondenter som kjente til hverandre, og noen jobbet i samme avdeling. I begge gruppene var det også respondenter som ikke hadde møtt hverandre før. Jeg hadde aldri tidligere møtt noen av respondentene.

Ettersom jeg ikke kjente respondentene og sett på bakgrunn av at rekrutteringen gikk tregt, var det ikke anledning til å «styre» gruppesammensetningene i de to intervjuene.

### 3.4 Datainnsamling

#### 3.4.1 Fokusgruppeintervju som metode

Fokusgruppeintervju defineres som en nøye planlagt diskusjon hvor man benytter gruppedynamikken som et verktøy for å komme frem til rik informasjon på en tidsbesparende måte (Polit og Beck, 2012). Den kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, hvor målet er å få frem forskjellige synspunkter omkring tema (Kvale og Brinkmann, 2012). Diskusjonen ledes av intervjuer (moderator) på bakgrunn av en skriftlig utarbeidet intervjuguide eller temaguide. Det anbefales at en co-moderator bistår som medhjelper (Malterud, 2012).

Som alle andre datasamlingsstrategier byr også fokusgruppeintervjuer på sider som kan fremme og hemme datainnsamlingen. Halvorsen (2008) mener at gruppediskusjon kan ha en dynamisk stimulerende effekt på argumentasjon, gjenkalling av erfaringer og bekreftelse på hverandres fremstilling. Fokusgruppeintervjuer kan videre være tidsbesparende og kostnadseffektivt sett opp mot andre datasamlingsmetoder (Halkier, 2010). På den andre siden påpeker Halvorsen (2008) at når datamaterialet influeres av gruppedynamikken kan den være sårbar overfor dominerende enkeltpersoner og at den åpne diskusjonen kan hemmes av gruppesammensetningen. Han poengterer at forskere har mindre innflytelse på datasamlingen, og at tiden man har til rådighet kan medføre mindre grad av oppfølgingsspørsmål. En forutsetning for et vellykket resultat av datainnsamlingsmetoden er at fokusgruppen ledes av en person med nødvendige ferdigheter (Halvorsen, 2008). Går ikke alt som planlagt, teknisk- eller gruppedynamisk, kan det resultere at datasamlingen blir hemmet. Dette kan være mer fatalt enn i individuelle intervjuer, hvor man ofte har flere muligheter.

### 3.4.2 Temaguide

Med bakgrunn i teorien om bruk av fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode (Halkier, 2010; Halvorsen, 2008; Malterud, 2012) og studiens problemstillingen utarbeidet jeg en temaguide i samarbeid med veileder (vedlegg 9). Jeg vektla folkelig tilnærming i henhold til ordvalg, og den ble bygget opp slik at den gikk fra det generelle til det spesifikke om emnet. Fire hovedtemaer ble presentert; *legemidler og eldre, sykepleierrollen, samarbeidet med fastlegene og organisering*. Temaguiden hadde underpunkter som skulle bidra til at sykepleierne fikk assosiasjoner som kunne knyttes til deres erfaringer omkring temaene. Alle respondentene fikk tilsendt informasjonsskrivet om studien og temaguiden før gjennomføringene av fokusgruppeintervjuene.

### 3.4.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Etter en presentasjonsrunde, ga jeg en kort innføring av studien, emnet og fokusgruppeintervju som metode. Jeg vektla at alle hadde et ansvar for gruppedynamikken slik at samtlige skulle få komme til ordet. Jeg påpekte at jeg ville bistå med oppfølgingsspørsmål og styre fremdriften etter behov. Videre poengterte jeg forhold rundt personvern og etikk, og at respondentene hadde en gjensidig taushetsplikt i forhold til det som ville bli sagt. Respondentene signerte samtykkeskjemaet (vedlegg 7) og fylte ut skjema med demografiske spørsmål (vedlegg 8).

Som moderator forsøkte jeg å holde en tilbaketrukket rolle og strukturerte samtalene etter det Halkier (2010) kaller traktmodell; en kombinasjon av løs – og strukturert modell hvor man begynner åpent og avslutter mer strukturert. Med bakgrunn i temaguiden hadde jeg formulert seks hovedspørsmål. Spørsmålene var ment som et verktøy for å få deltagerne interessert i tema, stimulere til assosiasjoner som kunne bringe frem historier og konkrete fortellinger, og balansere diskusjonen slik at flest mulig fikk bidra. Jeg laget på forhånd en tidslinje for å sikre at vi kom igjennom hovedtemaene i løpet av avsatt tid.

Jeg forsøkte å legge til rette for ordveksling gjennom en velvillig og åpen atmosfære slik at deltagerne fikk fritt spillerom til å uttrykke personlige og motstridende synspunkter omkring emnet (Kvale og Brinkmann, 2012). Co-moderator skjøt inn enkelte oppklaringsspørsmål, ellers var hennes rolle å observere gruppedynamikken og miljøet under intervjuene.

Hvert intervju varte i 90 minutter.

### 3.4.4 Miljø og gruppedynamikk

De to intervjuene artet seg ulikt. Det første med seks respondenter hadde god atmosfære og produktiv gruppedynamikk, og med mindre grad av styring fra moderator. Respondentene virket

svært interessert i tema, men ikke alle var like aktive. Det andre intervjuet hadde noe mer anspent atmosfære og gruppedynamikken gikk tregere, noe som trolig skyldes få deltagere. Respondentene var omtrent like aktive, men de kom flere ganger ut av emnet som resulterte i at jeg (og co-moderator hadde flere oppfølgings- og avklarings spørsmål. Datasamlingen var i større grad preget av pasienthistorier. Jeg erkjenner at jeg under det andre intervjuet trolig også var «farget» av opplysningene som fremkom i det første intervjuet. Det var med andre ord to ulike intervjuer; både i forhold til gjennomføring og innhold.

Samtlige deltagere ga tilbakemelding at de opplevde deltagelsen som positiv. Flere uttrykte at det å kunne sitte slik i rolige omgivelser og diskutere var hensiktsmessig, og enkelte hevdet at de fikk bedre innsikt ved å samhandle med andre kollegaer enn de normalt omgikk.

### 3.5 Ethiske overveielser

Studien ble godkjent av kommunen hvor respondentene jobbet og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (NSD). Kommunen, ved kommunalsjefen, presiserte at de ønsket å være anonym for å beskytte respondentene (se vedlegg 5).

Alt av datamaterialet har blitt håndtert i henhold til lov om personvern og føringer gitt av NSD. Alle deltagerne fikk både skriftlig og muntlig innføring i studien, og leverte skriftlig samtykke innen oppstart av intervju. Det ble både skriftlig og muntlig understreket at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg uten grunn. Alle godtok at intervjuene ble tatt opp. I forhold til personvern ble det understreket at deltagerne må forholde seg til taushetsløfte i forhold samtalenes innhold. Kun veileder og jeg som forsker har siden hatt tilgang til det transkriberte datamaterialet.

Samtykkeskjema, lydopptak og skjema med demografiske opplysninger ble oppbevart i en låst skuff. Etter ferdigstilling av studien ble dette makulert sammen med det transkriberte datamaterialet.

## 3.6 Dataanalyse

### 3.6.1 Transkripsjon

Arbeidet med analysen startet umiddelbart etter gjennomføringene av intervjuene. Samme dag hørte jeg igjennom lydopptakene, og nedtegnet generelle betraktninger. Påfølgende dag transkriberte jeg intervjuene i sin helhet. For å kunne skille respondentene fra hverandre, ga jeg dem bokstav-koder etter hvor de satt rundt bordet. Dette datamaterialet, samt den innsamlede beskrivelsene av deltagerne og co-moderators feltnotater, ligger til grunn for den videre analysen.

### 3.6.2 Analyse

Målet med analysen var å sammenfatte deltakernes fortellinger på en måte som kan lede til nye beskrivelser av de fenomener som fokusgruppediskusjonene belyste; som gir farger og nyanser og åpner for ny innsikt og refleksjon (Malterud, 2012). På bakgrunn i studiens eksplorerende formål valgte jeg en tverrgående analysestrategi (Malterud, 2011). Jeg sammenfattet dataene fra intervjuene og analyserte respondentenes erfaringer gjennom systematisk tekstkondensering for å avdekke meningsbærende enheter i datamaterialet som dannet grunnlag for temaer som beskrev erfaringene (Malterud, 2011). Analysen foregikk i 4 trinn:

#### *Trinn 1 - fra rådata til tema*

Det transkriberte datamaterialet ble lest igjennom flere ganger og sortert under foreløpige temaer for å få et overordnet og helhetlig perspektiv på innholdet. Under dette arbeidet ble min forforståelse og den øvrige konteksten satt i parentes i den forstand at jeg kun konsentrerte meg om hva respondentene snakket om. Tema som jeg i første omgang identifiserte var *forhold rundt brukerne, forhold rundt sykepleierne, forhold rundt samarbeidspartnerne, forhold rundt arbeidsstedet og interessekonflikter*.

#### *Trinn 2 – fra tema til koder*

I denne delen av analysen skilte jeg ut relevant tekst for å finne meningsbærende enheter under hvert av temaene. Ved å systematisere de meningsbærende enhetene identifiserte og klassifiserte (merket) jeg materialet til koder. Kodene ble utviklet og justert med utgangspunkt i de foreløpige temaene fra første trinn. Ved å kode datamaterialet skjer det som kalles en systematisk dekontekstualisering (Malterud, 2011). Kodene ble brukt som et middel for å skille ut relevante data.

#### *Trinn 3 - fra koder til mening*

Videre i analysen hentet jeg ut mening i dataene ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som beskrev de samme forholdene. Ut fra dette fant jeg frem til to hovedgrupper; med henholdsvis tre og fire undertemaer. Den ene hovedgruppene ble identifisert som *sykepleiernes rolle og ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling*, hvor et av undertemaene var *sykepleierens opplysnings- og tilretteleggerrolle overfor behandlingsapparatet*. I dette arbeidet jobbet jeg frem analyseenheter som ble tolket ut fra mitt faglige perspektiv og ståsted. Denne prosessen kaller Malterud (2011) å kondensere; hvor analyseenheter fremsettes som fortettet innhold under hver undergruppe.

*Trinn 4 – fra del til helhet*

På det siste trinnet i analysen ble funnene skrevet frem ved å omtale hvert tema og undertema i generell form og eksemplifisert med representative sitater fra datamaterialet. Funnene ble sett opp mot det opprinnelige datamaterialet (intervjuene) for å sjekke om vesentlige forhold var blitt utelatt. Temaene ble korrigert for å dekke alle relevante poeng/erfaringer som sykepleierne uttalte i intervjuene. Dette kaller Malterud (2011) for rekontekstualisere.

## 4. Funn

I det følgende beskrives funnene med utgangspunkt i de to hovedtemaene som ble avdekket:

- Sykepleiernes rolle og ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling
- Faktorer som har innvirkning på oppfølgingen av legemiddelbehandlingen.

### 4.1 Sykepleiernes rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling

Sykepleierne beskrev rollen og ansvaret for oppfølging av legemiddelbehandling overfor henholdsvis brukerne, behandlingsapparatet (fastleger, sykehusavdelinger, spesialisthelsetjenesten og legevakten) og arbeidsplassen. Hver av disse beskrives nedenfor.

#### 4.1.1 Sykepleiernes rolle og ansvar i møte med brukerne

Sykepleierne erfarte at rollen og ansvaret overfor brukerne var betydelig, men at den varierte avhengig av brukernes helse, funksjon og livsstil. To hovedområder ble identifisert:

##### *Monitorere egenomsorg, etterlevelse og målsetting*

Sykepleierne beskrev at de vurderte brukernes bistandsbehov i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling; hva ønsket eller klarte brukerne selv ta hånd om, og hva trengte de bistand til? Sykepleierne erfarte graden av interesse og innsikt hos brukerne i forhold til legemiddelbehandling som variabel; de fleste var passive og uttrykte sjeldent målsettinger med behandlingen. En sykepleier uttrykte dette slikt:

«Noen er jo helt oppdaterte og vet absolutt alt; hva det brukes for, bivirkninger og sånne ting. Og så har du de som uttrykker at det er så deilig at vi gjør det for dem».

En annen sa: «... det er få som har oversikt over hva de tar og hvorfor... jeg tror folk er overraskende tillitsfulle og passive ».

##### *Observere legemiddelbehandling og igangsette tiltak*

Sykepleierne vektla at de observerte virkninger, bivirkninger og interaksjoner av legemidlene. Observasjonene avhang av nærheten til brukerne; de understreket at det var viktig å ha gode og tette relasjoner. En av sykepleierne uttrykte:

«... jeg opplever at hovedansvaret er å være ut å se... og i det ligger det medisinske oppfølgingsansvaret vårt, at vi skal observere ting... og da må vi være nære på».

Deltagerne ga detaljerte beskrivelser og en rekke konkrete brukerhistorier om sykepleiernes observasjoner og handlingsstrategier knyttet til legemiddeloppfølging. De fortalte blant annet at de

sjekket urinen etter avsluttet behandling for urinveisinfeksjon, at de observerte effekt av smertestillende, og at de gjorde kartlegging dersom bruker hadde mangelfull behandling eller symptomer på bivirkninger og interaksjoner. Videre gav de beskrivelser av hvordan de håndterte ustabile situasjoner, og hvordan de observerte og igangsatte strakstiltak som for eksempel å «nulle ut» (ikke administrere) vanndrivende ved oppkast og diare, eller insulin der blodsukkeret var lavt.

#### 4.1.2 Sykepleiernes opplysnings- og tilretteleggerrolle overfor behandlingsapparatet

Deltagerne opplevde at de jobbet kontinuerlig med å legge til rette for at behandlingsapparatet var oppdatert og kunne ivareta brukernes interesser. Tre områder ble identifisert:

##### *Informere og koordinere*

Samtlige sykepleieren beskrev at en viktig del av arbeidet var å holde fastlegene oppdatert; både om brukernes situasjon og når andre leger hadde vært involvert (vikar-leger, legevaktsleger, spesialister og sykehusleger). Ofte måtte legene «fores» med informasjon om brukernes situasjon. For eksempel beskrev sykepleierne at de ved mottak av sykehusepikriser tok kontakt med fastlegene for å gi informasjon og oppdatering da legene ikke fikk epikrisene før flere dager senere. Sykepleierne opplevde at de var koordinatorene mellom de ulike instansene slik at behandlingsapparatet hadde nødvendige opplysninger om legemiddelbehandlingen. En sykepleier sa:

«... plutselig har du tre leger som følger en pasient; fastlegen har reist på ferie, så det er en vikar som forskriver noe nytt, og så trenger pasientene legetilsyn og legevaktslegen kommer og gjør endringer...».

Der brukerne hadde flere faste leger og spesialister som de jevnlig gikk til, opplevde sykepleierne at de stadig måtte stå for informasjonsflyten.

##### *Ansvarliggjøre og avklare oppfølging*

En av sykepleierne, som hadde jobbet lenge i hjemmesykepleien, påpekte at det var viktig å ansvarliggjøre de instanser man samarbeidet med. I den avdelingen hvor hun jobbet hadde de fokus på å stille rutinespørsmål vedrørende nye brukere eller når brukere kom tilbake etter sykehusopphold.

Flere deltagere erfarte at de hele tiden måtte være observante og følge med. En sykepleier beskrev det slik:

«Vi er jo vaktbikkjer liksom... flere brukere har flere leger og spesialister som er inne i bildet... og så glemmer de å skrive opp ordinasjoner eller informere om endringer... og dersom man ikke hadde vært så oppmerksom og det ikke hadde vært brukere som vi gikk ofte til, er det ikke sikkert at sånne ting hadde blitt oppdaget...».

Deltagerne gav beskrivelser der sykepleierne på vegne av brukerne tok opp problemstillinger i forhold til legemiddelbehandlingen. Ved bruk av kommunikasjonsskjema eller at sykepleierne prioriterte å følge brukerne til fastlegene eller være i hjemmet når det kom legebesøk, fikk sykepleierne anledning til å gi tilleggsinformasjon og mottok direkteinformasjon fra legen.

Sykepleierne erfarte i liten grad at legen eksplisitt ba tjenesten følge opp med monitorering av legemiddelbehandlingsens effekt. En av sykepleierne opplevde dog at legene og hjemmetjenesten avtalte oppfølging, men at legene måtte styres i forhold til hva tjenesten kunne påta seg:

«Hvis jeg sier bare ja og ha så kan de pålegge oss å måle blodtrykk fire ganger om dagen, og da kan de bli litt ukritiske og tro at vi er på sykehus... Men da må jeg realitetsorientere litt... dersom dette ikke er bra nok så får de legge vedkommende inn».

#### *Ta initiativ til samarbeid*

Deltagerne erfarte at de fleste legene hadde tillit til sykepleiernes observasjoner og refleksjoner om legemiddelbehandlingen, og at de sammen ofte fikk til et konstruktivt samarbeid om brukerne. Dog beskrev de at det var sykepleierne som i hovedregel måtte ta initiativet.

Samstemming av brukernes legemiddellister ble beskrevet av deltagerne som et viktig element innen legemiddeloppfølging. Sykepleierne jobbet kontinuerlig med å avklare hva brukerne tok av legemidler og hva legene forordnet. Sykepleierne opplevde at initiativet i forhold til samstemming sjeldent kom fra fastlegene.

Flere av sykepleierne jobbet i avdelinger hvor de hadde innført legemiddelgjennomganger (LMG) som tiltakspakke i kraft av deltagelse i Pasientsikkerhetskampanjen. Ved LMG kom fastlegen, sykepleier og eventuelt farmasøyt sammen og gikk igjennom brukernes legemiddelbruk.

Sykepleierne erfarte at det var et nyttig verktøy, men at det tok mye tid og at «effekten» var kortvarig da legemiddellistene hyppig ble endret. Samtlige som hadde erfaring med LMG opplevde at initiativet utelukkende kom fra hjemmesykepleien, og ikke fra legene.



#### 4.1.3 Sykepleiernes rolle og ansvar overfor egen arbeidsplass

Deltagerne beskrev at de hadde en hektisk hverdag, og at en viktig del av ansvaret i forhold til legemiddeloppfølging var å bidra i det kollektive arbeidet i avdelingene. To områder ble identifisert:

*Å være blekksprut, god rollemodell og brannmann*

Oppfølging av legemiddelbehandling krevde mye tid og møysommelig arbeid fra sykepleiernes side. Avdelingene hadde mange arbeidsoppgaver, og sykepleierne hadde ofte en nøkkelrolle i de aller fleste oppgavene rettet mot brukerne. I en hektisk arbeidshverdag beskrev deltagerne at de ble «dradd» i mange retninger. Ofte ble personell med, og også uten, legemiddelkurs overlatt til å følge opp legemiddeladministreringen. Et par fremhevet viktigheten at sykepleierne måtte fremstå som gode rollemodeller overfor de øvrige ansatte, og at sykepleierne måtte sørge for oppfølging og opplæring av nyansatte, ufaglærte, studenter og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. En av respondentene fortalte at hun stadig tok for seg kollegaene og ga dem innføring av viktigheten av å stille krav og ansvarliggjøre samarbeidspartnere generelt og spesifikt opp mot legemiddelbehandling.

På bakgrunn av lite sykepleierressurser beskrev flere av deltagerne at de ofte opplevde at deres rolle var «å brannslukke» og å improvisere. En sykepleier fortalte:

«Det jeg har gjort noen ganger i helg og sånn er at jeg har ringt til den avdelingen på sykehuset og spurt om å få snakke med ansvarlig bakvakt og lagt frem problemet... og så har vi fått hjelp....og så har vi forholdt oss til det inntil vi har fått kommunisert med fastlegen».

Sykepleierne uttrykte at det hadde vært ønskelig å ligge i forkant for å kunne avverget uheldige situasjoner. Men når det var mange ansatte, både med og uten fagkompetanse, som var innom brukerne gjennom uken, beskrev deltagerne at det var vanskelig å ha oversikt. Det ble opplevd som tilfeldig hva som ble observert og rapportert. En sykepleier kom med følgende sukk: «... så er det noe med at man kan ikke ha blikket på alle sammen...».

Men til tross for presset og utfordringene, opplevde deltagerne at de tok et stort ansvar:

«Når man tenker på hvor mange faggrupper... og ikke-faggrupper... så tenker jeg at sykepleierne rundt omkring i hjemmesykepleien har ganske stor ansvarsfølelse og antageligvis gjør mye for å rydde opp sånn at det faktisk går greit».

Deltagerne opplevde stort sett kollegialt ansvar innad i sykepleiergruppen. En deltager uttrykte:

«... Jeg opplever høy ansvarsfølelse blant kollegaer... et gjensidig engasjement for å finne løsninger. Det er ingen som ikke er villig til å strekke seg litt, ringe eller hente medisiner eller andre ting som gjør at en får det til å gå».

Men enkelte hevdet at det hendte at kollegaene ikke hadde tid, anledning eller prioriterte å følge opp. En deltager sa: «... du kan jo gi beskjed til kveldsvakten at de skal følge opp, men de har jo ikke tid til å sitte inn å ringe...»

#### *Synliggjøre behov for oppfølging av legemiddelbehandling*

Flere av deltagerne påpekte at det var sykepleiernes oppgave å stille krav til avdelingslederne for å sikre legemiddeloppfølging gjennom å synliggjøre behov for nye rutiner, møteplasser, rapporter og refleksjoner. En av sykepleierne gjentok stadig at mye av oppfølgingen handlet om at arbeidsplassen hadde god rutiner for observasjon, igangsetting av tiltak, dokumentasjon og rapportering. Hun uttrykte:

«Måten vi jobber på som sykepleiere har stor betydning for hvordan vi følger opp... Det blir så viktig hvordan vi gir rapport... og dokumenterer... og reflekterer. Gode rutiner er jeg veldig opptatt av... jeg ser at det er helt tydelig sammenheng med gode rutiner og hvordan vi organiserer oss... Det er noe å definere det selv... og synliggjøre vårt ansvar...»

## **4.2 Faktorer som innvirker på sykepleiernes oppfølging av legemiddelbehandling**

Deltagerne uttrykte at sykepleiernes rolle og ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling var knyttet opp mot konteksten. Sykepleierne pekte på hemmende og fremmende faktorer knyttet til brukerne, sykepleierne og legene, samt til organisering av tjenesten.

### **4.2.1 Faktorer knyttet til brukerne**

#### *Brukerne - en sammensatt gruppe*

Deltagerne beskrev at brukergruppen som fikk bistand i forhold til legemidler i hjemmetjenesten var svært sammensatt, men majoriteten var multisyke, skrøpelige og aleneboende eldre med utstrakt legemiddelbruk. De opplevde at brukerne i større grad enn tidligere hadde kognitiv svekkelse og/eller demens. Variasjonsbredden påvirket sykepleiernes tilnærming og oppfølging; den måtte skreddersys hver enkelt.

Deltagerne fortalte om brukere som stadig var innlagt på sykehus eller som ble fulgt opp av en eller flere spesialister. Nye og ustabile brukere med flere behandlende enheter hadde innvirkning på hvordan sykepleierne fikk fulgt opp legemiddelbehandlingen.

Der brukerne hadde informasjonsbehov og kunnskaper om sine legemidler, var dette positivt for sykepleierne og deres oppfølging. En deltager uttrykte det slik: «...Men det er jo på en måte bedre tenker jeg, for da får det meg til å våkne litt. Hva er det jeg gir ham nå?»

#### *Viktigheten av nære relasjoner mellom bruker og sykepleier*

En viktig fremmede faktor for sykepleiernes legemiddeloppfølging, og som deltagerne stadig kom inn på, var streben etter nære og tette relasjoner til brukerne. At sykepleierne kjente brukerne godt, og at de gikk hos dem ofte og gjorde observasjoner hadde stor betydning for oppfølgingen. I motsetning kunne få eller ingen besøk av sykepleierne skape en distanse som virket hemmende selv om sykepleierne «på papiret» kjente brukernes helsetilstand og behov.

Det var stor enighet i deltagergruppen at multidose på mange måter var både tidsbesparende og sikkert, men at det ofte skapte distanse til brukerne. Ved ordinær dosering var det rom for observasjon og samhandling med brukerne om legemidlenes effekt. Denne nærheten til brukerne ble beskrevet som ideell, spesielt der brukerne hadde få eller ingen tilsyn av sykepleieren imellom doseringstidspunktene. Nærheten og de viktige observasjonene forsvant, mente samtlige av de deltagende sykepleierne, når brukerne fikk multidose:

«Vi levere jo bare en rull, ingen som setter seg ned og snakker med dem om hvor lenge de har stått på legemidlene... disse tingene forsvinner helt ved bruk av multidose».

En annen sykepleier la til: «... de kunne like gjerne ha fått den i posten».

#### **4.2.2 Faktorer knyttet til sykepleierne**

##### *Oppfølgingen er personavhengig*

Deltagerne beskrev at kunnskapsnivå om eldre og legemidler, personlige egenskaper og erfaringer hos sykepleierne var avgjørende for hvordan man fylte rollen og tolket sitt ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling.

Flere av deltagerne påpekte at interesse og fokus var avgjørende for hva de observerte og gikk inn i av problemstillinger. De gjengav situasjoner hvor engasjement og det å stå på kravene var viktig for å kunne utføre en forsvarlig jobb ute hos brukerne. En av deltagerne svarte på spørsmål om hvem som tok initiativ til oppfølging slik:

«Det er søster-nn det! Jeg har vært ute en vinternatt før jeg vet du ... Gjorde det ikke alltid før, men nå har jeg blitt mer trygg og har jobbet så lenge... ja så vet jeg hva det innebærer for meg. Hvis ikke det skjer så vet jeg at vi får problemer med å følge opp ... Jeg har lært meg det...»

Personlig initiativ og ressurser ble også fremhevet som vesentlig. Det å bruke av sin egen fritid var ikke uvanlig. Mange jobbet overtid eller droppet lunsjen for å ivareta brukernes behov, spesielt i forhold til å oppnå kontakt med fastlegene. Manglende og ustabile elektroniske verktøy bidro også at sykepleierne ofte måtte benytte sine egne mobiltelefoner i arbeidssammenheng. Det ble uttrykt at denne personlige innsatsen var avgjørende for å kunne få sluttført arbeidsoppgaver, eller få avklart forhold som var avgjørende for videre oppfølging av legemiddelbehandlingen.

#### *Oppfølgingen avhenger av tolkning av fullmakter*

Evne til å se brukernes behov og til å ta initiativ beskrev sykepleierne som til dels avhengig av erfaringer og til dels avhengig av «fullmakter» fra organisasjonen (bestillerenheten og avdelingen) og fra behandlingsapparatet. Et par av deltagerne uttrykte at sykepleierne ikke ut fra eget behov kunne igangsette tiltak for oppfølging av legemiddelbehandling uten at en lege hadde forordnet det eller at bestillerenheten hadde avsatt tid til det:

«For at vi skal få godkjennelse til å bruke tid på det må det gå igjennom fastlegen...».

Når det gjelder kunnskaper, handlet dette ikke bare om å inneha kunnskaper men også i hvilken utstrekning kunnskapen ble utnyttet. Mange av skildringene kan tyde på at sykepleierne satt med gode kompetanser innenfor farmakologi og eldre, men at de ikke alltid fikk gjennomslag eller det var forhold som medførte at kunnskapen ikke ble anvendt. Sykepleierne var enige om at de i utgangspunktet var glade for at de ikke hadde ordinasjonsmyndighet i forhold til for eksempel marevan eller insulin. Men de erkjente at involvering av legevakten eller vikarierende leger i sub-akutte situasjoner ikke alltid føltes som et godt nok tiltak:

«...vi har snakket med lege og det er noen som har tatt avgjørelsen, men på den annen side så tenker du var dette bra nok?»

En annen sykepleier beskrev at når INR-målingen var stabil og de ikke fikk tilbakemelding om videre marevan-dosering fra fastlegen, doserte de videre den samme dosen i påvente: «... det er mye bedre å gjøre noe, enn ingenting».

### 4.2.3 Faktorer knyttet til behandlingsapparatet

#### *Uhensiktsmessige kommunikasjonslinjer*

Et av hovedfunnene, som alle deltagerne var enige om hadde innvirkning på hvordan sykepleierne fulgte opp legemiddelbehandlingen, var at fastlegene var vanskelige å komme i kontakt når de hadde behov for konferering og avklaring. Det å oppnå rask kontakt med fastlegene hadde stor betydning for sykepleierne og deres arbeid ute i feltet. Korte og uhensiktsmessige åpningstider, og vansker med å få snakket direkte med legene var forhold som hadde innvirkning på sykepleiernes oppfølging.

Ved endringer i legemiddelbehandlingene opplevde sykepleierne at de stadig etterspurte oppdaterte legemiddellister og resepter. Spesielt utfordrende var det ved multidoserbrukere, og der de ikke ble oppdatert fra fastlegene på tross av purringer. I slike situasjoner, som angivelig kunne vare i flere uker, måtte sykepleierne klippe opp multidosene, identifisere tablettene og dosere i ordinære dosetter. Dette var svært ressurskrevende «... og det kreves voldsom etterrettelighet av oss for å gjøre det riktig».

I kommunen var det mange fastleger, og sykepleierne erfarte at hvert enkelt legekontor og hver enkelt lege hadde ulike måter å jobbe og forholde seg til hjemmesykepleien på. Alle disse «systemene» måtte sykepleierne i de forskjellige avdelingene ha kjennskap til og innrette seg etter. Flere av deltagerne påpekte at situasjonen ble ekstra problematisk ved ferieavvikling når legekantorene stengte og sykepleierne måtte kontakte vikarierende leger og legekontor. Bruk av legevakten eller vikar-leger som ikke hadde sett brukerne eller kjente deres historier følte ikke optimalt for sykepleierne. De fikk overlevert det medisinske ansvaret til noen, men likevel kjente de på at de satt igjen med det faktiske ansvaret.

Kommunikasjonen mellom fastleger og hjemmesykepleien var preget av enveiskommunikasjon. Deltagerne erfarte at legene sjeldent tok kontakt for avklaring og informasjonsoverføring. Spesielt tydelig ble dette ved samstemming, legemiddelgjennomganger, justeringer av multidoser og e-resepter og tilbakemeldinger på innsendte prøver. Sykepleierne måtte stadig etterspørre skriftlige tilbakemeldinger på ordinasjon og oppdaterte legemiddellister fra fastlegene. Dette var ikke alltid like populært hos legene:

«... og det er ikke alle leger som er like glade for å bli kontrollert på den måten, men vi er jo forpliktet til det....vi må bare tørre å stå på krava».

På tross av denne enveiskommunikasjonen beskrev sykepleierne et maktforhold mellom fastlegen og hjemmesykepleien; fastlegene ga premissene og sykepleierne tilrettela.

#### *Oppfølgingen fra fastlegene og samarbeidet er personavhengig*

En annen felles oppfatning var at oppfølgingen fra fastlegene var personavhengig. Grad av interesse, kjennskap og involvering var svært varierende. Dette ble understreket i mange av pasienthistoriene som ble lagt frem under intervjuene.

Samarbeidet mellom legene og sykepleierne opplevdes ulikt av deltagerne. Noen påpekte at bare man oppnådde kontakt med fastlege, gikk samarbeidet bra. Andre mente at samarbeidet og ansvarsfordelingen var veldig personavhengig:

«Det er leger som virkelig setter pris på oss og som synes det er bra å samarbeide med oss og vi har et felles ansvar. De tar oss på alvor. Men så har du de som helst ikke vil at du trækker i deres bedd. Og som føler en unødvendig pinking i det som er deres ansvar».

De avdelingene som hadde faste møter med fastlegene eller der legekantorene og tjenesten avklarte samarbeidsformer, erfarte sykepleierne at maktforholdet var mindre tydelig og det var lettere å oppnå kontakt ved behov. En deltager fremstilte det slik:

«Jeg blir så glad når jeg får nye pasienter som har de legene [de som har samarbeidsmøter] ... da går det som en drøm».

Sykepleierne opplevde at legene sjelden ga dem føringer om hvordan de skulle følge opp legemiddelbehandlingen og eventuelt monitorere effekt. Dette var noe sykepleierne savnet, og de følte at dette måtte de ta initiativ til selv og igangsette ut fra eget ståsted.

#### **4.2.4 Faktorer knyttet til arbeidsplassen**

##### *Liten ressurstilgang*

Mange brukere, liten tid til rådighet, utallige arbeidsoppgaver og lav sykepleietetthet utgjorde utfordringer som sykepleierne påpekte hadde innvirkning på oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Tidsaspektet var dominerende, og en av deltagerne uttrykte at de noen ganger opplevde at de ikke spurte brukerne om hvordan det gikk i forhold til legemidler for hun følte at hun ikke hadde tid til å følge opp. Sykepleierne beskrev at oppfølging tok tid som de egentlig ikke hadde utfra vedtakene; de 5 minuttene som var avsatt til å administrere legemidler, de 20-30 minuttene til ukentlig dosering og kontroll av dosetter, eller de 5-10 minuttene til utlevering av multidoserullene hver- eller annenhver uke dekket ikke tidsbruken. Ut fra det deltagerne sa om at

de hadde for lite tid og ressurser, og at dette ofte gikk utover den enkeltes oppfølging av legemidler, kan man tolke at brukernes reelle helsebehov var for dårlig kartlagt og derav ble vedtakene for «små». En sykepleier sa det slik:

«... vi opplever at bestillerenheten har snakket med pasientene, men det er mye som ikke er ivaretatt...».

En annen beskrev at de i deres avdeling enkelte ganger ikke hadde nok personell på vakt til å dele ut legemidler. I slike tilfeller ga ledelsen beskjed om at de måtte ikke-kvalifisert personell utføre administrering av legemidler og så fikk de skrive avvik i etterkant:

«Det er jo skremmende egentlig... og så er de [brukerne] hjemme da hvor det ikke er noen andre til observere de».

#### *Utilstrekkelige rutiner og verktøy*

Manglende og/eller uhensiktsmessige rutiner og sjekklister for hvordan sykepleierne skal arbeide var forhold som virket inn på oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Flere av deltagerne etterlyste blant annet klarere instruksjoner som definerte hvordan man tok imot nye brukere eller brukere som ble utskrevet fra sykehus.

Det var enighet om at verktøyene sykepleierne hadde var for dårlige. Telefonene med nett- og dokumentasjonstilgang ble lite brukt da de var ustabile eller ikke virket. Når brukerpermene i hjemmene ikke inneholdt nødvendig informasjon (på grunn av personvern), virket dette hemmende på oppfølgingen. Ved kontakt med legevakt eller fastlege fra brukers hjem ble det opplevd som lite profesjonelt å ikke kunne komme med utfyllende informasjon.

Når det gjaldt ressursallokering og kjørelister var det ulik praksis. Enkelte avdelinger benyttet fortsatt «vanlige» lister, mens andre hadde elektroniske. Flere som benyttet elektroniske kjørelister hevdet at den daglige oppfølgingen og observasjoner/arbeidsoppgaver som ikke kunne systematiseres inn i vanlige tiltak falt ut og bidro til at de mister oversikten. Andre påpekte at de elektroniske listene var et godt verktøy der alle tiltakene til brukerne var listet opp.

Avtaleskjema mellom tjenesten og brukerne lå til grunn for bistanden som ble ytt. Sykepleierne påpekte mangler ved avtalen; den regulerte ikke forhold og ansvarsfordeling når det gjaldt oppfølging av legemidlenes virkning og bivirkning, eller brukernes målsetting.

### *Uhensiktsmessig organisering*

Fokus og tilrettelegging fra avdelingsnivå ble fremhevet som avgjørende. Flere antydte at avdelingslederne tenkte mer på drift enn det faglige innholdet i tjenesten. Dette ble tydelig når avdelingene deltok i Pasientsikkerhetskampanjen og det ble «pålagt» sykepleierne å gjennomføre kurs og legemiddelgjennomganger. En av deltagerne uttrykte det slik:

«Det er innstilling for det når det kommer ovenfra. Som nå [med legemiddelgjennomganger] da ble det intensivt... , men jeg synes det er dårlig fokus på det ellers...».

Organisering av tjenesten med turnus, mange ansatte og stor andel ufaglærte var forhold som virket inn på kontinuiteten, oversikten og de nære relasjonene som deltagerne mente var viktig for å kunne følge opp legemiddelbehandlingen.

Flere av deltagerne hevdet at de trengte å diskutere brukersituasjoner med kollegaer, men stort arbeidspress og liten tilgjengelig tid gjorde at sykepleierne manglet «møteplasser» og rom for refleksjon i arbeidshverdagen. Informasjonsoverføring i rapportsituasjonene som omhandler legemiddeloppfølging ble ikke prioritert.

### 4.3 Oppsummering av funn

Samtlige deltagere i studien uttrykte at de erfarte et omfattende, selvstendig og personlig ansvar og en veldig viktig rolle i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling. De uttrykte videre at legemiddeloppfølging var en av hovedoppgavene til sykepleierne; gjennom vurderinger, observasjon og igangsetting av tiltak jobbet de direkte mot brukerne. Men mye av ansvaret og rollen ble beskrevet som indirekte brukertiltak ved å informere og koordinere det øvrige behandlingsapparatet og ved å synliggjøre ansvaret og rollen internt på arbeidsplassen.

Sykepleierne ga inntrykk av at ansvaret og rollen i liten grad var definert. Oppfølgingen fortonet seg ulikt i forhold til konteksten sykepleierne befant seg i; situasjonen til brukerne, tid og ressurser som var til rådighet, samt kunnskaper, erfaringer og interesser hos sykepleierne i forhold til legemiddelbehandling. Oppfølgingen var dessuten knyttet opp mot legens tilgjengelighet og involvering, og av fokuset og tilretteleggingen på arbeidsplassen. Ut fra rammene opplevde sykepleierne at de gjorde det som ble forventet av dem, men at behovene til brukerne for en forsvarlig og sikker legemiddelbehandling med fokus på legemiddeloppfølging ikke helt ut ble ivaretatt.



## 5. DISKUSJON

### 5.1 Diskusjon av metode

I litteraturen hersker mange ulike synspunkter om hvordan måle kvaliteten av kvalitative studier, og det blir stilt spørsmålsteget om man bør benytte terminologien som validitet og reliabilitet, som tradisjonelt er knyttet opp mot kvantitativ forskning (Polit og Beck, 2012). Ut fra ulike rammeverk som finnes, har jeg valgt å se studien opp mot pålitelighets-kriteriene til Lincoln og Guba (Polit og Beck, 2012).

Lincoln og Guba fremsetter 5 kriterier for å undersøke grad av pålitelighet i kvalitativ forskning; credibility, dependability, confirmability, transferability og authenticity (Polit og Beck, 2012).

Credibility (troverdighet/ pålitelighet), handler om å vise om man klarer å holde det opprinnelige fokus i undersøkelsen (Polit og Beck, 2012). Informasjonsskrivet og temaguiden fikk respondentene tilsendt i forkant av intervjuene. I innledningene til intervjuene valgte jeg å gjenta informasjonen for å sikre at respondentene og jeg hadde samme forståelse av tematikken. Temaguiden ble under intervjuene benyttet som rettesnor. Under hovedpunktene la jeg opp til åpne spørsmål, og respondentene fikk fortelle fritt om sine erfaringer. Etter hvert som de snakket, vekslet de mellom de ulike delene av temaet. Funnene viste at de hadde ulike oppfatninger og opplevelser av sine roller og sitt ansvar i forhold til legemiddeloppfølging, dog var mange av synspunktene sammenfallende. På tross av ulik interesse, engasjement og formidlingsmåte hos respondentene mener jeg at fokus i intervjusituasjonene ble ivaretatt.

Problemstillingen som ble utformet helt i starten av studien, ble fastholdt under hele prosessen.

Dependability (uavhengighet), knyttes til stabiliteten i materialet i forhold til tid og omgivelser. I hvilken grad avspeiler dataene virkeligheten (Polit og Beck, 2012)? Jeg planla to til tre intervjuer med seks til åtte respondenter i hver. Den umiddelbare svarresponsen var lav, men med bruk av såkalt «snøball-rekruttering» (Halvorsen, 2008) fikk jeg ni respondenter fordelt på to fokusgrupper. På bakgrunn i rekrutteringsvansker og etter hvert tidspress i forhold til rammene av studien, ble det ikke gjennomført flere intervjuer. I ettertid har jeg stilt spørsmålsteget ved rekrutteringen. Det å gå «tjenestevei» var positivt ved å skape aksept og interesse hos lederne, og for å fremme et strategisk utvalg. Men samtidig tilsier erfaringene at en mail gått igjennom flere ledd har en tendens til å stoppe opp, og derav ikke nå alle som kunne være aktuelle. Alternativt kunne jeg ha reist rundt til distriktene og informert, og på den måten kommet i direkte kontakt med flere.

Respondentene fylte samtlige inklusjonskriterier og ut fra de demografiske opplysningene var det spredning i alder, bakgrunn, år og erfaring som sykepleier. De ni jobbet i fire av seks distrikter i kommunen, og representerte seks avdelinger. Det hadde vært ønskelig å dekke alle distriktene, men det er ikke grunn til å tro at de to utelatte distriktene er vesensforskjellig fra de fire inkluderte når det gjelder legemiddeloppfølging.

Videre la jeg til rette for like rammer for gjennomføringen av de to intervjuene. Men på tross av dette opplevde jeg at intervjuene ble svært forskjellig. For det første var sammensetningen ulik, noe som trolig hadde innvirkning på gruppeprosessen og min rolle som moderator. For det andre var jeg ny i intervju-sammenheng, som kan ha påvirket samtalenes form og innhold. For det tredje ble erfaringene presentert ulikt; i det første intervjuet som konkrete betraktninger, mens i det andre intervjuet i større grad i form av pasienthistorier. På den ene siden kan man spørre seg om stabiliteten i dataene hadde vært bedre dersom de to intervjuene hadde fremtonet seg mer likt. Men på den annen side kan denne forskjellen være et argument for at jeg fikk rikere beskrivelser som representerte en større bredde i erfaringsgrunlaget.

Jeg mener at jeg på en side fikk et rikholdig datamateriale, men på en annen side har jeg ikke følelse av å kommet til metning; at funnene kunne ha vært bygget på et bredere datagrunnlag med flere respondenter som kunne ha identifisert i større utstrekning likheter og forskjeller (Malterud, 2011). Tidsrammen for studien umuliggjorde dette.

Confirmability (samsvar) refererer til «objektivitet»; at det er informantens stemme som blir hørt, og at ikke bare forskerens mening og forforståelse som kommer frem (Polit og Beck, 2012). Jeg var bevisst under intervjuene at respondentene fikk snakke fritt om sine erfaringer og at de ikke ble farget av min forforståelse ved å stille åpne spørsmål. Jeg tror imidlertid at det var positivt for analysen at jeg har god kjennskap til hjemmesykepleiefeltet og at jeg arbeider på samme nivå som respondentene, slik at jeg kunne tolke deres utsagn og sette dem inn i en kontekst som virker plausibel. Respondentene var ukjente for meg, og vi hadde aldri møttes før intervjuene.

Transferability (overførbarhet) innebærer om funnene kan bli overført til andre settinger eller grupper (Polit og Beck, 2012). Utvalget i studien fremstår etter min mening som en ordinær sykepleiergruppe som kunne vært representativ for hjemmesykepleien i andre kommuner og for andre tjenester i primærhelsetjenesten. Funnene er knyttet opp mot sykepleierens rolle og ansvar i forhold til legemiddeloppfølging, men mange av funnene er også relevante for den generelle rollen og ansvaret sykepleierne har. Jeg antar at funnene vil virke gjenkjennbart i andre kommuner, og

også i andre deler av primærhelsetjenesten. Av den grunn vil jeg antyde at funnene er overførbare, men dette må vurderes av de som leser funnene.

Authenticity (autentisk og ekte) henger sammen med forskerens evne til å gjengi spekteret av erfaringer på en måte som virker rettferdig og trofast (Polit og Beck, 2012). Funnene fremstår som ekte når leseren tas med inn i respondentenes virkelighetsverden; hvor erfaringene virker troverdig i forhold til konteksten (Polit og Beck, 2012). Jeg har forsøkt å gjenskape respondentenes virkelighet ved å foreta en nøye analyse og tolkning av datamaterialet og presentere funnene i en systematisk rekkefølge som er beriket med situasjonsbeskrivelser og sitater. Det er et kunststykke å gjenfortelle og skape den atmosfæren som utspant seg når respondentene lot meg komme inn i deres virkelighet. Trolig er det en fordel at jeg har erfaring fra hjemmesykepleievirksomheten med tanke på gjennomføringen av analysen. På den andre siden kan en slik kjennskap og forforståelse virke forstyrrende, og jeg kan unnlate viktig informasjon slik at utenforstående ikke ser det bildet som jeg har til hensikt å fremstille.

## 5.2 Diskusjon av funn

Jeg vil trekke frem fire hovedfunn jeg ser som essensielle i forhold til problemstillingen, og de vil bli diskutert opp mot bakgrunns litteraturen fra kapittel 2.

Hovedfunn:

- Sykepleierne opplevde å ha en viktig rolle og et stort ansvar, men at legemiddeloppfølgingen var personavhengig.
- Sykepleierne erfarte at rollen og ansvaret overfor brukerne var betydelig, men at den varierte avhengig av brukernes situasjon og grad av nærhet.
- Sykepleierne hadde en opplysnings- og tilretteleggerrolle overfor behandlingsapparatet, men at denne fremtonet seg ulikt i forhold til legenes tilgjengelighet, grad av involvering og vilje til samarbeid.
- Sykepleierne hadde en rolle og ansvar overfor egen arbeidsplass i forhold til å sette fokus på legemiddeloppfølgingen, men at faktorer som ressurser, rutiner og verktøy, samt organisering hadde stor innvirkning.

### 5.2.1 Sykepleiernes rolle og ansvar er personavhengig

Det var tydelig at oppfølging av legemiddelbehandling ble sett på som en viktig og stor del av sykepleierens arbeidsoppgaver, og at ansvaret ble opplevd som personlig. Men hva sykepleierne la i sin rolle og sitt ansvar varierte. Gjennom beskrivelsene fremgikk det at kunnskapsnivå, egenskaper,

erfaringer og interesser var ulike fra sykepleier til sykepleier. Denne variasjonen av fokus når det gjelder oppfølging av legemiddelbehandling kom tydelig frem både ved at sykepleierne selv satte ord på det, og hva man kunne forstå ut fra deres situasjonsbeskrivelser.

Et annet forhold var at sykepleierne uttrykte at de manglet en konkret definisjon av hva rollen og ansvaret innebar, og at de av den grunn ikke visste hvor grensene lå i forhold til hva som ble forventet og at oppfølgingen derav ble personavhengig. Lover, forskrifter og retningslinjene bærer preg av å være overordnede og vage, og omtaler i liten grad sykepleiefunksjonen i forhold til legemiddeloppfølging. Pasientsikkerhetskampanjen legger opp til at sykepleierne skal være pådrivere av legemiddelgjennomganger i hjemmesykepleien, dog gjenskapes ikke dette i Veilederen om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2012) hvor sykepleierne kun har en (undefinert) rolle i det tverrfaglige samarbeidet.

Den interne retningslinjen i kommunen (2013) refererer til - og utdyper gjeldende lovverk. Den regulerer i stor grad sykepleiernes ansvar og rolle ved legemiddelhåndtering, som innebærer prosessen fra rekvirering til utdeling. Retningslinjen går i mindre grad inn på sykepleiernes ansvar og rolle når det gjelder legemiddeloppfølging, som innebærer observasjoner, undersøkelser og tilrettelegging av den enkeltes legemiddelbehandling hvor monitorering av pasientenes etterlevelse, behov og mål inngår.

Sykepleierne fortalte at de ut ifra deres erfaringer og situasjon vurderte, observerte og igangsatte tiltak for å sikre legemiddeloppfølgingen, men at rammefaktorer rundt brukerne, arbeidsplassen og samhandlingen med behandlingsapparatet virket hemmende på oppfølgingen ut fra brukernes behov. Ut fra Rammeplan for sykepleieutdanningen forventes det at ferdige utdannede sykepleiere skal inneha handlingskompetanse til følge opp forordnet medisinsk behandling og kunne håndtere legemidler forsvarlig (Kunnskapsdepartementet, 2008). Utdypning av dette foreligger derimot ikke fra sentralt hold. Derimot kan vi lese av pensum fra grunnutdanningen at sykepleierne må ha god kjennskap til farmakokinetikk og farmakodynamikk opp mot de vanligste legemiddelklassene, og at det forventes at sykepleierne kan observere effekt (virkning, bivirkning og interaksjoner) av legemidler, grad av etterlevelse, og gi informasjon til brukerne (Noreng og Spigset, 2010).

Flere inkluderte studier påpeker at rollen og ansvaret for legemiddeloppfølging ikke er definert (Elliot og Liu, 2010; Sulosaari, et al, 2010). En av artiklene understreker at legemiddelbehandling ikke kan ansees som en delegert legeoppgave, men at sykepleierne har et selvstendig ansvar igjennom 9 ansvarsområder (Elliot og Liu, 2010). Videre beskriver flere studier at ansvaret og rollen

er kontekst-avhengig (Dilles et al, 2010; Sulosarri et al, 2010). Dette er sammenfallende med funnene i denne studien.

Ut fra funnene og bakgrunns litteraturen kan det tyde på at hjemmesykepleien som arena for legemiddeloppfølging må avklares nærmere, og at sykepleierollen og –ansvar i den konteksten trenger en tydeligere definisjon og beskrivelse.

### 5.2.2 Sykepleiernes rolle og ansvar er avhengig av brukernes situasjon og grad av nærhet

Sykepleierne erfarte at deres rolle og ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling var knyttet opp til brukernes egenomsorg, interesser, innsikt og mål.

Å monitorere brukernes behov og yte bistand ut fra disse er utvilsomt en viktig oppgave for sykepleierne generelt, og også i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling spesielt. Forskrift om legemiddelbehandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008) fremsetter et krav om at det skal foreligge en avtale vedrørende legemiddelbehandling mellom tjenesten som yter helsehjelp og brukeren. Dette er videreført i den interne kommunale retningslinjen (2013). Avtalen skal oppdateres dersom situasjonen rundt brukernes behov endres (Kommunens interne retningslinje, 2013). Sykepleierne refererte til at denne avtalen lå til grunn for bistanden, men flere uttrykte at den ikke omhandlet ansvarsforholdet i forhold til legemiddeloppfølging, eller brukernes personlige mål med legemiddelbehandlingen.

Sykepleierne understrekte både direkte og indirekte, ved å gi historier fra arbeidshverdagen, viktigheten av tette relasjoner og inngående kjennskap til brukerne for å kunne følge opp legemiddelbehandlingen tilfredsstillende. Denne nærheten til brukerne fremstilles som essensiell generelt i sykepleiernes yrkesfunksjon og nødvendig for å kunne utføre en omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a).

Tidligere forskning påpeker det samme som mine respondenter, at sykepleierens rolle som pasientnært helsepersonell er viktig for å kunne observere legemidlenes virkninger (Dilles, et al, 2010; Gabe, et al, 2011; Riker og Setter, 2013).

De Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på synet om at sykepleierne må kjenne pasientenes behov og interesser for å vurdere handlingsalternativer (Norsk sykepleieforbund, 2011). Legemidler er et av virkemidlene som skal fremme helse og livskvalitet, hvor vurderingene av virkning opp mot bivirkning er sentral (Noreng og Spigset, 2010). Erfaringene til deltagerne var at enkelte brukere klarte selv å vurdere behov for- og virkningen av legemiddelbehandlingen, men de aller fleste var i behov for bistand for å vurdere dette.

Sykepleierne fortalte at bruk av multidose hos brukere med få eller ingen tilsyn av sykepleiere bidro til uheldig distanse og som kunne hemme oppfølging av legemiddelbehandling. Sykepleierne beskrev at den ideelle nærheten kunne skapes når de hadde full oversikt over brukernes helsesituasjon og behandling, og når de jevnlig fikk anledning til å observere og snakke med brukerne; slik som kunne tilrettelegges ved doseringsrundene. Sykepleierne påpekte at det ikke var rom for dette når multidosene ble fordelt, og utleveringen og den daglige legemiddeladministreringen i stor grad ble utført av andre yrkesgrupper.

### 5.2.3 Sykepleiernes rolle og ansvar avhenger av behandlingsapparatet

Sykepleierne erfarte at deres rolle og ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandlingen ute hos brukerne i hjemmesykepleien i stor grad ble formet av det øvrige behandlingsapparat, i særlig grad fastlegene; ved deres tilgjengelighet, engasjement og vilje til samarbeid. Det fremkom at sykepleierne opplevde å ha en sentral oppgave i forhold til å sørge for å informere fastlegene, koordinere mellom de ulike aktørene i behandlingsapparatet, ansvarliggjøre og ta initiativ til samarbeid og avklaring (herunder samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger).

Helselovgivningen er klar på at legene har et overordnet ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) og skal være premissleverandør for legemiddelbehandlingen i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det fremgår av fastlegeforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) at legene har et koordineringsansvar i forhold til legemiddelbehandlingen og legene har ansvar for å ta initiativ til legemiddelgjennomganger og sørge for samstemming av legemiddellistene. Rapporten om riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2011) og den påfølgende Veileder om legemiddelgjennomganger (Helsedirektoratet, 2012) fremhever legenes sentrale rolle og ansvar for å være initiativtaker til og leder for legemiddelbehandlingen.

Sykepleierne fortalte at legens tilgjengelighet og involvering var svært varierende, men at det i hovedtrekk var preget av ustabilitet på grunn av u hensiktsmessige kommunikasjonslinjer og personavhengig samarbeid og oppfølging. Legekantorenes åpningstider for telefonhenvendelser og utfordringer med å nå fastlegene medførte at sykepleierne opplevde at de brukte mye tid, ressurser og personlig engasjement for å sikre samhandling med legene, en samhandling som legene sjeldent tok initiativ til. Henvisning til vikar-leger og legevaksleger som ikke kjente brukerne medførte en ekstra belastning for sykepleierne.

Fastlegeforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) regulerer fastlegenes ansvar i forhold til tilgjengelighet og involvering. For det første skal fastlegene vurdere og behandle alle behov hos sine listepasienter, og kunne dra på hjemmebesøk der dette er påkrevet. For det annet skal legekantorene kunne håndtere 80 % av alle telefonhenvendelser innen 2 minutter, og legen skal motta og vurdere alle henvendelser innen åpningstid. For det tredje skal fastlegene ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

I henhold til denne gjennomgangen tolker jeg at det er et gap mellom hva som forventes av legene og hva sykepleierne i studien generelt uttrykte er tilfelle i praksis, og at dette har innvirkning på sykepleierens rolle og ansvar. Dette er funn som også er beskrevet i tidligere studier, og som Næss et al (2011) trekker frem i sin prosjektrapport.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) påpeker at kommunen har ansvar for å legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere. Videre fremkommer det i Forskriften om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) at virksomhetene har et gjensidig ansvar for informasjonsflyt. Å etablere rutiner for informasjonsoverføring er også et foreslått tiltak beskrevet i rapporten fra Helsedirektoratet (2011) for å sikre brukere av kommunale tjenester bedre legemiddelbruk og behandling.

Av den interne retningslinjen i kommunen (2013) fremgår det at hvert enkelt tjenestested skal lage avtaler med fastlegene vedrørende informasjonsutveksling og samarbeid. Der finnes et informasjonsskriv til fastlegene som skal utdeles når brukerne får bistand med legemiddelbehandling. Skrivet skal gi informasjon til fastlegene om brukere som får bistand til legemiddelbehandling, og påpeker fastlegenes ansvar i forhold til samstemming. Det fremkommer ikke hvordan hjemmesykepleien og fastlegene skal samarbeide mer konkret.

Av dette kan man tolke at hjemmesykepleien både har en plikt og en rett til å legge føringer i forhold til kommunikasjon- og samarbeidsformer, men funnene i studien kan i stor grad tyde på at hjemmesykepleien i større grad la til rette etter de ulike legenes tilgjengelighet og engasjement. Sykepleierne erfarte at behandlingsapparatets rammer var styrende for samhandlingen.

Med andre ord bør informasjonsoverføringer og samarbeidsformer for å sikre forsvarlig oppfølging av legemiddelbehandling bli mer avklart slik at rollen og ansvaret til sykepleierne blir tydeligere og

stabil. Dette samsvarer med flere andre studier, som påpeker at pasientsikkerheten trues ved manglende og dårlig samhandling mellom de impliserte partene (Bakken et al, 2007; Ellenbecker et al, 2004; Næss et al, 2011; Riker og Setter, 2013).

#### 5.2.4 Sykepleiernes rolle og ansvar blir styrt av forhold på arbeidsplassen

Sykepleierne opplevde at forhold på arbeidsplassen medførte at legemiddeloppfølging ikke fikk den prioritet som de mente var nødvendig for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering.

Lite sykepleierressurser, uhensiktsmessig arbeidsfordeling, liten tid, mange arbeidsoppgaver, manglende fokus på legemiddeloppfølging fra avdelingsledernivå, utilstrekkelige rutiner, og lite rom for refleksjon og kunnskapsinnhenting fremkom som hemmende faktorer. Sykepleierne erfarte at manglende - eller uhensiktsmessige verktøy også var en begrensende faktor. Sykepleierne hadde ulik syn på nytten av de mobile dokumentasjonsverktøyene og kjørelistene, men det var en felles oppfatning av at disse verktøyene var ustabile og ofte ikke virket. Bruk av private mobiltelefoner synes å være utbredt. Sykepleierne uttrykte at avdelingslederne hadde fokus på drift, og at faglig oppfølging mot brukerne i større grad ble satt på dagsorden og prioritert når initiativ kom fra sentralt hold.

Nordeng og Spigset (2010) hevder at feil i legemiddelhåndteringen og legemiddelbehandlingen ofte skyldes systemsvikt og utfordringer på arbeidsplassen som arbeidsmiljø, personalressurser og ledelse. Kovner et al (2011) påpeker også at legemiddelrelaterte problemer ofte skyldes systemsvikt, og at utfordringene i stor grad kommer til overflaten i hjemmesituasjonen. Både funnene i denne studien og tilsvarende funn i andre studier tilsier at avdelingene i hjemmesykepleien bør analysere sitt arbeid og identifisere systemløsninger slik at sykepleierne som er nære brukerne får avklart sin rolle (Kover et al, 2011).

Love og forskrifter understreker at bistanden må være forsvarlig. Innebærer dette ansvar for forsvarlig oppfølging av legemiddelbehandling? Dette fremstår som svært vanskelig å bedømme etter gjennomgang av bakgrunns litteraturen i kapittel 2 da bruken av begrepene legemiddelbehandling, legemiddelhåndtering og oppfølging av legemiddelbehandling har uklare grensesnitt og synes å brukes om hverandre. Av fastlegeforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) er det legen som står medisinsk ansvarlig for behandlingen av sine listepasienter, mens Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) fremhever et personlig ansvar til hver enkelt yrkesutøver i helsetjenesten. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) påpeker at virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse får utført



oppgaver innen legemiddelhåndtering på en forsvarlig måte. I dette ligger det at virksomhetsleder må legge opp til etablering og oppdatering av prosedyrer for legemiddelhåndtering, herunder prosedyrer for evaluering og vurdering av risikoforhold og avvikshåndtering, samt sørge for nødvendig opplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Jeg antar at virksomhetsleder og har et ansvar for å legge forholdene til rette for at hver enkelt sykepleier kan fylle sin rolle og sitt selvstendige ansvar for å oppnå en forsvarlig yrkesutøvelse av legemiddeloppfølging i tråd med legenens medisinske vurdering og behandlingsansvar. Funnene i studien kan tyde på at virksomhetslederne ikke i stor nok grad legger forholdene til rette, og at dette hemmer sykepleierne i deres yrkesutøvelse.

Det fremkom også at sykepleierne hadde en oppfatning av at vurderingene gjort av bestillerenheten ofte var mangelfulle og innebar «for små vedtak» ut fra brukernes behov. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b) skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Det er et paradoks at de som i første omgang skal kartlegge bistandsbehov og utforme vedtak som tjenesten skal rette seg etter, ofte ikke ser hele bildet og legger opp til tjenester som kan synes mangelfulle. Sykepleierne erfarte at de derfor reviderte vedtakene fortløpende for å dekke behovene og synliggjøre den reelle tidsbruken. På tross av dette opplevde sykepleierne at behovene aldri i sin helhet ble synliggjort i vedtakene. I forhold til samstemming, som sykepleierne uttrykker at de daglig jobbet med, fremkom dette angivelig ikke som et konkret punkt på vedtakene. Det samme gjaldt generelle observasjoner av legemiddelbehandling. Dog inneholdt vedtakene tid til blodprøvetaking der dette var avtalt (INR og blodsukker-måling) og der man over lengre tid skulle følge opp eksempelvis blodtrykk.

Ut fra funnene kan man derav tolke at det forelå et misforhold mellom hva sykepleierne opplevde var deres rolle og ansvar i forhold til legemiddeloppfølging, og det de erfarte at hjemmesykepleien som arena faktisk lå til rette for.

### 5.3 Implikasjoner for praksis

Kan studien tilføre noe nytt til dagens praksis? Tradisjonell tenkning og tilrettelegging av forsvarlig legemiddelbehandling har i stor grad vært fokusert på legemiddelhåndtering; de praktiske forhold rundt legemiddelbehandling. Studien tilsier at sykepleieren ansvar og rolle strekker seg lengre inn i den kliniske oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Ved å være nære brukerne kan sykepleierne monitorere indikasjoner, individuelle behov, grad av etterlevelse og personlige mål for legemiddelbehandling, og observerer og undersøke virkningene av den igangsatte legemiddel-

behandlingen. Jeg tillater meg derfor å komme med enkelte forslag som kan bistå tjenesten og den enkelte sykepleier for å ivareta brukernes behov for og rett til forsvarlig helsehjelp når det gjelder oppfølging av legemiddelbehandling, og som kan ligge til grunn for videre kvalitetsarbeid i hjemmesykepleien

#### *En nøyere kartlegging av brukernes behov for legemiddeloppfølging*

I første rekke bør bestillerenheten og senere det enkelte tjenestested kartlegge brukernes faktiske behov for legemiddeloppfølging, og synliggjøre dette ved å legge inn i vedtakene mer eksplisitte punkter som går på samstemming, observasjon og andre nødvendige tiltak sett opp mot oppfølging av den enkelte brukers legemiddelbehandling. Ved nøyere kartlegging av brukernes behov for legemiddeloppfølging med mer detaljerte vedtak, vil behovet for tid og sykepleierressurser fremkomme mer konkret.

Videre bør avtaleskjema som regulerer ansvarsfordelingen mellom bruker og hjemmesykepleien revideres slik at punkter som innebærer oppfølging av legemiddelbehandling blir synliggjort og avtalt. Brukernes personlige behandlingsmål bør også avklares og innlemmes i avtaleskjema.

Ordningen med multidose må for hver enkelt bruker bli nøye vurdert og fortløpende evaluert i forhold til å avklare behovet for tette relasjoner mellom bruker og sykepleier. Muligens bør det jobbes frem kriterier for når multidose kan være hensiktsmessig.

Både ved utdeling av multidoseruller og ved dosering hjemme hos brukerne bør tjenesten utvikle en kultur der legemiddelbehandlingen blir fulgt opp med systematisk vurdering av brukernes behov for legemidlene, og vurdering av etterlevelse og effekt av legemiddelbehandlingen. Dette må fremgå av vedtakene slik at avdelingene og den enkelte sykepleier avsetter tid og ressurser.

#### *Kommunen må definere sykepleiernes rolle og ansvar for legemiddeloppfølging*

Den interne kommunale retningslinjen (2013) bør revideres slik at det tydeligere fremgår hva kommunen forventer at tjenestestedene ivaretar i forhold til legemiddeloppfølging. Sykepleiernes kunnskaper og erfaringer i forhold til legemiddelbehandling bør kartlegges sett opp mot disse forventningene, slik at avdelingene kan iverksette konkrete kompetansefremmende tiltak. En slik tilnæringsmåte kan fremme en mer systematisk legemiddeloppfølging som blir mindre personavhengig.

Dagens ordning med farmasøytisk tilsyn og internkontroll av legemiddelhåndtering av avdelingene bør i større utstrekning innbefatte hvordan tjenesten legger til rette for legemiddeloppfølging; hvordan man sikrer observasjoner, dokumentasjon, samstemming og gjennomføring av

legemiddelgjennomganger. Internkontrollen bør også i større grad ha fokus på brukernes behov og målsetting for legemiddelbehandling, samt samarbeid og kommunikasjon mellom tjenesten og behandlingsapparatet.

*Avdelingene må prioritere og legge til rette for legemiddeloppfølging for sykepleierne*

Studien peker på at tjenesten må ta inn over seg den rolle og det ansvar som sykepleierne har for å sikre riktig og trygg legemiddelbehandling. Dette bør i større grad settes på dagsorden på avdelingsnivå slik at organiseringen og ressursfordelingen blir mer hensiktsmessig enn det som i dag kan synes å være tilfelle. Avdelingen må legge til rette for kunnskapsinnhenting og erfaringsutveksling ved å skape rom for kurs, refleksjon og rapportering. Ressurspersoner kan utpekes for å sikre dette, samt bistå med lokale rutiner som i dag i langt større grad blir utformet når det gjelder legemiddelbehandling. Ressurspersoner kan også være pådrivere for å få gjennomført legemiddelgjennomganger i samarbeid med fastlegene.

*Hjemmesykepleien må legge premisser for samarbeid og informasjonsoverføring i forhold til legemiddeloppfølging*

Avdelingene kan i større grad legge premisser overfor det øvrige behandlingsapparatet i forhold til legemiddeloppfølging. I de interne retningslinjene til den deltagende kommunen (2013) foreligger det et skriv som skal sendes til hver enkelt fastlege når hjemmesykepleien overtar ansvaret for brukernes legemidler for å avklare samstemming. Dette skrevet bør revideres slik at avdelingene mer tydelig kan legge premisser for hvordan informasjonsoverføring og samhandling kan utføres hensiktsmessig ut fra avdelingens ressurser og organisering. Dette skrevet bør regulere hvordan avdelingen i forhold til den enkelte bruker ønsker å få tilbakemeldinger fra fastlegen vedrørende endringer i legemiddelbehandlingen, prøvesvar og andre tiltak i forhold til legemiddeloppfølgingen. På den måten kan hjemmesykepleien opp mot fastlegene synliggjøre rolle- og ansvarsfordeling ved forhold rundt legemiddelbehandling generelt, og ved legemiddeloppfølging spesielt.

Sykepleierne som hadde erfaringer med faste samarbeidsmøter med fastlegene mente at dette bidro til hensiktsmessig rolle- og ansvarsfordeling mellom legene og sykepleierne, som i sin tur virket positivt på legemiddeloppfølgingen. Slike samarbeidsmøter bør fremheves som gode modeller og videreføres i større utstrekning i hjemmesykepleien. De enkelte avdelingene kan være initiativtaker til slike møtefora. Ved å systematisere en type samarbeidsform kan legemiddeloppfølgingen til brukerne bli mindre avhengig av de varierende forholdene rundt behandlingsapparatet.

Ved at hjemmesykepleien tar initiativ til og utarbeider nye rutiner for kommunikasjon og samarbeidsformer med legetjenesten kan bidra til et rollebytte; hvor sykepleierne i større grad kan være en aktiv part og premissleverandør i legemiddelbehandlingen, og hvor fastlegene må finne seg i å legge forholdene noe mer til rette for å tilstrebe optimal legemiddeloppfølging av de eldre brukerne i hjemmesykepleien.

## 6. KONKLUSJON

I denne studien har jeg gjennom et kvalitativt, eksplorerende forskningsdesign med bruk av fokusgruppeintervjuer fått innblikk i hvordan sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i en stor kommune på Østlandet erfarer sin rolle og sitt ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandling av de eldre brukerne. Opplevelsene til deltagerne kan bidra til å utvikle nye beskrivelser av hva som ligger i sykepleiernes funksjon ved legemiddeloppfølging, og derigjennom bidra til å definere sykepleiernes rolle og ansvar.

Studien konkluderer med at sykepleierne erfarer at de har et stort ansvar og en sentral rolle i forhold til legemiddeloppfølgingen. Likevel opplever sykepleierne at oppfølgingen ikke dekker det reelle behovet hos brukerne for å oppnå en forsvarlig og sikker legemiddelbehandling.

Erfaringene fra studien tilsier at det kan være behov for et økt fokus for avklaringer og presisering av roller og ansvar, ikke bare for sykepleierne men også opp mot fastlegene, bestillerenhetene og tjenestestedene.

I introduksjonen er det beskrevet hvilket kompleks og sentral plass hjemmesykepleien har i det norske helsevesen. Ansvar for brukerne er stort, og mange føringer blir tillagt hjemmesykepleien. Det er på tide at hjemmesykepleien i større grad får være med å lage spillereglene og utarbeide rammene for hvordan tjenestens bær fremstå. Denne studien håper jeg kan være et bidrag til dette arbeidet når det gjelder kvalitetssikring av legemiddelbehandling med økt fokus på legemiddeloppfølging.

## 7. REFERANSER

Bakken, K., Larsen, E., Lindberg, P.C., Rygh, E. og Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13, 1766-1769.

Dilles, T., Vander Stichele, R., Van Rompaey, B., Van Bortel, L. og Elseviers, M. (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of advanced nursing*, 66 (5), 1072-1079.

Ellenbecker, C.H., Frazier, S.C. og Verney, S. (2004). Nurses' Observations and Experiences of Problems and Adverse Effects of Medication Management in Home Care. *Geriatric nursing*, 25 (3), 164-170.

Elliot, M. og Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, 19 (5), 300-305.

Fick, D.M., Mion, L.C., Beers, M.H., og Waller, J.L. (2008). Health outcomes associated with potentially inappropriate medication use in older adults. *Research in Nursing & Health*, 31, 42-51.

Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Gabe, M.E., Gwyneth, D.A., Murphy, F., Davies, M., Johnstone, L. og Jordan, S. (2011). Adverse drug reactions: treatment burdens and nurse-led medication monitoring. *Journal of Nursing Management*, 19, 377-392.

Gausdal, A.K., Bechman, C., Wahlström, R. og Törnkvist, L. (2011). District nurses' use for an assessment tool in their daily work with elderly patients' medication management. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 354-360.

Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12 <http://www.fafo.no/pub/rapp/20203/20203.pdf> (lastet ned 12.02.2014)

Gautun, H og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-Rapport 2013: 8 <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen> (lastet ned 08.05.2014).

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M. og Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 166-176.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Helsedirektoratet. (2011). *Rapport: Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak*. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter/Sider/default.aspx> (lastet ned 12.02.2014).

Helsedirektoratet. (2012). *Veileder om legemiddelgjennomganger*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Sider/default.aspx> (lastet ned 12.02.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (lastet ned 13.02.2014)

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (lastet ned 13.02.2014)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. FOR-2008-04-03-320 <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (lastet ned 04.02.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (lastet ned 12.02.2014)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Prop. 91 L. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.)* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731> (lastet ned 18.05.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* LOV-2011-06-24-30. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lastet ned 13.02.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. FOR-2012-29-842 <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (lastet ned 04.02.2014).

Kommunal intern retningslinje. (2013). Internettadressen kan ikke offentliggjøres av hensyn til anonymisering (lastet ned 14.02.2014)

Kovner, C., Menezes, J. og Goldberg, J. (2005). Examining Nurses' Decision Process for Medication Management in Home Care. *Journal on Quality and Patient Safety*, 31 (7), 379-385.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*.  
[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan\\_sykepleierpl.23.juni.04.ny..pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan_sykepleierpl.23.juni.04.ny..pdf) (lastet ned 23.02.2014)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske forlag

Malterud, K. (2011). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning*, 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten. (2013). *Tiltakspakke for: Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*. Versjon 2.0 <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/> (lastet ned 04.02.2014)

Nordeng, H. og Spigset, O. (2010). *Legemidler og bruken av dem*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (lastet ned 13.02.2014)

Næss, G., Bing-Jonsson, P. og Østbye Gyltnes, K.A. (2011). *Bedre samhandling om multisyke eldre. Kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten*. Høgskolen i Vestfold, Rapport 3/2011

Polit, D.F. og Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. Utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer | Health Lippincott Williams & Wilkins

Riker, G.I. og Setter, S.M. (2013). Polypharmacy in Older Adults at Home. What Is It and What to Do About It. Implications for Home Healthcare and Hospice. *Home Healthcare Nurse*, 31 (2), 65-77.



Ranhoff, A.H. (2010). Legemidler til eldre – til nytte og skade. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 118 (1), 18-29.

Ruths, S., Viktil, K.K. og Blix, H.S. (2007). Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23, 3073-3076.

Sulosaari, V., Suhonen, R. og Leino-Kilpi, H. (2010). An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 464-478.

Viktil, K.K., Blix, H.S, Moger, T.A. og Reikvam, A. (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63, 187-195

Wannebo, W. og Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien forskning*, 8 (1), 26-34.

Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg...": Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

## 8. VEDLEGG

Vedlegg: 1

### UiO : Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet/Institutt for helse og samfunn/Avdeling for sykepleievitenskap

Anette Hestdal Loso  
Bursadveien 22  
1350 LOMMEDALEN

Dato: 9. januar 2014

#### TILDELING AV VEILEDER

Du har fått tildelt *Marit Kirkevold* som din veileder. *Marit Kirkevold* kan treffes på tlf 22 85 05 69 og e-post: [marit.kirkevold@medisin.uio.no](mailto:marit.kirkevold@medisin.uio.no)

Vi gjør oppmerksom på at veiledningsperioden strekker seg til *01.06.2014* innenfor rammen masteroppgaveseminarer (4 gruppeveiledninger) og 8 timer individuell veiledning.

Veiledningsavtalen ligger hos din hovedveileder. Veiledningsavtalen undertegnes så snart som mulig, hos din veileder.

Det er viktig å komme i gang med arbeidet og raskt sette opp en framdriftsplan. Det er også viktig å ha en kontinuerlig dialog med veileder underveis. Skulle det dukke opp problemer, ta kontakt med veileder eller studiekonsulent så skal vi være behjelpelige så langt vi kan.

Du finner diverse informasjon om masteroppgavearbeidet på semestersiden for emnet GERSYK4500:

<http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isyv/GERSYK4500/index.html>

Minner om at du som student er pliktig til å holde det oppdatert på den informasjonen som gjøres tilgjengelig for deg på studieprogrammets nettsider, i Fronter og pr. brev / e-post.

Vi minner om at studenter som arbeider med masteroppgaven må betale semesteravgift, semesterregistrere seg og melde seg til eksamen/undervisning i GERSYK4500 hvert semester for å ha rett til veiledning. Fristen for dette er 1. september i høstsemestrene, og 1. februar i vårsemestrene.

Med vennlig hilsen

*Ellenkarine Grøn*



Postadresse: Avdeling for sykepleievitenskap, Postboks 1130 Blindern, 0318 OSLO  
E-post: [sykvit-studieinfo@helsam.uio.no](mailto:sykvit-studieinfo@helsam.uio.no)  
[www.med.uio.no/helsam/](http://www.med.uio.no/helsam/)

Ellen Karine Grov  
Studieprogramleder



Siv Le Page  
Studiekonsulent

*Kopi til Marit Kirkevold og Ellen Karine Grov*

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
mailto:nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Marit Kirkevold  
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 07.02.2014

Vår ref: 37266 / 3 / M55

Dens dato:

Dens ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

*37266 Gjør vi det vi skal? En kvalitativ studie om sykepleiers rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandlingen av eldre brukere i hjemmetjenesten i*

*Behandlingsansvarlig Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig Marit Kirkevold*  
*Student Anette Hestdal Loco*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldepliktens skjema, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal sendes skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uis.no  
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 39 07. legre.nor@hvet.ntnu.no  
TRONDHØI NSD: SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@uibv.uib.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anette Heisdal Loro a.h.loso@studmed.uio.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37266

Fornålet med prosjektet er å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer sin rolle og sitt ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbruk hos de eldre brukerne.

Utvalget består av sykepleiere som i hjemmetjenesten med minimum 1 års erfaring. Sykepleierne må ha en brukernær-rolle i avdelingen, og daglig håndtere brukernes legemidler.

Utvalget rekrutteres via kommunens utviklingssenter for hjemmetjenester.

Datamaterialet innhentes via fokusgruppeintervju.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.08.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

UiO : **Institutt for helse og samfunn**  
Det medisinske fakultet



Til kommunalsjef

27. januar 2014

**Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre et forskningsprosjekt om legemiddelbruk i hjemmetjenesten**

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min masteroppgave i studiet Avansert geriatrisk sykepleie ønsker jeg å gjennomføre intervjuer av sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten i                    kommune.

Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer sin rolle og sitt ansvar i forhold til oppfølging av legemiddelbehandlingen hos de eldre brukerne. Metoden som vil bli benyttet er semistrukturerte fokusgruppeintervjuer, og jeg håper å gjennomføre 2 intervjuer med 6-8 informanter i hver. Funn fra studien kan forhåpentligvis bidra til fag-/kvalitetsutvikling når det gjelder legemiddelhåndtering i hjemmetjenestene i                    kommune.

Opplysningene som fremkommer vil bli behandlet konfidensielt, og det er ingen andre enn meg som forsker og min veileder som vil få tilgang på disse. Informantene vil få skriftlig informasjon, og det vil bli innhentet samtykke fra hver enkelt. Informantene kan etter vanlige forskningsnormer når som helst trekke seg fra prosjektet. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste, og intervjuene påbegynnes når godkjenning foreligger.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i perioden ultimo februar – medio mars 2014. Masteroppgaven skal etter planen leveres 1. juni 2014.

Jeg håper at                    kommune finner prosjektet interessant, og tillater at jeg gjennomfører studien. Videre håper jeg at det legges til rette på avdelingsnivå slik at aktuelle informanter kan delta på slutten av sin arbeidsdag.

Ved eventuelle spørsmål, ta kontakt med meg på mail [a.h.losos@studmed.uio.no](mailto:a.h.losos@studmed.uio.no) eller telefon 92620092. Min veileder Marit Kirkevold kan også kontaktes på mail [marit.kirkevold@medisin.uio.no](mailto:marit.kirkevold@medisin.uio.no) eller på telefon 95 76 68 30.

Med vennlig hilsen

Anette Hestdal Loso  
Masterstudent/sykepleier

Marit Kirkevold  
Professor/veileder

Anette Løso  
Burudveien 22  
1350 LOMMEDALEN

Deres ref.:

Vår ref.:  
14/89003/BSKJ

### Deltakelse i forskningsprosjekt, bekreftelse

Henviser til din forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt som omhandler sykepleiers opplevelse av egen rolle og ansvar for oppfølging av legemiddelbehandlingen av eldre brukere i hjemmetjenesten i [ ] kommune. Du ber om tillatelse til å gjennomføre en undersøkelse i samarbeid med sykepleiere i hjemmetjenesten.

Dette er et aktuelt tema for hjemmetjenesten i [ ] kommune hvor blant annet to [ ] i pasientsikkerhetskampanjens innsatsområde *Samstemning og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten.*

På vegne av kommunalsjef for Pleie og omsorg [ ], bekrefter vi med dette at du kan gjennomføre undersøkelsen. Uviklingssenter for hjemmetjenester ved [ ] bistår deg i arbeidet med å etablere kontakt med sykepleiere i hjemmetjenesten.

Vi ønsker deg lykke til og ser fram til å få presentert resultatet.



*Utdrag fra en mail fra kontaktpersonen i den deltagende kommunen:*

Hei Anette

Etter en vurdering har vi besluttet at vi ønsker en anonymisering av sted, f.eks en stor kommune på Østlandet. Dette på grunn av få respondenter og at oppgaven kan publiseres og gjøres tilgjengelig for flere.

Lykke til med innspurten, vi gleder oss til å lese!

Vennlig hilsen



**Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg ønsker å invitere deg til fokusgruppeintervju hvor jeg samler 6-8 sykepleiere og hvor vi snakker om hvordan dere i arbeidshverdagen jobber i forhold til oppfølgingen av de eldres legemiddelbehandling.

Vi setter av to timer til samtalen, og du vil på forhånd få utdelt en temaguide for intervjuet slik at du får anledning til å tenke igjennom spørsmålene. Samtalen vil, dersom deltakerne samtykker, bli tatt opp på bånd. På den måten sikrer jeg at erfaringene som blir beskrevet blir korrekt oppfattet. Dessuten er dette en metode som vil effektivisere tiden vi har satt av ved at jeg kan konsentrere meg fullt ut om samtalen uten å måtte notere alt ned.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i slutten av februar/begynnelsen av mars 2014. Intervjuene vil foregå på slutten av arbeidsdagen. Prosjektet avsluttes ved innlevering av masteroppgaven 1. juni 2014.

Deltagelse i studien innebærer ingen direkte goder for deg som informant. Derimot vil du, gjennom å dele dine erfaringer, bidra til en dypere og utvidet innsikt i dagens praksis som igjen kan danne grunnlag for en eventuell kvalitetshevning av vår tjeneste.

Det vil i dette forskningsprosjektet ikke bli innhentet andre data fra pasientjournaler, fastleger, pasienter eller kollegaer.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og dataene aidentifisert. Dataene som du gir i intervjuet vil ikke knyttes til din person. De vil bli kodet etter hvilket intervju det gjelder (1 eller 2) og hver deltager får en kode (a til h). Navnet ditt fremgår kun på samtykkeskjemaet som vil oppbevares innelåst og separat fra intervjudataene. Det er ingen andre enn meg som forsker og min veileder som vil få tilgang på intervjuene. Ved ferdigstilling av prosjektet vil lydopptakene bli slettet og alle intervjuutskrifter/notater makulert.

Du vil ikke kunne identifiseres i oppgaven.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Jeg trenger dine erfaringer og betraktninger, og håper på positiv tilbakemelding om deltagelse.

Ved eventuelle spørsmål, ta kontakte med meg på mail [a.h.losø@studmed.uio.no](mailto:a.h.losø@studmed.uio.no) eller telefon 92620092. Min veileder Marit Kirkevold kan også kontaktes på mail [marit.kirkevold@medisin.uio.no](mailto:marit.kirkevold@medisin.uio.no) eller på telefon 95 76 68 30.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Anette Hestdal Loso

*Masterstudent/sykepleier*

Marit Kirkevold

*Veileder/professor/PhD*

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Skjema for demografiske opplysninger

Fylles ut av deltakerne i starten av intervjuet

Alder:

Kjønn:

Når utdannet sykepleier:

Videreutdannelse, og i tilfelle hvilken:

År i hjemmetjenesten som sykepleier:

Stillingsprosent (pr i dag):

Stilling:

Deltatt på legemiddelgjennomgang:

## **Temaguide til fokusgruppeintervju knyttet til prosjektet legemidler og eldre, med fokus på legemiddeloppfølging**

### **Tema I: Legemidler og brukerne**

Her blir fokus på din opplevelse av hvordan brukerne i hjemmetjenesten håndterer sine legemidler, og hvilke utfordringer det evt. gir for sykepleierne. Stikkord kan være:

- Forståelse/egenomsorg
- Informasjonsbehov
- Brukermedvirkning

### **Tema II: Sykepleierollen:**

Her blir fokus på din opplevelse av sykepleiernes ansvarsområder og konkrete roller og oppgaver knyttet til legemiddelbehandling/oppfølging av legemiddelbehandling. Stikkord kan være:

- De viktigste oppgavene og ansvaret
- Spesielle utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling
- Samarbeid med andre
- Evt. uklarheter/usikkerhet

### **Tema III: Samarbeidet med fastlegene:**

Her blir fokus på din opplevelse av samarbeidet mellom fastleger og sykepleiere når det gjelder legemiddelbehandling/oppfølging av legemiddelbehandling. Stikkord kan være:

- Hvilke ansvarsområder, roller og oppgaver har henholdsvis fastlegen og sykepleieren?
- Er arbeidsfordelingen klar?
- System for kommunikasjon
- Gjensidige forventninger
- Spesielle vansker/utfordringer?

### **Tema IV: Organisering:**

Her blir fokus på din opplevelse av arbeidets organisering og hvordan det evt. påvirker sykepleiernes rolle og ansvar knyttet til legemiddelbehandling/oppfølging av legemiddelbehandling. Stikkord kan være:

- Tid og rom for oppfølging av legemiddelbehandling
- Støtte og tilrettelegging legemiddelbehandling (kurs, undervisning, refleksjoner osv)

### **Tema V: Eventuelt**

- Er det andre erfaringer som du mener har relevans for oppgavens tema/problemstilling?