



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

### **Fagartikkel innland Kull 2017**

# **Uhensiktsmessig medisinerings av eldre som mottar hjemmesykepleie**

Inappropriate medication of elderly receiving home care  
nursing

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10039

Antall ord: 4921

## **Sammendrag:**

**Introduksjon:** Aldersgruppen 65+ er den raskest voksende aldersgruppen i Norge, og den gruppen med mest omfattende legemiddelbruk. Eldre har stor risiko for å bli utsatt for medisiner som ikke har klinisk relevans og som gir flere plagsomme bivirkninger enn opplevd effekt. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten hadde nasjonalt fokus fra 2014-2018 gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7». To av tiltakene fra programmet var å sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, og tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang. For eldre som mottar bistand i medikamenthåndtering fra hjemmesykepleien, spiller sykepleiere en sentral rolle i å forhindre uhensiktsmessig medisinerings.

Hensikten med studien var å kartlegge hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forhindre uhensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende.

**Metode:** Studien er en surveyundersøkelse. Sykepleiere fra tre ulike soner i Trondheim kommune ble forespurt om å delta. Studien foregikk i mars 2020 og fikk 14 respondenter.

**Resultat:** Deltakere i studien var enig i at sykepleiers observasjon av brukerens helsetilstand er betydningsfullt for kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Majoriteten (78%) reflekterte «av og til» over at endringer i brukerens helsetilstand kan være legemiddelrelatert. Av deltakerne hadde 35% kjennskap til om arbeidsplassen tilbyr oppfriskningskurs i medikamenthåndtering for å øke sykepleieres medisinske kompetanse. Flertallet (85%) var enig i at det var sykepleiers ansvar å kalle inn til legemiddelgjennomgang ved mistanke om overmedisinerings, men kun tre sykepleiere hadde selv deltatt.

**Konklusjon:** Denne studien viser at sykepleiere har en sentral rolle i den tverrfaglige tilnærmingen til den medisinske behandlingen av hjemmeboende. Studien viser at både individuelle og organisatoriske forhold i hjemmetjenesten fordrer sykepleiere i å sikre hensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende. Det synes å være behov for å endre praksis slik at sykepleiere støttes med kompetansehevende tilbud som øker bevisstheten og observasjonskompetansen i å oppdage uhensiktsmessig medisinerings. I tillegg må det tilrettelegges slik at sykepleiere i større grad får mulighet til å delta i tverrfaglig legemiddelgjennomgang.

## *Abstract:*

Introduction: The group of age 65+ is the fastest growing population group in Norway, and those with most comprehensive medication use. A number of elderly are exposed to medicine which have sparse clinical relevance and cause more side effects than perceived benefits. Proper use of medication for home-dwelling people had great focus from 2014-2018 through the national Patient safety program "I trygge hender 24/7". Two of the measures from the program were to ensure drug prescription throughout professional observations and cross-professional medication-reviews. Home care nurses play a key role in preventing inappropriate medication use for elderly who receives community care services. The aim of this study was to explore how nurses can prevent inappropriate medication use for home-dwelling elderly.

Method: This study is a survey. Nurses from three different community care zones in Trondheim were invited to participate. The study took place in March 2020 and received 14 responses.

Results: The participants agreed that the nurse`s observation of the patient is essential to the medication quality. The majority (78%) only "once in a while" reflected that changes in the patient`s health condition could be drug related. 36% of the respondents agreed on the allegation "my working place offers yearly courses to refresh my medication management". 85% agreed that it is the nurse`s responsibility to convoke to medication-reviews, but only three respondents had participated themselves.

Conclusion: Nurses play a key role in the cross-professional approach to the medical treatment to the home-dwelling elderly. The study shows that elderlies easily become victimims of individually and organizational circumstances which dares nurses to detect and treat inappropriate medication. There is a need to change todays practice in which nurses should to a larger extent utilize resources that strengths their medical competence. Additionally, nurses need to receive more opportunities to participate in cross-professional medical-review.

## 1.0 Innledning

Per 01.01.2020 var 15,4% av Norges befolkning over 66 år, og ifølge Statistisk sentralbyrå den aldersgruppen som vokser raskest i antall (1). Legemidler er viktige tiltak i behandling og forebygging av sykdom (2, s.4) og omfattende legemiddelbruk er normalt hos eldre. Legemiddelbruken øker også i takt med alderen (3). Folkehelseinstituttet (FHI) publiserte en artikkel med tall fra reseptregisteret som viste at 570 000 hjemmeboende eldre over 65 år fikk utlevert fem eller flere reseptbelagte legemidler i 2017 (4). Av disse fikk 76 000 utlevert over femten legemidler (4). Samme år mottok 108 000 hjemmeboende eldre over 65 år hjemmebaserte omsorgstjenester, blant annet bistand i medikamenthåndtering fra hjemmesykepleien (5). Bruk av flere legemidler samtidig øker sjansen for u hensiktsmessige virkninger av medikamentene (2, s.8), og kan medføre redusert livskvalitet, men også pasientskader og død (6).

Selv om man i dag vet mest om legemiddelrelaterte problemer hos sykehjemsbeboere, viser stadig flere studier at problemene ikke er mindre aktuelle hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie (7, s.39). Norsk legemiddelhåndbok påpeker også utfordringer rundt at legemiddelbivirkninger hos eldre i stor grad underreporteres (8). Naturlige aldersforandringer hos eldre medfører redusert nyre- og leverfunksjon, samt færre antall nerveceller og redusert muskelmasse. Dette gjør at opptak og eliminasjon, altså legemidlers farmakokinetikk, endres (9, s.59). I tillegg endres legemidlers farmakodynamikk, slik at den eldre, avhengig av legemidlets virkningsmekanisme, behøver større eller mindre dose av virkestoffet for å oppnå terapeutisk effekt (8, 10). Dette gjør at eldre har høy risiko for å utsettes for legemiddelrelaterte problemer om ikke legemidlene er nøyte tilpasset brukeren. Aldersforandringene kan også medføre at symptomer på bivirkninger av legemidlene er mindre framtreddende hos eldre (8). Symptomer på feilmedisinering og bivirkninger kan derfor være til stede, uten at symptomene oppdages, fordi de like gjerne tolkes som naturlige aldersforandringer eller forverring av underliggende sykdom (8).

De siste årene har u hensiktsmessig medisinerings av eldre fått større fokus i helsetjenesten. Likevel tyder mye på at 10-20% av alle sykehusinnleggelses av eldre enda skyldes u hensiktsmessige virkninger av legemidler (11, s.128). Til forskjell fra polyfarmasi som defineres som anvendelse av fem eller flere medikamenter samtidig (12), finnes det per i dag ingen entydig definisjon på hva overmedisinering er. Fenomenet ble presentert for nasjonalt prioriteringsråd for helse- og omsorgstjenesten i 2010 som «bruk av medisiner som ikke gir tilstrekkelig klinisk nytte eller som medfører plagsomme bivirkninger» (6). Polyfarmasi i seg selv behøver ikke nødvendigvis bli oppfattet u hensiktsmessig så lenge legemidlene har klinisk effekt og ikke gir pasienten uheldige bivirkninger. Overmedisinering på sin side anses som u hensiktsmessig, med fare for å påføre pasienten skader og i verste fall død (6). Ved mistanke om u hensiktsmessig medisinerings, vil legemiddelgjennomgang og en eventuell påfølgende avmedisineringsprosess være relevant tiltak. Det vil si en planmessig nedtrapping av enkelte legemidler, for å motvirke alvorlige bivirkninger og bedre pasientens helse (13).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det i perioden 2014-2018 gjennomført et nasjonalt sikkerhetsprogram, kalt «i trygge hender 24/7» med målsetting om å redusere antall pasientskader i helsetjenesten (14). Riktig legemiddelbruk i

hjemmetjenesten var ett av innsatsområdene. Et av tiltakene for å sikre riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten var å sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon. Et annet tiltak fokuserte på gjennomføring av tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang når dette ble ansett som nødvendig fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering (14). Tiltakene skulle øke pasientsikkerheten hos hjemmeboende med vedtak på bistand i medisinbehandling fra hjemmetjenesten (15). Sykepleiere i hjemmebasert omsorg har derfor en sentral oppgave i å oppdage og forhindre uhensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende.

En rekke juridiske føringer ligger til grunn for å sikre forsvarlig legemiddelbehandling. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 25 legger føring for at det er fastlegens ansvar å koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne i kommunen så lenge de bor i eget hjem (16). Hjemmesykepleierne på sin side rettleides av Helsepersonelloven (17), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (18, 19) og Forskrift om legemiddelbehandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (20). Sistnevnte pålegger virksomhetsleder å sørge for informasjon og nødvendig opplæring blant ansatte. Samtidig har den enkelte sykepleier et individuelt ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse til å administrere legemidlene, observere effekt og bivirkninger og forstå interaksjonen mellom de enkelte legemidler pasienten anvender (11, s.129).

Flere studier viser imidlertid at sykepleier mangler grunnleggende kunnskap om medikamenters indikasjon, virkning og bivirkning (21,22). I to uavhengige studier ytret hjemmesykepleiere et sterkt ønske om å lære mer om grunnleggende medisinske forhold for å kunne oppdage uhensiktsmessig medisinerings (22, 23). En finsk studie viste svært god effekt av et casebasert undervisningsprogram i legemiddelbehandling for sykepleiere (23). Undervisningsprogrammet trente sykepleierne i å oppdage uhensiktsmessig medisinerings, i tillegg til at sykepleierne fikk reflektere over egen legemiddelpraksis. Undervisningsprogrammet resulterte i økt helserelatert livskvalitet hos pasientene og færre sykehusinnleggelses (23). En australsk studie fremhevet at årsaken til underreportering av uhensiktsmessig medisinerings av hjemmeboende skyldes organisatoriske forhold i den nåværende helsetjenesten. Dette fordi tjenesten ikke støttet jevnlig observasjon av brukerens helsetilstand, hverken før eller etter medisinendringer (24). Manglende «kontinuitet av pleiepersonell» ble også påpekt som en barriere for tilstrekkelig god medisinsk oppfølging av den hjemmeboende (24). En norsk studie fra 2017 avdekket tilsvarende funn om kvalitetsbrist på individnivå relatert til manglende medisinsk kunnskap og en samtidig brist i en tilrettelagt organisatorisk struktur i hjemmesykepleien som støtter observasjon av pasientene (21). Den norske studien (21) viste til at en tverrfaglig legemiddelgjennomgang kunne gi godt utbytte for pasienten, i form av bedre kvalitet på den medisinske behandlingen og derav færre sykehusinnleggelses. Likevel viste studien uenighet blant helseprofesjonene hvem sitt ansvar det var å kalle inn til legemiddelgjennomgang (21).

Overnevnte studier viser at uhensiktsmessig medisinerings hos brukere med kommunal helsehjelp er et kjent problem, også utenfor Norge. Et gjennomgående fokus i studiene ligger på avmedisineringsprosessen, og i hvilken grad helsepersonell, spesielt sykepleiere, i forkant og etterkant av prosessen kan bidra. Empirien viser enighet i at

både organisatoriske forhold som tidspress og manglende kontinuitet av pleiepersonell, men også individuelle forhold som manglende medisinsk kunnskap, er betydelig faktorer som utfordrer en hensiktsmessig legemiddelbehandling. Det er ikke gjort til kjenne hvorvidt det er gjennomført nasjonale kampanjer, lik det norske pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7», i de utenlandske studiene. Senter for Omsorgsforskning peker imidlertid på uvisshet om tiltakene fra det norske pasientsikkerhetsprogrammet gjennomført i perioden 2014-2018 har bidratt til varige praksisforbedringer. Det fremheves derfor at det er behov for mer kunnskap for å kartlegge hvordan legemiddelbehandling i hjemmesykepleien praktiseres i dag (25).

Hensikten med denne studien var derfor å kartlegge hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forhindre uhensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende, gjennom faglige observasjoner og deltakelse i tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang.

## 2.0 Metode

Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU/Trondheim og Brukerutvalget for sykehusapotekene i Midt-Norge. I studien er det brukt kvantitativ metode med deskriptive analyser. Studien er basert på en surveyundersøkelse, en systematisk kartlegging av holdninger i et utvalg representanter (26). Hensikten med valg av metode begrunnes i at det gir mulighet for å undersøke et større antall representanter samtidig, og dermed kan gå i bredden på tematikken (27, s. 113).

### DELTAKERE OG REKRUTTERING

Rekruttering av respondenter til studien foregikk ved at tre tilfeldig utvalgte hjemmesykepleiesoner i Trondheim kommune ble forespurt per mail om deltakelse. Avdelingsledere på de ulike sonekontorene mottok skriftlig informasjon om prosjektet og det ble avtalt dato for oppstart av datainnsamlingen. Datainnsamlingen foregikk over to uker. Underveis i datainnsamlingen ble avdelingsledere oppringt for å kartlegge status på antall besvarte undersøkelser, samt at ansvarlige for studien var disponible for å svare på eventuelle spørsmål. Avdelingslederne ble også oppfordret til å motivere sykepleiere ved sonen til å besvare undersøkelsen. Sykepleierne ved de ulike sonene som oppfylte følgende inklusjonskriterier ble forespurt om å delta i forskningsprosjektet, 1) autorisert sykepleier, 2) mer enn seks måneders yrkeserfaring innenfor hjemmesykepleien. Sykepleiere med begrenset autorisasjon for legemiddelhåndtering ble ekskludert fra studien. Totalt ble 30 sykepleiere invitert til deltakelse.

### SPØRRESKJEMA

Spørreskjema ble utarbeidet i samarbeid med medstudent. Bakgrunnsvariabler om nåværende stillingsprosent og antall yrkesaktive år i hjemmesykepleien ble først kartlagt (27, s.214). Videre besto spørreskjema av to ja-/nei-spørsmål og åtte påstander (vedlegg 2). Deltakerne ble bedt om å sette ett kryss per påstand, hvor svaralternativene var rangert på ordinalnivå i Likert skala med fem standardiserte svaralternativ. Svaralternativene var graderte fra «svært ofte» til «svært sjelden» eller «svært enig» til «svært uenig» avhengig av påstandens ordlyd. Svaralternativene som var gradert i enighet hadde et nøytralt svaralternativ midten på skalaen. Påstandene ble utarbeidet med bakgrunn i tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammet, samt relevante studier med fokus på faktorer som er av betydning for å sikre en hensiktsmessig legemiddelbehandling av mottakere av kommunal helsehjelp. Spørreundersøkelsen ble pilottestet av et lite utvalg helsepersonell som ikke deltok i studien. Dette for å kontrollere at påstandene og svaralternativene var forståelige og relevante til hva studien ønsket å kartlegge (28).

### ETISKE BETRAKNINGER

Et informasjonsskriv om studiens formål og estimert tidsbruk for besvarelsen var vedlagt alle spørreundersøkelsene. I informasjonsskrivet ble det informert om at deltakelsen var frivillig og at man skriftlig samtykket til deltakelse gjennom å besvare undersøkelsen (vedlegg 1). Det ble informert om at man når som helst kunne trekke samtykke til deltakelse uten at det fikk konsekvenser i ettertid (27, s.105). Studien etterspurte ikke opplysninger som kunne spores tilbake til person eller arbeidssted. I tillegg ble deltakerne bedt om å ikke skrive navn eller navn på arbeidssted i besvarelsen, dette for

å sikre anonymitet (27, s.103). Det ble opplyst om at besvarelsene ble oppbevart på et sikkert sted mens studien pågikk, og at besvarelsene skulle bli destruert etter at studien var lagt fram i juni 2020. Med bakgrunn i at studien ikke etterspurte personopplysninger eller sensitive medisinsk data, ble ikke studien ansett som meldepliktig ovenfor regional etisk komite (REK), eller norsk senter for forskningsdata (NSD).

#### STATISTISKE ANALYSER

Rådata fra spørreundersøkelsen ble systematisert i frekvenstabeller i Excel og svaralternativene ble kodet fra 5-1. Med kodning gis hvert svaralternativ en tallverdi (29, s. 304). De ordinale variablene ble kodet ut fra verdiretningen på svaralternativene, eksempelvis ble «svært enig», «enig», «verken eller», «litt uenig» og «svært uenig» kodet i synkende rekkefølge 5,4,3,2, og 1 (30, s. 11). Analyse av tallmaterialet fra frekvenstabellen besto av univariate analyser. Med univariate analyser kan man enkelt se hvordan en variabel er fordelt blant respondentene (30, s.11). I studiens resultatdel ble majoriteten av dataene presentert i forklarende tekst og persentiler, mens studiens hovedfunn ble deskriptivt framstilt i sektor- og søylediagram. Denne type design gir en tydelig framstilling av frekvensfordelingen på respondentenes svar (31).



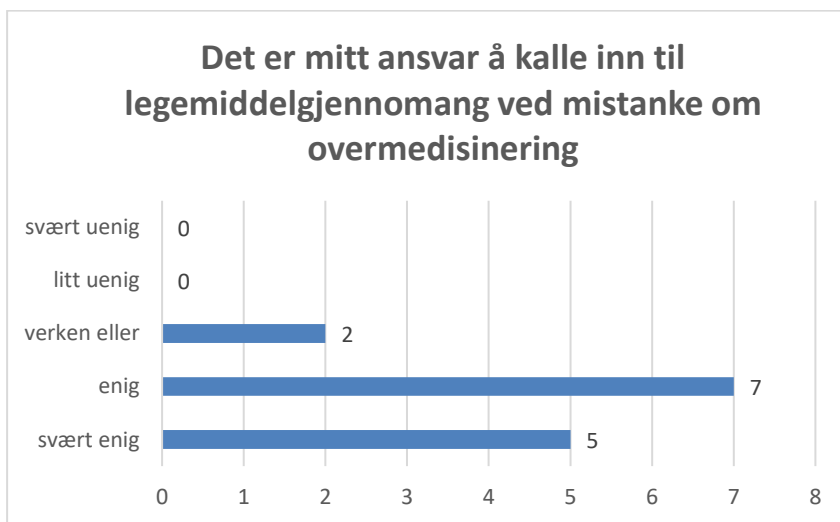
### 3.0 Resultat

#### UTVALGET

Av 30 inviterte deltakere, fikk studien totalt 14 respondenter. Dette ga studien en svarprosent på 46. Tretten respondenter hadde en nåværende stillingsprosent mellom 80-100%, mens en respondent hadde en stillingsprosent mellom 60-80%. Når det gjaldt ansiennitet hadde 8 av 14 respondenter (57%) vært ansatt i kommunehelsetjenesten i under 2 år, fire respondenter (28%) i 2-5 år, mens resterende to (14%) hadde vært ansatt mellom 5-12 år. Utvalget besto av sykepleiere med bachelorgrad, men det ble ikke kartlagt hvorvidt respondentene hadde videreutdanning eller spesialfunksjoner på arbeidsplassen.

#### TVERRFAGLIG TILNÆRMING OG DELTAKELSE I LEGEMIDDELGJENNOMGANG

I undersøkelsen kom det fram at 3 av 14 respondenter (21%) hadde deltatt i tverrfaglig legemiddelgjennomgang (LMG). Resterende 11 respondenter (79%) svarte «nei» på spørsmålet. Av de som hadde deltatt på LMG hadde samtlige vært ansatt i mere enn to år. Samtidig viste studien at 35% (n=5) var «svært enig» i at det var sykepleiers oppgave å kalle inn til LMG, mens 50% (n=7) svarte at de var «enig» i påstanden. To respondenter (14%) svarte «verken eller» (figur 1).



Figur 1: opplevd ansvar knyttet til innkallelse til legemiddelgjennomgang (N=14)

Angående ønske om at brukerens fastlege i større grad etterspurte observasjon av brukerens helsetilstand etter medisinendringer, svarte åtte av respondentene (57%) «enig», mens fem respondenter (36%) svarte «svært enig». En respondent (7%) svarte «verken eller».

#### KLINISK OBSERVASJON OG VURDERING

Av respondentene svarte 78% (n=11) at de «av og til» reflekterte over at endringer i brukerens helsetilstand kunne være legemiddelrelatert, to respondenter (14%) svarte «sjelden» og en respondent (7%) svarte «ofte». Andelen som svarte at de var «svært enig» eller «enig» i at de behøvde mere tid sammen med brukeren for å kunne observere medikamentenes virkning, var til sammen 63% (n =9). På samme påstand svarte 21%

(n=3) «verken eller» mens resterende 14% (n=2) var «litt uenig» i at de behøvde mere tid. De som var «litt uenig» i påstanden, var de med lengst yrkeserfaring.

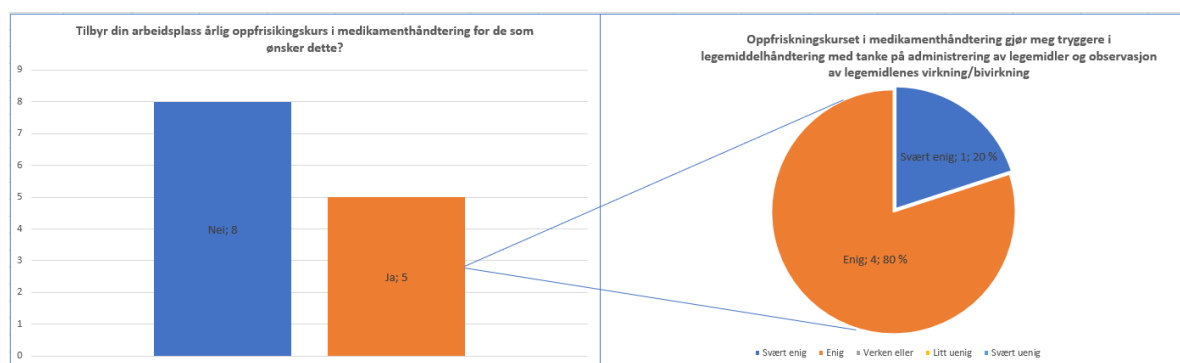
I forbindelse med påstanden om hvorvidt sykepleierne var enig i at deres observasjoner av brukerens helsetilstand var av betydning for kvaliteten på legemiddelbehandlingen, svarte 36% av respondentene (n=5) «svært enig». Resterende 64% av respondentene (n=9) svarte «enig» (figur 2).



Figur 2: viktigheten av sykepleiers observasjon av brukeren (N=14)

#### TILBUD OM KOMPETANSEUTVIKLING

Undersøkelsen kartla hvorvidt sykepleierne hadde kjennskap til om deres arbeidsplass tilbyr årlig oppfriskningskurs i medikamenthåndtering. Her svarte 57% av respondentene (n=8) «nei» og 43% (n=5) svarte «ja». De som svarte «ja» fikk videre en oppfølgingspåstand, «oppfriskningskurset i medikamenthåndtering gjør meg tryggere i legemiddelhåndtering med tanke på administrering av legemidler og observasjon av legemidlenes virkning/bivirkning». Av besvarelsene på oppfølgingspåstanden svarte fire respondenter «enig» i at kurset gjorde dem tryggere, mens en respondent var «svært enig» (figur 3).



*Figur 3: Fremstilling av kjennskap til medikamentkurs (N=14) og effekten av kurset (N=5).*

#### 4.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var derfor å kartlegge hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forhindre uhensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende, gjennom faglig observasjoner og deltakelse i tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang.

##### SIKRE OPPFØLGING AV LEGEMIDDELFORSKRIVNING MED FAGLIG OBSERVASJON OG VURDERING

Denne studien viser en entydig enighet blant sykepleierne om at deres observasjoner av brukerens helsetilstand er betydningsfull for kvaliteten på legemiddelbehandlingen (figur 2). Dette viser at sykepleierne er bevisst på at forsvarlig legemiddelbehandling ikke bare handler om å administrere riktig legemiddel til riktig pasient, men også å kunne observere effekten og virkningen av legemidlene. Dette samsvarer med de forpliktelser helsepersonell med legemiddelansvar forpliktes til jmfør forskrift om legemiddelbehandling § 3 (20). Lovverket fastslår likevel at det er brukerens fastlege som har det overordnede ansvaret i å koordinere legemiddelbehandlingen til brukeren (16). Samtidig viser resultater fra denne studien at sykepleierne ønsker at brukerens fastlege i større grad etterspør observasjoner av brukerens helsetilstand i etterkant av medisinerendringer. Dette samsvarer med tidligere studier som viser at sykepleiere uttrykker bekymring omkring at manglende tverrprofesjonell kommunikasjon medfører risiko for uhensiktsmessig medisinerings (22). Dette kan tyde på at sykepleierne opplever for stort ansvar knyttet til oppfølging av brukere etter at fastlegen har gjort endringer i legemiddelbehandlingen av den eldre. En mulig årsak kan være at sykepleiere opplever usikkerhet rundt hvilke observasjoner det er verdt å viderefremde til fastlegen på eget initiativ, og heller ønsker tydeligere retningslinjer på hva de skal observere. En annen studie viser at også fastleger savner evidens for å kunne gjennomføre medisinerendringer (24). Det poengteres spesielt i form av rapportering av medisinsk tilstand i forbindelse med avmedisinerings (24). Denne studien kan dermed, med støtte i andre studier, tyde på at kommunikasjon på tvers av helseprofesjonene bør styrkes. Både etterspørsel og rapportering av brukerens helse, legemiddelrespons og behov for medisinerendringer må tydeliggjøres for flere helseprofesjoner, for å kunne forhindre uhensiktsmessig medisinerings.

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan ha større mulighet til å kartlegge brukerens helsetilstand og legemiddelrespons enn fastleger og farmasøyter, grunnet mer regelmessig kontakt med brukeren. Flere studier poengterer at sykepleiere er de som kjenner pasienten best (21), og har en nøkkelrolle i å oppdage, samt bidra til å løse legemiddelrelaterte problemer (23). Denne studien viser imidlertid at et fåtall av sykepleierne reflekterer over at endringer i brukerens helsetilstand kan være legemiddelrelatert. Dette kan tyde på at sykepleiere ikke er bevisst på forekomsten av uhensiktsmessig medisinerings blant eldre, tross det nasjonale fokuset det fikk gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. Det må imidlertid bemerkes at en devaluering av pasientsikkerhetsprogrammet allerede i 2017 viste nedgang i antall respondenter som bekreftet å fokusere på tiltakene fra innsatsområdet «riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten» (32). Dette kan være noe av årsaken til resultatet i denne studien. Når Helsedirektoratet viser til at omfattende legemiddelbruk blant eldre er normalt, og at samtidig bruk av flere legemidler øker sjansen for uhensiktsmessige virkninger (2, s.8), bør dette være indikasjon for ekstra bevissthet rundt endringer i brukerens helsetilstand.

Dette uavhengig av pågående nasjonale kampanjer. Fremdeles er det estimert at 10-20% av alle sykehusinnleggelses hos eldre skyldes uhensiktsmessige virkninger av legemidler (11, s.128). Således kan manglende bevissthet rundt uhensiktsmessig medisinerings true pasientsikkerheten. Romskaug & Bakken viser også til at uhensiktsmessig medisinerings av eldre i dag underrapporteres (8), men utdyper ikke årsaken til det.

Tilstrekkelig tid er en betydelig faktor for å avdekke uhensiktsmessig medisinerings med tanke på tid til å foreta tilstrekkelige kliniske observasjoner av brukerens helsetilstand og legemiddelrespons. Den organisatoriske strukturen i norsk hjemmetjeneste støtter ikke kontinuerlig observasjon av brukerens helsetilstand. Derfor er hjemmesykepleiere avhengig av å utnytte den begrensede tiden et hjemmebesøk vedvarer, for å kunne foreta nødvendige og presise observasjoner (11, s. 44). Denne studien viser imidlertid uenighet blant sykepleierne om hvorvidt de har behov for mere tid med brukeren for å observere legemiddelvirkning. Dette kan igjen tyde på at sykepleiere ikke reflekterer over forekomsten av uhensiktsmessig medisinerings blant eldre. På en annen side kan det også vise til variasjon i observasjonskompetansen blant personalet, avhengig av yrkeserfaring. Respondentene som i denne studien var «litt uenig» i behovet for mere tid sammen med brukeren, var de med lengst yrkeserfaring. Selv om evne til klinisk observasjon i stor grad baseres på erfaringer, vil ikke det alene forhindre uhensiktsmessig medisinerings av eldre (33, s.158). Romskaug & Bakken fremhever på sin side at aldersforandringer kan gjøre legemiddelresponsen hos eldre mere uforutsigbar, slik at symptomer på uhensiktsmessig medisinerings av denne grunn kan være vanskelig å oppdage (8). Dermed er grundige observasjoner med jevnlig intervaller nødvendig for å observere og sikre hensiktsmessig legemiddelbruk (8). Det er nevneverdig at resultatet fra gjennomført studie møter motstand i funn fra en studie fra 2016 (24). Der viser hjemmesykepleiere på sin side tydelig enighet i behovet for mer kontinuitet av pleiepersonell for å få tid til å observere brukerens helsetilstand, spesielt i forbindelse med avmedisinerings (24). Det må imidlertid bemerkes at nevnte studier har ulik nasjonal opprinnelse, og at det ikke er kartlagt hvorvidt det foreligger forskjeller i den organisatoriske strukturen i hjemmetjenesten i de ulike landene. Dette kan være årsak til studienes motstridende funn.

Uavhengig av organisatoriske strukturer i hjemmetjenesten, krever trygg legemiddelhåndtering kompetanse og årvåkenhet hos den enkelte sykepleier (11). Jevnlig tilgang til kompetansehevede ressurser kan øke den medisinske kompetansen og bevisstheten blant sykepleiere (23). Dermed er et godt teoretisk kunnskapsgrunnlag på sin side like viktig som erfaringsbasert kunnskap (33, s.158) for å oppdage og kunne forhindre uhensiktsmessig medisinerings. Denne studien viser imidlertid at over halvparten av sykepleierne mangler kjennskap til om deres arbeidsplass tilbyr oppfriskningskurs i medikamenthåndtering (figur 3). Hvorvidt arbeidsplassene til respondentene i denne studien tilbyr et oppfriskningskurs eller ikke, eller hvor godt kurset er annonsert for personalet, er dog ikke utdypet. Resultatet fra denne studien kan dermed vise at et eventuelt eksisterende oppfriskningskurs ikke er obligatorisk, noe som vil kunne medføre varierende praksis og kvalitet på legemiddelhåndteringen hos sykepleierne. Dette er i tråd med eksisterende forskning som peker på at basiskunnskapen i kjennskap til virkning og bivirkning av legemidler er for svak blant

sykepleiere (21). I en annen studie poengterer imidlertid sykepleiere at stor arbeidsmengde og mangel på tid, er vesentlige faktorer for at internopplæring i medikamenthåndtering ikke blir prioritert fra deres side (24). Jamfør juridiske føringer av Helsepersonelloven § 4, pålegger den enkelte sykepleier å sikre forsvarlig helsehjelp til brukerne (17), inkludert forsvarlig legemiddelhåndtering. Ifølge en NOU-rapport, vil faglig forsvarlighet si å innrette seg etter faglige kvalifikasjoner, men også selv å sørge for å holde seg faglig oppdatert (34), noe et oppfriskningskurs i medikamenthåndtering kan bidra med.

Samtidig kan resultatet vist i figur 3 skyldes at det ikke eksisterer et kompetansehevende tilbud i legemiddelhåndtering for ansatte på alle arbeidsplasser. Med hensyn til sensitive opplysninger, gir ikke denne studien mulighet til å koble hvilken hjemmesykepleiesone aktuelle respondenter som har ikke kjennskap til oppfriskningskurs, tilhører. For eventuelt aktuelle arbeidsplasser hvor et slikt tilbud mangler, betyr det at virksomhetsleder ikke følger pliktene av forskriften om legemiddelhåndtering, om å tilrettelegge for et slikt tilbud (20). Følgelig kan det få konsekvenser for den enkelte sykepleiers mulighet til å øke den medisinske kompetansen.

Denne studien viser allikevel konsensus blant sykepleierne som har kjennskap til oppfriskningskurs i medikamenthåndtering, at kurset gjør dem tryggere i legemiddelhåndtering (figur 3). Resultatet i tråd med funnene fra en annen studie som viser at opplæringsprogram for sykepleiere rettet mot gjenkjennelse av uhensiktsmessig medisinerer kan bedre den helserelaterte livskvaliteten til brukerne og redusere antall sykehusinnleggelses (23). Resultatet av en subanalyse av figur 3 (data ikke vist) viser at de som er «enig» i at kurset gjør dem tryggere i medikamenthåndtering, har varierende yrkeserfaring. Dette kan vise til at det ikke kan trekkes klare paralleller mellom yrkeserfaring og trygghet i medikamenthåndtering, men at behovet for medisinsk kompetanseheving er like relevant for nyutdannede som for de litt mer erfarne sykepleierne. Dette funnet er i tråd med flere andre studier, hvor sykepleiere også påpeker et ønske om å lære mer om grunnleggende medisinske tilnærminger (22,24).

Beskrivelsen av pasientsikkerhetsprogrammet stiller ikke spesifikke krav til medisinsk kompetanse av sykepleiere annet enn «grunnleggende kompetanse» om legemidlers virkning. Likevel viser resultat fra denne studien i likhet med annen forskning både et ønske om, og positive effekter av, kompetansehevende ressurser i medikamenthåndtering. Dette kan dermed vise til at sykepleiere må bli flinkere til å kreve tilbud om kompetansehevende ressurser, og at tilgjengelige ressurser tilkjennegis i større grad fra virksomhetsleders side. På den måten kan sykepleiere øke sin medisinske kompetanse og bevissthet i å forhindre uhensiktsmessig medisinerer.

#### TVERRPROFESJONELL LEGEMIDDELGJENNOMGANG BASERT PÅ EN SYKEPLEIEFAGLIG VURDERING

Denne studien viser at flertallet av sykepleierne er enig i at det er sykepleiers oppgave å kalle inn til legemiddelgjennomgang ved mistanke om overmedisinerer (figur 1). Dette kan vise til at sykepleierne er sitt ansvar bevisst når det gjelder sin rolle i tverrfaglig tilnærming til legemiddelbehandling av hjemmeboende. Samtidig viser en annen studie

at sykepleiere og farmasøyter er uenige om hvem som bør ta initiativ til LMG (21). Det er ikke gjort til kjenne om det finnes juridiske føringer som pålegger verken sykepleiere eller farmasøyter mere eller mindre ansvar i å kalle inn til LMG. Brukerens fastlege er imidlertid pliktig til å foreta en legemiddelgjennomgang årlig hos alle brukere som anvender fire eller flere legemidler og når det ellers anses nødvendig fra en medisinsk vurdering (16). Forskriften om fastlegeordningen nevner ikke behovet for å ha sykepleier med kjennskap til pasienten til stede under legemiddelgjennomgangen (16). Det kan skyldes at fastlege skal gjennomføre legemiddelgjennomgang også for dem som ikke er tilknyttet hjemmesykepleie. For brukere som mottar bistand i medikamenthåndtering fra hjemmesykepleien, vil det være en svakhet dersom sykepleiere ikke deltar i LMG hvis fastlegen anser en gjennomgang nødvendig. Dette fordi relevant informasjon om brukeren fra sykepleierens ståsted ikke behøver bli inkludert uten sykepleiers tilstedeværelse i LMG. Rapportmalen fra Helsedirektoratet anbefaler på sin side at ulike helsepersonellgrupper bidrar i LMG, fordi det gir muligheten for en tydeligere og bredere, tverrprofesjonell gjennomgang (2).

Dersom LMG anses nødvendig fra en sykepleiefaglig vurdering (15), er imidlertid brukerens fastlege pliktig til å delta. Dette skyldes fastlegens forskrivningsansvar (16). Av resultatet i figur 1 må det imidlertid bemerkes at sykepleiernes ansvarsbevissthet omkring innkallelse til LMG alene ikke hindrer uhensiktsmessig medisinerings av eldre. Uten tilstrekkelig kompetanse og tid til å observere uhensiktsmessig medisinerings av eldre, behøver heller ikke mistanken om uhensiktsmessig medisinerings være til stede blant sykepleierne. Følgelig vil dette påvirke sykepleiers bevissthet til å kalle inn til LMG, og dermed kunne medføre at innkallelse til LMG basert på en sykepleiefaglig vurdering forsømmes.

Denne studien viser imidlertid at kun tre av fjorten sykepleiere har deltatt i tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Dette kan virke oppsiktsvekkende gitt tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet som vektlegger at alle hjemmeboende pasienter med vedtak på legemiddelhåndtering skal gjennomføre en tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang når det anses nødvendig fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering (15). Resultatet er imidlertid i tråd med en annen studie basert på LMG av et utvalg sykehjems- og hjemmesykepleiepasienter i Trondheim kommune, der det ble avdekket at sykepleiere ikke deltok i legemiddelgjennomgangen (35). Det må imidlertid bemerkes at studien ble gjennomført i 2013, før oppstart av pasientsikkerhetsprogrammet. Også senter for omsorgsforskning viser til at leger og sykepleieres rolle i det tverrfaglige samarbeidet er mindre undersøkt enn farmasøytens bidrag (25). Om sykepleiere i denne studien har ansett det nødvendig og kalt inn til LMG med bakgrunn i sine observasjoner, men at selve legemiddelgjennomgangen er gjennomført uten sykepleierne til stede, er dog ikke kartlagt. Basert på resultatet fra denne studien kan det likevel se ut som om sykepleiernes rolle i den tverrfaglige legemiddelgjennomgangen burde være mere fremtredende og tydelig enn hva den er i dag. Dette uavhengig av om legemiddelgjennomgangen er ansett nødvendig fra en medisinsk eller sykepleiefaglig vurdering. Sykepleierne har en viktig rolle i å observere den eldre hjemmeboendes helsetilstand og legemiddelrespons ved hvert hjemmebesøk. Videreformidling av disse observasjonene til lege eller klinisk farmasøyt vil dermed kunne

være betydningsfull for å sikre at legemiddelbehandlingen blir mest mulig hensiktsmessig.

Når det gjelder overnevnt resultat om deltakelse i tverrfaglig legemiddelgjennomgang, understreker også andre studier viktigheten av sykepleierens rolle i dette tverrfaglige samarbeidet (23,24). Dette fordi sykepleier gjennom regelmessige hjemmebesøk etablerer god kjennskap til brukerens helsetilstand, som andre helseprofesjoner drar nytte av å kjenne til under legemiddelgjennomgangen. I en studie fra 2017 påpeker hjemmesykepleierne imidlertid at så lenge det ikke finnes et kommunalt vedtak på at LMG er direkte pasientrettet arbeid, blir hjemmesykepleierne nødt til å gjennomføre LMG som ekstra arbeid i tillegg til arbeidsoppgavene det eksisterer vedtak på (21). Dermed nedprioriteres tilstedeværelse i legemiddelgjennomgang, fordi sykepleierne mangler tid til det i arbeidshverdagen. En rapport fra Helsedirektoratet vektlegger imidlertid at organisatoriske forhold ikke skal være til hinder for gjennomføringen av LMG (2, s.9). Både resultat fra denne studien, og andre studier, kan likevel tyde på at dette ikke etterstrebes. Dersom det tilrettelegges for at tverrfaglig legemiddelgjennomgang blir ansett som pasientrettet arbeid med eksisterende vedtak, er dette en arbeidsoppgave sykepleiere ikke kan nedprioritere. Dette vil kunne øke sykepleieres mulighet til å delta i LMG og på den måten tilrettelegge for at sykepleiere i større grad kan bidra til en mer hensiktsmessig medisinerings av eldre hjemmeboende.

#### KLINISKE IMPLIKASJONER

Resultatene fra denne studien kan tyde på at det er behov for større bevissthet rundt faktorer som støtter sykepleiere i å oppdage og forhindre uhenksommessig medisinerings av eldre hjemmeboende. Basert på studiens funn kan det anses nødvendig å bedre sykepleierens tilbud om medisinsk kompetanseheving. I tillegg bør organisatoriske forhold i hjemmetjenesten evalueres og mulig endres, slik at det frigis tid til at sykepleiere kan delta i LMG i arbeidstiden. Endelig tyder studien på at sykepleiere bør få en tydeligere rolle i selve legemiddelgjennomgangen, uavhengig av om LMG er ansett nødvendig fra en medisinsk eller sykepleiefaglig vurdering. Dette fordi videreformidling av sykepleiers observasjoner kan bidra til en mer nøyaktig legemiddelgjennomgang, og følgelig en mer hensiktsmessig legemiddelbruk blant eldre hjemmeboende etter gjennomgangen.

Resultater fra denne studien gir implikasjoner til videre forskning på området i et større omfang med en kvantitativ tilnærming. Det vil kunne kartlegge om studiens funn relatert til lav kjennskap til kompetansehevende ressurser, og lav deltakelsesprosent blant sykepleiere i LMG, er tilsvarende i andre kommuner i Norge. Det vil også kunne være hensiktsmessig med en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, for å få en dypere forklaring i mulige årsaker til hvorfor kjennskapet til kompetansehevende tiltak på arbeidsplassen og deltakelse i LMG er så lav blant sykepleiere i norsk hjemmetjeneste.

#### STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER

En av studiens styrker er at spørreskjemaet tar utgangspunkt i tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammet (15) og annen forskning på området, og er dermed relevant for studiens problemstilling. Anvendte forskningsartikler er ikke publisert før



2014, noe som kan styrke spørreskjemaets relevans og validitet. Ved bruk av kvantitativ metode er det tilstrebet nøytralitet og avstand til studiens deltakere, slik at de ikke er påvirket av undertegnedes forforståelse (27, s.113). På den andre siden muliggjør ikke spørreskjemaet at deltakerne får kvalitetssikre sine svar, eksempelvis utdype hvilke observasjoner de tar av brukeren. Det er en styrke at studiens funn og diskusjon er presentert for et relevant fora, og responsen tyder på at studien har en ekstern validitet.

En svakhet ved studien er lav svarprosent som i all hovedsak skyldes at datainnsamlingen ble gjennomført på et tidspunkt da norsk helsevesen var i beredskap for Covid-19 pandemien. Med bakgrunn i dette må eventuell generalisering av funn fra studien gjøres med forsiktighet. Det er også en svakhet at spørreskjemaet ikke er faktoranalyser, da det i ettertid framkommer at enkelte påstander kunne vært formulert annerledes.

## *5.0 Konklusjon*

Resultater fra denne studien viser at sykepleierne er klar over at deres observasjoner av brukerens helsetilstand er viktig for kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Samtidig kjenner under halvparten av sykepleierne til om arbeidsplassen tilbyr oppfriskningskurs i medikamenthåndtering, som kan øke deres kunnskap og observasjonskompetanse. Empirien viser konsensus i at sykepleierne spiller en sentral rolle i den tverrfaglige tilnærmingen til den medisinske behandlingen av hjemmeboende, grunnet deres pasientnærhet. Likevel viser studien at kun 1 av 5 sykepleiere har deltatt i tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Oppsummert indikerer det at dersom sykepleiere skal kunne bidra til å oppdage og forhindre uhensiktsmessig medisinerings, bør de stille større krav til tilbud og tid til å benytte kompetansehevende ressurser for å øke sin bevissthet og observasjonskompetanse. I tillegg bør sykepleiere få en tydeligere rolle i den tverrprofesjonelle legemiddelgjennomgangen, slik at LMG på den måten ikke blir gjennomført uten sykepleiers tilstedeværelse. Ved at sykepleier deltar og rapporterer sine observasjoner av brukerens helsetilstand og legemiddelrespons under legemiddelgjennomgangen, kan det bidra til at uhensiktsmessig medisinerings av eldre i større grad blir oppdaget og håndtert tverrfaglig. Dermed kan risikoen for at den eldre utsettes legemiddelrelaterte problemer reduseres.

Denne studien indikerer med dette at det er like stort behov for å fokusere på pasientsikkerheten ved legemiddelbehandling av eldre hjemmeboende, selv om pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» er avsluttet.

## Referanseliste

1. Statistisk sentralbyrå. Befolkning [internett]. Oslo: 2020. [Hentet 09.04.2020]  
Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
2. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. [internett] Oslo: 2012.  
[hentet 08.05.2020] Tilgjengelig fra:  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%9320Veileder.pdf/\\_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%9320Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%9320Veileder.pdf/_attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20%E2%80%9320Veileder.pdf)
3. Berg, C., Blix, H.S., Fenne, O., Hjellevik, V, Furu, K., Husabø, K. K.,  
Reseptregisteret 2013-2017: Legemidler og eldre [internett] Oslo:  
Folkehelseinstituttet: 2018. [hentet 08.05.2020]. Tilgjengelig fra:  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013\\_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf)
4. Folkehelseinstituttet. 76 000 eldre fikk utlevert mer minst 15 legemidler i løpet av  
fjoråret [internett] Oslo: 2018. [Hentet 09.04.2020]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/76-000-eldre-fikk-utlevert-minst-15-legemidler/>
5. Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstenester  
[internett] Oslo:2019. [Hentet 09.04.2020] Tilgjengelig fra:  
<https://www.ssb.no/pleie/>
6. Helmers, Ann-Kristin, B. Prioriteringsrådet skal se på medisinbruk hos eldre.  
[internett] Sykepleien: 2017. [hentet 09.04.2020] Tilgjengelig fra:  
<https://sykepleien.no/2017/04/prioriteringsradet-skal-se-pa-medisinbruk-hos-eldre-0>
7. Olsen, R.M, Devik, S.A. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. [internett] Oslo:  
Senter for omsorgsforskning:07.06.2016 [hentet 14.04.2020]. Tilgjengelig fra:  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2415062/Legemiddelbruk%20og%20pasientsikkerhet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Romskaug, R., Bakken, M.S. Eldre og legemidler. [internett] Norsk  
legemiddelhåndbok: 07.01.2020. [hentet 14.04.2020] Tilgjengelig fra:  
[https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre\\_og\\_legemidler](https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler)
9. Olsen, I. Farmakologi for sykepleiere og vernepleiere, 2.utg. Oslo:  
Universitetsbiblioteket: 2013. 400 s.
10. Romskaug, R., Wyller, T.G. Medikamentell behandling av eldre med fokus på  
kardiologiske legemidler [internett]. Oslo: Indremedisinen [hentet 10.05.2020]  
tilgjengelig fra: <https://indremedisinen.no/2019/01/medikamentell-behandling-av-eldre-med-fokus-pa-kardiologiske-legemidler/>
11. Birkeland A., Flovik A.M. Sykepleie i hjemmet. 3.utg. Oslo: Cappelen Damm AS:  
2008. 213 s.
12. Rosmo, K. Økende polyfarmasi blant eldre. [internett] Farmatid: 2018.[hentet  
09.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/okende-polyfarmasi-blant-eldre>

13. Fickenhagen M, Pettersen R., Viktil K., Vist S., Spigset O. Avmedisinering. [internett]. Norsk legemiddelhåndbok: 2018.[hentet 09.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/G27/Avmedisinering>
14. Meld. St. 11 (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet: 2014
15. Pasientsikkerhetsprogrammet. Riktig legemiddel-bruk i hj.tjenesten. [internett] Oslo: 2013. [hentet 14.04.2020] Tilgjengelig fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten>
16. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (Forskrift om fastlegeordning i kommune)- Lovdata [internett] [hentet 03.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842/§25>
17. Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)- Lovdata [internett]. [hentet 14.03.2020]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§>
18. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven)- Lovdata [internett]. [hentet 14.03.2020]. tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§1-1>
19. Helsetilsynet. Veileder for tilsyn med kommunale hjemmesykepleietjenester til eldre som har vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering [internett] Statens helsetilsyn: 12.02.2010 [hentet 03.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/internserien/veileder-tilsyn-hjemmesykepleie-til-eldre-med-vedtak-legemiddelhandtering/>
20. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Forskrift om legemiddelhåndtering)- Lovdata [internett]. [hentet 14.03.2020] Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=legemiddelh%C3%A5ndtering>
21. Halvorsrud, L., Hoel K.A, Granås A.G. Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester. Geriatrisk sykepleie 2017(2): 8-15
22. Winnie, S., Tahsin, F., Barakat\_haddad, C., Turner J.P., Haughian C.R., Abbass-Dick J. Exploration of home care nurse`s experiencec in deprescribing of medication: a qualitative descriptive study. BMJ Open. 2019: Vol 9 (5): 1-9 DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025606>
23. Pitkälä, K.H., Juola, A-L., Kautianien, Soini, H., Finne-Soveri, U. H, Bell, J.S., Björkmann, M. Education to reduce potentially harmful medication use among residents of assisted living facilities: a randomized controlled trail. JAMDA. 2014: vol 15 (12): 892-898. DOI: [10.1016/j.jamda.2014.04.002](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.002)
24. Turner, J.P., Edwards, S., Stanners, M., Shakib, S., Bell, S.J. What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspective of residents and health professionals. BMJ Open. 2016: vol 6 (3): 1-9. DOI:10.1136/bmjopen-2015-009781
25. Devik, S. A. Legemiddelbruk og pasientsikkerhet [internett] Oslo: Helsebiblioteket: 2016 [hentet 12.04.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet/legemiddelbruk-og-pasientsikkerhet>
26. Grønmo, S. Survey [internett] Oslo: Store norske leksikon:20.02.2018. [hentet 16.05.2020] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/survey>

27. Dalland, O. Metode og oppgaveskriving, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk: 2015. 257 s.
28. Kirkevold, Ø. Praktiske tips ved spørreundersøkelser [internett] Oslo: Sykepleien.no: 19.04.2016. [hentet 17.04.2020] Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/praktiske-tips-ved-sporreskjemaundersokelser>
29. Jacobsen D.I. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2005. 400 s
30. Bernitz, S.Hjemmebesøk av jordmor i barselperioden [avhandling]. Oslo: Institutt for helse, ernæring og ledelse-avd. Kjeller: 2016. 72 s.
31. Phil, R. Frekvensfordeling-markedsforskning. [internett] Oslo: Store norske leksikon: 30.12.2019. [hentet 17.04.2020] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/frekvensfordeling - markedsforskning>
32. Pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7». Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» [internett] Oslo: pasientsikkerhetsprogrammet: 2019 [hentet 16.05.2020] Tilgjengelig fra: [file:///C:/Users/ibren/Downloads/Sluttrapport\\_Pasientsikkerhetsprogrammet.pdf](file:///C:/Users/ibren/Downloads/Sluttrapport_Pasientsikkerhetsprogrammet.pdf)
33. Kristoffersen N.J. Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I: Grimsbø G.H, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. 139-158.
34. NOU 2015: 11. Med åpne kort- Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet: 2015.
35. Hageler, A.G, Fjermestad, T., Midtdal,K. Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim. Utposten. 2013(4) s.19-22.

## Vedlegg 1

### **Informasjonsskriv til spørreskjema om riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten**

Dette er en forespørsel til deg som sykepleier om å delta i en spørreundersøkelse om pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Vi er to sykepleiestudenter ved NTNU ved navn Ingrid og Ingvild. Vi skal skrive bacheloroppgave på oppdrag fra Brukerutvalget ved Sykehusapotekene i Midt-Norge.

Temaet for oppgavene er pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien der vi har to ulike fokusområder. En av oss fokuserer på å kartlegge hvordan sykepleiere håndterer mistanke om overmedisinering i hjemmesykepleien, mens den andre fokuserer på hvordan sykepleiere kan ivareta pasientsikkerhet ved legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette ønsker vi derfor å gjennomføre en spørreundersøkelse blant sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten, og vi håper derfor at du vil ta deg tid til å svare. Undersøkelsen vil ta i underkant av 10 minutter å gjennomføre.

Alle opplysninger blir anonymisert. Du skal ikke skrive navn eller andre opplysninger som gjør at vi kan koble data direkte til deg. Derfor vil ikke du kunne bli identifisert i resultatene av undersøkelsen eller videre i bacheloroppgaven. Spørreskjemaene skal lagres hos NTNU i et låsbart skap, og blir destruert etter at studien er gjennomført og oppgaven innlevert i juni 2020. Digitale data vil bli lagret på sikker mappe i server hvor kun medlemmer av prosjektgruppen har tilgang. All innsamlet data vil være anonym.

Gjennom å svare på og levere dette spørreskjemaet samtykker du til følgende:

- Jeg er kjent med at informasjonen skal analyseres og brukes i en bacheloroppgave og eventuelt en publikasjon ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, Trondheim.
- Jeg er informert om at spørreskjemaene vil bli destruert etter bruk.
- Jeg er kjent med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra deltakelse frem til jeg har levert spørreskjemaet.

Undertegnede kommer for å hente spørreskjemaene en uke etter utlevering. Har du spørsmål, så ta kontakt med følgende personer:

Bachelorveileder og førsteamanuensis Ola Bratås, [ola.bratas@ntnu.no](mailto:ola.bratas@ntnu.no), tlf. 90 57 89 69

Sykepleierstudent Ingvild S. Brensholm, [i.brensholm@gmail.com](mailto:i.brensholm@gmail.com), tlf.: 97 50 32 28

Sykepleierstudent Ingrid H. Hageløkken, [ingridhagelokken@gmail.com](mailto:ingridhagelokken@gmail.com), tlf.: 41493216

Med vennlig hilsen

Ingvild S. Brensholm og Ingrid H. Hageløkken

NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## Vedlegg 2

### Spørreskjema om pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering

Vennligst besvar spørsmålene ut fra de erfaringer du har gjort deg i den perioden du har jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten. Du svarer slik du selv oppfatter spørsmålet, og det er ingen riktige eller gale svar. Sett ett kryss ved hvert spørsmål dersom ikke annet er angitt.

Kryss av for din nåværende stillingsprosent:

Under 40 %	40 – 60 %	60 – 80 %	80 – 100 %

Kryss av for hvor lenge du har jobbet som sykepleier:

Under 2 år	2 – 5 år	5 – 7 år	7 – 12 år	Over 12 år



## DEL 1: Fokus på overmedisinering

Med overmedisinering menes at brukere benytter uhensiktsmessig mange, eller større doser av et medikament enn anbefalt, noe som kan ha uheldige konsekvenser for pasienten.

1. Har du deltatt i tverrfaglig legemiddelgjennomgang?

Ja	Nei

2. Jeg forholder meg kritisk til å administrere medisiner der indikasjonen på legemidlet ikke står oppført på brukerens medisinkort

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

3. Jeg skulle ønske at brukerens fastlege i større grad etterspurte observasjon av brukerens helsetilstand i etterkant av medisinendringer

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

4. Det er mitt ansvar å kalle inn til legemiddelgjennomgang dersom jeg mistenker at brukere utsettes for overmedisinering

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

5. Mine observasjoner av brukerens helsetilstand er av betydning for kvaliteten på legemiddelbehandlingen

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

6. Min arbeidsplass tilbyr årlig oppfriskningskurs i medikamenthåndtering for dem som ønsker det

Ja	nei

7. Dersom JA på spørsmål 5: oppfriskningskurs i medikamenthåndtering gjør meg tryggere i legemiddelhåndtering når det gjelder administrering, og oppfølging av medikamenters virkning/ bivirkning

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

8. Jeg behøver mer tid sammen med brukeren for å kunne observere virkningen av brukerens medikamenter

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

9. Jeg samtaler ofte med bruker angående han/hennes medisiner og brukerens opplevelse av virkningen av dem

Svært ofte	ofte	av og til	sjelden	Svært sjelden

10. Når brukerens helsetilstand endres, tenker jeg at tilstanden kan være legemiddelrelatert

Svært ofte	ofte	av og til	sjelden	svært sjelden eller aldri

## **DEL 2: Fokus på legemiddelsamstemming**

Legemiddelsamstemming er en kontinuerlig og dynamisk prosess for å sikre at legemiddellisten til pasienten er oppdatert på legemidler pasienten faktisk bruker, såkalt legemidler i bruk.

11. Har du deltatt på en legemiddelsamstemming?

Ja	Nei

12. Hvor ofte samtaler du med bruker om hvilke medisiner han/hun bruker

Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjeldent	Svært sjeldent

13. Jeg mener det er mitt ansvar som sykepleier å sørge for at legemiddellisten til brukeren er samstemt

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

14. Hvor ofte tar du initiativ til legemiddelsamstemming når hjemmetjenesten overtar ansvaret for brukerens legemiddelbehandling

Alltid	Ofte	Av og til	Sjeldent	Aldri

15. Hvor ofte dokumenteres gjennomført legemiddelsamstemming på et eget område i elektronisk pasientjournal?

Alltid	Ofte	Av og til	Sjeldent	Aldri

16. Hvordan opplever du samarbeidet med fastlegen om brukerens legemidler og legemiddelsamstemming

Svært godt	Godt	Verken eller	Litt dårlig	Svært dårlig

17. Dersom du har deltatt på en legemiddelsamstemming: Hvor innhenter du informasjon om brukerens legemidler i forkant av en legemiddelsamstemming? (kan sette flere kryss)

Brukeren/pårørende	
Legemiddelliste fra fastlegen	
Epikrise	
Brukerens egen liste over legemidler i bruk	
Kjernejournal	
Multidose	

Annet: .....

18. Hvor ofte opplever du usikkerhet ved brukeres legemiddelliste når han/hun kommer hjem etter sykehusopphold

Alltid	Ofte	Av og til	Sjeldent	Aldri
--------	------	-----------	----------	-------

--	--	--	--	--

19. Som sykepleier har jeg en viktig rolle ved legemiddelsamstemming for å ivareta pasientsikkerheten til brukeren

Svært enig	Enig	Verken eller	Litt uenig	Svært uenig

Eventuelle kommentarer:

--

Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!