



Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester

Samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleier kan sikre at hjemmeboende pasienter får de legemidlene de skal ha. Hvilke erfaringer har sykepleiere og farmasøytter med tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger?

FAKTA

Av Liv Halvorsrud, Førsteamanuensis, PhD, Cand. San. Sykepleier, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Kari Anne Hoel, Høgskolelektor, MSci, Sykepleier

Anne Gerd Granås, Professor, PhD, cand. pharm. Farmasøyt

Introduksjon

Fokuset i denne studien er hvilke erfaringer helsepersonell har med tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger (LMG) blant mottakere av hjemmebaserte tjenester, samt pasientens delaktighet og utbytte av gjennomgangene. LMG er en strukturert faglig gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader, og den baseres på en samstemt legemiddelliste av de legemidlene personen faktisk får (1). Både nasjonalt og internasjonalt har feilmedisinering blant eldre rapportert å ha sammenheng med polyfarmasi (1-6). En litteraturgjennomgang om feilmedisinering viste at det ikke var noen effekt på avvik til tross for samstemming av legemiddellister og LMG (7). Derimot fant en nyere litteraturgjennomgang visse holdepunkter for at LMG ga færre innleggelser i sykehus, mindre dødelighet og

tverrprofesjonelt samarbeid mellom leger, farmasøytter og sykepleiere og organisatoriske rammer har vist seg å ha effekt på kvaliteten av den medikamentelle behandlingen (7, 12-14). Tverrprofesjonelt samarbeid er en interaktiv, forpliktende og krevende arbeidsform for å få gode løsninger på komplekse problemstillinger (15). Organisatoriske rammefaktorer blir sett på som nødvendig for å skape en fruktbar tverrprofesjonell samhandling (16).

Hensikten med denne studien er derfor å utforske erfaringer farmasøytter og hjemmesykepleiere har gjort i tverrprofesjonell LMG blant eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester.

Studiens forskningsspørsmål er:

1. Hvordan beskrives utbyttet av LMG?
2. Hvordan beskriver hjemmesykepleier og farmasøyt det tverrprofesjonelle samarbeidet?
3. Hvordan har pasientene vært involvert i LMG?

Metode

Studien er basert på en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Formålet med denne beskrivende studien har vært å forstå informantenes erfarte virkelighet gjennom fokusgruppeintervjuer og fortolkning av deres meningsyttringer (17).

Kontekst og utvalg

Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USH) i Oslo gjennomførte i 2014 et prosjekt med tverrprofesjonelle

«Intervjuene avdekket mangelfull kvalitet i medikamentbehandling.»

bedret livskvalitet (8). Et tverrprofesjonelt team eller kun behandlende lege kan utføre LMG (9). Helseprofesjonene i primærhelsetjenesten er i en særstilling til å bidra til at pasienten får rett medikasjon (10). I de nasjonale prosjektene i riktig legemiddelbruk identifiserte hjemmesykepleiere aktuelle pasienter til LMG og kontaktet deretter fastlegen (11). Både





SAMARBEID: Sykepleier, fastlege og farmasøyt kan dra nytte av hverandres kunnskap når de skal avgjøre hvilke legemidler en pasient skal ha. Illustrasjon: Colourbox

Sammendrag

Bakgrunn: Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader. Den skal baseres på en samstemt legemiddelliste av de legemidlene personen faktisk bruker.

Hensikt: Å undersøke hvordan hjemmesykepleiere og farmasøyer opplever tverrprofesjonelle LMG og hvordan pasienten har vært involverte.

Metode: Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer som besto av åtte hjemmesykepleiere og to farmasøyer. Vi benyttet kvalitativ beskrivende tematisk analyse.

Resultat: Farmasøyer og sykepleiere pekte på tre sentrale områder i erfaringen med LMG; kvaliteten i medikamentbehandling, sårbare pasienters medbestemmelse og mangelfull kunnskap om de involverte profesjonene. Utbytte av tiltakene etter LMG erfares som gode for pasienten. Særlig de skrapelige eldre er mindre delaktige i LMG. Kvalitetsbrist blir avdekket både i kjennskap til pasientens medisiner og brist på en organisatorisk struktur for videre oppfølging av legemiddelrelaterte problemer som ble identifisert.

Konklusjon: Legemiddelgjennomgang er en ny måte å arbeide sammen på og innebærer endringer i arbeidsmåter både individuelt og organisatorisk. Dypere innsikt og kunnskap om hverandres fag og oppgaver er en nødvendighet for å få til nye samarbeidsmåter på en god og effektiv måte.

Nøkkelord: Tverrprofesjonelt samarbeid; legemiddelgjennomgang; farmasøyt; hjemmesykepleier; hjemmesykepleien

Summary

Interdisciplinary systematic medication reviews in homecare services; a challenge?

Background: Systematic Medication Review (SMR) is a structured professional examination of the medicines patients actually use so that appropriate medical treatment is ensured.

Purpose: The aim of this study is to investigate how homecare nurses and pharmacists experience the interdisciplinary SMR.

Method: Four focus-group interviews consisting of eight homecare nurses and two pharmacists were performed. Qualitative descriptive thematic analysis is used.

Results: Pharmacists and nurses emphasized three main topics in their experience with SMR; quality in drug treatment, vulnerable users' participation and inadequate professional knowledge. The benefit of the SMR is good for the patient, but there are some quality shortcomings such as lack of organizational structure to perform and follow-up the SMR. Especially the frail elderly are less involved.

Conclusions: SMR is a new way of working together and involve changes in working methods both individually and organizationally. The knowledge of each others disciplines and tasks is a necessary factor to achieve new forms of collaboration.

Keywords: Interdisciplinary collaboration; systematic medical review; pharmacist; homecare nurse; homecare nursing





LMG i hjemmetjenesten knyttet til det Nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet (1). USH rekrutterte informanter til vår studie via lederne i bydelene. Lederne kontaktet muntlig aktuelle hjemmesykepleiere som hadde deltatt i LMG prosjektet. Sisteforfatter kontaktet farmasøytene. Inklusjonskriteriene var å ha gjennom-

omhandlet erfaringer med det tverrprofesjonelle samarbeidet ved LMG, utbytte av samarbeidet og pasientdelaktighet (11, 14, 18, 19). I fokusgruppeintervjuene fulgte vi litteraturens beskrivelse av moderators rolle og metoder ved å oppmuntre til en fri tale om tema, ved å ha en ikke-styrende intervjulist, stille åpne spørsmål, holde fokus og bidra til kommunikasjonsflyten mellom informantene og ved å gjenta sentrale begrep eller utsagn for å unngå misforståelser (17, 19-22). Første og siste forfatter laget intervjuguident og gjennomførte to intervjuer sammen og et intervju hver aleine. Intervjuene varte fra 33 til 75 minutter. Andreforfatter transkriberte halvparten av materialet og et profesjonelt byrå resten.

«Informantene forteller om utfordringer i brukermedvirkning.»

ført minst én LMG. Informanter fra samme bydel var av praktiske hensyn i samme gruppe. De fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i siste halvdel av 2014 i et egnet rom i bydelene hvor de arbeidet. To kvinnelige farmasøytter fra et apotek (en gruppe), fire kvinnelige (2 grupper à 2) og fire mannlige (alle i en gruppe) hjemmesykepleiere deltok.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervju

Intervjuguident med åpne spørsmål basert på tidligere forskning, erfaring og forskningsspørsmålene

Analyse

Materialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ beskrivende temasentrert analyse i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (17). For å sikre at analysen ble ensartet og holdbar var alle forfatterne involvert og leste nøye igjennom alle intervjuene. Ikke relevant tekst fra intervjuene ble satt til side. Den gjenværende teksten ble grovsortert i meningsbærende enheter (trinn en). Disse meningsbærende enhetene ble fortettet til kortere enheter om hva teksten handler om (trinn to – meningsfortetning). Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsfortetningene sortert i et mønster av tema og undertemaer (trinn tre). Siste trinn i analysen var å rette og reflekterende blikk på informantens utsagn og å utvikle sentrale temaer. Siste trinn har et høyere abstraksjonsnivå enn de foregående trinnene. Tematiseringen ble organisert i et matriseskjema (se tabell 1) ut fra informantens utsagn slik forskerne fortolket dem. Forfatterne arbeidet enkeltvis og sammen med materialet for å komme fram til en felles forståelse.

Etiske refleksjoner

Studien er meldt Norsk samfunnsvitenskape- lig datatjeneste (NSD), nr. 38702. Informantene undertegnet informert samtykke. Lagring av data og gjennomføring av studien er gjort i samsvar med forskningsetiske retningslinjer. For å ivareta anonymiteten er kjønn, alder, videreutdanning og erfaring med LMG ikke oppgitt.

Studiens gyldighet

Utvalget av farmasøytter ble begrenset av at det var få totalt sett med i prosjektet i Oslo kommune. Intervju med andre farmasøytter i liknende stillinger andre

TABELL 1: Utvalgte eksempler på analysematrise av materialet

Utsagn	Subtema	Tema
Og så ble det trappert ned fra 60 mg døgndose til 30. Brukeren har ikke falt siden	Feilmedisinering	Kvalitet i medikament- behandling
Bedre og våken og klarere enn noen gang	God effekt av endring	
...mitt inntrykk er at legen har for mange pasienter i forhold til hva de kan håndtere, at legen ikke har tid til å følge opp disse gamle skrapelige med polyfarmasi.	Mangel på tid til oppfølging	
Positiv til å jobbe i tverrfaglig team, og... og se en verdi av det.	Tverrprofesjonelt arbeider er verdifullt	Mangelfull profesjons- kjennskap
...det må jo formes litt også det som skal sies (forfatterens presisering)... en lege vet kanskje nødvendigvis ikke helt hva vi sitter inne med av kompetanse...	Lite kjennskap til «den andres» kompetanse	
Det er jo vi som kjenner brukeren, da. I større grad, vil jeg tro. Men det... men det er jo det som gjør at det er vanskelig, da. Farmasøyten kan det tekniske, og vi har Ja, hele bildet i større grad»	Pasientkunnskap i arbeidet	
Vi gjorde en LMG, endre medisinen, så etter det så var det ikke noe oppfølging. Det blir liksom glemt litt på en måte.	Manglende kontakt med pasienten etter LMG	Brukermed- virkning for sårbare grupper



RIKTIG MENGEDE: Samarbeid mellom helsepersonell om medisiner av hjemmeboende pasienter, kan sikre at pasientene får riktig type og mengde medisin. Illustrasjon: Colourbox



steder i landet kunne ha bidratt med andre og utfyllende data om det tverrprofesjonelle samarbeidet i LMG. Hjemmesykepleierne ble rekruttert via sin leder. Det kan være at leder rekrutterte de som var mest engasjert i og begeistret for LMG, men på den annen side var ikke alle hjemmesykepleiere i prosjektbydelene med i LMG. Det kan være at de som var mindre positive til LMG, ikke ønsket å delta. Det kan være at disse vill ha gitt mer utfyllende svar på forskningsspørsmålene. Det er ikke tilgjengelig informasjon om hvor mange hjemmesykepleiere som utførte LMG i prosjektperioden. Alle tre forfatterne har via egen utdanning, egen yrkesutøvelse og via studenter kjennskap til legemiddelrelaterte oppgaver blant mottakere av hjemmebaserte tjenester. Denne for forståelsen kan ha bidratt til en bedre utforskning av problemstillingen og en mulighet til å forstå informantene bedre. På den annen side kan for forståelsen ha påvirket det vi har sett etter i analysen for eksempel utbytte av LMG.

Funn

Denne studien fant tre sentrale temaer ut ifra informantenes erfaringer med tverrprofesjonelle LMG .

Funnene viste ulike sider av kvaliteten i medikamentbehandling, dernest at de sårbare pasientenes medbestemmelse var problematisk og til slutt mangelfull profesjonskjennskap.

Kvalitet i medikamentbehandling

Intervjuene avdekket mangelfull kvalitet i medikamentbehandling både på individ og på organisatorisk nivå. Det er feil i legemiddelsamstemming, feilmedisinering samt mangler i kjennskap til virk-



«Oppfølgingen av pasienter over tid beskrives som mangelfull.»

ning, bivirkning og indikasjon for medikament. Et eksempel er pasienter som bruker bestemte medisiner, uten at det var diagnostiske holdepunkter for medikamentet. En av sykepleierne fortalte at en pasient hadde fått et smertestillende A-preparat i over fem år og som hadde falt gang på gang den seinere tiden. Hun sier om resultatet etter LMG «Og så ble det trappet ned fra 60 mg døgndose til





30. Brukeren har ikke falt siden». Og pasienten selv var fornøyd med denne endringen. Også andre beskriver at etter LMG og endring av medikamenter blir pasienten «bedre og våken og klarere enn noen gang». Et annet eksempel på doseendring er om en pasient som får redusert medikamentet

«Informantene forteller om et haltende samarbeid.»

uten at sykdomssymptomene økte «...det var ikke noen symptomer .. han har ikke blitt verre». Også en av farmasøytene antyder at indikasjonen for bruken av legemiddelet kan mangle og derfor er det vesentlig under LMG-møtet å få klarhet i «om det er indikasjon for alle legemidlene også».

Farmasøytene opplevde i enkelte LMG-møter at legen og / eller sykepleieren hadde mangelfull kjennskap til virkninger og bivirkninger av medikamentene for den aktuelle pasienten. En av farmasøytene omtalte dette at det er «de», lege og sykepleier, som skal vite hvordan pasienten har det. En av farmasøytene forteller også om eksempler på LMG-møter hvor sykepleieren ikke kjente pasienten og hadde ikke engang vært hos ham / henne. Oppfølgingen av pasienter over tid beskrives som mangelfull.

Andre kilder til kvalitetsbrist i medisineringen kunne være mangelfulle rutiner og at tid ikke var avsatt verken for sykepleier eller lege til oppfølging av medisiner. En av sykepleierne sammenlikner med egen erfaring fra LMG på sykehjem og sier at «strukturene for oppfølging ligger jo der på sykehjem, men ikke i hjemmetjenesten enda da...». Dessuten sier de at «...mitt inntrykk er at (fast)legen har for mange pasienter i forhold til hva de kan håndtere» .. og «at legen ikke har tid til å følge opp disse gamle skrøpelige med polyfarmasi». Det gis heller ikke noe kommunalt vedtak om LMG i betydning av å være direkte pasientrettet arbeid i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleierne sier at LMG må de «ta ekstra».

Brukermedvirkning for sårbare grupper

Informantene forteller om utfordringer i brukermedvirkning i LMG og særlig for de mest skrøpelige og dermed mest sårbare eldre. En hjemmesykepleier hevder at pasienter med kogni-

tiv svikt blir glemt i oppfølgingen «Vi gjorde en LMG, endret medisinerne, så etter det så var det ikke noe oppfølging. Det blir liksom glemt litt på en måte...». Brukermedvirkningen forsvinner fra LMG når pasienten selv ikke kan være med. En informant forteller om en pasient som hadde ressurser til selv å bestille time hos sin fastlege for å få vite mer om sine medisiner. Pasienten hadde opprinnelig gitt sitt samtykke til LMG uten henne til stede. Informantene forteller at den direkte kontakten mellom fastlegen og pasienten kan være ønsket av pasienten, men vanskelig å gjennomføre. En hjemmesykepleier forteller at pasientene er fornøyd bare de treffer en lege og sier det slik: «Noen (fastleger; forfatterens utheving) går også på hjemmebesøk» mens «andre, nei, de har ikke tid så.. sier fastlegen at vi må bruke legevakta legevakta er ikke noe særlig ... ja. Det skjønner ikke bruker.» Hjemmesykepleierne er opptatt av at fastlegen kjenner pasienten og ikke kun bygger på sykepleierens kjennskap til pasienten. Om pasientens mulighet til direkte kontakt med sin fastlege, sier en av sykepleierne: « ... vi har hatt en dement dame som ikke kom seg ut. Og så fikk vi legen hjem til henne. Og det syntes jeg var veldig, veldig bra. Jeg tenker: Hun alene sammen med legen så hadde ikke han kunnet fått det bildet, da. Eller ... ja. Jeg tror det var ganske viktig, da. Jeg likte det veldig godt.»

Mangelfull profesjonskjennskap

Mangelfull kunnskap om de andre profesjonenes kompetanse og rolle kommer godt fram i intervjuene. Informantene forteller om et haltende samarbeid. De har også eksempler på samarbeid hvor alle tre profesjonene arbeider godt sammen. En av farmasøytene sier det slik: «Så det som jeg synes har fungert bra, det har vært at sykepleier kjenner pasienten godt, legen kjenner pasienten godt, legen kan bruke data godt sånn at det er lett å finne tilbake til journalnotater, når forskjellige ting ble startet opp, hvorfor ble de startet opp og sånt. Og fastlegen har sett pasienten før ... ja, innenfor det siste året, i hvert fall. ... og så at fastlegen må være positiv til prosjektet. Positiv til å jobbe i tverrfaglig team, og se en verdi av det.»

En av farmasøytene fortalte om motstand i samarbeidet og at hun nøye vurderer hvordan hun skulle presentere sitt fagbidrag i LMG-møtene og sier: « .. det må jo formes litt også det som skal sies (forfatterens presisering) ... en lege vet



kanskje nødvendigvis ikke helt hva vi sitter inne med av kompetanse, ..». Sykepleierne forteller også om situasjoner der de fornemmer at legen synes å gi signaler om mishag med å diskutere medikamenter med farmasøyten: «Det er sikkert der legene liksom blir litt arrogante i forhold til oss (forfatter forklarer: kommer fram i samtalen at dette gjelder farmasøyter), da. Tenker jeg». En annen hjemmesykepleier forteller om et eksempel hvor hun / han hadde fått samtykke fra pasienten til å drøfte den smertestillende behandlingen med legen, men legen ønsket ikke å drøfte dette uten selv å ha hørt dette direkte fra pasienten. Mens andre leger igjen bidrar aktivt til å lage en oppfølgingsplan om medikamentbehandlingen.

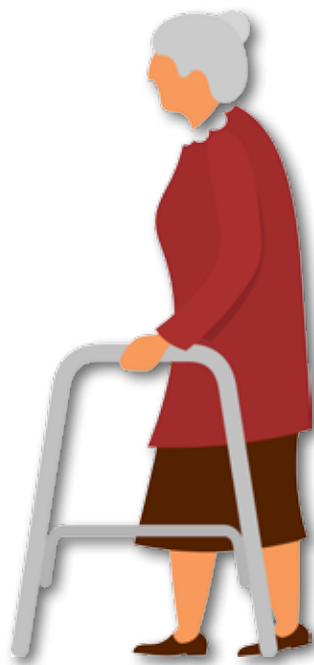
Om sin egen rolle i LMG sier en av sykepleierne: «..vi har med farmasøyter, og det er mer, tryggere enn å være aleine». Samtidig sier en annen «Det er jo vi som kjenner brukeren, da. i større grad, vil jeg tro. Men det.. men det er jo det som gjør at det er vanskelig, da. Farmasøyten kan det tekniske, og vi har Ja, hele bildet i større grad.» En annen sykepleier forteller om LMG-møter der legen og farmasøyten diskuterer «over hodet» på henne.

Både farmasøyt og hjemmesykepleier forteller om uenighet om hvem som bør ta initiativ til en LMG. Farmasøyten gir uttrykk for at det er sykepleierne som skal gjøre det samt å være koordinatorene i LMG. Men både farmasøyt og hjemmesykepleier viser til at de opplevde at fastlegen mener at dette er deres oppgave.

Diskusjon

Denne studien har utforsket erfaringer farmasøyter og hjemmesykepleiere har i tverrprofesjonell LMG blant eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester. Studien beskriver også pasientdeltakelse i LMG og utbytte av LMG. Resultatene oppsummeres i tre hovedtema; kvalitet i medisinerings alle ledd, sårbare gruppers delaktighet i egen medisinerings og kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid.

Vår studie utforsker erfaringer med et av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet, tverrprofesjonell LMG (11). Nettopp kvalitetsbrist i sikkerheten omkring medisinerings fører hvert år til unødvendige pasientskader (23). Funnene i vår studie peker på at tverrfaglig LMG ga godt utbytte for pasienten, jf. pasienten med sterke



smertestillende medisiner og svimmelhet som ble bedre etter tiltak gjennomført som en følge av LMG. Liknende funn fra Nord-Trøndelag peker på at pasientene fikk en bedring i medisinerings etter LMG (24). Imidlertid uttrykte våre informanter bekymring for muligheten til å følge opp pasienten både før og etter LMG. Organisatorisk ligger det ikke til rette for en tverrprofesjonell

BRA FOR PASIENTEN: Pasienter kan få det bedre når mengden legemidler justeres. Illustrasjon: Colourbox

«Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ga godt utbytte for pasienten.»

oppfølging. Farmasøyt, lege og sykepleier er ikke knyttet til samme organisasjon og har derfor ulike økonomiske og strukturelle rammer å forholde seg til. Dette innebærer også få eller ingen felles arena for jevnlig muligheter til å bli kjent. Profesjonsgruppers arbeidsmåter er ofte styrt av organisasjons rammer og regelverk (16, 25). Til dels blir derfor organisasjonen premissleverandør for hvordan den enkelte profesjonsutøver kan utføre sine oppgaver.

Pasientrettigheter står stadig sterkere i dagens samfunn. Likevel avdekker vår studie og annen





litteratur (18) at pasienten og særlig de skrøpelig eldre ikke får vært med på LMG. Tankevekkende er fortellingen fra en av informantene om pasienten som selv bestiller time hos legen etter at hun ikke fikk LMG til tross for at hun hadde gitt sitt samtykke om LMG uten henne.

Oppgavefordelingen i medisinerer er regulert i lover og forskrifter for både farmasøyt (26, 27), sykepleier (28) og lege (9, 29). Utfordringer oppstår når det kreves tverrprofesjonelt samarbeid for å få en rett medisinerer. En god medisineringskjede er fra legen foreskriver best mulig medikament, apoteket gir rett medikament til pasienten og pasienten tar medisinen med eller uten hjelp av hjemmesykepleier. Og at helsepersonell kjenner virkningen og bivirkningen som pasienten har av medikamentet. I vår studie erfarte farmasøytene at både legen og hjemmesykepleieren hadde mangelfull kjennskap til pasienten. Interessant i denne sammenhengen er en internasjonal studie som peker på at sykepleiere i kommunehelsetjenesten kjenner pasienten og derfor har en nøkkelrolle til å oppdage medikamentfeil (10).

Tverrprofesjonelt arbeid fordrer kunnskap og vilje til samarbeid. Det er beskrevet som en interaktiv, forpliktende og krevende arbeidsform for å få gode løsninger på komplekse problemstillinger (15) og at det er ulike faser i samarbeidet (16). Lenge før Samhandlingsreformen (30) bidro til endringer av oppgavefordelingen i helsevesenet, ble det stilt spørsmål ved om legeoppgaver fragmenteres når legen mottar polikliniske notater fra sykepleier istedenfor at legen skriver dem (31). Vår studie kan tyde på at det fortsatt er både mangelfull kunnskap og gamle tradisjoner omkring oppgavefordeling og samarbeid. Lauvås og Lauvås (15) og Orvik (16) hevder at tverrprofesjonell kompetanse er noe som må læres og som må bygge på trygghet og kunnskap om egen fagkompetanse. Andre hevder at tverrprofesjonelt samarbeid forutsetter et paradigmeskifte i verdier, i regler for opptreden og i arbeidsmåter (32). Vår studie beskriver en endring i hvem som «står pasienten nærmest». Det er lange tradisjoner på hvilket område ulike helsearbeidere møter pasienten på. Legen diagnostiserer, forordner og følger opp (medikament)behandling. Farmasøytene har oppgaver i produksjon og utlevering av medisiner og sykepleieren steller og pleier den syke. I dagens nye organisering av helsevesenet endres dette til eksempelvis rollene i LMG hvor sykeplei-

ere og farmasøytene i kommunehelsetjenesten kan ha nøkkelroller i å identifisere behov for LMG (10, 11). Oppgavefordelingen endres dog uten at profesjonsgruppen arbeidsmåter og organisatoriske rammer endres.

Styrke og begrensninger

Til tross for at vår studie har få informanter, er de jevnt over samstemte. Våre funn finner også støtte i litteraturen. Det kan være at informanter fra kommuner hvor LMG er en del av den ordinære driften, ville ha rapportert om andre erfaringer. Forfatterne lyktes ikke å få intervjuer med leger under henvisning til press på legenes arbeidstid og at deres arbeidsform gjorde det vanskelig. Det kan være at funnene hadde vært utdypet eller annerledes dersom fastleger hadde deltatt. Hjemmesykepleierne fortalte om andre utfordringer enn LMG mellom hjemmetjenesten og fastleger. Det kan tenkes at disse andre utfordringene bidrar til vanskeligere samarbeid i LMG. Altså at det er noen andre bakenforliggende grunner til vansker i samarbeidet. Farmasøytene hadde LMG i alle bydelene og kan reflektere fra et større spekter av fastleger. Dessuten hadde farmasøytene erfaring fra flere LMG enn hjemmesykepleierne. Studien etterspør hvordan våre informanter erfarte utbytte av LMG og ikke generelt utbytte av LMG. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram gir et bredere bilde av effekten av LMG (1). Tre av gruppene var bare kvinner og en bare menn. Det kan tenkes at en blanding av kjønn i gruppene kunne ha gitt andre svar. Gruppeinndelingen var gjort med hensyn til arbeidssituasjonen til den enkelte. Våre funn kan derfor reflekteres over i lys av disse rammene.

Konklusjon, betydning for praksis og videre forskning

Tverrprofesjonell LMG blant mottakere av hjemmesykepleie er en nyere arbeidsform for alle involverte parter. Farmasøytene og hjemmesykepleierne pekte i vår studie på tre sentrale områder i erfaringen med LMG; kvalitet i medikamentbehandling, sårbare pasienters medbestemmelse og mangelfull profesjonskjennskap. Utbytte av tiltakene som en følge av LMG er god for pasienten. Men det avdekkes også kvalitetsbrist både i kjennskap til pasientens medisiner og brist på en tilrettelagt organisatorisk struktur for videre oppfølging av LMG. Særlig de skrøpelig eldre er mindre delaktige. LMG er en ny måte å arbeide sammen på og innebærer endringer



i arbeidsmåter både individuelt og organisatorisk. Kunnskapen om hverandres fag og oppgaver er en nødvendig faktor for å få til nye samarbeidsmåter. Kunnskap og øvelse i tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og i utdanning har et forbedringspotensial

Det er behov for mer forskning om langtids-effektene av LMG og om hvilke pasienter som ønsker og kan delta i LMG. Videre også kunnskap om undervisningsformer som kan bidra til bedre tverrprofesjonelt samarbeid. ■



MEDISINER: En god medisineringskjede er når legen foreskriver best mulig medikament, apoteket gir ut rett medikament og pasienten tar medisinen med eller uten hjelp av hjemmesykepleier. Illustrasjon: Colourbox

Referanser:

1. I trygge hender. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram: Pasientsikkerhetsprogrammet.no; 2012 [cited 2016 19.02]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender>.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*. 2007;5(4): 345-51.
3. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak Oslo2011.
4. Riker GI, Setter SM. Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it – implications for home healthcare and hospice. *Home Healthcare Nurse*. 2012;30(8): 474-85.
5. Vincent GK, Velkoff VA. The next four decades, the older population in the United States: 2010 to 2050. Washington, DC, U.S.: Census Bureau, 2010.
6. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2014;13(1): 57-65.
7. Holte HH, Hafstad E, Vist GE. Oppsummering av systematiske oversikter om effekt av samstemming av legemiddellister Oslo: Rapport fra Kunnskapssenteret; 2015 [cited 2016 02.01]. 7; [Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/oppsummering-av-systematis...>]
8. Alldred DP, Kennedy M-C, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *The Cochrane Library*. 2016.
9. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomgang. 2012.
10. Elliott RA, Lee CY, Beanland C, Vakil K, Goeman D. Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service: A Retrospective Observational Study. *Drugs – Real World Outcomes*. 2016;3(1): 13-24.
11. I trygge hender. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten 2012 [cited 2016 1505]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%...>
12. Scullin C, Hogg A, Luo R, Scott MG, McElnay JC. Integrated medicines management – can routine implementation improve quality? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18:807-15.
13. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(2): 82-8.
14. Halvorsen KH, Stensland P, Granas AG. A qualitative study of physicians and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2011;19(5): 350-7.
15. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi 2ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2004. 264 p.
16. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring av profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2 ed. Oslo: Cappelen Damm; 2015. 176 p.
17. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
18. Arnesen Å, Østensen I. Sluttrapport. Pilotprosjekt – Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Oslo kommune. Oslo: Pasientsikkerhets kampanjen 2012 [cited 2016 1910]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%...>
19. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 4th ed. ed. Los Angeles, Calif: Sage; 2009.
20. Chrzanowska J. Interviewing Groups and Individuals in Qualitative Market Research. London: SAGE Publications; 2002.
21. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997.
22. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. ed. Oslo: 2016.
23. Helsetilsynet. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenesten til eldre – oppsummeringsrapport. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2010.
24. Devik A, S, Fiskvik I, L, Lassen T, Halbostad T, Enmarker I. Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag. Midt Norge: Senter for omsorgsforskning 2016.
25. Høst T. Ledelse i helse- og sosialsektoren. 3 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2014. 362 p.
26. Lovdata. Lov om apotek (apotekloven) Oslo2000 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>.
27. Lovdata. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek Oslo1998 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>.
28. Lovdata. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [cited 2016 02.01]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
29. Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene Oslo2012 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
30. St.meld.nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (2008–2009) Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
31. Sundar T. Legeoppgaver på avveie? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. 2002;122(3): 331–2.
32. D' amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(1): 8–20.