



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt innland, FAGARTIKKEL

Legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien

(Medication Reconciliation in home nursing care)

Kandidatnummer: 10174

Antall ord: 4095

Sammendrag

Introduksjon: Pasienter i hjemmesykepleien har ofte flere sykdommer, som kan føre til polyfarmasi. Dette øker risikoen for at legemiddellistene ikke er samstemte. Et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er «samstemming av legemiddellister» for å sikre at pasienten alltid har en samstemt legemiddelliste. Hensikten med studien var å kartlegge om et av tiltakene i dette innsatsområdet blir utført i hjemmesykepleien, og å kartlegge hjemmesykepleiernes samarbeid med fastlege om brukernes legemidler, både generelt og etter sykehusopphold.

Metode: Spørreundersøkelse ved bruk av spørreskjema. Tre sonekontor i Trondheim kommune ble inkludert i studien, der deltakerne var sykepleiere. Det var 14 deltakere med i studien. Innsamlingen av data ble utført i løpet av to uker i mars 2020.

Resultater: Flertallet av sykepleierne svarte at de bare av og til eller sjeldent samtaler med brukerne om deres legemidler. Kun 6 av 14 hadde deltatt på en legemiddelsamstemming, og av de svarte samtlige at de benyttet legemiddellisten fra fastlegen og epikrise som kilde til legemiddelinformasjon, mens ingen benyttet kjernejournal. Flesteparten av deltakerne mente at det sjeldent eller aldri blir dokumentert gjennomført legemiddelsamstemming. Halvparten av deltakerne opplevde samarbeidet med fastlegen som litt dårlig/verken eller. Et stort flertall av deltakerne svarte at de av og til eller ofte opplevde usikkerhet ved brukers legemiddelliste etter sykehusopphold.

Konklusjon: Studien viser at tiltaket om innhenting av legemiddelinformasjon og samstemming av legemiddellisten i samråd med pasienten skjer i varierende grad. Resultatene kan ses i sammenheng med tidspress, mangel på tilgjengelighet og lite kjennskap til tiltaket. Videre viser studien at sykepleierne har en delt opplevelse av samarbeid med fastlege, og at sykepleierne ofte opplever usikkerhet når brukerne kommer hjem etter sykehusopphold. Disse resultatene samsvarer med tidligere forskning om dårlig tverrfaglig samhandling og uklare ansvarsforhold mellom profesjonene og omsorgsnivåene.

Abstract

Introduction: Patients in home nursing care often have multiple diseases, which leads to polypharmacy. This increases the risk of medication lists not being reconciled. One of the main priorities in "*Pasientsikkerhetsprogrammet*" is the "reconciliation of medication lists" to secure that the patient always has a reconciled list of medications. The purpose of the study was to map whether one of the measures taken in this focus area is being implemented within the home nursing system, and to measure the nurse's collaboration with general physicians regarding the patient's medications, both generally and after hospital stay.

Methods: Survey using questionnaire. Study included three zone-offices in Trondheim municipality. There were in total 14 participants. All participants were nurses. Collection of data was conducted during two weeks of March 2020.

Results: Most of the participants answered that they sometimes/rarely converse with users about their medications. Only 6 out of 14 had participated in a medication reconciliation. Of those, all answered that they used the medication list from the patient's general physician and epicrisis as a source of information, while none answered that they used summary care record. Most of the participants claimed that completed medication reconciliation was documented rarely/never. Half of the participants experienced collaboration with general physicians as either neutral/poor. A majority answered that they sometimes/often experienced uncertainty when using medication lists after a patient's hospital stay.

Conclusion: The study shows that obtaining information about medications, and reconciliation of medication lists in consultation with the patient, happens to varying degrees. The results can be seen in context with time constraints, lack of availability, and little knowledge of the measures being taken. The study also shows that nurses often have mixed experiences regarding collaboration with general physicians, and that they often experience uncertainty when patients return from hospital stays. These results correspond with earlier research on poor interdisciplinary interaction and unclear liability between the professions and different levels of care.

Introduksjon

Pasienter i hjemmesykepleien har ofte flere sykdommer og bruker dermed mange ulike legemidler samtidig, på fagspråket kaldt polyfarmasi (1). Analyser fra Folkehelseinstituttet viser at i 2017 fikk ca. 76 000 eldre hjemmeboende utlevert minst femten legemidler hver (2). Dette øker både risikoen for at pasienten bruker feil legemidler, at legemidlene gir interaksjonsproblemer og at legemiddellistene ikke er samstemte (1). Feil bruk av legemidler er svært utbredt og fører til mange unødige lidelser hvert år (1,3). Dette har vist deg å være særlig utfordrende i primærhelsetjenesten, og spesielt i hjemmesykepleien hvor det ofte er mange involverte i pasientens legemiddelbehandling. For eksempel fastlege, sykehusleger, sykepleiere i både hjemmesykepleien og sykehus og annet helsepersonell. Hos en slik pasientgruppe kan det være utfordrende å ivareta pasientsikkerheten ved legemiddelbehandlingen, det er imidlertid svært viktig at dette blir håndtert korrekt (1). Grunnen til at dette er utfordrende skyldes blant annet at farmakokinetikken endres hos eldre, som for eksempel redusert muskelmasse, økt relativ fettmengde og nedsatt nyrefunksjon. Mange eldre er også undervektig, og standarddoser bør derfor ofte justeres for å unngå overmedisinering (4). Samlet sett gjør slike fysiologiske aldersforandringer og polyfarmasi eldre spesielt utsatt for legemiddelbivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer (LRP). Undersøkelser viser at rundt 10-20% av sykehusinnleggelse hos eldre har sammenheng med legemiddelbivirkninger, og understreker igjen viktigheten av samstemming av legemidler (4).

Et område hvor det ofte oppstår manglende oversikt over pasientens legemiddelbruk er ved skifte av omsorgsnivå, for eksempel ved utskrivelse fra sykehus til hjemmesykepleien (1). I følge Forskrift om legemiddelbehandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §5, skal en samstemt liste over legemidler i bruk alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå (5). I en studie av Bostigen et al. (6) som ble gjort for å utforske erfaringer om pasientoverføringer mellom sykehus og hjemmesykepleie, kom det frem at uklar ansvarsfordeling mellom yrkesgrupper er en av årsakene til at samhandlingen blir utfordrende, og dermed gir uheldige konsekvenser ved legemiddelbehandling.

«Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt» (7). Rognstad og Straand (8) sin studie viser at det for over 60% av pasientene i hjemmesykepleien ikke var samsvar mellom legemiddellisten hos fastlegen og legemiddellisten hos hjemmesykepleien, og at det ble brukt 25% flere legemidler enn det fastlegen kjente til. Samme studie konkluderer med at fastlegens mangel på oversikt over pasientens legemiddelbruk blant annet kom av dårlig samarbeid med hjemmesykepleien på grunn av mangel på faste møter og uklare ansvarsforhold mellom omsorgsnivåene (8). I en annen tilsvarende studie

konkluderte man med det samme. At det er store uoverensstemmelser mellom legemiddellisten hos fastlegen og hos hjemmesykepleien, og at dette skyldtes dårlig kommunikasjon mellom de to yrkesgruppene (9).

Som følge av dette satte Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2011 i gang Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». I januar 2019 opphørte selve pasientsikkerhetsprogrammet og gikk over til å bli Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, som skal gjelde frem til 2023. Programmet består av 16 innsatsområder, der det overordnede målet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (10).

Et av deres innsatsområder er «Samstemming av legemiddellister» med tiltak som skal sikre at pasienten alltid har en samstemt legemiddelliste (7). Med samstemming av legemiddelliste menes at helsetjenesten i samarbeid med pasienten lager en korrekt liste over de legemidlene pasienten faktisk bruker, som kalles «Legemidler i bruk» (LIB). For å oppnå sikker og riktig legemiddelbruk skal denne listen følge pasienten i hele behandlingsforløpet (7). Hvert av de 16 innsatsområdene har kommet med tilhørende tiltak i såkalte tiltakspakker. Et av tiltakene som er blitt fremmet under dette innsatsområdet er «Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten» (11). Det er spesielt tre sentrale elementer som «I trygge hender 24/7» anbefaler at følges; 1) samtale med pasienten om hvilke legemidler han/hun bruker, 2) innhente tilstrekkelig legemiddelinformasjon og 3) dokumentere samstemt liste over legemidler i bruk i journal med angivelse av kilder (11). Det er også et annet innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet; «Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten», som har et tiltak vedrørende samstemming av legemiddellister (12). I 2015 ble tiltakspakkene for samstemming av legemiddellister revidert fra å bare gjelde spesialhelsetjenesten til nå også å rette seg mot primærhelsetjenesten (7).

I følge Helsepersonelloven §11 er det bare leger og tannleger som kan rekvirere reseptbelagte legemidler (13). Det er midlertid sykepleierne som administrer legemidler, en delegert oppgave de får fra sin virksomhetsleder (14). Sykepleiere har derfor både et formelt, faglig og moralsk ansvar i legemiddelhåndteringen (14). Det faglige ansvaret innebærer blant annet at sykepleiere må ha kunnskap om legemidler en administrer for å kunne observere både virkning og eventuelle bivirkninger av legemiddelet (1,14). Videre har sykepleiere i følge Helsepersonelloven § 39 plikt til å fortløpende dokumentere sykepleie som gis. Slik dokumentasjon fungerer som skiftelig kommunikasjon mellom helsepersonell (15,16).

Det er helt avgjørende for vellykket legemiddelbehandling at det gjøres korrekte observasjoner av legemidlenes virkning på pasienten og at dette rapporteres til lege (14). Likevel, står ofte sykepleierne i hjemmesykepleien alene om

avgjørelser og ansvar, og tidspress er en reell utfordring (17). I og med at det er sykepleierne som har mest kontakt med brukerne i hjemmesykepleien har de en helt sentral rolle i legemiddelsamstemmingen ved å samtale med brukerne om deres legemidler og innhente legemiddelinformasjon (9). Av elektroniske kilder til legemiddelinformasjon anbefaler pasientsikkerhetsprogrammet bruk av kjernejournal som en viktig kilde. Likevel, vil et slikt IKT-verktøy aldri kunne erstatte samtalen med pasienten om hvilke legemidler som brukes, som er den viktigste kilden til legemiddelinformasjon (11).

For å lykkes med legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien trekker eksperter frem viktigheten av å avklare ansvarsroller. Andre områder som gjør det utfordrende med legemiddelsamstemming er bruk av upålitelige kilder til legemiddelinformasjon, dårlig kommunikasjon og samarbeid med fastlege, og dårlig samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehus (18).

Det er utført mye forskning på farmasøytens bidrag og rolle i legemiddelsamstemmingen. Forskningen er imidlertid begrenset når det kommer til sykepleiernes rolle og ansvar. Utførelse av legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien er heller ikke utforsket i stor grad, dette skyldes at tiltakspakken er relativt ny for primærhelsetjenesten. Videre har det vært utfordrende å finne forskningsartikler og rapporter som dokumenterer hvordan legemiddelsamstemming faktisk utføres i praksis i hjemmesykepleien og om pasientsikkerhetsprogrammets tiltak innenfor dette innsatsområdet utføres slik som anbefalt.

Hensikten med denne studien var derfor 1) å kartlegge om innhenting av legemiddelinformasjon og samstemming av legemiddellister blir utført i samråd med brukerne blant sykepleiere i hjemmesykepleien, og 2) å kartlegge hjemmesykepleiernes samarbeid med fastlege om brukernes legemidler, både generelt og etter sykehusopphold.

Metode

Studien er basert på en spørreundersøkelse ved bruk av spørreskjema. Det er brukt kvantitativ metode for å få en oversikt over forekomst og omfang av temaet (19), samtidig som det gir breddekunnskap om oppfatning i en populasjon av sykepleiere (20). Innsamlingen av data ble utført i løpet av to uker i mars 2020.

Spørreskjemaet ble laget sammen med en medstudent, der vi hver for oss utarbeidet relevante spørsmål for våre studier. Denne studien er basert på spørsmål 11, 12, 15, 16, 17 og 18 (se vedlegg nr. 2). Spørsmålene i denne studien ble blant annet utarbeidet på bakgrunn av tiltak som pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» har foreslått under deres innsatsområde «Samstemming av legemiddellister». Spørsmålene tar også utgangspunkt i erfaringer fra praksis og forskning. Det ble brukt 5-punkts Likert-skala i svarkategoriene med ytterpunktene «svært enig» og «svært uenig», «svært ofte» og «svært sjeldent», «svært godt» og «svært dårlig», «alltid» og «aldri». Fordelen med en slik fempunktsskala er at det både blir lettere å svare, samtidig som det gir mer informasjon (21). Det var også et dikotomt svaralternativ for å undersøke hvor mange som hadde deltatt på en legemiddelsamstemming. I tillegg til spørsmålene var det til slutt mulighet til å komme med en kommentar (se vedlegg 2).

Inklusjonskriteriene i studien var 1) autoriserte sykepleiere, 2) sykepleiere med minimum 6 måneders yrkeserfaring i hjemmesykepleien og 3) sykepleiere med medikamentansvar. Eksklusjonskriteriene var helsepersonell uten bachelor i sykepleie og sykepleiere uten legemiddelansvar.

For datainnsamlingen ble det valgt ut tre tilfeldig sonekontor i Trondheim kommune. På forhånd ble det sendt ut en invitasjon til å delta på undersøkelsen med informasjon om spørreundersøkelsen til sonelederne. Spørreskjemaene ble levert på sonekontorene slik at de kunne ligge lett tilgjengelig for de ansatte. På et av sonekontorene informerte vi noen av deltakerne muntlig. Det ble ikke spurt om sensitive opplysninger og deltakelsen var frivillig og anonym. Det ble også vedlagt et informasjonsskriv ved hvert spørreskjema, og deltakerne samtykket til deltakelse ved å svare og levere spørreskjemaet. Underveis i perioden kontaktet vi sonelederne for påminnelse om å oppmuntre de ansatte til å delta. Alle spørreskjemaene ble oppbevart slik at de var utilgjengelig for andre enn de involverte i prosjektet.

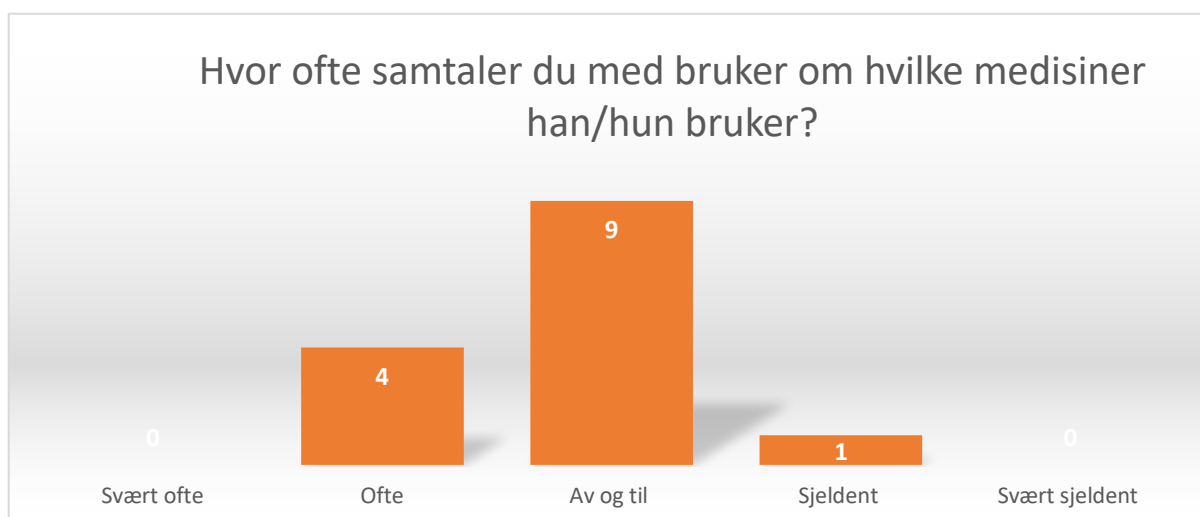
All data ble lagt inn i og analysert ved hjelp av Microsoft Excel. Svarene ble først satt inn i frekvenstabeller, som gav en oversiktlig fremstilling av variablene fra undersøkelsen. Ut ifra frekvenstabellene ble variablene fra undersøkelsen videre visualisert i sylinderdiagram og kakediagram.

Resultat

Antall mulige deltakere var 30 hvorav 14 svarte på undersøkelsen som ga en svarprosent på 47. Utvalget bestod dermed av 14 sykepleiere, hvorav 13 (93%) hadde en stillingsprosent på 80-100% og 1 (7,1%) hadde 60-80%.

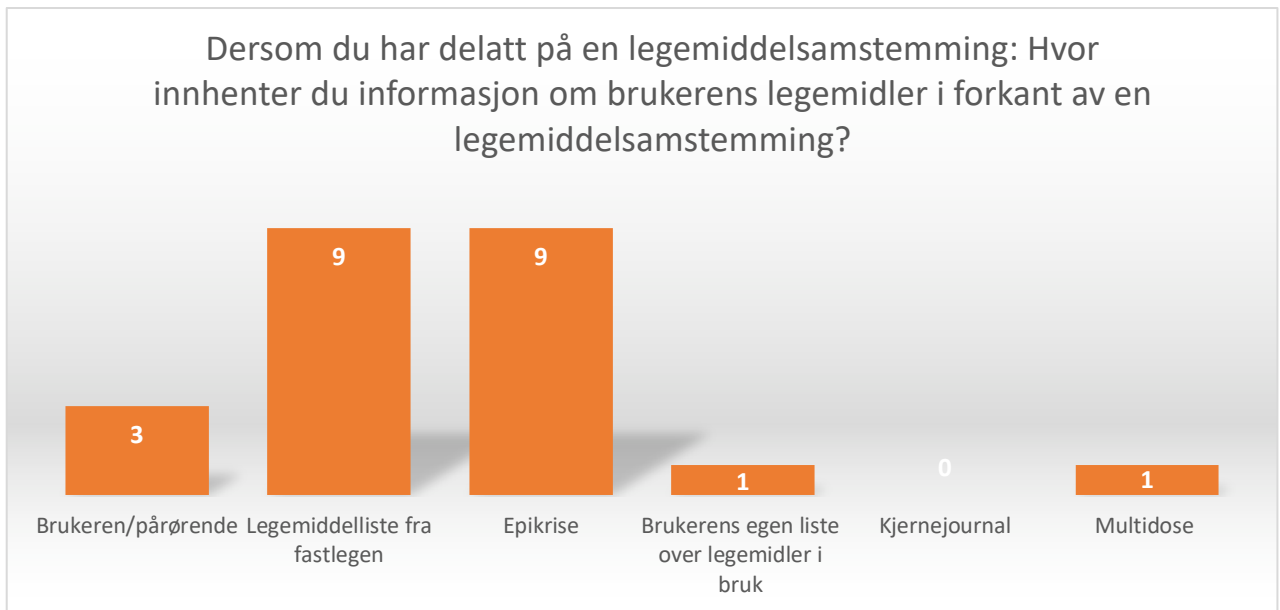
På spørsmål om ansiennitet, svarte 8 (57,1%) at de hadde jobbet som sykepleier i under 2 år, 4 (28,6%) i 2-5 år, 1 (7,1%) i 5-7 år, og 1 (7,1%) i 7-12 år. Når det gjaldt spørsmålet om en hadde deltatt på legemiddelsamstemming, svarte 6 av 14 sykepleiere ja (42,8%).

Ved spørsmål om hvor ofte en samtaler med bruker om hvilke medisiner han/hun bruker, svarte 4 (28,6%) deltakere at de ofte snakker med brukeren om deres medisiner. Ingen oppgav at de gjør det svært ofte eller svært sjeldent, mens 9 (64,3%) deltakere svarte av og til og 1 (7,1%) deltaker samtaler sjeldent med brukeren om hvilke medisiner han/hun bruker (se figur 1)



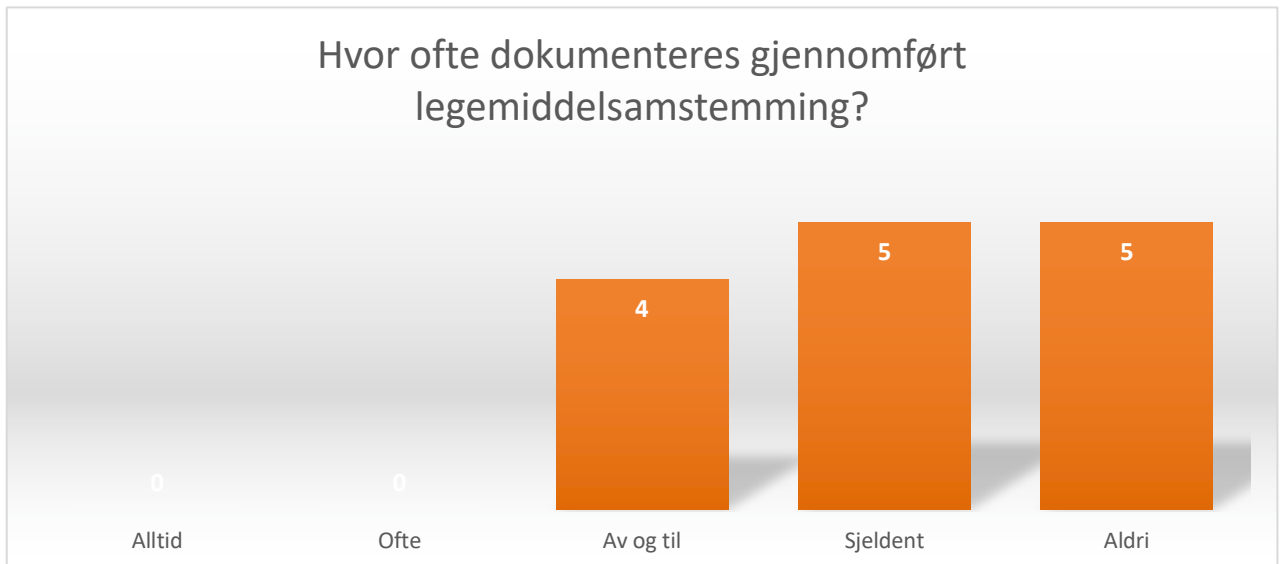
Figur 1: Samtale med bruker om medisiner (N = 14)

Angående hvilke informasjonskilder sykepleierne som har deltatt på legemiddelsamstemming benyttet for å hente informasjon om brukernes legemidler i forkant av en legemiddelsamstemming, var det 9 deltakere som svarte. Her fikk deltakerne mulighet til å krysse av flere alternativer (se vedlegg nr. 2). Det var 3 (33,3 %) deltakere som svarte at de samtalte med brukeren selv eller pårørende, mens 9 (100 %) av deltakerne brukte legemiddellisten fra fastlegen og 9 (100 %) svarte at de brukte epikrisen som en informasjonskilde. Ingen brukte brukerens kjernejournal ved innhenting av informasjon (data ikke vist), mens 1 (11,1 %) deltaker svarte at den brukte brukerens egen liste over legemidler i bruk, og 1 (11,1 %) at den benyttet multidosen som informasjonskilde (se figur 2).



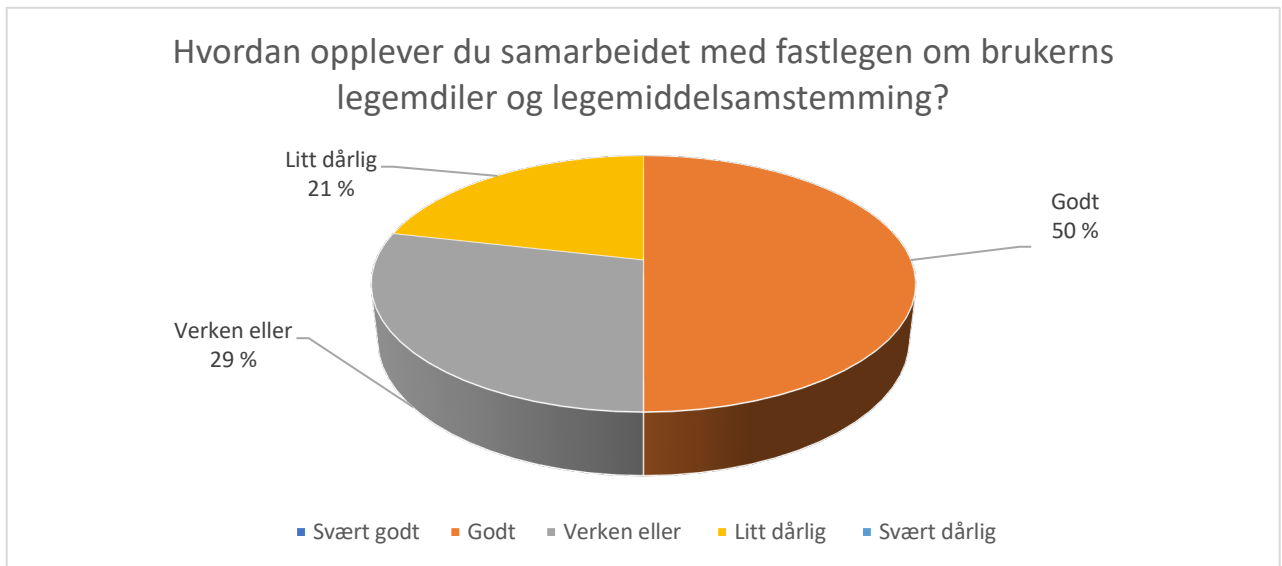
Figur 2: Sykepleierens ulike informasjonskilder om legemidler i bruk, (N = 9)

På spørsmål om hvor ofte gjennomført legemiddelsamstemming ble dokumentert i et eget område i elektronisk pasientjournal, svarte 4 (28,6%) deltakere at det ble gjort av og til, mens 5 (35,7%) svarte at det sjeldent ble gjort og 5 (35,7%) svarte at det aldri ble gjort (se figur 3).



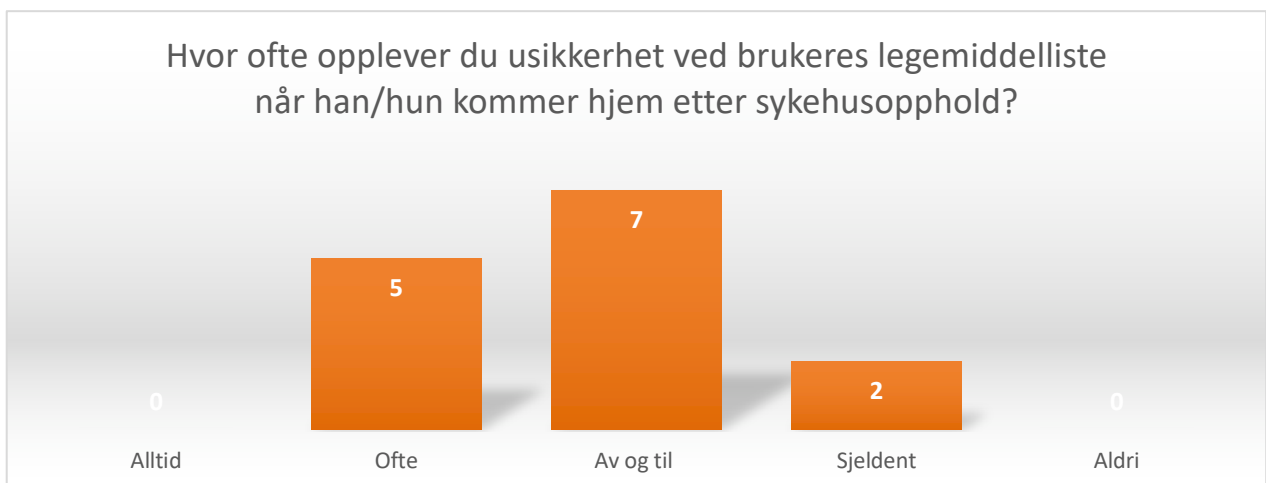
Figur 3: Dokumentasjon av gjennomført legemiddelsamstemming, (N=14)

Når det gjaldt spørsmålet om hvordan samarbeidet med fastlege om brukerens legemidler og legemiddelsamstemming opplevdes, svarte 7 (50%) at samarbeidet var godt og 7 (50%) at det var dårlig eller verken eller (se figur 4).



Figur 4: Samarbeid med fastlege om brukers legemidler og legemiddelsamstemming (n %) (N = 14)

På spørsmålet om usikkerhet rundt brukers legemidler når bruker kommer hjem etter sykehusopphold, svarte 2 (14,3%) deltakere at de sjeldent opplevde usikkerhet ved brukernes legemiddelliste i den forbindelse, mens 7 (50%) deltakere svarte at de opplevde det av og til. Ingen svarte at de aldri eller alltid opplevde usikkerhet omkring dette, mens 5 (35,7%) av deltakerne svarte at de ofte opplevde en slik usikkerhet (se figur 5).



Figur 5: Usikkerhet ved legemiddellister etter sykehusopphold (n) (N = 14)

Diskusjon

Hensikten med denne studien var 1) å kartlegge om innhenting av legemiddelinformasjon og samstemming av legemiddellister blir utført i samråd med brukerne blant sykepleiere i hjemmesykepleien, og 2) å kartlegge hjemmesykepleiernes samarbeid med fastlege om brukernes legemidler, både generelt og etter sykehusopphold.

Sykepleiere utfører ikke samtale med bruker i tråd med anbefalinger

Det første funnet i studien er at de fleste sykepleierne ved de aktuelle sonekontorene ikke følger anbefalinger fra pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hendler 24/7» om å samtale med brukeren om deres legemidler. Denne anbefalingen er det første steget, eller utgangspunktet, i en legemiddelsamstemming og dermed helt avgjørende (se figur 1). Dette kan ses i sammenheng med at bare 6 av 14 deltakere hadde deltatt på en legemiddelsamstemming, og dermed kanskje ikke har kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammet med tiltakene rundt dette innsatsområdet. Selv om denne studien ikke kartla sykepleiernes opplevelse av tidspress, kan utfordringen med mangel på tid i hjemmesykepleien være en av årsakene til dette resultatet. Dette underbygges av en studie av sykepleiere i hjemmesykepleien der et gjennomgående funn var at de ofte opplevde tidspress som en utfordring for å gjøre et godt arbeid (17). En forklaring på resultatet i min studie kan derfor være at mangel på tid, resulterer i mangel på samtale med brukere om deres legemidler. Samtidig, oppga fire deltakere i denne studien at de ofte samtaler med sine brukere om legemidler (se figur 1). Subanalyser viser at det var forskjell mellom sonekontorene (data ikke vist), og det kan tyde på at kjennskapen til dette tiltaket i legemiddelsamstemming og utførelse av legemiddelsamstemming, i det minste på ett av sonekontorene, er tilstede og blir utført slik pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler.

Denne studien fanger ikke opp arbeidsfordeling mellom de ulike profesjonene på sonekontorene. Fra egen erfaring i hjemmesykepleien vet jeg at utdeling av legemidler og hjemmebesøk til brukere som primært har hjelp med legemiddelbehandling ikke nødvendigvis utføres av sykepleiere. At flertallet av deltakerne i denne studien bare av og til/sjeldent samtaler med bruker om hvilke medisiner som brukes (se figur 1), kan dermed ha en sammenheng med at det ofte er annet helsepersonell eller ufaglærte som også er på hjemmebesøk hos denne brukergruppen. Det kan derfor ikke utelukkes at en type «proxy» samtale med bruker om legemidler som del i legemiddelsamstemming utføres av annet helsepersonell eller ufaglærte, og deretter videreformidler dette til sykepleier eller fastlege.

Brukeren er lite involvert i legemiddelsamstemming

Det andre funnet i denne studien viser at samtlige sykepleierne som har deltatt på legemiddelsamstemming brukte legemiddellisten fra fastlege og epikrise som kilder til legemiddelinformasjon i forkant av legemiddelsamstemming, mens bare tre av deltakerne benyttet brukeren/pårørende som kilde til legemiddelinformasjon (se figur 2). Sammen med resultatet fra figur 1, kan dette tyde på at brukeren selv er lite involvert i legemiddelsamstemmingen til tross for at hensikten med samstemmingen er at den skal foregå i samråd med brukeren. At samtlige sykepleiere i denne studien benytter legemiddellisten fra fastlegen som kilde til legemiddelinformasjon er noe overraskende, da forskning viser at den i de fleste tilfeller oftest ikke samsvarer med de legemidlene brukeren faktisk bruker (8). Selv om pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler kjernejournal som den viktigste elektroniske kilden til legemiddelinformasjon (11), er det likevel ingen av deltakerne i studien som svarte at de bruker nettopp dette som kilde til legemiddelinformasjon (data ikke vist). En forklaring på dette resultatet kan være at tilgangen til brukernes kjernejournal er nytt for hjemmesykepleien (22). Til tross for at spørsmålet var rettet mot de deltakerne som tidligere hadde deltatt på en legemiddelsamstemming, svarte likevel tre deltakere som ikke hadde deltatt på en legemiddelsamstemming på spørsmålet om hvor en innhenter legemiddelinformasjon i forkant av en legemiddelsamstemming. Dette viser at noen av sykepleierne, uavhengig av om de deltar på selve samstemmingen, likevel innhenter informasjon om brukernes legemidler.

Sykepleierne dokumenterer ikke gjennomført legemiddelsamstemming

Den tredje anbefalingen fra pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» er at gjennomført legemiddelsamstemming skal dokumenteres i et eget område i elektronisk pasientjournal. Resultatene fra denne studien viser at over 70 % av deltakerne sjeldent eller aldri gjør dette (se figur 3). Dette kan tyde på at det ikke finnes et eget område i pasientjournalen som er tilgjengelig for å dokumentere dette. Likevel svarte nærmere 30 % at det ble gjort av og til (se figur 3). Subanalyser viser imidlertid at det var forskjell mellom de tre sonene (data ikke vist) og det kan tyde på at det finnes et slikt område i pasientjournalen som er tilgjengelig for sykepleierne å dokumentere gjennomført legemiddelsamstemming for minst et av sonekontroene. Til tross for at gjennomført legemiddelsamstemming ikke dokumenteres, blir spørsmålet om samstemmingen i det hele tatt blir utført. På den ene siden kan det være at innhenting av legemiddelinformasjon og legemiddelsamstemming blir utført i samråd med brukeren uten at dette blir dokumentert elektronisk. Dette samsvarer også med tidligere forskning som viser at sykepleiere opplever skepsis med det å dokumentere gjennomført samstemming på grunn av usikkerhet forbundet med ansvaret dette medfører (9). Dette kan være grunne til at det forestående resultatet i studien forekommer. På den andre siden følger

ikke da sykepleiere den plikten de har til å dokumentere all helsehjelp, jf. Helsepersonelloven §39 (15).

Delte opplevelser av samarbeid med fastlege

Denne studien viser at sykepleiere i hjemmesykepleien er delte i sin opplevelse av samarbeid med fastlege om brukeres legemidler og legemiddelsamstemming, da halvparten av deltakerne oppgir at de opplever det som litt dårlig/verken eller (se figur 4). Dette resultatet er ikke overraskende, da det samsvarer med tidligere forskning som har undersøkt samsvar mellom legemiddellister hos fastlege og hjemmesykepleien og hvorvidt fastlegen vet om hvilke medisiner hjemmesykepleien gir til sine brukere (8). Her konkluderes det med at manglende samsvar mellom disse listene er svært vanlig og at dette skyldes dårlig samarbeid og kommunikasjon mellom fastleger og hjemmesykepleien. Samtidig, svarer den andre halvparten av deltakerne at de opplever et godt samarbeid med fastlegen om brukerens legemidler og legemiddelsamstemming (se figur 4). Sykepleiernes opplevelse av samarbeidet med fastlegen trenger imidlertid ikke å ha noen sammenheng med hvorvidt det foreligger uoverensstemmelser i legemiddellisten mot fastlegen. Dette kan underbygges av et annet funn i samme studie som viste at det for de som opplevde samarbeidet som godt, likevel var 25% flere legemidler oppført på hjemmesykepleiens legemiddelliste enn hos fastlegen (8). Dette kan tyde på at uoverensstemmelsene trolig er ukjente for sykepleierne.

Usikkerhet om legemidler spesielt stor etter endt sykehusopphold

I denne studien svarte et stort flertall av deltakerne at de av og til eller ofte opplever usikkerhet ved brukers legemiddelliste når han/hun kommer hjem etter sykehusopphold (se figur 5). Det kan tyde på at det ikke finnes gode nok rutiner for pasientoverføringer mellom hjemmesykepleien og sykehuset. Dette resultatet er i samsvar med forskning gjort av Bostigen et al. (6) som blant annet trekker frem kommunikasjonsproblemer mellom hjemmesykepleien og sykehus som en av grunnene til at det ofte oppstår medisinske feil, og dermed gjør at hjemmesykepleierne føler på usikkerhet når pasienten kommer hjem etter sykehusopphold. Her konkluderes det med at bruk av både skriftlig og muntlig kommunikasjon er viktig for en best mulig overføring av informasjon, spesielt dersom brukeren er ny for hjemmesykepleien.

En annen grunn til at sykepleiere kan oppleve en slik usikkerhet, som Bostigen et al. (6) også finner i sin studie, er at utskrivelse av pasienter fra sykehuset ofte foregår i vaktskiftet og dermed, på grunn av tidspress, fører til mangler og feil i kommunikasjonen med hjemmesykepleien. Hjemmesykepleiere kan derfor, i likhet med funn fra denne studien, oppleve at en ikke har mottatt tilstrekkelig med informasjon for å være sikker på brukerens legemiddelbehandling etter sykehusopphold (6). Min egen erfaring fra praksis i spesialhelsetjenesten og

primærhelsetjenesten er at jeg også, i likhet med deltakerne i denne studien, har opplevd at det kan oppstå utfordringer når pasienter overføres fra sykehus til hjemmesykepleien. Pasienter blir ofte sendt hjem fra sykehuset uten nødvendig utstyr og medikamenter, fordi en går ut ifra at hjemmesykepleien har samme tilgang til legemidler som på sykehuset (6). Dersom dette i tillegg skjer på ugunstige tidspunkt, som på kvelden, søndager og på helligdager da apoteket er stengt, kan dette føre til usikkerhet hos hjemmesykepleiere.

Usikkerheten rundt brukerens legemiddelliste etter sykehusopphold kan ses i sammenheng med resultatene fra figur 4 i denne studien (s. 10), at det er uklart ansvarsforhold og dårlig samhandling mellom fastlege og hjemmesykepleie. Sykepleiernes usikkerhet ved brukerens legemiddelliste etter sykehusopphold kan imidlertid også forklares ved fastlegens mangel på oversikt. Rognstad og Strand (8) poengterer i sin studie at fastlegen generelt mangler oversikt over brukerens medisiner. De forklarer at dette skyldes at det ikke avholdes faste møter med hjemmesykepleien, og at det er mangelfulle rutiner på oppdatering av journal når en mottar epikrise fra sykehuset.

Studiens implikasjoner

Funnene i denne studien viser at det fortsatt er behov for økt fokus på legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien. Et av tiltakene kan være bedre intern opplæring, slik at rutiner og prosedyrer forankres på et systemnivå. På individnivå vil det være viktig at den enkelte sykepleier tar større ansvar for faglig oppdatering, ved å sørge for å innhente og tilegne seg tilgjengelig informasjon. I tillegg viser denne studien at det er behov for bedre og formaliserte rutiner vedrørende pasientoverføring fra sykehus til hjemmesykepleien, og samarbeid med fastlegen. Et tiltak her kan være å innføre obligatoriske møter mellom hjemmesykepleien og fastleger.

Etttersom dette er en liten studie og resultatene derfor har begrenset generaliserbarhet, er det behov for videre forskning i større studier som kan undersøke utførelse av legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien i større deler av landet.

Oppgavens styrker og begrensninger

Denne studien har både styrker og begrensninger. Spørsmålene i spørreskjemaet ble laget med utgangspunkt i relevant forskning og tiltak anbefalt av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7», noe som gjør at spørsmålene kan bidra til å svare ut hensikten med studien. Ved bruk av spørreskjema fikk deltakerne svare i sitt eget tempo og uten meg tilstede. En annen styrke er at deltakerne ble stilt de samme spørsmålene, spørsmålene var i samme rekkefølge og de ble stilt på samme måte hos alle (19). Dette gir kvalitet til undersøkelsen, på grunn av at det blir lettere å gjenta samme undersøkelse ved et senere tidspunkt. Med unntak av en relevant artikkel fra 2004, er all presentert forskning av nyere dato og anses som relevant for temaet i denne studien. Studiens funn og diskusjon er blitt presentert i et relevant fora (Brukerutvalget), og responsen tyder på at studien har en ekstern validitet.

På grunn av korona-pandemien kan det antas at ble det færre deltakere enn vi forventet, og dermed en lavere svarprosent. I tillegg var det bare tre sonekontor som ble undersøkt og alle innenfor Trondheim kommune, noe som gav resultatene dårlig generaliserbarhet. En annen svakhet ved oppgaven er at spørreskjemaet ikke er validert. For å imøtekomme denne begrensningen, ble spørreskjemaet sett over av en sykepleier (som ikke deltok på undersøkelsen) for å avdekke eventuelle uklarheter og undersøke dets relevans (face value). En svakhet ved bruk av spørreskjema som metode kan være at svaralternativene kan tolkes på forskjellig måte av hver enkelt deltaker. Eksempel på dette kan en finne i spørsmål 12 (vedlegg nr. 2) der deltaker må ta stilling til hva «ofte» betyr, noe som gir mulighet til subjektiv tolkning. Ved bruk av spørreskjema fikk ikke deltakerne mulighet til å utdype noe nærmere sine erfaringer eller synspunkter, slik som i et kvalitativt intervju. Denne begrensningen ble imøtekommet ved at deltakerne nederst på spørreskjemaet hadde et område der de kunne skrive inn utfyllende kommentarer. En av forskningsartiklene jeg har brukt er noe gammel (Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? 2004), men jeg mener den er såpass relevant i denne studien og valgte derfor å inkludere den.

Konklusjon

Denne studien har belyst temaet legemiddelsamstemming i hjemmesykepleien og hvordan dette utføres i samråd med brukeren. Den har også tatt for seg samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlege om brukernes legemidler, både generelt og ved pasientoverføring fra sykehuset. I studien kommer det frem at tiltaket om innhenting av legemiddelinformasjon og samstemming av legemiddellisten i samråd med pasienten skjer i varierende grad. De fleste samtaler bare av og til eller sjeldent med sine brukere om hvilke medisiner som brukes. Dette kan blant annet forklares ved at kun et mindretall av sykepleierne har deltatt på en legemiddelsamstemming og muligens ikke har kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammets tiltak rundt dette innsatsområdet. Studien viser riktignok at det *blir* innhentet legemiddelinformasjon i forkant av en legemiddelsamstemming, men at dette hovedsakelig skjer uten samråd med brukeren, noe som er helt på tvers av anbefalinger om samstemming fra pasientsikkerhetsprogrammet.

Videre i studien har vi sett at majoriteten av deltakerne sjeldent eller aldri dokumenterer at de har gjennomført legemiddelsamstemming på eget område i elektronisk pasientjournal. Dette kan skyldes at det ikke finnes et slikt område i journalen, eller sykepleiernes usikkerhet forbundet med ansvaret dette medfører. Studien viser også at deltakerne er delt i to når det gjelder opplevelse av samarbeid med fastlege om brukernes legemidler og legemiddelsamstemming generelt, og at majoriteten ofte eller av og til opplever usikkerhet ved brukernes legemiddelliste etter pasientoverføring fra sykehuset. Disse resultatene kan forklares ut ifra tidligere forskning om dårlig tverrfaglig samhandling og uklare ansvarsforhold mellom profesjonene og omsorgsnivåene.

Litteraturliste

1. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
2. 76 000 eldre fikk utlevert minst 15 ulike legemidler i 2017 - FHI [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 20. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/76-000-eldre-fikk-utlevert-minst-15-legemidler/>
3. Pasientsikkerhetsprogrammet. Riktig legemiddel-bruk i hj. tjenesten [Internett]. Pasientsikkerhetsprogrammet. [sitert 10. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten>
4. G10 Eldre og legemidler | Legemiddelhåndboka [Internett]. [sitert 20. april 2020]. Tilgjengelig på: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler
5. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp - Lovdata [Internett]. [sitert 8. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
6. Ansvarsforholdet er uklart når pasienter skrives ut [Internett]. [sitert 22. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/ansvarsforholdet-er-uklart-nar-pasienter-skrives-ut>
7. Pasientsikkerhetsprogrammet. Samstemming av legemiddellister [Internett]. Pasientsikkerhetsprogrammet. [sitert 27. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/samstemming-av-legemiddellister>
8. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskrift for Den norske legeforening [Internett]. 18. mars 2004 [sitert 2. mai 2020]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2004/03/tema-fastlegeordningen/vet-fastlegen-hvilke-medisiner-hjemmesykepleien-gir-pasientene>
9. Et tiltak som virker [Internett]. [sitert 20. mars 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/et-tiltak-som-virker>
10. Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24 - 7 og Pasientsikkerhetsprogrammet [Internett]. Pasientsikkerhetsprogrammet. [sitert 19. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
11. tiltakspakke-for-samstemming-av-legemiddellister.pdf [Internett]. [sitert 5. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/samstemming-av-legemiddellister/_/attachment/inline/33b5eb0c-4f62-4d42-862f-

b9f95f09423c:12bcc5de3b8e1ff2e4bdb9937951300d8d6f35cc/tiltakspakke-for-samstemming-av-legemiddellister.pdf

12. Pasientsikkerhetsprogrammet. Riktig legemiddel-bruk i hj. tjenesten [Internett]. Pasientsikkerhetsprogrammet. [sitert 10. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten>
13. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 11. Reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser - Lovdata [Internett]. [sitert 1. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_11#%C2%A758
14. Bielecki T, Børdahl B. Legemiddelhåndtering. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
15. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt1 - Lovdata [Internett]. [sitert 1. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
16. Stubberud D-G, Grønseth R, Almås H. Klinisk sykepleie 1. I: 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016. s. 28.
17. Christiansen B, Bjørk IT. Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? Nordisk tidsskrift for helseforskning. 23. juni 2016;12(1):64–76–64–76.
18. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, mfl. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. Journal of Hospital Medicine. 2010;5(8):477–85.
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
20. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode. Oslo: Abstrakt Forlag; 2016.
21. Praktiske tips ved spørreskjemaundersøkelser [Internett]. [sitert 14. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/praktiske-tips-ved-sporreskjemaundersokelser>
22. Olsen A-M. IE-1021 Veiledning i god praksis for bruk av kjernejournal. :48.

Vedlegg nr. 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. Den ene 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. Det vil ha i underkant av 10 minutter å svare på denne undersøkelsen.

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 to uker etter utlevering. Har du spørsmål, så ta kontakt med følgende personer:

Kontaktinformasjon for bachelorstudenter og NTNU-kontakt.

Vedlegg nr. 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:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide any additional comments or feedback.

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