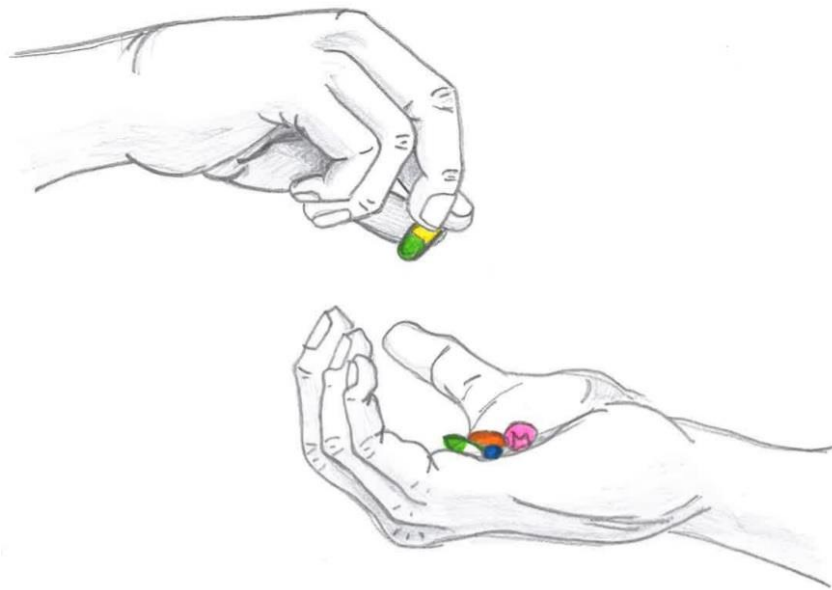


# Bacheloroppgave

Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien  
– i trygge hender



*Illustrasjon av kandidat 101*

Kandidatnummer: 101

Emnekode: SPH 3920

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelor i sykepleie

Antall ord: 11812

Innleveringsfrist: 14.04.2020

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>IV</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>V</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>VI</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Tidligere forskning .....	2
1.3 Hensikt og formål.....	2
1.3.1 Hensikt .....	2
1.3.2 Formål .....	3
1.4 Problemstilling .....	3
1.5 Avgrensinger .....	3
1.6 Oppgavens disposisjon.....	3
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>5</b>
2.1 Hjemmesykepleie .....	5
2.1.1 Hjemmesykepleiens organisering .....	6
2.1.2 Hjemmesykepleiens tjenestemottakere og deres legemiddelrelaterte utfordringer... 7	
2.1.3 Retningslinjer ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien .....	8
2.1.4 Sykepleiers kompetanse, funksjon og ansvar i hjemmesykepleien.....	11
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet .....	13
2.2.1 Pasientsikkerhetskultur, avviksmelding og læring av uønskede hendelser.....	15
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 Bakgrunn for valg av metode .....	17
3.2 PICO, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.3 Litteratursøk .....	20
3.4 Utvelgelse og vurdering av forskningsartikler .....	21
3.4.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler ved hjelp av sjekklister .....	21

3.5 Sammenstilling av data .....	23
3.6 Ethiske aspekter.....	23
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>25</b>
4.1 Utfordringer tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien .....	29
4.1.1 Sykepleiers opplevelse av ansvar- og arbeidsutfordringer.....	29
4.1.2 Utfordringer tilknyttet kompetanse innen legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.....	30
4.1.3 Utfordringer tilknyttet avviksmelding.....	31
4.1.4 Utfordringer tilknyttet rutiner i hjemmesykepleien .....	31
4.1.5 Utfordringer tilknyttet informasjonsutveksling og samhandling .....	32
4.2 Tiltak for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.....	33
4.2.1 Tiltak rettet mot helsepersonells kompetanse .....	33
4.2.2 Tiltak rettet mot avviksmelding .....	34
4.2.3 Tiltak rettet mot rutiner ved legemiddelhåndteringen.....	35
4.2.4 Tiltak rettet mot informasjonsutveksling og samhandling.....	35
<b>5.0 DISKUSJON.....</b>	<b>37</b>
5.1 Resultatdiskusjon .....	37
5.1.1 Hjemmesykepleiens organisering .....	37
5.1.2 Sykepleiers og ledelsens ansvar- og arbeidsutfordringer i hjemmesykepleien.....	38
5.1.3 Kompetanse innen legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien .....	40
5.1.4 Avviksmelding, avviksmeldekultur og rutiner ved legemiddelhåndtering .....	41
5.1.5 Informasjon, kommunikasjon og samhandling .....	43
5.2 Metodediskusjon .....	44
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>46</b>
6.1 Oppsummering i forhold til problemstilling .....	46
6.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.....	47

<b>REFERANSER.....</b>	<b>48</b>
<b>VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK .....</b>	<b>52</b>
<b>VEDLEGG 2: ARTIKLENE VURDERT I SJEKKLISTER .....</b>	<b>54</b>
<b>VEDLEGG 3: STATISTIKK OVER HJEMMESYKEPLEIENS BEMANNING .....</b>	<b>88</b>

## FORORD

Våren 2017 tok jeg beslutningen om å søke meg inn på sykepleiestudiet. Jeg var midt i en utdanning innen regnskap og revisjon samtidig som jeg nylig hadde fått en jobb som pleieassistent i hjemmesykepleien. Før jeg begynte i denne jobben hadde jeg aldri vurdert å bli sykepleier. Etter to måneder i jobben var jeg overbevist. Jeg opplever det som både givende og meningsfylt å jobbe tett på mennesker hvor du er en ressurs, støttespiller, medmenneske, og bidrar til å få deres hverdag til å fungere. Helt siden jeg startet i hjemmesykepleien har jeg hatt en stor interesse for eldreomsorgen. Jeg har ønsket å bidra til å gjøre eldreomsorgen så verdig, trygg og god som den kan være. Allerede som pleieassistent opplevde jeg at legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien hadde et stort potensial for feil og avvik. Dermed ønsket jeg med denne bacheloroppgaven å se nærmere på hvordan pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien blir ivaretatt, og hva sykepleier kan gjøre for å sikre denne ivaretagelsen.

Jeg har hatt en fantastisk tid på sykepleierstudiet. Jeg har lært mye om sykepleiefaget fra engasjerte sykepleiere, forelesere og veiledere. Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Gunn Harviken, som har vært engasjert gjennom hele prosessen, og gitt meg gode og konstruktive tilbakemeldinger. Videre vil jeg takke Mona Meyer for hennes inspirerende og kunnskapsrike forelesninger gjennom studiets tre år. Jeg vil også takke øvrige forelesere, og veiledere gjennom mine praksisperioder. Skolen er heldige som har en så kunnskapsrik og engasjert gruppe med forelesere og veiledere.

Nå er jeg klar for å bidra som sykepleier i det norske helsevesen. Vi står ovenfor en omfattende koronapandemi og ingen vet hvordan dette kommer til å endre det norske samfunn. Det er nå viktigere enn noen gang å ha kunnskapsrike sykepleiere og helsepersonell i helsetjenesten. Jeg vil ønske meg selv og alle mine medstudenter lykke til i tiden som kommer, dette kommer til å bli krevende, men vi skal gjøre vårt aller beste.

*Kjeller, 10. april 2020*

## SAMMENDRAG

<b>Norsk tittel</b>	Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – i trygge hender
<b>Engelsk tittel</b>	Medication management in home care – in safe hands
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hva sykepleiere kan gjøre for å sikre en trygg og kvalitetsmessig god legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, og på denne måten ivareta pasientsikkerheten hos brukerne.
<b>Problemstilling</b>	«Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien»
<b>Metode</b>	Litteraturstudie med 7 artikler.
<b>Resultat</b>	Sykepleiere opplever legemiddelhåndtering til eldre hjemmeboende brukere som et stort og komplekst ansvar. Det er i flere studier avdekket utfordringer tilknyttet opplæring, fagutvikling og kompetanseheving i hjemmesykepleien. Rutiner ved legemiddelhåndtering har vist seg i enkelte tilfeller å være både tilfeldige og mangelfulle. Avviksmeldingskulturene i hjemmesykepleien er varierte. Det er avdekket høye andeler avvik tilknyttet legemiddelhåndtering, samtidig som det antas å være høye mørketall. Det er også avdekket utfordringer tilknyttet informasjonsutveksling og samhandling i hjemmesykepleien, hvor det kan være vanskelig å oppnå kontinuitet i samarbeidet mellom sykepleiere og leger.
<b>Konklusjon</b>	Ledelsen må i større grad legge til rette for fagutvikling, kompetanseheving og opplæring av ansatte i hjemmesykepleien. Med nødvendig tilrettelegging kan sykepleiere i større grad bidra med undervisning og veiledning av ansatte. Sykepleiere må innretter seg etter faglige oppdateringer og være trofaste mot de faglige føringene, rutinene og retningslinjene på avdelingene. Videre må sykepleiere og annet helsepersonell bli bedre på å melde fra om observerte avvik. Det må gjennomføres legemiddelgjennomgang etter brukernes behov. Avslutningsvis har hjemmesykepleien mye å tjene på å etablere gode rutiner for samhandling mellom sykepleiere, leger og sykehus.
<b>Nøkkelord</b>	Legemiddelhåndtering, hjemmesykepleie, pasientsikkerhet.

## SUMMARY

<b>Title</b>	Medication management in home care – in safe hands
<b>Norwegian title</b>	Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – i trygge hender
<b>Objective</b>	The objective of this literature study is to explore what nurses can do to ensure a safe and qualitatively good medication management in home care, and in this way safeguard the patientsafety among the users.
<b>Thesis question</b>	«How can nurses contribute to safeguard patient safety related to medication management in home care?»
<b>Study method</b>	Literature study with 7 articles
<b>Results</b>	Nurses perceive drug handling to elderly home-based users as a large and complex responsibility. Several studies have revealed challenges related to education, professional development and competence enhancement in home nursing. Procedures for drug handling have in some studies been found to be both random and defective. The deviation message cultures in home nursing are varied. High proportions of deviations associated with drug handling have been revealed, while at the same time there are assumed to be a high amount of unrecorded deviations. Challenges related to information exchange and interaction in home nursing have also been identified, where it can be difficult to achieve continuity in collaboration between nurses and doctors.
<b>Conclusion</b>	The home care management must to a greater extent facilitate professional development, competence raising and training of employees. With necessary facilitation, nurse can to a greater extent help with teaching and guidance of staff. Nurses must adhere to professional updates and be faithful to the professional guidelines, routines and guidelines of the departments. Furthermore, nurses and other healthcare professionals must get better at reporting observed deviations. Drug reviews must be conducted based on the user needs. In conclusion, home nursing has much to gain from establishing good routines for interaction between nurses, doctors and hospitals.
<b>Keywords</b>	Medication management, home care, patient safety

## **1.0 INNLEDNING**

Temaet for denne bacheloroppgaven er legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Jeg vil utforske hvordan sykepleier kan bidra for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleiens organisering, ledelsens og sykepleiers ansvarsområder, samt utfordringer tilknyttet legemiddelhåndtering, vil bli presentert og drøftet. Det er ønskelig å kartlegge aktuelle tiltak, og videre se på hvordan disse tiltakene kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten.

### **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

Etter innføring av samhandlingsreformen mottar stadig flere helsetjenester i eget hjem. Hjemmesykepleien er en viktig aktør i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjeneste (Fjørtoft, 2016, s. 11). Brukerne en møter i hjemmesykepleien har varierte behov, og flere har sammensatte, kroniske sykdommer og store medisinske behov. Det er et politisk mål at eldre skal få muligheten til å bo hjemme så lenge det er mulig og forsvarlig. «Målet i eldreomsorgen er endret fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem» (Fjørtoft, 2016, s. 19). Dette innebærer en økning i hjemmesykepleiens krav til sykepleiere og deres sykepleiefaglige kompetanse. Helsetjenestene skal være basert på brukermedvirkning, kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet (St.meld. nr. 10 (2012-2013)).

Hjemmesykepleiens eldre målgruppe har flere sammensatte medisinske behov, hvor mange bruker ett eller flere legemidler. Beboere på sykehjem bruker i snitt syv legemidler, og selv om eksakte tall for brukerne i hjemmesykepleien ikke finnes, kan man likevel anta at også denne gruppen benytter flere legemidler per dag. Dette stiller krav til sykepleiers legemiddelkunnskaper og evne til å administrere, observere, informere, samt drive opplæring og oppfølging av legemiddelbruk (Ranhoff & Engh, 2016, s. 185). Avvik tilknyttet legemiddelhåndtering kan få store konsekvenser. I følge Ranhoff og Engh (2016) har «minst 10 % av sykehusinnleggelsene av eldre mennesker sammenheng med legemiddelbruk, og hos gamle brukere med flere sykdommer og høyt legemiddelforbruk kan konsekvensene av feilbehandling bli fatale» (Ranhoff & Engh, 2016, s. 185).



Selv har jeg jobbet både som ufaglært pleieassistent og sykepleiestudent i hjemmesykepleien, hvor jeg som ufaglært fikk dele ut medisiner etter ett å ha gjennomført et legemiddelkurs. Det ble observert flere avvik som antakelig kunne vært unngått dersom hjemmesykepleien hadde hatt større fokus på kompetanse og bedre rutiner. Jeg har flere ganger reflektert over hva som betraktes som god legemiddelhåndtering. Oppfatningene og refleksjonene har endret seg etter hvert som min egen kompetanse har økt. Som ufaglært opplevde jeg at min egen legemiddelhåndtering var kvalitet- og pasientsikkerhetsmessig god. Nå som jeg snart er ferdig utdannet sykepleier ser jeg at dette flere ganger ikke var tilfellet. Hensikten med denne oppgaven er dermed å se på hva sykepleiere kan gjøre for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.

## **1.2 Tidligere forskning**

Det er blitt gjennomført flere studier på temaet i Norge de seneste årene. Temaet er belyst blant annet i forskningsartiklene «Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik» (Hagesæther, Siggerud, & Granås, 2016) og «Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig» (Galek, Zukrowski, & Grov, 2018). Det er også blitt gjennomført en kunnskapsoppsummering, «Legemiddelbruk og pasientsikkerhet» (Olsen & Devik, 2016). I tillegg er riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten et av satsingsområdene i programmet «I trygge hender 24-7» utarbeidet av helsedirektoratet etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet, 2019). Med utgangspunkt i den tilgjengelige forskningen og de tilgjengelige politiske programmene, vil jeg undersøke hva som er utfordringene tilknyttet oppgavens problemstilling for deretter å kartlegge aktuelle tiltak.

## **1.3 Hensikt og formål**

### *1.3.1 Hensikt*

Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hva sykepleiere kan gjøre for å sikre en trygg og kvalitetsmessig god legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, og på denne måten ivareta pasientsikkerheten hos brukerne. Dette vil jeg undersøke ved bruk av relevant faglitteratur, aktuelle forskningsartikler, lover, forskrifter og retningslinjer.

### *1.3.2 Formål*

Formålet med litteraturstudien er å bidra til å styrke egen kunnskap om legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Denne kunnskapen ønsker jeg å videreføre i kommende praksisperiode i hjemmesykepleien, hvor jeg vil benytte studien til undervisning og fagutvikling på avdelingen. Kunnskaper om legemiddelhåndtering vil samtidig være relevant for videre yrkesliv som sykepleier, uavhengig av arbeidsplass.

### **1.4 Problemstilling**

Oppgavens problemstilling er: «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien».

### **1.5 Avgrensinger**

Fokusområdet for denne oppgaven er legemiddelhåndtering til eldre hjemmeboende brukere over 65 år. Jeg har dermed valgt å utelukke eldre hjemmeboende brukere som selvstendig administrerer sine egne medisiner. Oppgaven ser heller ikke på eldre i institusjoner, ettersom det spesifikt er hjemmesykepleien som er ønskelig å utforske. Legemiddelhåndtering og administrasjon av legemidler vil være hovedfokuset, andre sykepleieroppgaver i hjemmesykepleien vil ikke bli videre drøftet. Det er ønskelig å se på hva sykepleiere kan gjøre for å ivareta pasientsikkerheten i hjemmesykepleien. Sykepleierne har et selvstendig ansvar for egen kompetanse og yrkesutøvelse. Samtidig er sykepleiere styrt av rammefaktorene i hjemmesykepleien. Oppgaven vil dermed drøfte både sykepleiers og ledelsens ansvarsområder tilknyttet ivaretagelse av pasientsikkerheten.

### **1.6 Oppgavens disposisjon**

Bacheloroppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. Oppgavens første kapittel omfatter en innledning hvor begrunnelsen for valg av tema, tidligere forskning, oppgavens hensikt, formål, problemstilling og avgrensninger, blir presentert. I oppgavens andre kapittel blir det gjort rede for oppgavens teoretiske referanseramme, som omfatter oppgavens aktuelle temaer. Videre blir det gjort rede for oppgavens metode i kapittel tre, for deretter å presentere og redegjøre oppgavens resultater i kapittel fire. Resultatene fra kapittel fire blir diskutert opp

mot oppgavens teori i kapittel fem. Avslutningsvis vil oppgavens konklusjon, implikasjoner for praksis og videre forskning bli presentert i kapittel seks.

## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Studiens teoretiske referanseramme vil bli gjort rede for i dette kapittelet. Den teoretiske referanserammen tar for seg oppgavens sentrale temaer og vil basere seg på relevant litteratur, lover, forskrifter, retningslinjer og forskning. De teoretiske hovedtemaene omfatter hjemmesykepleie og pasientsikkerhet. Videre er det lagt spesielt vekt på sykepleiers funksjon, ansvar og kvalitetsarbeid i hjemmesykepleien. Disse temaene anses som sentrale for å forstå de ulike utfordringene som ligger i problemstillingen. Aktuelle forskningsspørsmål er:

- Hva må ligge til rette for at sykepleier skal kunne ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien?
- Hva kjennetegner hjemmesykepleien og hjemmesykepleiens tjenestemottakere?
- Hva er de sykepleiefaglige utfordringene tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien?

### 2.1 Hjemmesykepleie

Etter innføringen av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) i 2012 har utviklingen vært at flere eldre bor hjemme og mottar pleie og omsorg i eget hjem. Dette er i tråd med et av målene ved reformen, som er at folk skal få den hjelpen de trenger der de bor. Et helsepolitisk mål er «selvstendighet i eget hjem lengst mulig (Meld. St. 29 (2012-2013))» (Fjørtoft, 2016, s. 19). Dette innebærer at terskelen for å få sykehjems plass er høy, og at de som mottar helse- og omsorgstjenester i eget hjem, blir stadig dårligere og har mer sammensatte lidelser enn tidligere (Fjørtoft, 2016). Samtidig har liggetiden på sykehusene blitt kortere, og det er vanlig at pasienter blir fulgt opp av kommunen etter utskrivelse. Dette betyr at flere av de som kommer hjem etter sykehusopphold, har behov for omfattende sykepleiefaglig oppfølging, da både med tanke på pleie, prosedyrer og medikamentell behandling (Fjørtoft, 2016, s. 20). Dette har bidratt til å endre hjemmesykepleien og det stilles nå høyere krav til helsepersonellet.

### *2.1.1 Hjemmesykepleiens organisering*

Per dags dato finnes det ikke et etablert lovverk for hvordan hjemmesykepleien skal organiseres, dermed kan kommunen selv velge hvordan de ønsker å organisere seg. Samtidig må kommunen oppfylle Helse- og omsorgstjenestelovens krav jf. § 3-1 første ledd som innebærer at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendig helse- og omsorgshjelp. Videre er det gitt i § 3-1 tredje ledd at «Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ledelsen i kommunene har dermed en avgjørende rolle når det kommer til å sikre tjenester som ivaretar brukernes behov, både med tanke på kvalitet og kontinuitet.

Per 1. desember 2019 hadde hjemmesykepleien i Norge totalt 30.939 ansatte. Blant disse var 4,2 % spesialsykepleiere, 28 % sykepleiere, 41,2 % hjelpepleiere eller helsefagarbeidere og 26,7 % ufaglærte assistenter (VEDLEGG 3). Dermed er det gitt at 67,9 % av hjemmesykepleiens ansatte ikke er sykepleiere og dermed ikke innehar sykepleiefaglig kompetanse. Det er ledelsen ansvar å sørge for at avdelingen til enhver tid har riktig personale på jobb som innehar tilstrekkelig kompetanse til å sikre forsvarlig drift (Fjørtoft, 2016). «Sykdommer, funksjonssvikt og særlige behov krever forskjellige typer kompetanse. Det bør være styrende for sammensetningen av bemanning i hjemmesykepleien» (Fjørtoft, 2016, s. 215). Samtidig avdekket Kattouw og Wiig (2018) i sin studie av to norske kommuner at kvalitet og sikkerhet hadde middels til liten betydning for hvordan hjemmesykepleien organiseres. Størst betydning hadde administrasjonens innstillinger. Studien viste at økonomi ble vektlagt mer enn brukeropplevelsene, når det kom til organiseringen. Grunnet det økonomiske fokuset ønsket den ene kommunen blant annet å satse mer på «bestiller-utfører-modellen». Dette til tross for at brukerundersøkelser hadde vist at etter innføring av modellen, hadde kvaliteten på helsetjenestene blitt dårligere som følge av redusert brukermedvirkning, tilgjengelighet, pålitelighet og informasjon, samt at brukerne hadde fått flere ansatte å forholde seg til. Det kunne tyde på at ledelsen var mer opptatt av kontinuitet i den daglige driften, enn av brukernes kontinuitetsbehov (Kattouw & Wiig, 2018).

Hensikten med bestiller-utfører-modellen er at man skal skille bestillerens ansvar og oppgaver, fra utførerens ansvar og oppgaver. Ved å gjøre dette skal man kunne oppnå riktigere vurderinger og en mer rettferdig helsetjeneste ettersom at den som tildeler vedtak om tjenester, ikke er den som utfører tjenestene. I organiseringen av helsetjenesten skal brukernes behov veie tyngst. Det vil si at de som fatter vedtak, optimalt sett ikke skal styres etter ressursmessige begrensninger og behov vedrørende driften (Fjørtoft, 2016, s. 159). Samtidig kan modellen føre til at det tar lengre tid for å få innført nye tjenester ettersom det kreves mer tid til saksbehandling før et vedtak kan godkjennes, innføres og igangsettes. Dette kan gjøre systemet mindre fleksibelt. Konsekvensene av modellen kan være størst for brukere med behov som endrer seg raskt, hvor det da er risiko for at man ikke klarer å oppdatere- og innføre nye vedtak i takt med brukernes behov. For å sikre faglig forsvarlighet må helsepersonell dermed bruke sitt faglige skjønn og være både lojale og kritiske til de etablerte vedtakene (Fjørtoft, 2016, s. 160).

### *2.1.2 Hjemmesykepleiens tjenestemottakere og deres legemiddelrelaterte utfordringer*

Hjemmesykepleiens tjenestemottakere er en variert gruppe med mennesker. Det er gitt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 at kommunen har ansvar for å sørge for at alle pasient- og brukergrupper tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er presisert i oppgavens avgrensning at fokuset for oppgaven er legemiddelhåndtering til eldre hjemmeboende brukere over 65 år. I denne brukergruppen kan man møte på brukere med ulike funksjonsnedsettelse og funksjonshemninger, psykisk- og kognitivt syke, multisyke, skrøpelige, personer med ulike livshistorier og ulike kulturelle bakgrunner (Fjørtoft, 2016).

Den eldre brukergruppen inneholder personer med ulike hjelpebehov, noen er selvstendige og trenger bare hjelp til øyedråper, samtidig som andre kan være svært hjelpetrengende og får besøk fra hjemmesykepleien flere ganger daglig. Trenden er at brukerne trenger stadig mer hjelp i det daglige etter hvert som de blir eldre (Fjørtoft, 2016, s. 47).

Personer med kroniske sykdommer er den største pasientgruppen i helsetjenesten. «Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som

virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (Fjørtoft, 2016, s. 49). Disse brukerne trenger ofte flere typer medikamenter for å håndtere sin kroniske sykdom. Medikamenter kan være smertestillende til brukere med kroniske smerter, insulin til brukere som har diabetes, vanndrivende til brukere med hjertesvikt, inhalasjoner til brukere med kols, osv. Kroniske sykdommer kan ha akutte, stabile og ustabile faser. At sykdommen kan forverres er også å forvente når brukerne gradvis blir eldre (Fjørtoft, 2016, s. 50). For å håndtere de kroniske sykdommenes ulike faser på best mulig måte er det avgjørende at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse om brukeren, sykdommen og legemiddelbehandlingen.

Ved et høyt legemiddelforbruk er de eldre ekstra utsatt for interaksjoner hvor legemidlene påvirker hverandres virkningsmekanismer. Kroppens aldersforandringer kan også påvirke legemidlenes effekt hos eldre, hvor virkningen blir mindre forutsigbar og risikoen for bivirkninger blir høyere. Noen ganger kan det være vanskelig å skille mellom hva som er sykdom, og hva som er en tilstand som har oppstått som følge av uhensiktsmessig legemiddelbruk (Ranhoff & Engh, 2016, s. 186). Utfordringene knyttet til legemiddelbehandling av eldre i hjemmesykepleien kan dermed sies å være mange og komplekse.

### *2.1.3 Retningslinjer ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien*

Definisjonen av legemiddelhåndtering er oppgitt i forskrift om legemiddelhåndtering §3 e) som «Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert.» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008).

Forskriftens formål jf. § 1 er å sikre riktig og god legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Forskriften presiserer ulike ansvarsområder og krav som en må innrette seg etter, ved legemiddelhåndtering. I forskriftens § 4 3. ledd presiseres det at «virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndteringen kan utføres» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). I hjemmesykepleien er det flere utfordringer

tilknyttet legemiddelhåndteringen. En utfordring er at det ikke er tilstrekkelige ressurser i form av sykepleiere. Dette betyr at også helsefagarbeidere og ufaglært helsepersonell må dele ut medisiner for at alle som trenger bistand, mottar den hjelpen de trenger.

Når helsepersonellet deler medisiner må de følge kravene gitt i forskriftens § 7 som omhandler krav til istandgjøring og utdeling hvor det påpekes at «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Samtidig skal det også sørges for at legemiddelet gis i riktig legemiddelform og i riktig styrke. Dette er til sammen syv punkter, bedre kjent som «De 7 R-er», som den som administrerer et legemiddel har ansvar for å kontrollere før man gir brukeren det aktuelle legemiddelet (Bielecki & Børdahl, 2013, ss. 14-15).

Det synes å være vanlig at helsepersonell i hjemmesykepleien, som ikke er sykepleiere, må gjennomføre legemiddelhåndteringskurs før de kan delegeres oppgaver som omfatter legemiddelhåndtering (Berland & Bentsen, 2017). På NHI sine nettsider kan helsepersonell få tilgang til legemiddelhåndteringskurs tilpasset både sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Kursenes beregnede tidsbruk er henholdsvis 5 timer for ufaglærte og 12 timer for helsefagarbeidere. Kursene er testet, godkjent og brukt av mange kommuner i Norge. Kursene er utarbeidet i samarbeid med Norsk Legemiddelhåndbok og Norsk Elektronisk Legehåndbok. Videre er kursene basert på relevante lover, forskrifter og retningslinjer (NHI, 2020). Temaer som gjennomgås i legemiddelhåndteringskursene tilpasset ufaglærte pleieassistenter er:

- Faglig forsvarlighet, egen rolle og ansvar
- Innhente råd og hjelp fra kvalifisert personell
- Innhente hjelp i akutte situasjoner
- Taushetsplikt
- Meldeplikt
- Pasientrettigheter
- Rapport og samhandling



- Kontrollrutiner ved utdeling
- Legemiddelformer og riktig bruk av legemidlene
- Bruk av felleskatalog og pakningsvedlegg
- Legemiddelbehandling og eldre
- Sykdomslære
- Bivirkningssymptom (NHI, 2020)

I helsefagarbeidernes legemiddelkurs inngår også temaene:

- «Samhandling med andre som deltar i legemiddelhåndteringen
- Kvalitetssikring og internkontroll
- Situasjoner som øker faren for avvik
- Farmakokinetikk
- Sykdomslære og behandlingsmål
- Observasjon av effekt og bivirkningssymptom
- Interaksjoner
- Bruk av pålitelige oppslagsverk» (NHI, 2020)

Etter gjennomført sykepleierutdanning og gjennomførte legemiddelhåndteringskurs for helsefagarbeidere og ufaglært personell, har helsepersonellet et selvstendig ansvar for at legemiddelhåndteringen blir gjennomført på en forsvarlig måte jf. helsepersonelloven § 4. Helsepersonellet må ha kunnskaper om legemidlene de gir, samt kjenne til avdelingens retningslinjer for legemiddelhåndteringen. Dersom helsepersonellet mangler nødvendige kunnskaper har man selv ansvar for å oppdatere seg, innhente eller etterspørre nødvendig kunnskap (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 17). Ved legemiddelhåndtering har helsepersonellet videre et ansvar for å påse at legemiddelet administreres korrekt, samt ansvar for å observere virkning og bivirkning. For å kunne gjøre disse observasjonene må man ha kunnskap om legemiddelet som gis (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 18). Brukerne har også rett på informasjon om hvilke legemidler de tar, hvorfor de skal ta dem, hvordan de skal tas og

hvilke virkninger og bivirkninger de kan forvente eller skal være årvåkne for (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 20).

#### *2.1.4 Sykepleiers kompetanse, funksjon og ansvar i hjemmesykepleien*

Med den varierte brukergruppen en finner i hjemmesykepleien er det avgjørende at man har kompetent personell som er i stand til å ivareta de ulike brukerne og deres behov. Den sykepleiefaglige kompetansen er dermed sentral. Kompetanse kan defineres som «en persons kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse brukes i samspill» (Stubberud, 2018, s. 20). En kan dermed si at kompetanse handler om personers evner til å tilpasse seg situasjoner, løse oppgaver og mestre utfordringer. Helsetjenesten er i stadig utvikling hvor en hele tiden kommer frem til nye forskningsresultater, endrer rutiner og oppdager nye behandlingsmetoder. Helsepersonell kan dermed aldri bli ferdig utlærte og må hele tiden sørge for å videreutvikle sin kompetanse innenfor sitt fagfelt (Stubberud, 2018, s. 20).

Sykepleierrollen i hjemmesykepleien er i endring, med nye utfordringer og muligheter. Det er avgjørende at sykepleierne selv er bevisste, og at de er tydelige fagpersoner. De må være trygge nok på sin egen kompetanse til å vite hva de kan bidra med. I hjemmesykepleien befinner yrkesrollen seg hele tiden i et spenningsfelt mellom ulike behov, verdier og kunnskaper. (Fjørtoft, 2016, s. 221)

Sykepleieren har ulike funksjoner og ansvarsområder i hjemmesykepleien. Når det kommer til legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien, vil jeg trekke frem sykepleiefunksjonene forebygging, behandling, undervisning og veiledning, fagutvikling og kvalitetssikring. Den forebyggende funksjonen handler om å forhindre helsesvikt hos friske, eksempelvis ved å gjøre gode vurderinger før brukere benytter legemidler som kan øke fallfare. Videre innebærer den forebyggende funksjonen å forhindre ytterligere helsesvikt, ved å tidlig identifisere forverringer i tilstander eller å iverksette tiltak som kan forhindre komplikasjoner (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016, s. 18). Eksempler her kan

være korrekt legemiddelbehandling av diabetes, samt å sikre at brukere har tilstrekkelig informasjon slik at de kan gjøre gode livsstilsrelaterte valg tilknyttet sykdommen.

Når det gjelder sykepleiers behandlende funksjon tilknyttet legemiddelhåndtering omfatter denne å sikre at brukerne mottar korrekt medisinsk behandling, ikke utsettes for unødig legemiddelbruk og unødige bivirkninger (Kristoffersen et al, 2016, s. 18). Sykepleierne må kunne gjøre de riktige observasjonene og sikre et godt samarbeid med fastlege og eventuelt sykehus (Fjørtoft, 2016, s. 68). For å gjøre de riktige observasjonene, og å utføre god sykepleie, må sykepleierne ha kompetanse om legemidlene og deres virkninger og bivirkninger. Videre må sykepleieren også ha kunnskaper om anatomi, fysiologi, og ikke minst kunnskaper om de ulike sykdommene og deres virkning på brukeren (Fjørtoft, 2016, s. 220).

Sykepleiers funksjon og ansvar for undervisning og veiledning handler om å bidra til læring, utvikling og mestring for brukerne, pårørende, kollegaer og studenter (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). For å sikre brukernes forståelse og etterlevelse av legemiddelbehandling er det viktig at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon til brukeren. Brukerens rett til informasjon er lovfestet i pasient og brukerrettighetslovens § 3-2 som sier at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Informasjonen og undervisningen må gis og gjennomføres på en måte som er tilpasset brukerens informasjonsbehov, kompetanse, evne og forståelse. Når det kommer til undervisning og veiledning til kollegaer og studenter er målet å bidra til kvalitetsheving og sikre et godt tjenestetilbud til brukerne. Ved undervisning og veiledning heves helsepersonellens kunnskapsnivå, deres evne til å utføre prosedyrer blir bedre, samt at evnen til å gjøre gode observasjoner av brukerne, og kritiske refleksjoner over egne handlinger bedres (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

Sykepleiers funksjon og ansvar for fagutvikling og kvalitetssikring, videre benevnt som kvalitetsarbeid, handler i stor grad om å bry seg om brukerne og å sikre faglig forsvarlig helsehjelp (Stubberud, 2018, s. 15). For å kunne etterleve dette forutsetter det at «sykepleieren

kan anvende (finne, fortolke, vurdere kritisk og bruke) relevante forskningsresultater, dokumentere, kvalitetssikre og evaluere sin egen sykepleieutøvelse og kjenne grenser for sin egen kompetanse» (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Sykepleieren bør også etterspørre fagutviklingstiltak og opplæring på arbeidsplassen (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleiers kvalitetsarbeid er både et juridisk og etisk ansvar. Kvalitetsarbeid er for helsepersonell i kommunen lovfestet i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 4 som presenterer lovens krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Lovens § 4-2 presiserer at «Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dermed har både ledelsen, sykepleiere og annet helsepersonell ansvar for å sikre at arbeidsplassen etterkommer kravet om å arbeide systematisk for kompetanseheving, kvalitetsarbeid og pasient- og brukersikkerhet. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det gitt i punkt 1.1 at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap», videre er det gitt i punkt 1.4 at sykepleieren plikter å «holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## **2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, og involverer brukerne og gir dem innflytelse. Videre skal tjenestene være samordnet og preget av kontinuitet, ressurser skal utnyttes på en god måte og tjenestene skal være rettferdig fordelt og tilgjengelige for de som måtte trenge dem. Helsehjelpen skal også være kunnskapsbasert. «Pasienten forventer også at helsehjelpen han eller hun får, er basert på oppdatert kunnskap. Problemet er at ikke alt helsepersonell bruker den beste tilgjengelige kunnskapen i sin yrkesutøvelse. Pasienten får derfor ikke alltid den beste helsehjelpen» (Stubberud, 2018, s. 17). Dette belyser en av utfordringene man kan støte på i hjemmesykepleien. Personellet kan ha ulike kunnskapsgrunnlag og utdanninger hvor en har både ufaglærte, helsefagarbeidere og sykepleiere. For å sikre kvalitet i tjenesten er det da viktig at ledelsen ser viktigheten av, og legger til rette for, fagutvikling og kompetanseheving blant personalet. Å legge til rette for kvalitetsarbeid må innebære å sette av tid og ressurser.

Ressurser må omfatte ikke bare personell, men også økonomi. Ettersom at det ikke er lovfestede rutiner for organisering av hjemmesykepleien, er fagutvikling og kompetanseheving noe som ledelsen selv må ha ansvar for å innføre i driften. Dersom ledelsen ikke legger til rette for dette, vil det være krevende for sykepleiere alene å sikre avdelingens kvalitet. Helse- og omsorgstjenester som ikke er kunnskapsbasert eller oppdatert i henhold til gjeldende lovverk og rutiner, vil heller ikke være i tråd med pasientsikkerheten.

Pasientsikkerhet dreier seg i hovedsak om at helsetjenestene skal være trygge og sikre. Mer konkret henviser kunnskapscenteret til følgende definisjon: «Pasienten skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelse eller mangel på det samme» (Aase, 2015, s. 16). I de senere år har det blitt etablert som et nasjonalt mål fra Helse- og omsorgsdepartementet å heve kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Dette har resultert i etableringen av et nasjonalt program for pasientsikkerhet rettet mot både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

«Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7» var et politisk satsingsområde initiert av Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2014-2018. Programmet er fremdeles aktuelt i helsetjenesten og presenterer ulike satsningsområder, som blant annet riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). For å etterstrebe riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten har pasientsikkerhetsprogrammet lagt frem fire tiltak. Disse tiltakene har til hensikt å styrke og kvalitetssikre samarbeidet og oppfølgingen av brukere som mottar bistand til legemiddeladministrering. I korte trekk handler tiltakene om å sikre samstemte legemiddellister, gjennomføre tverrfaglige strukturerte legemiddelgjennomganger, sikre nødvendig oppfølging av legemiddelforskrivninger og etablering av struktur i pasientjournalene slik at det blir gjennomført nødvendig dokumentasjon (Helsedirektoratet, 2019). Hensikten med programmet har vært å sikre at alle pasienter og brukere får faglig forsvarlig helsehjelp der de måtte trenge det, når de måtte trenge det. «Målet har vært å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen» (Stubberud, 2018, s. 35)

### *2.2.1 Pasientsikkerhetskultur, avviksmelding og læring av uønskede hendelser*

Det er gjennomført studier som viser at det er sammenheng mellom pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskulturen på sykehjem og sykehus.

Pasientsikkerhetskultur kan defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandlingen. Den gjenspeiles i verdier, holdninger, oppfatninger, adferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse i helsetjenesten. (Stubberud, 2018)

En god pasientsikkerhetskultur er knyttet til lavere forekomst av uønskede hendelser, redusert dødelighet og mer tilfredse brukere (Cappelen, 2015, s. 89). Olsen og Bjerkan (2017) viser til tilsvarende funn relatert til holdninger tilknyttet pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i hjemmesykepleien. En god pasientsikkerhetskultur er videre et viktig element for å fremme læring og forbedring i hjemmesykepleien.

I helse- og omsorgstjenesten må en ta høyde for at feil kan skje og at brukere kan skades unødig. Da er det viktig å ha en god kultur for avviksmelding og avvikshåndtering, for å forebygge at slike uønskede hendelser skjer igjen (Stubberud, 2018, s. 166). «En viktig forutsetning for å sikre faglig forsvarlighet og sikkerhet i helsetjenesten, er å se på avvik og uønskede hendelser som kilde til kunnskap» (Olsen & Devik, 2016). Likevel er det kjent at mangel på åpenhet, skam og frykt for konsekvenser, medfører underrapportering (Aase & Wiig, 2015, s. 110). Athar Ali Tajik (2019) presiserer i sin artikkel at «Man har flyttet fokuset ved uønskede hendelser bort fra skyld og skam og i stedet operasjonalisert kontinuerlig forbedring, sanntidsovervåkning og risikostyring» (Tajik, 2019). Samtidig er det blitt etablert en ny lov, lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse og omsorgstjenesten (2019), som skal bidra til økt fokus på avviksmelding i helse- og omsorgstjenesten. I lovens § 7 er det gitt at «Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale

helseforetak, skal straks varsle undersøkelseskommissjonen om alvorlige hendelser» (Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, 2019). Tilsvarende lovgivning har eksistert for spesialisthelsetjenesten siden 2001 (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Etersom at loven for avviksmelding i kommunehelsetjenesten er ny av 2019, kan en tenke at det finnes mye mørketall. Forhåpentligvis vil den nye lovgivningen bidra til økt fokus på nytten og hensikten ved avviksmelding, og bidra til at også avvik av liten, og middels alvorlighetsgrad i større grad blir registrert.

### **3.0 METODE**

Oppgavens metode vil bli gjort rede for i dette kapittelet. Oppgavens problemstilling handler om hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. For å innhente forskning som er relevant for oppgavens problemstilling, vil det gjennomføres litteratursøk i ulike databaser. I forkant av søkene vil problemstillingen fremstilles i et PICO-skjema, deretter vil aktuelle søkeord, inklusjon- og eksklusjonskriterier identifiseres. Videre vil det bli gjort kort rede for gjennomføringen av litteratursøkene og hvilke databaser som ble benyttet, samt prosessen tilknyttet utvelgelsen og vurdering av aktuelle forskningsartikler. Artiklenes etiske aspekter vil drøftes avslutningsvis.

#### **3.1 Bakgrunn for valg av metode**

Litteraturstudie er valgt som metode for denne studien. En litteraturstudie har til hensikt å systematisere og presentere tilgjengelig kunnskap. Kunnskapen innhentes fra litteratur og forskning, hvor en videre vurderer den innhentede informasjonen kritisk og til slutt sammenfatter det hele. Hensikten med en litteraturstudie er «å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet frem til den kunnskapen» (Thidemann, 2019, ss. 77-78). Litteraturstudie ble valgt som metode ettersom det ble funnet mye tilgjengelig forskning som var aktuell for problemstillingen. Det ble dermed ansett som hensiktsmessig å sammenstille og kritisk vurdere denne forskningen, fremfor å gjennomføre en selvstendig empirisk studie på temaet. Dette har resultert i et bredt kunnskapsgrunnlag for studien.

#### **3.2 PICO, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier**

For å spisse søkene ble det i forkant av søkingen i databasene benyttet rammeverket PICO. Ved å benytte PICO får man presisert problemstillingen, identifisert aktuelle søkeord og tydeliggjort hva man ønsker å inkludere- og ekskludere i søkene (Thidemann, 2019, s. 82).



PICO-skjemaet for oppgavens problemstilling ble slik:

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Helsepersonell i hjemmesykepleien	Tiltak for å ivareta pasientsikkerhet tilknyttet legemiddelhåndtering	Ingen	Ivaretakelse av pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien

Med utgangspunkt i dette PICO-skjemaet ble det funnet frem til aktuelle søkeord. Ettersom at søkene ble gjennomført i både norsk- og engelskspråklige databaser ble det benyttet både norske og engelske søkeord.

SØKEORD	
Norsk:	Engelsk:
Hjemmesykepleie Legemiddel Pasientsikkerhet	Home care Home care services Home based nursing Home health care Home nursing professional Primary health care Health care errors Medication management Medication errors Medical organizations Patient safety Safety in patient healthcare Safety

Etter å ha utarbeidet PICO-skjema og kartlagt aktuelle søkeord ble kriterier for inklusjon og eksklusjon kartlagt. Disse kriteriene er listet opp i følgende tabell:

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Populasjon</b>	Hjemmeboende eldre som mottar hjelp til legemiddelhåndtering  Helsepersonell i hjemmesykepleien	Hjemmeboende eldre som selv administrerer sine medikamenter  Pasienter innlagt i institusjon  Helsepersonell i institusjon
<b>Publiseringsår</b>	Artikler publisert i perioden 2009-2019	Artikler publisert før 2009
<b>Språk og land</b>	Norsk, svensk, dansk, engelsk. Nordiske land, England, USA, Canada og Australia	Artikler på andre språk Artikler fra andre land
<b>Tema</b>	Legemiddelhåndtering  Hjemmesykepleie  Pasientsikkerhet	Legemiddelhåndtering i institusjon  Pasientsikkerhet i institusjon
<b>Studiedesign</b>	Alle	
<b>Tilgjengelighet</b>	Fulltekst	Kun abstrakt tilgjengelig

Populasjonen det var ønskelig å studere var hjemmeboende eldre som mottar hjelp til legemiddelhåndtering, og helsepersonell som jobber i hjemmesykepleien. Det var ikke ønskelig å se på hjemmeboende eldre som selv administrerte sine medikamenter, da disse vil være selvstendig ansvarlige for egen sikkerhet. Institusjoner vil ha andre rutiner og problemstillinger knyttet til legemiddelhåndtering. Disse er også aktuelle for sykepleiere, men det er i denne oppgaven ønskelig at det utelukkende settes søkelys på legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Dermed er studier som omtaler pasienter og helsepersonell i institusjoner utelatt fra kunnskapsgrunnlaget i litteraturstudien.

For å sikre studienes relevans, aktualitet og at de inneholdt oppdatert kunnskap, var det ønskelig å innhente kunnskap fra studier publisert i perioden 2009 til 2019. Studier publisert i perioden før 2009 ble ekskludert. Videre er det ønskelig å se på studier publisert i nordiske land, England, USA, Canada og Australia. Dette da disse landene har tilsvarende helsetilbud

som Norge og kan ha kunnskaper om pasientsikkerhet og tiltak tilknyttet sikker legemiddelhåndtering som helsepersonell i Norge kan lære av. Studier fra øvrige land er ekskludert fra studien.

Det er ønskelig at aktuelle studier skal omtale temaene legemiddelhåndtering, hjemmesykepleie og/eller pasientsikkerhet. Studiene trenger ikke å omtale alle tre temaene samtidig, men ett av temaene må være til stede i artikkelen for at den skal bli inkludert i litteraturstudien.

Til denne studien har det vært ønskelig å inkludere alle typer studiedesign. Kvalitativ metode er egnet for å finne kunnskap om meninger, opplevelser, tanker, erfaringer, forventninger, motiver og holdninger. Kvantitativ metode er egnet når det er ønskelig å finne mer objektive data som kan generaliseres. En kan da finne informasjon om blant annet årsak-virkningsforhold. Kvantitativ forskning kan blant annet gjennomføres ved bruk av standardiserte spørreskjemaer, og systematiske og strukturerte observasjoner (Thidemann, 2019, s. 76). Begrunnelsen for å søke etter både kvalitativ og kvantitativ forskning er forankret i at det er ønskelig å innhente ulike typer informasjon. Det er da ønskelig å innhente informasjon tilknyttet helsepersonells erfaringer, årsakssammenhenger tilknyttet eksempelvis helsepersonellens utdanning, pasientsikkerhetskultur og forekomster av avvik, omfang av gitte meninger og holdninger tilknyttet pasientsikkerhet. Videre er studier som presenterer aktuelle tiltak for å ivareta pasientsikkerheten høyst relevante for studien. Dette da presenterte tiltak kan bidra til å finne løsninger for oppgavens problemstilling, altså hva sykepleier kan gjøre for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Studier er som måler effekt av tiltak er også ønskelig å inkludere i litteraturstudien.

### **3.3 Litteratursøk**

Når søkeprosessen skulle starte ble det først utført usystematiske søk på helsebiblioteket og sykepleien.no for å kartlegge tilgang på relevant litteratur. Forskjellige artikler ble funnet. Kunnskapsoppsummeringen "Legemiddelbruk og pasientsikkerhet" ble inkludert i studien da den ble ansett som svært relevant for temaet. Denne ble funnet ved å usystematisk søke på ordene "legemiddel" og "pasientsikkerhet" i helsebibliotekets egen søkemotor. Deretter ble

det med de aktuelle søkeordene gjennomført systematiske litteratursøk i databasene MEDLINE, SveMed+, CINHAL og Cochrane. Søkehistorikken fra de systematiske litteratursøkene ligger vedlagt under «VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK».

### 3.4 Utvelgelse og vurdering av forskningsartikler

De systematiske søkene i databasene resulterte i totalt 353 aktuelle treff. Basert på tittel ble det valgt ut 19 artikler hvor sammendragene ble lest. Etter å ha vurdert sammendragene opp mot de gitte inklusjon- og eksklusjonskriteriene, ble 11 artikler lastet ned i fulltekst og lest i sin helhet. De forkastede artiklene ble valgt bort på bakgrunn av eksempelvis manglende tilgang på fulltekst og feil målgruppe da noen utelukkende handlet om sykehjem eller sykehus. Videre ble noen artikler valgt bort grunnet feil fokus av hensyn til oppgavens inklusjon- og eksklusjonskriterier. Etter å ha lest og vurdert de 11 artiklene ble totalt 7 artikler inkludert i litteraturstudien. Dette inkluderte kunnskapsoppsummeringen "Legemiddelbruk og pasientsikkerhet". Altså endte jeg opp med seks artikler fra de systematiske søkene og én kunnskapsoppsummering fra det usystematiske søket.

**Figur 1: Flytdiagram**



#### 3.4.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler ved hjelp av sjekklister

Når det samles inn artikler til en litteraturstudie er det viktig at en kritisk vurderer innhentede artikler. Det kan da være nyttig å vurdere artiklene ved hjelp av en sjekkliste før de inkluderes i grunnlaget for litteraturstudien (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim, & Reinart, 2017, ss. 68-69). Sjekklistene som er benyttet er hentet fra Helsebibliotekets nettsider (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2016). De syv artiklene ble lest i sin helhet for

deretter å bli vurdert ved bruk av tilpasset sjekklister. Sjekklister med vurdering av de syv inkluderte artiklene ligger vedlagt i vedlegg 2.

Av de inkluderte artiklene er fem vurdert til å ha høy kvalitet da de har møtt samtlige kriterier på den aktuelle sjekklister. De resterende to artiklene er vurdert til middels kvalitet da de ikke oppfyller alle kriteriene. Likevel anses også disse som relevante for studien da deres svakheter ikke vurderes til å påvirke artiklenes resultater (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

Svakheter som ble avdekket var blant annet at artikkelen «Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik» ikke beskriver etiske forhold. Man kan dermed blant annet ikke vite om deltakerne i studien er tilstrekkelig informert om hva studien og deltakelsen innebærer. I samme studie mangler det også noe redegjørelse for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket studien. Her hadde det vært ønskelig med mer informasjon om forfatterens bakgrunn, altså at de var farmasøyter, og hvordan dette kan ha påvirket studien. I artikkelen «Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig» blir det vurdert at utvalget bare delvis er inkludert i studien på en tilfredsstillende måte, hvor forskerne la ansvaret for rekrutteringen til studien over på avdelingsledere i de aktuelle kommunene. Dette viser seg igjen i studiens svarprosent hvor de oppnådde en svarprosent på bare 26-30 %, noe som er lavt for en prevalensstudie hvor man bør ha en svarprosent på 70 % (Nortvedt et al., 2017, s. 97). Disse to artiklene har altså to svakheter hver, samtidig antas det at resultatene ville blitt tilsvarende dersom disse svakhetene ikke var til stede.

Artikkelen «Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors» (Khalil, Bell, Chambers, Sheikh, & Avery, 2017) har også noen svakheter, som at det er uklart hvor hensiktsmessig det var å slå sammen resultatene statistisk i en metaanalyse. Dette er uklart ettersom at det var et lavt antall av resultatene som lot seg kombinere i metaanalysen grunnet for store forskjeller mellom studiene. Likevel har de sammenlagt oppnådd resultater fra et høyt antall respondenter som må anses som styrkende for studiens troverdighet og generaliserbarhet.

### **3.5 Sammenstilling av data**

For å presentere de inkluderte studiene på en enkel og oversiktlig måte er det utarbeidet en oversiktstabell som inneholder kortfattet informasjon om artiklenes forfattere, hvilken database de stammer fra, studiedesign og vurdert kvalitet, studiens hensikt og/eller formål, antall deltakere og resultater. Videre har jeg i en annen tabell satt sammen artiklenes resultater systematisk etter utfordringer og tiltak. Tabellene blir presentert i kapittel 4.0.

### **3.6 Etiske aspekter**

Når det utarbeides en litteraturstudie er det sentralt å se på de etiske aspektene ved forskningen og artiklene som inkluderes i studien. Før et forskningsprosjekt starter skal det sendes søknad om forhåndsgodkjenning jf. lov om medisinsk og helsefaglig forsknings § 9. Først når søknaden om forhåndsgodkjenning er behandlet og godkjent av etiske komiteen, kan forskerne starte forskningsarbeidet. Det følger av helseforskningslovens § 13 at deltakere i undersøkelser og forskning skal være informert tilstrekkelig om det aktuelle forskningsprosjektet, for deretter å ha gitt sitt samtykke til deltakelse. Jf. lovens § 7 skal taushetsplikten ivaretas ved innhenting av sensitive opplysninger (Helseforskningsloven, 2009).

Av de inkluderte studiene har fire av de syv artiklene oppgitt informasjon om etiske forhold. De fire artiklene som beskriver etiske forhold og oppfyller de etiske kravene til helseforskninger tilhører Grasbekk, Halvorsrud og Debesay (2017), Galek, Zukrowski og Grov (2018), Berland og Bentsen (2017) og Lindblad, Flink og Ekstedt (2017).

Av de tre studiene som mangler opplysninger er den første Hagesæthers et al. (2016) studie. Her mangler artikkelen opplysninger om etiske overveielser, om det er gitt informasjon til deltakere i forkant av studiegjennomføringen, samt om deltakerne er informert om anonymitet og taushetsplikt. En kan dermed ikke vite om denne studien er gjennomført i henhold til kravene i helseforskningsloven.

De to andre studiene som ikke har beskrevet etiske forhold, er kunnskapsoppsummeringen utarbeidet av Olsen og Devik (2016) og oversiktsartikkelen utarbeidet av Khalil et al. (2017). Disse artiklene inneholder ikke informasjon om etiske aspekter, likevel kan det antas at de oppfyller de forskningsetiske kravene ettersom at kunnskapsoppsummeringen er fagfellevurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, og oversiktsartikkelens analyse er godkjent av «Purdue University Institutional Review Board».

## 4.0 RESULTAT

Resultatene fra de syv inkluderte studiene vil bli presentert i dette kapittelet. For å gi en oversiktlig presentasjon av artiklene vil de bli presentert i en oversiktstabell (tabell 1), samt en kategorisk oversikt som presenterer resultatene inndelt etter utfordringer og tiltak rettet mot ivaretagelse av pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien (tabell 2). Disse elementene, utfordringer og tiltak, anses som sentrale for å kunne svare på litteraturstudiets problemstilling. Resultatene vil deretter bli presentert mer utfyllende i kategoriske kapitler.

**Tabell 1: Oversikt over artiklene**

Forfattere Årstall Database	Studiedesign og kvalitet	Hensikt	Deltakere	Hovedfunn / Resultater
Grasbekk G., Halvorsen L. & Debasay J. (2017)  SveMed+	Kvalitativ studie  Høy kvalitet	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaring med håndtering av legemidler til hjemmeboende eldre	6 deltakere	Funnene viser at sykepleierne opplevde å ha et stort og komplekst ansvar for brukernes legemiddelbruk. De etterlyste økt kompetanse og bedre rutiner i hjemmesykepleien. Samarbeidet med annet helsepersonell og tidspress var også spesielt utfordrende i hjemmesykepleien.
Galek J., Zukrowski M. & Grov E. K. (2018)  SveMed+	Kvantitativ og kvalitativ studie  Middels kvalitet	Hensikten med studien var å fremstille praktiske utfordringer relatert til legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenestene, og å etablere enighet om hvordan disse utfordringene skal håndteres.	66 deltakere	77 standarder i legemiddelhåndtering oppnådde konsensus studien. Dette omfatter standarder knyttet til: Rutiner for rekvirering til lager og mottak av legemidler. Rutiner for oppbevaring av legemidler. Rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler. Rutiner for dobbeltkontroll. Narkotika og B-preparat rutiner. Rutiner for håndtering av sterilt legemiddel. Dokumentasjonsrutiner. Rutiner for overføring mellom tjenestenivåer. Revisjon og kontroll av legemiddelrelaterte rutiner. Kompetanse, opplæring og opplæringsplan. Ansvarsoverføring mellom tjeneste og mottaker i hjemmesykepleie.



Hagesæther E., I. Siggerud I. & Granås A. G. (2016) SveMed+	Kvalitativ studie  Middels kvalitet	Hensikten med studien var å analysere avvik ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, samt å gi innspill til tiltak for bedre rutiner og pasientsikkerhet.	Analyse av 84 avviksmeldinger tilknyttet legemiddelhåndtering. Observering av 4 ulike helsearbeidere gjennom 20 vakter per helsearbeider.	"Totalt 84 av 122 avviksmeldinger fra hjemmetjenesten i en kommune omhandlet legemiddelhåndtering. Det vanligste rapporterte avviket var at legemidlet ikke ble utlevert/gitt. Hovedårsaken var rutinesvikt og at arbeidslisten(e) ikke ble lest godt nok. Ved hjemmebesøk ble det observert at oral administrering av legemidler i stor grad foregikk forskriftsmessig (89 % av observasjonene). Henholdsvis 30 % og 25 % av observasjonene avdekket mangelfulle aspekter ved inhalasjon og administrering av legemidler til øyet."
Olsen R. M. & Devik S. A. (2016)  Manuelt søk	Kunnskapsoppsummering  Høy kvalitet	Hensikten med kunnskapsoppsummeringen var å oppsummere forskning- og utviklingsarbeid som omhandler pasientsikkerhet relatert til legemiddelbruk i kommunene.	48 forskningspublikasjoner og 43 publikasjoner som omhandler utviklingsprosjekter	Hovedfunnene tar for seg utfordringer og tiltak. Kort fortalt skriver de at legemiddelrelaterte problemer forekommer ofte i den eldre befolkningen. Forekomsten av legemiddelrelaterte problemer har sammenheng med personlige faktorer hos brukeren. Det er avdekket utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling. Brukerne selv mangler også kunnskaper om bruk og bivirkninger. Helsepersonell er for dårlige til å rapportere avvik. Tiltak og erfaringer fra forsknings- og utviklingsprosjekter er også inkludert i oppsummeringen.
Khalil H., Bell B., Chambers H., Sheikh A. & Avery A. J. (2017)  Cochrane	Systematisk oversikt  Høy kvalitet	Hensikten med studien var å kartlegge effekten av profesjonelle, organisatoriske og strukturelle intervensjoner sammenlignet med standard omsorg, for å redusere forebyggbare medikamentfeil utført av helsepersonell som fører til sykehusinnleggelser, akuttmottaksbesøk og død.	Oversikten oppsummerer forskning fra 30 studier med totalt 169969 deltakere.	Studien kom frem til følgende konklusjon: Basert på resultater med moderat- til lav sikkerhet, utgjør intervensjoner tilknyttet legemiddelhåndtering i primærhelsetjenesten sannsynligvis liten eller ingen forskjell på antall sykehusinnleggelser, akuttmottaksbesøk eller død.
Berland A. & Bentsen S. B. (2017)  CINAHL	Kvalitativ studie  Høy kvalitet	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer med medikamentelle feil og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien.	20 deltakere	Fem kategorier ble avdekket som problemområder tilknyttet legemiddelhåndteringen. Disse var mangel på informasjon, mangel på kompetanse, rapportering av legemiddelavvik, generiske- og byttbare legemidler, og forbedringer av rutiner.

Lindblad M., Flink M. & Eksted M. (2017)  MEDLINE	Kvalitativ studie  Høy kvalitet	Hensikten med studien var å utforske hva som utgjør kompleksiteten i legemiddelhåndteringen i spesialisert hjemmesykepleie og hvordan helsepersonell håndterer denne kompleksiteten.	Observasjoner og intervjuer av 27 sykepleiere.	Legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien er dynamisk og kompleks med uklare skiller for ansvar, mangelfulle informasjonssystemer og varierende arbeidsforhold. Helsepersonell tilpasset seg den kliniske arbeidshverdagen ved å dele ansvar og ved samtidig å være autoritære og bevare brukernes brukervedvirkning, autonomi og integritet. For å imøtekomme en trygg legemiddelhåndtering, måtte helsepersonellet hele tiden omprioritere oppgaver, og håndtere mangelfulle kommunikasjons- og informasjonsoverføringer ved å være løsningsorienterte. Avveininger og oppfinnsomme løsninger var nødvendige elementer, men utgjorde også en trussel for pasientsikkerheten da disse midlertidige løsningene ikke ble systematisk vurdert eller utnyttet til kvalitetsforbedring av helsetjenesten.
--	--	--	--	---

**Tabell 2: Kategorisert oversikt over resultatene i lys av utfordringer og tiltak tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien**

Artikkelforfattere	Utfordringer tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien	Tiltak for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien
Grasbekk G., Halvorsen L. & Debasay J. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleiernes oppfatning samsvarte ikke alltid med brukernes oppfatninger knyttet til deres legemiddelbruk og behov</li> <li>- Utfordrende å sikre kontinuitet i kommunikasjon mellom sykepleier og lege</li> <li>- Mye ansvar for vurdering av sykdommer, bivirkninger, og effekter av legemidler</li> <li>- Liten eller ingen introduksjon og opplæring i arbeidsstedets rutiner ved nyansettelse</li> <li>- Faglige oppdateringer var usystematiske og tilfeldige</li> <li>- Mangelfulle rutiner for legemiddelhåndtering</li> <li>- For stramme arbeidsprogram og for lite tid til å kunne gjøre gode kliniske observasjoner og vurderinger av legemiddelbruk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikre verktøy og tidsressurser for å drive fagutvikling</li> <li>- Satsing på utvikling av sykepleieres kompetanse</li> </ul>
Galek J., Zukrowski M. & Grov E. K. (2018)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virksomheten bør utarbeide en opplæringsplan som sikrer utvikling og vedlikehold av legemiddelkompetanse</li> <li>- Sikre at helsepersonell er informert om hva som skal håndteres som avvik</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forbedre rutiner knyttet til overføring av ansvar og legemiddelinformasjon mellom tjenestenivåer</li> </ul>
Hagesæther E., I. Siggerud I. & Granås A. G. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende lesing av arbeidslister</li> <li>- Dårlig/mangelfullt innhold i avviksmeldingene</li> <li>- Observasjoner av helsepersonell avdekket ytterligere avvik utover de dokumenterte avvikene</li> <li>- Feil ved administrering av ikke-orale legemidler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkludere bruk og verdi av feilrapportering i utdannelsesforløpet til helsepersonell</li> <li>- Innføre signeringsfunksjon for utførte arbeidsoppgaver, samt fargekoder for nylige endringer, i arbeidslistene</li> <li>- Mer undervisning om legemiddelhåndtering i grunnutdanningen til helsepersonell</li> </ul>
Olsen R. M. & Devik S. A. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofte forekomst av legemiddelrelaterte problemer i den eldre befolkningen</li> <li>- Flere faktorer bidrar til økt risiko for legemiddelrelaterte problemer</li> <li>- Store utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling omkring legemiddelbruk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Læringsnettverk som ramme for gjennomføring av tiltak</li> <li>- Legemiddelgjennomganger</li> <li>- Samstemming av legemiddellister</li> <li>- Tverrfaglig samhandling</li> </ul>
Khalil H., Bell B., Chambers H., Sheikh A. & Avery A. J. (2017)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legemiddelgjennomganger utført av farmasøyter</li> <li>- Utarbeiding av informasjonssystem for deling av informasjon mellom sykehus og hjemmesykepleie ved utskrivning av pasienter til hjemmet, etter sykehusopphold</li> <li>- Benytte screeningskjema for å kartlegge pasienters risiko for fall og delirium, samt implementere regelmessige, forebyggende screeninger av risikopasienter</li> </ul>
Berland A. & Bentsen S. B. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende informasjon, dokumentasjon og kommunikasjon mellom sykepleier, leger og sykehus</li> <li>- Manglende kompetanse ved legemiddelhåndtering</li> <li>- Generisk bytte av legemidler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- God kultur- og gode rutiner for avviksmelding</li> <li>- Ekskludering av helsepersonell som har gjort gjentatte legemiddelhåndteringsfeil fra legemiddelhåndteringen</li> </ul>
Lindblad M., Flink M. & Eksted M. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapportering av legemidlenes effekt til legen må ofte baseres på brukerens egen evne til selvrappotering</li> <li>- Manglende kommunikasjon og informasjonsoverføringer grunnet begrensninger ved IT systemer</li> <li>- Håndskrevne lapper for rutiner og beskjeder</li> <li>- Plutselige og uforutsette oppgaver og endringer i prioriteringer i arbeidshverdagen</li> <li>- Manglende lesing av arbeidslister ved bytting av brukere mellom kollegaer</li> </ul>	

## **4.1 utfordringer tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien**

Det kommer frem i litteraturstudiens artikler at det er flere utfordringer tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien. Disse utfordringene vil bli presentert i dette kapittelet.

### *4.1.1 Sykepleiers opplevelse av ansvar- og arbeidsutfordringer*

Når resultatene ble gjennomgått kom det tydelig frem at flere sykepleiere opplever legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre som et stort og komplekst ansvar. Sykepleierne rapporterer om ulike utfordringer knyttet til opplæring i arbeidsstedets legemiddelrutiner, rutiner for faglige oppdateringer og plutselige prioriteringsendringer av brukere og arbeidsoppgaver gjennom vaktene. Det ble også oppgitt som utfordrende å forholde seg til den korte tiden helsepersonellet hadde inne hos hver bruker, da spesielt når man skulle foreta legemiddelhåndtering hos brukere med kognitiv svikt. Å sikre gode observasjoner, samt å skape og opprettholde en god dialog med de behandlende legene ble også sett på som utfordrende og krevende.

Hyppige endringer og plutselige variasjoner gjennom det daglige arbeidet medførte en utfordring når det kom til å prioritere oppgaver og å utvikle strategier for sikker legemiddelhåndtering. En sykepleier kunne forberede seg godt til en vakt og sette seg inn i alle aktuelle medikamenter for vaktens brukere, for så å måtte bytte brukere med kollegaer grunnet uforutsette hendelser. Noen ganger valgte da sykepleierne å stole på at kollegaen hadde kontrollert medikamentene grundig nok, og valgte da å selv ikke kontrollere medikamentene. I disse situasjonene hendte det også at arbeidslistene ikke ble lest, hvor sykepleierne heller valgte å stole på muntlig informasjon gitt fra kollegaen som hadde brukeren og oppgavene i utgangspunktet (Lindblad et al., 2017).

Sykepleierne i Grasbeek et al. (2017) sin studie oppga at de nesten daglig hadde et for stramt program slik at de ikke fikk utført gode kliniske observasjoner og vurderinger hos brukerne. De opplevde at de hadde mye ansvar når det kom til å vurdere sykdom, bivirkninger og effekter av legemidler. Sykepleierne i Lindblad et al. (2017) sin studie oppga også at de syntes overvåking og vurdering av medikamenters virkninger og bivirkninger var utfordrende. Sykepleierne mente de sjelden var lenge nok hos brukerne til å kunne gjøre tilstrekkelige

observasjoner. Dette resulterte i at sykepleieren ofte måtte stole på egen intuisjon og brukerens evne til selvrapporing (Lindblad et al., 2017). «Sykepleierne ønsket altså mer tid til å gjøre relevante kliniske observasjoner, særlig med tanke på pasientens reaksjoner på medikamenter. De ønsket bedre og tryggere rammer for å utøve ansvaret for legemidler ovenfor pasientene på en god måte» (Grasbekk et al., 2017). Med det store ansvaret sykepleieren hadde, oppga flere også at de hadde foretrukket å ha en tettere dialog med lege (Grasbekk et al., 2017).

Videre kommer det frem at sykepleiere opplever det som særlig utfordrende å administrere medikamenter til eldre som er uenige i at de skal ha medikamenter. I disse situasjonene opplever sykepleierne at de vet brukerens beste, samtidig som de ikke alltid mestrer å formidle viktigheten av medikamentene på en god måte. «Å bistå eldre med kognitiv svikt ble ofte beskrevet som «komplekst», særlig når sykepleierne måtte forholde seg til brukere som fikk mange medisiner og det var avgjørende å gi rett medisin til riktig tid» (Grasbekk et al., 2017, s. 20).

#### *4.1.2 Utfordringer tilknyttet kompetanse innen legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien*

Grasbekk et al. (2017) påpeker i sin studie at samtlige informanter oppga at de hadde fått liten eller ingen introduksjon eller opplæring i arbeidsstedets rutiner før de måtte administrere legemidler på egenhånd. Den faglige oppdatering på nyheter innen legemiddelbruk ble samtidig oppfattet som sporadisk og usystematisk, hvor den stort sett bestod i dialog mellom kollegaer.

I Berland og Bentsens (2017) studie opplevde sykepleierne det som problematisk at helsearbeidere som hadde vært på legemiddelhåndteringskurs, men som i sykepleiernes mening ikke hadde tilstrekkelig kompetanse, fikk tillatelse til å dele ut medisiner når sykepleierne var på ferie (Berland & Bentsen, 2017). Kunnskapsmangel og rutinesvikt kunne resultere i mangelfull administrering, som videre kunne medføre mangelfullt utbytte eller skade for brukeren (Hagesæter et al., 2016). Respondentene i Berland og Bentsens (2017) studie oppga at det hadde hendt at helsepersonell hadde tatt med medikamenter i lommene sine for så å helt enkelt telle antall medikamenter før de delte dem ut. Dette hadde noen ganger resultert i at brukere hadde fått feil medikamenter (Berland & Bentsen, 2017). Som en

løsning på problemene tilknyttet legemiddelhåndteringen hadde en kommune innført at helsearbeidere ikke fikk gjennomføre legemiddelhåndteringskurs eller dele ut medikamenter. Dette da ledelsen satte som krav at de som skulle dele ut medisiner hadde tilpasset kompetanse (Berland & Bentsen, 2017).

#### *4.1.3 Utfordringer tilknyttet avviksmelding*

I Hagesæter et al. (2016) sin studie ble det oppgitt at den vanligste årsaken til avvik tilknyttet legemiddelhåndtering, var at legemiddelet ikke var blitt utlevert. Videre oppga forfatterne at 99 % av avvikene skyldtes manglende lesing av arbeidslister eller svikt i rutiner. Samtidig ble det avdekket at ansatte ved melding av avvik hadde gitt mangelfull eller dårlig informasjon tilknyttet avviket. Dette resulterte i at den som behandlet avvikene ikke alltid kunne gi konstruktive tilbakemeldinger eller lukke avvikene (Hagesæter et al., 2016). Studien ble gjennomført ved å systematisk gjennomgå registrerte avvik, samt å observere helsepersonell som administrerte legemidler. Ytterligere avvik ble avdekket når de observerte de ansatte, noe som indikerer at det trolig er en stor andel mørketall tilknyttet avviksmelding i hjemmesykepleien. Videre kommer det frem i Olsen og Deviks (2016) kunnskapsoppsummering, at en hyppig årsak til manglende avviksmelding, var travelhet og at skjemaene for avviksmelding ikke var tilgjengelige. Det var også ukjent for noe av helsepersonellet at det fantes rutiner for avviksmelding. Dette bidrar til å styrke mistanken om høy andel mørketall tilknyttet avvik i hjemmesykepleien.

#### *4.1.4 Utfordringer tilknyttet rutiner i hjemmesykepleien*

Flere av de ulike studiene oppgir at utfordringer tilknyttet rutiner er en av hovedgrunnene til at legemiddelrelaterte avvik forekommer. Som tidligere nevnt kom det frem i Hagesæter, Siggerud og Granås (2016) studie, at «I 99% av avvikene var årsaken manglende lesing av arbeidslisten(e) eller rutinesvikt». I Grasbekk et al. (2017) sin studie forteller de at «Sykepleierne uttrykte bekymring over mangelfulle rutiner ved legemiddelhåndteringen. De fortalte blant annet at det var lite som var skrevet ned, og at få retningslinjer var tilgjengelige». I studien påpeker sykepleierne videre at utfordringene, tilknyttet rutinene for legemiddelhåndteringen, ble større når ufaglærte gjennomførte håndteringen. Sykepleierne

var bekymret da de opplevde at de ufaglærte hadde dårligere forutsetninger for å kunne identifisere mangler eller avvik ved legemiddelhåndteringen (Grasbekk et al., 2017).

#### *4.1.5 Utfordringer tilknyttet informasjonsutveksling og samhandling*

I flere av litteraturstudiens artikler blir det oppgitt at kommunikasjon og samhandling mellom sykepleiere og leger i hjemmesykepleien ofte kan være utfordrende. Berland og Bentsen (2017) oppga i sin studie at kommunikasjon mellom legen og helsepersonellet var dårlig. Sykepleierne uttrykte frustrasjon over manglende informasjon fra lege, og vanskeligheter ved å komme i kontakt med legene. Etter en legemiddeloppdatering kunne det ta flere dager før sykepleierne mottok informasjonen om endringene, noe som kunne føre til at brukere fikk feil legemidler. Lindblad et al. (2017) rapporterte om tilsvarende funn hvor det ble presisert at mangelfulle informasjonsutvekslinger bidro også til at viktig informasjon om legemiddelendringer ikke alltid ble mottatt av sykepleierne. Dette kunne få alvorlige følger når brukerne ikke fikk de medikamentene de hadde behov for (Lindblad et al., 2017). For brukere som hadde vært innlagt på sykehus, kunne det ha blitt gjennomført legemiddelendringer i løpet av sykehusoppholdet. I disse tilfellene kunne det mangle dokumentering av endringene i utskrivelsesdokumentene. Noen av legemiddellistene kunne samtidig være så uklare at helsepersonellet måtte kontakte sykehusavdelingen for å få en forklaring eller instruksjoner til endringene (Berland & Bentsen, 2017). Sykehusene kunne også dokumentere at brukeren skulle ha andre medikamenter enn hva legen hadde dokumentert, da dreide det seg ofte om generiske bytte av legemidlene. Dette medførte uklarheter når det kom til hvilke legemidler brukerne skulle ha (Berland & Bentsen, 2017). Disse funnene støttet i Olsen og Deviks (2016) kunnskapsoppsummering hvor de presiserer at flere publikasjoner viser til at det er «store utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling omkring legemiddelbruk», videre sier de at «manglende samsvar mellom legemiddellister er et utbredt problem, og brukerne opplever å få for lite informasjon knyttet til sin legemiddelbruk».

Selv når man hadde en dialog med legene opplyste sykepleiere at det noen ganger kunne være utfordrende å sikre kontinuitet i informasjon mellom seg selv og lege. Sykepleierne opplevde at de hadde mye ansvar når det kom til å vurdere sykdom, bivirkninger og effekter av

legemidler. Med et slikt ansvar ønsket flere sykepleiere en tettere dialog med lege, samtidig som legen kunne være lite tilgjengelig og vanskelig å få tak i på kort varsel (Grasbekk et al., 2017).

Videre kunne mangler eller feil ved avdelingenes IT-systemer bidra til manglende kommunikasjon og informasjonsutveksling. Dette førte til at sykepleierne ofte måtte finne på nye, kreative løsninger for en oppgave, fremfor å kunne følge dokumenterte rutiner for den aktuelle oppgaven (Lindblad et al., 2017).

## **4.2 Tiltak for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien**

Litteraturstudiens artikler presenterer flere aktuelle tiltak som kan benyttes, eller iverksettes, for å bedre kunne ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien. De aktuelle tiltakene vil bli presentert i dette kapittelet.

### *4.2.1 Tiltak rettet mot helsepersonells kompetanse*

Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å drive fagutvikling, men dette betyr også at de har behov for verktøy og tidsressurser for å kunne gjennomføre dette. God fagkompetanse bidrar til å øke helsepersonells selvtillit og grad av selvstendighet. Hjemmesykepleiens ledere har et ansvar for å tilrettelegge for fagutvikling, samtidig kan sykepleierne bidra ved å etterspørre slik tilrettelegging. (Grasbekk et al., 2017)

Forskning viser at høyere kompetanse hos de ansatte kan bidra til avdekking av pasientbehov og kliniske problemer på et tidligere stadium. Utvikling av sykepleiers kompetanse fremstår derfor som et sentralt tiltak i arbeidet for å sikre god legemiddelhåndtering til eldre som bor hjemme. (Grasbekk et al., 2017)



Olsen og Devik (2016) påpeker i sin kunnskapsoppsummering at «gjennomføring av læringsnettverk har tilført både sykehjem og hjemmetjenesten økt kunnskap om riktig legemiddelbruk. Pasienter har i stor grad fått endret sin behandling, og virksomheten opplever å ha fått en bedre oversikt». Læringsnettverk er en samlingsbasert arbeidsmetode hvor helsepersonell deler kunnskap og erfaringer. Helsepersonellet kan omfatte ufaglært personell, helsefagarbeidere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, leger og annet helsepersonell som er involvert i avdelingen eller organisasjonen. Hensikten er å bidra til en felles kompetanseutvikling på tvers av profesjonene, og på denne måten bidra til å øke kvaliteten på helsetjenesten (Stubberud, 2018, ss. 56-57).

Galek et al. (2018) gjennomførte en studie som hadde til hensikt å etablere enighet om ulike standarder for best mulig praksis i legemiddelhåndtering. Ut ifra de etablerte standarder presiserte forfatterne at «Virksomheten bør utarbeide en opplæringsplan som sikrer utvikling og vedlikehold av legemiddelkompetanse». Hagesæther et al. (2016) mener at det også er behov for mer undervisning om legemiddelhåndtering i helsepersonells utdanninger.

I Berland og Bentsens (2017) studie ble det påpekt at et aktuelt tiltak for å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen, var å utelate helsepersonell som hadde gjort gjentatte legemiddelhåndteringsfeil, fra legemiddelhåndteringsoppgaver.

#### *4.2.2 Tiltak rettet mot avviksmelding*

Det er behov for å etablere større enighet angående hva som skal anses som avvik, uttaler Galek et al. (2018) i sin studie. Hagesæther et al. (2016) foreslår at en kan inkludere mer undervisning om avviksmelding i helsepersonells utdanning. Da sikter de spesielt til at helsepersonell burde lære mer om hvordan avviksmelding gjennomføres, samt å øke helsepersonells forståelse av verdien og hensikten ved avviksmelding.

I studien til Berland og Bentsen rapporterte sykepleierne om å ha et godt miljø for avviksmelding. Helsepersonellet var åpne og ærlige dersom legemiddelavvik forekom hvor de informerte både lege, bruker og pårørende om det aktuelle avviket. Avvikene ble også meldt

fra til ledelsen ettersom ledelsen hadde bestilt initiativ tilknyttet legemiddelavvikene i hjemmesykepleien. Ledelsen ønsket å gjøre noe med mengden avvik, så da var det først og fremst viktig at avvikene ble meldt (Berland & Bentsen, 2017).

#### *4.2.3 Tiltak rettet mot rutiner ved legemiddelhåndteringen*

Når det kom til tiltak for å bedre rutinene tilknyttet legemiddelhåndteringen foreslo Hagesæther et al. (2016) at det burde innføres en signeringsfunksjon på arbeidslister for å sikre at arbeidslister leses mer konsekvent. Videre kan endringer i arbeidslistene markeres med ulike fargekoder for å øke oppmerksomheten tilknyttet dem.

Ett annet tiltak som kan innføres i det rutinemessige arbeidet tilknyttet legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre, er regelmessige screeninger for å kartlegge risikopasienter (Khalil et al., 2017). Ved å utarbeide gode rutiner for slik risikoscreening vil en antakelig kunne bidra til å forebygge at brukere faller i eget hjem, eller utvikler delirium, som følge av uhensiktsmessig eller uheldig legemiddelbruk.

Når det kommer til å etablere gode rutiner i hjemmesykepleien gikk Galek et al. (2018) konsensusstudie konkret ut på å kartlegge graden av enighet rundt gitte standarder for rutiner innen legemiddelhåndtering. De oppnådde enighet for totalt 77 standarder. Standardene ble delt inn i elleve ulike temaer. Temaene gjaldt eksempelvis «Rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler», «Dokumentasjonsrutiner», «Rutiner ved overføring mellom tjenestnivåer» og rutiner tilknyttet «Kompetanse, opplæring og opplæringsplan». Disse standardene kan benyttes av hjemmesykepleien i utarbeidelsen av rutiner for sine avdelinger. Likevel må det påpekes at studien har en svakhet ved en lav svarprosent. Standardene må dermed betraktes som veiledende hvor de trolig ikke vil være overførbare for alle av hjemmesykepleiens avdelinger.

#### *4.2.4 Tiltak rettet mot informasjonsutveksling og samhandling*

Flere av studiene påpeker at det er utfordringer tilknyttet sykepleieres informasjonsutveksling og samhandling med leger. Det er behov for å forbedre rutiner tilknyttet

informasjonsoverføring, og Galek et al. (2018) presiserer at dette må innføres på et systemnivå. I en av Khalil et al. (2017) sine inkluderte studier ble det undersøkt hvordan et automatisert system for overføring av informasjon mellom helsetjenestene, kunne medvirke til å bedre informasjonsflyten mellom sykehus og hjemmesykepleien. Systemet inkluderte informasjon om legemiddelendringer som hadde blitt gjennomført i løpet av brukerens innleggelsesperiode, informasjon om mulige risikoer for interaksjoner ved brukerens legemidler, anbefalinger for doseendringer, samt om brukeren var anbefalt å komme inn til sykehuset for kontroll i etterkant av utskrivelsen. Dette tiltaket kan bidra til bedre samhandling og informasjonsutveksling da rutiner ved informasjonsoverføring i større grad kan bli standardiserte. Likevel er slike informasjonssystemer, som nevnt ovenfor, noe som må innføres på systemnivå i hjemmesykepleien.

Ett tiltak som kan rettes mot helsepersonells informasjonsutveksling og samhandling, er legemiddelgjennomgang. Dette tiltaket er presentert i tre av artiklene som er inkludert i oversiktsartikkelen utarbeidet av Khalil et al. (2017). I disse studiene har legemiddelgjennomgangene blitt gjennomført i et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, farmasøyter og leger. I gjennomgangene av pasientenes legemiddelbruk ble det i enkelte av disse studiene lagt spesiell vekt på identifisering av potensielle legemiddelrelaterte problemer. Legemiddelgjennomgang beskrives av Olsen og Devik (2016) som et hovedtiltak i kvalitetsforbedring av legemiddelbruken i hjemmetjenesten. De presiserer at «tverrfaglige legemiddelgjennomganger bidrar til avdekking av legemiddelrelaterte problemer og kan redusere u hensiktsmessig legemiddelbruk». Videre poengterer de at også samstemming av legemiddellister er et viktig tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk. Det er da sentralt at det er gode rutiner for informasjonsutveksling mellom sykepleiere, leger og sykehus (Olsen & Devik, 2016). Sykepleiere kan i hjemmesykepleien bidra som initiativtaker til å gjennomføre tverrfaglige legemiddelgjennomganger. Dette ettersom sykepleierne er de som er tettest på brukerne og ofte vil være de første som oppdager eventuelle endringer hos brukerne. Samhandling mellom ulike faggrupper i helsetjenesten bidrar til å øke kvaliteten på tjenesten ved at det oppnås en tryggere legemiddelbruk. Spesielt fremheves verdien av å ha gode tverrfaglige samarbeid med farmasøyters for å kunne nyttiggjøre seg av kompetanse (Olsen & Devik, 2016).

## 5.0 DISKUSJON

Jeg vil i dette kapitlet diskutere litteraturstudiens resultater og metode.

### 5.1 Resultatdiskusjon

Oppgavens problemstilling lyder som nevnt: «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien». Jeg vil diskutere oppgavens resultater for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene nevnt innledningsvis i kapittel 2.0. Resultatene presentert i kapittel 4.0 vil drøftes opp mot oppgavens teoretiske referanseramme, tidligere forskning, samt egne erfaringer og meninger.

#### 5.1.1 Hjemmesykepleiens organisering

Innledningsvis i oppgavens teoridel ble det gjort rede for hvilke regler og føringer som ligger til grunn for hjemmesykepleiens organisering i Norge. Som nevnt finnes det ikke per i dag ett etablert lovverk som bestemmer hvordan hjemmesykepleien skal organiseres, og avdelingene står dermed fritt til å selv bestemme hvordan deres drift skal organiseres. Det fremkom i Kattouw og Wiigs (2018) studie at enkelte kommuner nedprioriterte brukernes kvalitets- og kontinuitetsbehov til fordel for administrasjonens innstillinger og driftens kontinuitetsbehov. Jeg mener dette er alvorlig da slike prioriteringer kan bryte med kravene i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Videre er det kjent at flere kommuner velger å organisere driften etter «bestiller-utfører-modellen». Dette blir gjort til tross for at brukerundersøkelser fra 2005, 2008 og 2010, som målte brukernes erfaringer, har vist at modellen går på bekostning av kvaliteten i helsetjenesten (Kattouw & Wiig, 2018).

Det kan tolkes ut ifra Grasbeek et al. (2017) sin studie at fagutvikling og implementering av ny kunnskap er en utfordring i hjemmesykepleien. Kommunene organiseres ulikt og det er store forskjeller når det kommer til rutiner for kunnskapsutveksling. En kan undre seg over om det er for stor grad av selvråderett i de ulike kommunene, og om det kan være behov for

flere faste rammer for organiseringen. Dette for å i større grad kunne gi hjemmesykepleiens brukere et likeverdig tilbud, uavhengig av tilhørighet og bostedskommune.

### *5.1.2 Sykepleiers og ledelsens ansvar- og arbeidsutfordringer i hjemmesykepleien*

I to av litteraturstudiens artikler kommer det frem at sykepleiere opplever legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre som et stort og komplekst ansvar (Grasbekk et al., 2017) (Lindblad et al., 2017). Ansvar- og arbeidsutfordringene kan oppleves større når helsepersonell må forholde seg til uklare retningslinjer, manglende opplæring og kompetanse. Jeg vil her poengtere at det er ledelsens ansvar å påse at hjemmesykepleiens avdelinger har tydelige retningslinjer tilknyttet den daglige driften. Ledelsen må også sørge for at avdelingene har velfungerende rutiner, som sikrer de ansatte tilstrekkelig opplæring og nødvendig, kontinuerlig kompetanseheving.

I forskrift om legemiddelhåndtering § 4 tredje ledd presiseres det at «virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndteringen kan utføres» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Ledelsen har altså hovedansvaret for å sikre at legemiddelhåndteringen gjennomføres på en måte som ivaretar pasientsikkerheten. Det er dermed ikke sykepleiers ansvar alene å sikre at legemiddelhåndteringen gjennomføres på en måte som ivaretar pasientsikkerheten. Ledelsen må organisere driften slik at brukernes behov blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Fordeling av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte pleieassistenter må dermed gjøres på en måte som sikrer at brukerne blir ivaretatt av kompetent personell. Som tidligere nevnt består 67,9 % av hjemmesykepleiens bemanning av helsefagarbeidere/hjelpepleiere og ufaglærte (VEDLEGG 3). Ledelsen må da sikre at personellet kurses og mottar opplæring etter behov. Sykepleier har ansvar for å bidra til fagutvikling, undervisning og veiledning av kollegaer. Dette ansvaret kan likevel ikke ivaretas med mindre det legges til rette for det i den daglige driften.

I hjemmesykepleien jobber helsepersonell i stor grad alene. Det er sentralt at alle som foretar legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre er kjent med legemidlenes

virkningsmekanismer, mulige bivirkninger og brukernes sykdommer. I Berland og Bentsens (2017) studie kom det likevel frem at ukvalifisert personell kan få tillatelse til å dele ut medisiner i perioder hvor sykepleiere er på ferie. Disse periodene kan trolig medføre endrede sammensetninger av personell i hjemmesykepleien, men det vil fremdeles være viktig å sikre brukernes behov for kompetent personell også i ferieavviklingen.

Legemiddelgjennomganger har vist seg å være et effektivt tiltak for å forebygge legemiddelrelaterte problemer og uhensiktsmessig legemiddelbruk (Olsen & Devik, 2016). For å kunne gjennomføre legemiddelgjennomganger er det sentralt at helsepersonellet innehar tilstrekkelig kompetanse til å observere, vurdere og dokumentere informasjon som gjelder brukerne og deres legemiddelbruk. Samtidig er det også viktig å ha tilstrekkelig tid til å gjøre gode observasjoner.

For å gjøre gode observasjoner må helsepersonellet vite hva de skal se etter hos brukeren. Sykepleiere rapporterer at de opplever det som utfordrende å sikre gode observasjoner hos brukerne grunnet stramme program for vaktene (Grasbekk et al., 2017). For å sikre at brukerne mottar riktig legemiddelbehandling er sykepleiernes observasjoner viktige. I studien til Grasbekk et al., (2017) oppga sykepleierne at de opplevde det som ekstra krevende å foreta legemiddelhåndtering hos brukere med kognitiv svikt. Hos brukere med kognitiv svikt vil sykepleierne også ha redusert mulighet til å vurdere brukerens medikamentbruk ut ifra deres egen selvrapportering. Dette da brukernes evne til å rapportere om legemidlenes virkninger og bivirkninger, kan være svekket. En kan dermed se på tidsaspektet som spesielt krevende og problematisk når det kommer til legemiddelhåndtering hos brukere med kognitiv svikt. Dersom sykepleieren ikke innhenter tilstrekkelig observasjoner vil det være dårligere forutsetninger for å kunne vurdere og korrigere brukerens legemiddelbruk.

Sykepleier har et ansvar når det kommer til undervisning og veiledning av både brukere, pårørende og kollegaer i hjemmesykepleien. Dersom kollegaer etterspør veiledning angående legemiddelhåndtering har sykepleier et ansvar for å veilede og dele av sine kunnskaper (Kristoffersen et al., 2016). Videre har sykepleiere et ansvar for å bidra til avdelingens fagutvikling og kvalitetssikring jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2.

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 ble innført for å bidra til økt kvalitet- og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Samtidig må det sies at slike program og politiske satsingsområder har liten effekt og nytte dersom avdelingene ikke innretter seg etter deres informasjon og oppfordringer, samt implementerer de aktuelle fagutviklende tiltakene.

Det er tydelig at det er behov for et større fokus på fagutvikling og kunnskapsheving i hjemmesykepleien. Samtidig er det kjent at fagutvikling tar tid, mye av endringsarbeidet i helsetjenesten feiler, og det kan ta opptil 17 år å implementere ny kunnskap (Helsedirektoratet, 2018). Det er dermed viktig at ledelsen innfører tiltak tilknyttet fagutvikling og kunnskapsheving, og følger opp tiltakene på en langsiktig basis.

Sykepleiere har et stort ansvar i hjemmesykepleien for å ivareta pasientsikkerheten. Sykepleiere utgjør samtidig bare en mindre del på 32,1 % av hjemmesykepleiens bemanning (VEDLEGG 3). Dermed må det igjen presiseres at ledelsen har det største ansvar når det kommer til ivaretagelse av pasientsikkerheten i hjemmesykepleien. Sykepleierne har et selvstendig ansvar for sin yrkesutøvelse. Likevel må sykepleierne innretter seg etter føringer fra ledelsen, og ledelsen innretter seg etter føringer fra lovverket, retningslinjer og forskrifter tilknyttet helse- og omsorgstjenestene. I dette systemet blir sykepleier dermed bare en «brikke» i den store sammenhengen. Dersom forbedringer i hjemmesykepleien skal skje, må de dermed etter min oppfatning først og fremst skje på systemnivået.

### *5.1.3 Kompetanse innen legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien*

Grasbekk, Halvorsrud og Debesay's (2017) oppgir i sin studie at samtlige informanter oppga at de hadde fått liten eller ingen introduksjon eller opplæring i arbeidsstedets rutiner før de måtte administrere legemidler på egenhånd. Som nevnt i oppgavens teoridel er det avgjørende at hjemmesykepleien har kompetent personell som er i stand til å ivareta de ulike brukerne og deres behov. Ledelsen har ansvar for å sikre at de som deler ut legemidler innehar riktig kompetanse slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Dette er hjemlet i forskriften om legemiddelhåndtering § 4 tredje ledd. Det er også oppgitt i paragrafens sjette ledd punkt c) at virksomheten skal «sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering» (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008).

Helsepersonellet må ha kjennskap til arbeidsstedets rutiner. Videre må personellet ha kunnskaper om legemidlene de gir, samt kjenne til avdelingens retningslinjer for legemiddelhåndteringen. Dersom helsepersonellet mangler nødvendige kunnskaper har en selv ansvar for å oppdatere seg, innhente eller etterspørre nødvendig kunnskap (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 17). Likevel må det igjen presiseres at selv om helsepersonell har et selvstendig ansvar for egen kompetanse, har ledelsen også et ansvar. Ledelsen må sikre at deres ansatte innehar tilstrekkelig kompetanse og har fått opplæring til de oppgavene de skal utføre. Det kommer frem i flere studier at ledelsen ikke alltid overholder dette ansvaret. Dette da de ansattes kompetanse tilsynelatende kan være manglende vurdert og opplæring ikke har blitt gitt (Berland & Bentsen, 2017).

I Berland og Bentsens (2017) studie kom det frem at en kommune hadde innført et tiltak om at helsefagarbeidere ikke fikk gjennomføre legemiddelhåndteringskurs. Dette ble begrunnet i at ledelsen ønsket at bare kvalifisert personell skulle dele ut medisiner. Helsefagarbeidere utgjør 41,2 % av hjemmesykepleiens ansatte (VEDLEGG 3). Dersom det skulle blitt en nasjonal standard at helsefagarbeidere ikke skal dele ut medisiner, ville trolig dette medført store konsekvenser for organiseringen av hjemmesykepleien. Det vil dermed være naturlig å rette fokuset på gjennomføring av tilpasset opplæring av helsepersonell og kompetanseheving i avdelingene.

Det kommer frem at et av tiltakene hjemmesykepleien kan gjøre for å heve avdelingens kompetanse er å gjennomføre læringsnettverk (Olsen & Devik, 2016). Samtidig må ledelsens ansvar fremheves også her. Dette da slike læringsnettverk krever tilrettelegging og ressurser i form av tid og personell, samt å samhandle med øvrig tverrfaglig personell.

#### *5.1.4 Avviksmelding, avviksmeldekultur og rutiner ved legemiddelhåndtering*

I flere av studiene kommer det frem at det trolig er mye mørketall tilknyttet avviksmelding i hjemmesykepleien (Olsen & Devik, 2016) (Hagesæter et al., 2016). For at helsetjenestene skal kunne utnytte potensialet som ligger i avviksmelding er det sentralt at helsepersonell



kjenner til avdelingenes rutiner for avviksmelding. Personellet må ha kjennskap til hva som skal betraktes som avvik, hva som skal dokumentere når avvik meldes og ikke minst hvor avviket skal meldes. Helsepersonellet oppgir ikke tilstrekkelig informasjon i avviksmeldingene, avvik blir ikke meldt grunnet travelhet, og systemene og skjemaene for avviksmelding er ikke tilstrekkelig tilgjengelig. For noen av helsepersonellet er rutinene rundt avviksmelding også helt enkelt ikke kjent (Olsen & Devik, 2016).

Det er behov for større fokus på avviksmelding i hjemmesykepleiens avdelinger. For å sikre en god avviksmeldekultur må ledelsen sikre at fokuset flyttes fra skyld og skam, til læring og forbedring. Dette krever at helsepersonellet er åpne og ærlige. Videre må avviksbehandlere utnytte læringspotensialet i avvikene og sikre at forbedringer blir gjort, slik at ikke avvikene gjentar seg (Berland & Bentsen, 2017).

Svikt i rutiner har vist seg å være en av hovedårsakene til avvik innen legemiddelhåndtering (Hagesæter et al., 2016). Det er avdekket at helsepersonell kan ha dårlige rutiner når det kommer til lesing av arbeidslister, og rutiner ved kontrollering og utdeling av legemidler. Sykepleierne i studien til Grasbekk et al. (2017) uttrykker bekymringer over mangelfulle rutiner ved legemiddelhåndteringen. De største utfordringer oppstår når det er ufaglærte som skal foreta legemiddelhåndteringen. Det er nødvendig at rutiner er tilgjengelige for det aktuelle helsepersonellet. I hjemmesykepleien, hvor personellet jobber mye alene, vil det være hensiktsmessig at rutinene er tilgjengelig skriftlig, eksempelvis i arbeidslister eller i brukernes tiltaksplaner. Å etablere rutinene er avdelingenes og ledelsens ansvar, og dermed er det også ledelsens ansvar å sikre at personellet kjenner til de aktuelle rutinene. Videre når rutinene er dokumentert skriftlig er det sentralt at helsepersonellet også leser rutinene. Å innføre signeringsfunksjoner og fargekoder i arbeidslister kan være et aktuelt tiltak for å sikre at informasjon leses (Hagesæter et al., 2016). Dette kan være et effektivt tiltak ettersom det kom frem i flere studier at en av de hyppigste årsaker til feil i legemiddelhåndteringen skyldtes manglende lesing av arbeidslister.

Hyppige prioriteringsendringer i de daglige rutinene og oppgavene er også en utfordring i hjemmesykepleien (Lindblad et al., 2017). Min erfaring tilsier at det medfølger mye stress når

sykepleiere stadig må endre sine planer for gjennomføring av vaktens oppgaver. I stressede situasjoner er det lett å gjøre raske løsninger i et forsøk på å spare tid. Det er likevel viktig at helsepersonell gjør en grundig jobb, leser arbeidslister og kontrollerer medisiner. Muntlige beskjeder er en trussel for kontinuiteten i tjenesten. Dette da innholdet i de muntlige beskjedene kan oppfattes forskjellig for ulike helsepersonell.

#### *5.1.5 Informasjon, kommunikasjon og samhandling*

Flere av litteraturstudiens artikler opplyser om dårlig kommunikasjon og samhandling mellom sykepleiere og leger (Grasbekk et al., 2017) (Berland & Bentsen, 2017) (Lindblad et al., 2017). Brukerne i hjemmesykepleien har ulike behov og deres sykdommer og legemiddelbehov varierer stadig. For å kunne ivareta disse brukerne er det sentralt å ha en god dialog med behandlende lege og sikre en kontinuerlig informasjonsflyt. Sykehusene og legene har et ansvar når det kommer til å oversende tilstrekkelig informasjon, samtidig har sykepleierne et ansvar i å være tydelige og å etterspørre viktig informasjon dersom dette mangler.

I hjemmesykepleien jobber personellet som nevnt mye alene. Alle jobber ikke under samme tak slik som en gjerne gjør på sykehjem og på sykehus. Dette skaper ekstra utfordringer for samhandling, informasjonsutveksling og tverrfaglig samarbeid. Det vil dermed være spesielt viktig i hjemmesykepleien å ha gode rutiner for informasjonsoverføringer, kommunikasjon og samhandling mellom de ulike aktørene.

Tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien er viktig for å sikre brukeren et godt tjenestetilbud. I forbindelse med legemiddelhåndtering kan sykepleier tjene på å ha et godt tverrfaglig samarbeid med lege og farmasøyt. Legemiddelgjennomganger er et viktig tiltak for å kritisk vurdere brukernes legemiddelbruk. Legemiddelgjennomganger kan bidra til å avdekke legemiddelrelaterte problemer, hindre og forebygge feilmedisinering, interaksjoner og unødig legemiddelbruk (Olsen & Devik, 2016). Samtidig har Khalil et al. (2017) kommet frem til at tiltak, som blant annet legemiddelgjennomganger og tverrfaglige samarbeid med farmasøyter, ikke har noen effekt når det kommer til å redusere brukernes hyppighet av sykehusinnleggelse, akuttmottaksbesøk eller død. Likevel må en kunne konkludere med at

det er avgjørende at helsepersonell har et godt tverrfaglig samarbeid innad i helsetjenestene, for å imøtekomme det helsepolitiske målet «selvstendighet i eget hjem lengst mulig (Meld. St. 29 (2012-2013))» (Fjørtoft, 2016, s. 19),

## **5.2 Metodediskusjon**

I litteraturstudien ble det inkludert syv studier, hvor en av disse var en kunnskapsoppsummering og en annen studie var en oversiktsartikkel. De resterende fem studiene var enkeltstudier, hvor fire av disse var kvalitative studier og den siste var en kombinasjon av en kvalitativ og kvantitativ studie. Når søkeprosessen startet var det ønskelig å finne artikler som var basert på både kvalitative og kvantitative studier. De kvalitative studiene har bidratt til å gi en god oversikt over sykepleieres erfaringer tilknyttet utfordringer og tiltak ved legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.

Kunnskapsoppsummeringen av Olsen og Devik (2016) og oversiktsartikkelen utarbeidet av Khalil et al. (2017) er begge oversiktsartikler. Slike oversiktsartikler bidrar med en mer nyansert sammenstilling av tilgjengelig kunnskap på et felt. En kan dermed betrakte de som mer troverdige enn enkeltstudier (Nortvedt et al., 2017, s. 135). Oversiktsartikkelen utarbeidet av Khalil et al. (2017) har bidratt til å presenter effekten av enkelte tiltak målt opp mot grad av sykehusinnleggelse, akuttmottaksbesøk og dødsfall. Samtidig er det bare fem av oversiktsartikkelens 30 inkluderte studier som er relevante for litteraturstudien av hensyn til inklusjon- og eksklusjonskriterier. Dette ettersom et flertall av artiklene tar for seg intervensjoner gjennomført for brukere som selv administrerer sine medikamenter, mottar oppfølging av legemiddelbruk via poliklinikker eller apoteker. Effektene av tiltakene presenteres inndelt etter profesjonelle eller organisasjonelle intervjuer. I de fem inkluderte studiene blir det bare hos én presenter hvilken type studie det er. En kan dermed ikke med sikkerhet si at effekten de har konkludert med samlet sett, gjelder også for studiene sett enkeltvis. Dermed hadde det vært ønskelig å inkludere flere studier som hadde sett på effekten av litteraturstudiens aktuelle tiltak. Dette ble likevel ikke funnet.

Det har vist seg å være mye tilgjengelig forskning som er aktuell for primærhelsetjenesten. Likevel vil jeg ta høyde for at jeg kan ha gått glipp av aktuelle forskningsartikler. Dette som

følge av relativt ferske kunnskaper, og begrenset erfaring, tilknyttet litteratursøk og hvordan en finner frem til relevant forskning. Videre er søkene avgrenset til gitte land og språk, dermed kan man ha gått glipp av relevant forskning fra øvrige land og språk. Flere av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk, og jeg vil dermed ta høyde for at enkelte budskaper kan være tolket eller oppfattet feil. Dette ettersom mine engelskunnskaper bare kan anses som middels gode når det kommer til å lese faglig litteratur med et akademisk språk.

Personlig erfaring fra hjemmesykepleien kan ha virket positivt inn på studien ettersom at jeg kjenner igjen mye av det studiene rapporterer om. Samtidig kan mine personlige erfaringer ha bidratt til at jeg har tolket innholdet i studiene i retning av mine personlige meninger om temaet. Dette hvor det er muligst for at jeg har lest og søkt etter innhold som støtter mine meninger og erfaringer.

## **6.0 KONKLUSJON**

### **6.1 Oppsummering i forhold til problemstilling**

Både sykepleiere og ledelsen har et stort ansvar når det kommer til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien. For at sykepleiere skal kunne bidra til å ivareta pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien må ledelsen i større grad legge til rette for fagutvikling, kompetanseheving og opplæring av ansatte. Ved å etablere gode rutiner for kompetanseheving på avdelingene vil en anta at sykepleier i større grad vil kunne bidra med undervisning og veiledning av ansatte. Det er da sentralt at det settes av ressurser i form av tid, lokaler og ansatte. Det tar lang tid å implementere ny kunnskap i hjemmesykepleiens daglige drift, det er dermed sentralt at sykepleier innretter seg etter faglige oppdateringer og er trofaste mot de faglige føringene og retningslinjene over tid. Her hører det også med at sykepleier har et ansvar for å etterspørre fagutviklingstiltak på avdelingene.

Ledelsen har ansvar for å etablere gode og hensiktsmessige rutiner tilknyttet legemiddelhåndtering. Videre må det sikres at rutinene er kjent for personalet, og følges. Sykepleiere må lese arbeidslister og kontrollere medikamentene de skal gi til brukerne, dette må også gjøres i tilfeller hvor sykepleiere overtar eller bytter brukere med kollegaer. Videre må sykepleiere og annet helsepersonell må bli bedre på å melde fra om observerte avvik. Ledelsen må samtidig sikre at personellet forstår hensikten med avviksmeldingen, hvordan det praktisk gjennomføres, samt at ledelsen må sikre at avvikene følges opp for å hindre unødige gjentakelser.

For å kunne ivareta brukernes behov i hjemmesykepleien er det sentralt at helsepersonell har et godt tverrfaglig samarbeid. Sykepleiere burde oppfordre til, og ledelsen burde legge til rette for, gjennomføringer av legemiddelgjennomganger etter brukernes behov. Hjemmesykepleien har mye å tjene på å etablere og ivareta gode rutiner for kommunikasjon og informasjonsoverføringer, da spesielt mellom leger, sykehus og sykepleiere.

## **6.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning**

Oppgaven kan benyttes som en oppfordring til hjemmesykepleien om å forbedre deres rutiner tilknyttet fagutvikling og kompetanseheving. Oppgaven viser også at det er behov for et økt fokus på gode rutiner i hjemmesykepleien. Organiseringen av hjemmesykepleiens avdelinger burde organiseres av hensyn til brukernes behov og rettigheter, fremfor av hensyn til avdelingenes kontinuitetsbehov. Oppgaven vil bli benyttet til undervisning og fagutvikling i kommende praksis i hjemmesykepleien. Det er behov for flere studier som måler effekten av tiltak tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.

## REFERANSER

Selvvalgt pensum er merket med \*

- \*Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase, *Pasientsikkerhet - Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- \*Aase, K., & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase, *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Befring, A. K. (2018). *Helse- og omsorgsrett* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- \*Berland, A., & Bentsen, S. B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gyldensal Akademisk.
- \*Cappelen, K. (2015). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase, *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- \*Galek, J., Zukrowski, M., & Grov, E. K. (2018). Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig. *Sykepleien*. Hentet 09.01.2020 fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/11/slik-kan-legemiddelhandteringen-bli-mer-forsvarlig-og-riktig>
- \*Grasbekk, K., Halvorsrud, L., & Debesay, J. (2017). Mer kompetanse og bedre rutiner. *Geriatrisk sykepleie*.
- \*Hagesæther, E., Siggerud, I., & Granås, A. G. (2016). Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien - rapporterte og observerte avvik. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. Hentet 12.01.2020 fra [https://admin.farmatid.no/sites/default/files/nft\\_9\\_2016\\_s\\_24-28.pdf](https://admin.farmatid.no/sites/default/files/nft_9_2016_s_24-28.pdf)

- \*Haugen, A. S., & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase, *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- \*Helsedirektoratet. (2018). *Programmet er over, slik fortsetter arbeidet*. Hentet fra I trygge hender 24-7: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/programmet-er-over-arbeidet-fortsetter>
- \*Helsedirektoratet. (2019). *I trygge hender 24 - 7*. Hentet 11.02.2020 fra Riktig legemiddelbruk i hj. tjenesten: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten>
- \*Helsedirektoratet. (2019). *I trygge hender 24/7*. Hentet 11.02.2020 fra Arbeidsområder, målsettinger og organisering av I trygge hender 24 - 7: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- \*Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet 28.02.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- \*Kattouw, C. E., & Wiig, S. (2018, Desember). Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien*. Hentet 09.01.2020 fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/12/organiseringen-av-hjemmesykepleien-kan-ga-ut-over-sikkerhet-og-kvalitet>
- \*Khalil, H., Bell, B., Chambers, H., Sheikh, A., & Avery, A. J. (2017). Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Hentet 21.01.2020 fra <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003942.pub3/epdf/full>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.



Legemiddeloven. (1994). *Lov om legemidler m.v (legemiddeloven) (LOV-1992-12-04-132)*.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132>

\*Lindblad, M., Flink, M., & Ekstedt, M. (2017). Safe medication management in specialized home healthcare - an observational study. *BMC Health Services Research*. Hentet 21.01.2020 fra <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2556-x>

\*Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2019). *Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (LOV-2017-06-16-56)*. Hentet 26.02.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>

\*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011). *Vedlegg 2: Sjekklist*. Hentet 21.02.2020 fra Folkehelseinstituttet:  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklist.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklist.pdf)

\*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2016). *Helsebiblioteket*. Hentet 23.01.2020 fra Sjekklist: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

\*NHI. (2020). *Legemiddelhandteing*. Hentet fra E-læring fra NHI:  
<https://kurs.nhi.no/medhjelper/grunnkurs/legemiddelhandtering/421e69f4-78f4-5831-800d-f028b17a362b>

\*NHI. (2020). *Legemiddelhandtering*. Hentet fra E-læring fra NHI:  
<https://kurs.nhi.no/helsefagarbeider/grunnkurs/legemiddelhandtering/27c0c9a4-d894-520b-8444-3c9ee45474b6>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert - En arbeidsbok (7. utg.)*. Oslo: Cappelen Damm AS.

\*Olsen, R. M., & Devik, S. A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.

Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov omg pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H., & Engh, E. (2016). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61).

\*St.meld. nr. 10 (2012-2013). (2012). *God kvalitet - trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

\*Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleiers funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Tajik, A. A. (2019). Fra skyld og skam til læring og forbedring. *Tidsskriftet den norske legemiddelforening*. Hentet 22.02.2020 fra <https://tidsskriftet.no/2019/11/leder/fra-skyld-og-skam-til-laering-og-forbedring>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

## VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK

SØK 1		MEDLINE
S1	Home care	51735
S2	Home based nursing	66
S3	Home care services	35357
S4	Medication management	3164
S5	Patient safety	46651
S6	S1 OR S2 OR S3	51756
S7	S4 AND S5 AND S6	16
S8	S7 AND Limits: year 2009-2020	15
Aktuelle artikler basert på tittel:		6
<b>Aktuelle artikler etter lesing av sammendrag:</b>		<b>3</b>

SØK 2		SveMed+
S1	Home care services	1506
S2	Home based nursing	4264
S3	Hjemmesykepleie	71
S4	Medication management	548
S5	Legemiddel	274
S6	Patient safety	510
S7	Safety	1436
S8	Pasientsikkerhet	510
S9	S1 OR S2 OR S3	5444
S10	S4 OR S5	819
S11	S6 OR S7 OR S8	1436
S12	S10 OR S11	2072
S13	S9 AND S12	159
S14	S13 AND Limits: "Peer reviewd" AND year 2009-2019	42
Aktuelle basert på tittel:		8
<b>Aktuelle etter lesing av sammendrag:</b>		<b>5</b>

<b>SØK 3</b>		<b>CIHNAL</b>
S1	Home health care OR Home care services OR Home based nursing OR Home nursing professional	7928
S2	Health care errors OR Medication management OR Medication errors OR Medical organizations	7058
S3	Health care errors OR Patient safety OR Safety in patient healthcare OR Primary health care	32754
S4	S1 AND S2 AND S3	11
Aktuelle basert på tittel:		3
Aktuelle etter lesing av sammendrag:		1

<b>SØK 4</b>		<b>Cochrane</b>
S1	Home care services	6044
S2	Home based nursing	2967
S3	Medication management	13621
S4	Patient safety	73211
S5	S1 OR S2	7784
S6	S3 AND S4	3083
S7	S5 AND S6 Limits: Januar 2009-januar 2020 in Cochrane Reviews	285
Aktuelle basert på tittel:		3
Aktuelle etter lesing av sammendrag:		1

## VEDLEGG 2: ARTIKLENE VURDERT I SJEKKLISTER

Grasbekk K., Halvorsrud L., & Debasey J. (2017). Mer kompetanse og bedre rutiner

Sjekkliste for kvalitativ metode.

<b>(A) Innledende vurderinger</b>	
<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	Ja. Formålet med studien har vært å forstå intervjudeltakernes erfarte virkelighet gjennom samtaler og fortolkning av deres meningsytringer. Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med håndtering av legemidler til hjemmeboende eldre.
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for denne studien ettersom studiens hensikt er å belyse sykepleieres erfaringer med håndtering av legemidler til hjemmeboende eldre.
<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Studiedesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. «Det er gjennomført enkeltintervjuer med en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål.» Utvalget bestod av 6 kvinnelige sykepleiere. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene, samtidig som alle forfatterne deltok i analysen og utarbeiding av artikkelen.
<b>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	Ja.

	<p>6 sykepleiere fra tre ulike hjemmetjenestedistrikt på Østlandet. Sykepleierne hadde minimum ett års arbeidserfaring fra hjemmesykepleien, var kvinner og snakket norsk. Det ses på som positivt at deltakerne tilhører ulike hjemmetjenestedistrikter for på denne måten å gjøre resultatene mer generaliserbare. Det er også positivt at de har minimum 1 års erfaring da rutinene tilknyttet legemiddelhåndtering vil være mer innarbeidet med økt arbeidserfaring. Samtidig kommer det ikke klart frem i artikkelen hvordan nettopp disse sykepleierne ble valgt. Det står at avdelingslederne på tjenestestedet kontaktet sykepleierne, samtidig står det ikke hvordan avdelingslederne ble kontaktet. Det blir ikke oppgitt hvor mange som ble spurt om å delta i studien.</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p>	<p>Ja. «Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett etter hvert intervju. Intervjuene ble analysert ved hjelp av fortetting av informantenes utsagn til meningsbærende enheter. Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsfortettingene sortert i flere underkategorier og senere færre hoved kategorier.»</p>
<p><b>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p>	<p>Ja. Det kommer frem i artikkelen at: «Alle tre forfatterne har gjennom egen utdanning og yrkesutøvelse kjennskap til</p>

	<p>legemiddelrelaterte oppgaver blant mottakere av hjemmebaserte tjenester.»</p> <p>Eventuelle fordeler og ulemper ved dette er ikke gjort rede for. Det kan likevel antas at dette kan ha bidratt til å påvirke både gjennomføring av intervjuene, fortolkning og analysering av budskap.</p>
<b>7. Er etiske forhold vurdert?</b>	<p>Ja.</p> <p>Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning. Videre fikk samtlige informanter både skriftlig og muntlig informasjon om at deltakelsen var frivillig, at de kunne trekke seg når som helst i prosessen, samt at de var sikret anonymitet.</p>
<b>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	<p>Ja.</p> <p>Det er beskrevet hvordan intervjuene, analyse og sortering av budskaper er gjennomført. Diskusjon om dataene er gjennomført mellom forfatterne og sentrale temaer er blitt utviklet. Temaene er tydelig presentert under «Resultater».</p>
<b>(B) Hva er resultatene?</b>	
<b>9. Er funnene klart presentert?</b>	<p>Ja.</p> <p>Under avsnittet «Resultater» oppsummerer de kort fire hovedtemaer. Temaene er:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompleksiteten i ansvaret og oppgavene de måtte håndtere i møte med eldre som brukte medikamenter</li> <li>2. Utfordringene sykepleierne opplevde i samarbeidet med andre helsepersonell</li> </ol>

	<p>3. Behovet for økt kompetanse</p> <p>4. Sykepleiernes ytre rammer for utøvelse av sitt arbeid</p> <p>Disse temaene og resultatene blir videre drøftet under hvert sitt underkapittel.</p>
<b>(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b>	
<p><b>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p>	<p>Studien er nyttig da den bidrar til å tydeliggjøre ulike utfordringsområder tilknyttet legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Når man fremhever dette, kan man videre se på hvor man bør rette eventuelle tiltak. Det kommer frem at det er et behov for et fokus på kontinuerlig kompetanseheving. Videre er det behov for å utvikle gode samarbeids- og kommunikasjonsformer mellom involvert helsepersonell.</p>



**Galek J., Zukrowski M. & Grov E. K. (2018). Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig**

Sjekkliste for prevalensstudie

<b>(A) Innledende spørsmål</b>	
<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	Ja. Forfatterne skriver at: «Formålet med prosjektet var å fremstille praktiske utfordringer som er relatert til legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenestene, og å etablere enighet – konsensus – om hvordan disse utfordringene skal håndteres.»
<b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b>	Ja. En prevalensstudie benyttes for å samle inn informasjon fra en gitt målgruppe på en spesifikk måte på et aktuelt tidspunkt. Ved å gjennomføre en prevalensstudie kan man relativt enkelt estimere utbredelsen av et problem eller behov for helsetjenester i en populasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim, & Reinart, 2017, ss. 95-96). Ut ifra dette kan man si at metoden er egnet da de ønsker å fremstille aktuelle utfordringer for en gruppe, for deretter å komme frem til en enighet om hvordan de kan løses. Metoden de har benyttet i studien er Delphi-metoden. Dette er en metode som går ut på at man gjennomfører en spørreundersøkelse hvor man søker å finne ut «hva som bør være eller kan være». Metoden baserer seg videre på en prosess hvor man gjennomfører flere runder med

	spørreundersøkelser. Dette blir gjennomført på en måte hvor man samler inn data fra hver enkelt runde, analyserer resultatene og kommer opp med nye spørsmål til neste runde.
<b>(B) Kan du stole på resultatene?</b>	
<b>3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt i fra, klart definert?</b>	<p>Ja.</p> <p>De oppgir i artikkelen alle de har spurt om å delta og deres yrkesrolle. Det oppgis at respondentene er hentet fra ett fylke, men ikke hvilket fylke eller hvilken del av landet det tilhører. Videre opplyser de at de sendte ut e-post til 26 rådmenn og kommunalsjefer i det aktuelle fylket, hvor de mottok 17 positive svar om å delta i undersøkelsen. Deretter kontaktet de avdelingssykepleiere eller virksomhetsledere i de aktuelle kommunene hvor de fikk samlet inn 183 e-postadresser til sykepleiere, vernepleiere, farmasøyter og avdelingsledere. Det er altså disse yrkesgruppene utvalget er tatt fra. I en tabell (tabell 2) oppgir de respondentenes yrke, ansiennitet, stillingsprosent, arbeidssted, funksjon og utdanning. Noe de ikke oppgir er kjønn og alder, som kan antas også å være relevant i denne sammenhengen.</p>
<b>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b>	<p>Delvis.</p> <p>Forskerne la ansvaret for rekrutteringen over på avdelingslederne hvor de fikk i oppgave å videreformidle informasjon om prosjektet til de aktuelle respondentene. Her kan det antas at forskerne kunne fått en høyere</p>

	<p>deltakelsesprosent dersom informasjonen om prosjektet ble formidlet av dem personlig. Det er uvisst om alle de aktuelle respondentene mottok tilstrekkelig informasjon om prosjektet og deltakelsen. De hentet inn 183 e-postadresser til aktuelle respondenter, men svarprosenten var lav. Samlet i studien var svarprosenten 26–30 %.</p>
<p><b>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>I artikkelens diskusjonsdel drøfter de svakheten ved få deltakere, samt at det kan antas at de som deltok kan være spesielt interessert i temaområdet. Altså kan svarene som er blitt gitt, være preget av interesse og innsikt.</p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p>	<p>Delvis.</p> <p>En prevalensstudie bør ha en svarprosent på 70 % for å kunne anses som ganske bra (Nortvedt, et al., 2017, s. 97). Denne studien hadde en svarprosent på 26–30 %. Det var totalt 66 respondenter som deltok, men bare 23 av disse deltok i alle tre rundene.</p> <p>Samtidig viser forfatterne til en kilde om sier at flertallet av Delphi-studier har brukt mellom 15 og 20 respondenter. Ut ifra dette betrakter de selv studiens dataomfang som tilfredsstillende.</p>
<p><b>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p>	<p>Delvis.</p> <p>Studien ønsker å måle i hvilken grad respondentene er enige eller uenige om gitte påstander. I studien har de benyttet interkvartilbredde (IQR) for å beskrive konsensus. Påstander med en IQR = 0,00 ble</p>

	<p>vurdert som konsensus. Påstander med en IQR større enn 1,00 ble vurdert som ikke konsensus. Respondentene kunne svare på hvor enige de var i påstandene etter verdiene «helt enig», «delvis enig», «verken enig eller uenig (nøytral)», «delvis uenig» og «helt uenig». Svarte flertallet enten delvis enig eller helt enig på en påstand resulterte dette i en IQR =1 som også betydde konsensus ettersom det ikke var en IQR større enn 1. Totalt oppnådde de enighet i 77 påstander/standarder.</p>
<p><b>8. Er datainnsamlingen standardisert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Spørreundersøkelsen ble tilsendt til respondentenes e-postadresse og alle fikk påminnelse om undersøkelsen etter 1 uke og deretter en ny påminnelse etter 2 uker. Alle respondentene mottok det samme spørreskjemaet for runde 1, ett nytt spørreskjema for runde 2 og enda ett nytt spørreskjema for runde 3. En svakhet ved studien er at flertallet av respondentene ikke deltok i alle tre undersøkelsesrundene, som vil si at utvalget var forskjellig underveis i prosessen.</p>
<p><b>9. Er dataanalysen standardisert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Alle data ble analysert på en standardisert måte. Spørreskjemaet hadde en kvantitativ og en kvalitativ del. Den kvantitative delen bestod av gitte påstander med mulighet for å svare fra helt enig til helt uenig. Resultatene fra de kvantitative spørsmålene ble analysert ved bruk av «Mann-Whitney U-test», en</p>

	<p>ikke-parametrisk test.</p> <p>Den kvalitative delen av spørreskjemaene innebar at respondentene kunne komme med merknader til påstandene. Disse merknadene ble analysert ved bruk av Framework-analyse. Denne analysen gjorde det mulig å systematisere dataene og forme den pågående datainnsamlingen.</p> <p>Respondentenes merknader dannet grunnlag for å endre påstander ved å presisere eller omforme dem til påfølgende spørreunde for på denne måten kunne bidra til økt sannsynlighet for konsensus.</p>
<b>(C) Hva forteller resultatene?</b>	
<p><b>10. Hva er resultatene i denne studien?</b></p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b></p>	<p>Forfatterne oppgir at de oppnådde konsensus i 77 standarder i legemiddelhåndtering. De vurderte P-verdien til å være under 0,05 som ble betraktet som statistisk signifikant, altså at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter. De 77 standardene er vedlagt artikkelen i en egen tabell.</p> <p>De 77 standardene sortert under temaene «rutiner for rekvirering til lager og mottak av legemidler», «rutiner for oppbevaring av legemidler», «rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler», «rutiner for dobbelkontroll», «narkotika og B-preparat rutiner», «rutiner for håndtering av sterilt legemiddel», «dokumentasjonsrutiner», «rutiner ved overføring mellom tjenestenivåer», «revisjon og kontroll av legemiddelrelaterte rutiner», «kompetanse, opplæring og opplæringsplan» og</p>

	«ansvarsoverføring mellom tjeneste og mottaker i hjemmesykepleie».
<b>(D) Kan resultatene være til hjelp i min praksis?</b>	
<b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b>	<p>Delvis.</p> <p>Ettersom studien har noe som kan betraktes som et lite antall respondenter er det vanskelig å vurdere overførbarheten til andre kommuner. Ut ifra antall respondenter kan man ikke ta det for gitt at disse 77 standardene egner seg til alle avdelinger i alle kommuner. Forfatterne presiserer selv i artikkelen at det vil være nødvendig med ytterligere forskning i flere kommuner for å kunne bekrefte konsensusstandardene i studien.</p> <p>Samtidig kan det tenkes at det kan være aktuelt å diskutere standardene på en fagdag, faglunsj, møte eller lignende for å skape en faglig diskusjon. Dette kan da bidra til å videreutvikle og oppdatere rutiner.</p>
<b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b>	<p>Ja.</p> <p>Forfatterne opplyser om at dette er den første norske Delphi-studien som har til hensikt å bygge universelle, tverrfaglige standarder for legemiddelhåndtering.</p> <p>Videre sier de at flere studier viser at det er behov for å forbedre rutiner knyttet til legemiddelhåndtering.</p> <p>Gjennom artikkelens diskusjonsdel drøfter de resultatene opp mot tidligere forskning, forskrifter, retningslinjer og pasientsikkerhetsprogram. På denne måten bidrar de til å bygge opp troverdigheten,</p>

	relevansen og viktigheten av funnene i studien.
--	---

**Hagesæther E., Siggerud I. & Granås A. G. (2016). Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik**

Sjekkliste for kvalitativ studie.

(A) Innledende vurderinger	
<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	Ja. Hensikten med studien er å analysere årsaken til og konsekvenser av rapporterte og observerte avvik i legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, samt gi innspill til bedre pasientsikkerhet og rutiner for legemiddelhåndtering.
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få frem erfaringer og holdninger. Forskerne kan ved bruk av kvalitativ studie «undersøke personers liv og deres fortellinger og atferd, organisasjoner og hvordan de fungerer, forhold mellom ulike aktører og deres kommunikasjon innad» (Nortvedt et al., 2017, s. 72). Når man ser på årsaksforhold kunne også en kohort- eller en kasus-kontrollstudie vært aktuelt (?). Forfatternes hensikt med studien er bred. For å kunne utforske det de ønsker vil det være hensiktsmessig å innhente et innholdsrikt datamateriale, som de gjør ved å innhente

	informasjon fra avviksmeldinger og observasjoner av helsearbeidere.
<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Innhenting av informasjon fra kommunedokumenter, altså avviksmeldinger, og gjennom observasjon av helsepersonell er egnet for studiens hensikt.
<b>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	Ja. Strategien ved å benytte en kommune og se på hvordan de gjennomfører deres legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, samt gå gjennom avviksmeldinger for den aktuelle kommunen er en fin strategi. Samtidig står det ikke noe om hvorfor nettopp denne kommunen er valgt eller hvor den befinner seg. De har heller ikke spesifisert i artikkelen hvordan de aktuelle helsearbeiderne de observerte ble valgt, hvilken bakgrunn de hadde, om de fulgte forskjellige helsearbeidere per dag eller om de fulgte samme helsearbeider hele perioden. De kunne vært relevant å vite om helsearbeiderne var sykepleiere, helsefagarbeidere eller assistenter, samt alder og hvor lang arbeidserfaring de hadde i kommunens hjemmesykepleie.
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b>	Ja. Dataene ble samlet inn, kategorisert og fremstilt i ulike tabeller.



<p><b>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p>	<p>Delvis.</p> <p>Forfatterne påpeker at enkelte helsearbeidere tilsynelatende ble påvirket av observasjonene hvor de eksempelvis sjekket arbeidslisten unaturlig ofte og vasket hendene overdrevent nøye og hyppig.</p> <p>Videre er det ikke gjort rede for bakgrunnsforhold ved forfatterne som kan ha påvirket studien, som eksempelvis at de er farmasøyter og ikke sykepleiere. Det er heller ikke gjort rede for de ulike helsearbeidernes yrkesrolle eller arbeidserfaring.</p>
<p><b>7. Er etiske forhold vurdert?</b></p>	<p>Nei.</p> <p>Mangler opplysninger om etiske overveielser, om deltakerne har mottatt informasjon i forkant av studien, om de er opplyst om anonymitet og frivillighet.</p> <p>Videre er det heller ikke oppgitt om de observerte brukerne er informert eller gitt mulighet til å samtykke eller ikke samtykke til å bli observert.</p>
<p><b>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Analyseringen av avviksmeldingene bestod av å gjennomgang og kategorisering. De ble delt inn i temaene «beskrivelse av hendelsen» og fordelt etter kategoriene: feil person, feil dose, legemiddel ikke tatt, feil i doseringstidspunkt, gjenglemmelser/rot og ikke utlevert legemiddel. Neste tema var «konsekvensen av hendelsen» som omfattet kategoriene: feil legemiddel, feil dose, feil doseringstidspunkt, konsekvens for ansatt,</p>

	<p>ingen konsekvens. Deretter benyttet de temaet «forbedringsforslag» for å kategorisere årsakene til avvikene, kategoriene her var: rutinesvikt, ikke lest arbeidsliste, annet. Et siste tema omfattet lederens kommentarer etter gjennomgang av avviket.</p> <p>Dataene fra observasjonene ble etter analysen inndelt i kategoriene kommunikasjon, kunnskap, rutiner, utbytte for pasienten og profesjonalitet.</p> <p>De analytiske gjennomgangene ble gjennomført sammen med veileder.</p>
<b>(B) Hva er resultatene?</b>	
<p><b>9. Er funnene klart presentert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Oppsummert viser resultatene at det vanligste rapporterte avviket var at legemidlet ikke ble utlevert/gitt.</p> <p>Hovedårsakene var rutinesvikt og at arbeidslistene ikke ble lest godt nok.</p> <p>Observasjonene viste at oral administrering av legemidler foregikk forskriftsmessig 89 % av tilfellene. Når det gjaldt administrering av inhalasjoner og administrering av legemidler til øyet ble dette utført forskriftsmessig bare 30 % og 25 % av tilfellene.</p>
<b>(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b>	
<p><b>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p>	<p>Studien er nyttig da helsepersonell kan bli gjort oppmerksomme på viktigheten av å alltid lese arbeidslistene, selv om det gjelder kjente brukere. Kunnskap om</p>

	<p>legemiddeladministrering er ferskvare og det er viktig at personell holder seg oppdatert og setter seg inn i hvordan man skal administrere medikamenter på korrekt måte. Videre kan helsepersonell bli flinkere til å melde avvik, og å melde avvikene på en hensiktsmessig måte med tilstrekkelig informasjon.</p> <p>Forfatterne presiserer at generaliserbarheten til studien er begrenset ettersom studien fant sted i én kommune i kun en begrenset periode.</p>
--	--

## Olsen R. M. & Devik S. A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet

Kunnskapsoppsummering.

Sjekkliste for oversiktsartikkel.

<b>(A) Kan du stole på resultatene?</b>	
<b>1. Er formålet med oversikten klart formulert?</b>	Ja. Hensikten med arbeidet har vært å oppsummere forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientsikkerhet relatert til legemiddelbruk i kommunen.
<b>2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?</b>	Ja. Forfatterne har søkt etter relevante forsknings- og utviklingsarbeid i 37 ulike databaser/kataloger, søkemotorer, portaler og nettsider. De har også gjennomført søk hos instanser som tildeler midler til forsknings- og utviklingsprosjekter, eksempelvis Helsedirektoratet, Norsk Forskningsråd med flere. Referanselistene i sentrale publikasjoner ble også gjennomgått for å kartlegge ytterligere tilgang på relevante studier. Forfatterne har på side 16 listet opp de aktuelle søkeordene de har benyttet. Kriteriene til studiene er listet opp på side 16 og 17. Etter gjennomføring av søkearbeidet har de kommet frem til 48 forskningspublikasjoner og 43 publikasjoner som omhandler utviklingsprosjekter. Det er også inkludert 9 faglige, juridiske og politiske dokumenter.

	Slik jeg vurderer det har forfatterne søkt etter, og funnet, relevante typer studier.
<b>3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?</b>	<p>Ja.</p> <p>Viser til svar i punkt 2.</p> <p>Forfatterne beskriver grundig hvilke studier de har søkt etter, hvilke søkeord de har benyttet, hvor og hvordan søkene er blitt gjennomført, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt ytterligere krav til studiene. Ut ifra disse opplysningene vil jeg vurdere det som sannsynlig at forfatterne har funnet frem til alle viktige og relevante studier.</p>
<b>4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?</b>	<p>Ja.</p> <p>Forfatterne beskriver på side 17 deres krav til forskningspublikasjoner som blant annet innebærer at publikasjonen må være i en publikasjonskanal med rutiner for fagfellevurdering, eller være publisert av en forskningsinstitusjon med intern fagfellevurdering. Resultatene må også presentere ny innsikt og være etterprøvbare eller være anvendelig i ny forskning.</p> <p>Utviklingsarbeidene ble vurdert ved å først lese tittel, deretter ble sammendragene lest. Dersom sammendragene viste at arbeidet var relevant ble hele dokumentet lest og vurdert i forhold til inklusjonskriterier og omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring.</p> <p>Ut ifra disse opplysningene om vurderingsprosessene vil jeg anslå studiene for å være tilstrekkelig vurdert.</p>

<p><b>5. Hvis resultatene fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?</b></p>	<p>Dette er ikke blitt gjort.</p>
<p><b>6. Hva forteller resultatene?</b></p>	<p>Hovedfunnene tar for seg utfordringer og tiltak knyttet til legemiddelhåndtering i primærhelsetjenesten. Kort oppsummert skriver de at legemiddelrelaterte problemer forekommer ofte i den eldre befolkningen. Forekomsten av legemiddelrelaterte problemer har sammenheng med personlige faktorer hos brukeren. Det er avdekket utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling. Brukerne selv mangler også kunnskaper om bruk og bivirkninger. Helsepersonell er for dårlige til å rapportere avvik. Tiltak og erfaringer fra forsknings- og utviklingsprosjekter er også inkludert i oppsummeringen.</p>
<p><b>(B) Hva er resultatene?</b></p>	
<p><b>7. Hvor presise er resultatene?</b></p>	<p>Resultatene er presentert under hvert sitt underkapittel med passende tittel som oppsummerer innholdet. Resultatene er presentert i tråd med forfatternes problemstillinger som de presenterte sammen med studiens hensikt. De har svart på problemstillingene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke faglige anbefalinger, juridiske reguleringer og politiske føringer gjelder for legemiddelbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke utfordringer knyttet til legemiddelbruk er beskrevet?</li> <li>- Hvilke tiltak er utprøvd for å øke pasientsikkerheten knyttet til legemiddelbruk?</li> <li>- Hvilke erfaringer er gjort gjennom forsknings- og utviklingsprosjekter om legemiddelbruk?</li> </ul> <p>Ettersom resultatene er presentert etter disse problemstillingene, hvor hver problemstilling har fått sitt underkapittel med tilhørende løsninger og/eller svar, er resultatene presentert på en presis og lettfattelig måte.</p>
<b>(C) Kan resultatene overføres til praksis?</b>	
<p><b>8. Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b></p>	<p>Resultatene kan være til nytte i kommunehelsetjeneste. Forfatterne har ved gjennomgang av studiene fått tilgang på data fra et rikt antall personer og overføringsverdien er dermed stor. Problemstillingene er gjenkjennbare og reflekterer godt de utfordringene og problemstillingene man møter på ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten.</p>
<p><b>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</b></p>	<p>Dette opplyses det ikke om i kunnskapsoppsummeringen. Samtidig vil jeg anta at dette er gjort ettersom studien er fagfellevurdert og vurdert av en ekspertgruppe.</p>
<p><b>10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?</b></p>	<p>Ja.</p>

	<p>Legemiddelrelaterte problemer medfører store kostnader for samfunnet i form av pasientskader, innleggelser og død.</p> <p>Uhensiktsmessig legemiddelbruk kan også medføre at personer blir pleietrengende eller får behov for økt omsorgsnivå. Dersom man ser på kostnadene ved disse elementene vil man kunne anta at fordelene ved et økt fokus på pasientsikkerhet tilknyttet legemiddelhåndtering, veier opp for ulempene.</p>
--	---



**Khalil H., Bell B., Chambers H., Sheikh A. & Avery A. J. (2017) Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors (Review)**

Sjekkliste for oversiktsartikkel.

(A) Kan du stole på resultatene?	
<b>1. Er formålet med oversikten klart formulert?</b>	Ja. Formålet med studien er å avklare effektiviteten av profesjonelle, organisatoriske og strukturelle intervensjoner, sammenlignet med standard omsorg, for å redusere forebyggbare legemiddelavvik i primærhelsetjenesten som fører til sykehusinnleggelser, besøk på legevakten/akuttmottak, og dødelighet blant eldre.
<b>2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?</b>	Ja. Forfatterne søkte etter relevant litteratur i ulike databaser, upublisert forskning, ikke-kommersielle publikasjoner og kliniske studieregistre. Det ble søkt utelukkende etter randomiserte studier.
<b>3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?</b>	Ja. Det er blitt søkt etter relevante studier i store internasjonale databaser uten begrensninger for hvilket årstall studiene ble publisert, publiseringsland eller språk. Savner samtidig informasjon om hvilke søkeord de har benyttet i søkene.
<b>4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?</b>	Ja. Absolutt. Alle studiene er vurdert ved at forfatterne først leste tittel, deretter sammendrag og til slutt hele artikkelen og

	<p>vurderte den opp mot kriteriene beskrevet i «Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions». Videre ble studiene vurdert opp mot syv parametere som omfattet: «random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and outcome assessors, incomplete outcome data, selective reporting, and other bias including protection against contamination and publication bias».</p>
<p><b>5. Hvis resultatene fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?</b></p>	<p>Uklart.</p> <p>Forfatterne skriver selv at det er en svakhet ved metaanalysen at antall studier som de klarte å kombinere var noe lavt grunnet underklassifisering av intervensjonene og fordi ikke alle studiene rapporterte om alle resultatene av interesse, som de nevnte i gjennomgangen.</p>
<p><b>(B) Hva forteller resultatene?</b></p>	
<p><b>6. Hva er resultatene?</b></p>	<p>Oppsummert baserer resultatene seg på at profesjonelle intervensjoner utgjør liten eller ingen forskjell på antall sykehusinnleggelser, akuttmottak-/legevaktbesøk og dødelighet.</p> <p>Resultatene viser også at organisatoriske intervensjoner utgjør en liten forskjell på hvor mange hvor mange personer som blir lagt inn på sykehus. Det er uklart i hvilken grad organisatoriske intervensjoner reduserer antallet personer som blir sendt til legevakten eller akuttmottak. Det er også uklart om organisatoriske intervensjoner</p>

	<p>bidrar til å redusere dødeligheten i den aktuelle gruppen.</p> <p>Forskerne fant ingen studier som tok for seg strukturelle intervensjoner.</p>
<b>7. Hvor presise er resultatene?</b>	<p>Resultatene er presise med tanke på at det er et stort antall personer som er inkludert i denne oppsummeringen, totalt 169969 deltakere fra de til sammen 30 inkluderte studiene. Alle inkluderte studier er vurdert grundig etter blant annet deres konfidensintervall, justert risiko ratio og eventuelle tilfeldigheter/biaser.</p>
<b>(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b>	
<b>8. Kan resultatene overføres til praksis?</b>	<p>Ja.</p> <p>Selv om studiens resultater kan overføres til praksis kan en likevel spørre seg hvilken nytteverdi det vil ha å presentere at tiltak og intervensjoner for å bedre pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering i primærhelsetjenesten, har liten eller ingen effekt.</p>
<b>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</b>	<p>Jeg tror at alle tilgjengelige utfallsmål er vurdert. Samtidig presiserer forfatterne at det er behov for høy-kvalitets studier som beskriver tiltakene i flere detaljer og teste pasientrelaterte utfall. Det er også behov for større studier som adresserer både profesjonelle og organisatoriske intervensjoner. Strukturelle studier hadde også vært nyttig og ettersom dette ikke ble funnet, burde dette forskes mer på.</p>

<b>10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?</b>	<p>Igjen vil jeg peke på at de ikke kom frem til noen positive resultater av hensyn til hvordan intervensjoner virker inn på pasientsikkerheten i primærhelsetjeneste.</p> <p>Dersom denne studien ble brukt som grunnlag for om man skal iverksette intervensjoner eller ikke, vil nok motivasjonen for å gjennomføre intervensjoner være redusert. De eventuelle fordelene, ulempene eller kostnadene dette vil medføre for de aktuelle brukerne og samfunnet er uklare.</p>
--	--

**Berland A. & Bentsen S. B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study**

Sjekkliste for kvalitativ metode.

<b>(A) Innledende vurderinger</b>	
<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	Ja. Formålet med denne studien er å utforske sykepleieres erfaringer med avvik og feil tilknyttet legemidler, og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie.
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Metoden er egnet til å se på erfaringer hos individer, slik som de ønsker å gjøre i denne studien.
<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Studiedesignet er egnet da de ønsker å få frem sykepleierens erfaringer. De har valgt et utforskende kvalitativt design hvor begge forskerne har deltatt i gjennomføringen av fire fokusgruppeintervjuer med totalt 20 sykepleiere. Fokusgruppeintervjuer ble benyttet som metode slik at deltakerne kunne presentere sine ulike synspunkter og perspektiver, samt ha muligheten til å respondere på det de andre deltakerne sier. Intervjuene varte i 1,5 til 2 timer hver. Den første forfatteren fungerte som moderator i intervjuet og la til rette for diskusjonen hvor hun sørget for at alle seltakerne fikk snakke og ble hørt. Det ble stilt enkle, åpne og

	tydelige spørsmål. Den andre forfatteren kom med innspill og observasjoner samtidig som hun noterte.
<b>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	Ja. Deltakerne i studien er 20 sykepleiere fra to vestlandskommuner i Norge. Et kriterie for å delta i studien var at sykepleieren hadde direkte brukerkontakt. På grunn av dette ble sykepleiere med lederroller ekskludert fra utvalget. Det ble ikke opplyst om andre utvalgsstrategier og krav, utover kravene om at man måtte være autorisert sykepleier med direkte brukerkontakt. Gjennomsnittlig alder var 31 år og gjennomsnittlig erfaring som sykepleier i hjemmesykepleien var 6 år. Alle sykepleierne var kvinner. To av deltakerne hadde videreutdanning/spesialisering innen geriatri (older care) og en hadde videreutdanning/spesialisering innen kreftomsorg (oncological care). Dette utvalget kan tenkes å gi et godt grunnlag for å svare på problemstillingen.
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b>	Ja. Dataene ble samlet inn ved at intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert av den første forfatteren. Dataene ble videre analysert ved å bruke en kvalitativ innholds analyse med flere trinn. Første trinn bestod av at forfatterne leste gjennom den transkriberte teksten fra de fire intervjuene flere ganger for å få en forståelse av hele konteksten og relevansen innholdet hadde for temaene medisineringsfeil og

	<p>pasientsikkerhet. Neste trinn ble å sortere innholdet i ulike grupper. Innholdet i de ulike gruppene ble deretter kortet ned for å få frem hovedbudskapene. Til slutt hadde forfatterne delt inn teksten i kategorier, underkategorier og «menings enheter». Forfatterne diskuterte innholdet i teksten opp mot pålitelighet og fortolkning, dette for å på best mulig måte sikre at de fikk frem deltakernes meninger, og ikke deres egne meninger.</p>
<p><b>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Forfatterne poengter at begge var involverte i analysen, fortolkningen og diskusjonen av data for å sikre at de fikk frem deltakernes perspektiver og meninger, fremfor deres egne.</p> <p>Videre er det gjort rede for begrensinger ved studien som til eksempel at det var et lite antall sykepleiere som deltok fra en begrenset region i Norge. Dette bidrar til å begrense generaliserbarheten. De så det også som en svakhet at det utelukkende var sykepleiere som deltok. De oppgir at det kunne vært ønskelig med flere deltakere med bakgrunner som leger og helsefagarbeidere.</p>
<p><b>7. Er etiske forhold vurdert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Det opplyses om at deltakerne ble informert om forfatternes taushetsplikt, at deltakelsen var anonym og hvordan dataene og resultatene ville bli presentert. Deltakerne fikk også opplyst at deltakelsen var frivillig.</p>

	Det ble spurt om tillatelse til å ta lydopptak av intervjuene. Studien ble også godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.
<b>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	Ja. Se punkt 5. Fortolkningen antas å være rimelig da den er oppgitt i konkrete kategorier, underkategorier og menings enheter. De mest sentrale elementene er ført opp i en egen tabell, «Table 2».
<b>(B) Hva er resultatene?</b>	
<b>9. Er funnene klart presentert?</b>	Ja. Funnene omfatter kategoriene «mangel på informasjon», «mangel av kompetanse», «rapporteringer av medikamentelle feil», «tradenamne products vs. Generic name products» (usikker på oversettelse) og «forbedringer av rutiner». Disse kategoriene er presentert under hver sine avsnitt. Avsnittene inkluderer utdrag fra intervjuene med anonyme siteringer av deltakerne som støtter funnene.
<b>(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b>	
<b>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b>	I sammendraget gjør forfatterne selv kort rede for studiens relevans og nytteverdi. Det presiseres at for å forebygge medikamentelle feil i hjemmesykepleien, er man avhengig av oppdatert informasjon vedrørende brukernes legemidler. Man må sikre god kommunikasjon mellom helsearbeidere, sykehus og hjemmesykepleie. Det er også viktig å påse at de som er involvert i



	<p>legemiddelhåndteringen har tilstrekkelig kompetanse. Åpenhet vedrørende avvik er viktig for at man skal sikre en god kultur for registreringer av avvik og lære av avvikene. Til slutt konkretiseres betydningen av å etablere gode rutiner for å klargjøre, administrere og eventuelt endre medikamenter. Dette er alle nyttige funn som man kan fokusere videre på i praksis.</p>
--	--

**Lindblad M., Flink M. & Ekstedt M. (2017) Safe medication management in specialized home healthcare – an observational study**

Ettersom studien er gjennomført ved å foreta observasjoner av arbeidsplass, fotfølge 27 sykepleiere og gjennomføre intervjuer, har jeg kommet frem til at dette kan betraktes som en kvalitativ studie.

Sjekkliste for kvalitativ studie.

<b>(B) Innledende vurderinger</b>	
<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	Ja. Studiens formål er å utforske hva som utgjør kompleksiteten i legemiddelhåndteringsprosessen i spesialisert hjemmesykepleie og hvordan helsepersonell håndterer denne kompleksiteten.
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	Ja. Kvalitativ forskning kan brukes for å utforske erfaringer, opplevelser, holdninger og oppfatninger (Nortvedt, et al., 2017, s. 72). Studiens formål har flere aspekter. De ønsker å se på hva som omfatter kompleksiteten i legemiddelhåndteringsprosessen og hvordan helsepersonell håndterer denne. Dermed kan man si at det er nyttig å få kjennskap til sykepleiernes erfaringer og opplevelser, samt å observere hvordan det hele foregår. Kvalitative studier kan gjennomføres gjennom intervju, observasjoner og/eller lesing av dokumenter. Forfatterne beskriver at de tenker å gjøre nettopp dette.

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Forskerne har valgt å gjennomføre studien som en utforskende observasjonsstudie. Observasjonene ble foretatt ved å følge helsepersonellet for å få ett blikk «på innsiden». Det er også gjennomført intervjuer. Observasjonene og intervjuene har gitt forskerne mulighet til å få en dypere forståelse av dynamikken mellom helsepersonellet og arbeidsplassen. Dette studiedesignet anses som hensiktsmessig for å få svar på den aktuelle problemstillingen.</p>
<p><b>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Tre spesialiserte hjemmesykepleie-enheter i et urbant område i Sverige ble valgt for å dekke forskjellige sosiodemografiske områder. Observasjonene ble gjennomført ved å følge sykepleiere gjennom dagskift og kveldsskift. Det var opp til avdelingslederen å avgjøre hvilken sykepleier observatøren fikk følge på den gitte vekten. Dette åpner for muligheten for at noen sykepleiere ble fulgt flere ganger enn andre, og at noen sykepleiere kanskje ikke ble fulgt i observasjonsperioden. Dette står det likevel ikke noe om. Totalt ble 27 sykepleiere fulgt i løpet av 27 dager. Det er ikke opplyst om de deltok på både dag- og kveldsvakter hver dag, eller om de deltok på enten dag eller kveldsvakter.</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Dataene ble samlet inn som feltnotater, notater og transkriberte lydopptak fra</p>

	<p>kommunikasjon fra observasjoner og intervjuer. Dataene ble analysert av alle forfatterne. Etter analysing, koding, diskusjon og etablering av enighet mellom forfatterne ble innholdet sortert i fire ulike kategorier.</p>
<p><b>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Forfatterne beskriver aktuelle begrensninger som kan ha påvirket studien. Blant annet at observasjoner kan gi flere feilkilder da man ikke kan vite hva sykepleierne tenker og sykepleierne kan endre sin adferd når de blir observert, bevist eller ubevist. Det er også en begrensning i studien at den ble gjennomført i et urbant område i Sverige, da den muligens ikke har overføringsverdi til rurale områder.</p>
<p><b>7. Er etiske forhold vurdert?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Studien er godkjent av «the Regional Etichal Review Board, Stockholm». Inkluderte sykepleiere har fått muntlig og skriftlig informasjon om studien og blitt informert om at studien er frivillig. Sykepleierne har informert brukerne i forkant av observasjoner og innhentet samtykke til observering.</p>
<p><b>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p>	<p>Ja.</p> <p>Se punkt 5.</p> <p>Dataene ble tolket linje for linje og hendelse for hendelse hvor de kategoriserte og tolket innholdet basert på likheter. Alle tre forfattere deltok i analysen av dataene.</p>

(B) Hva er resultatene?	
<b>9. Er funnene klart presentert?</b>	<p>Ja.</p> <p>Funnene omfatter kategoriene: «En dynamisk legemiddeladministreringsprosess», «Å bygge bro over uklare ansvarsgrenser (usikker på om dette er korrekt oversatt)», «Etablere midlertidige løsninger i utilstrekkelige informasjonssystemer» og «Håndtere/tåle svingende arbeidsforhold».</p> <p>De ulike kategoriene har fått hvert sitt underkapittel hvor de ulike deres innhold presiseres.</p>
(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
<b>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b>	<p>Studien er nyttig. De oppsummerer nytteverdien godt i konklusjonen hvor de blant annet skriver at for å kunne sikre en trygg legemiddeladministreringsprosess i hjemmesykepleien, er helsepersonell avhengige av å kunne tilpasse seg fluktuerende tilstander og gjøre avveiiinger, være løsningsorienterte og evne å snakke ansikt til ansikt med kollegaer. For å forbedre pasientsikkerheten tilknyttet legemiddelhåndtering, må helsepersonellens strategier bli integritet i kontinuerlig lærings og sikkerhetsarbeid, i stede for å bli en permanent midlertidig løsning.</p> <p>Hjemmesykepleien kan være tjent ved å gi mer rom for refleksjoner for å bidra til å øke bevisstheten og gjøre helsepersonellet med forberedt på å takle kompleksiteten i</p>

	<p>legemiddelhåndteringen og fluktuerte tilstandene man møter i arbeidshverdagen. Forfatterne utdyper videre at slike diskusjoner og læringsøkter også kan benyttes for å diskutere hvordan man takler grenser mellom brukerens og familienes omsorgspersoners deltakelse, involvering, autonomi og integritet.</p>
--	---

### **VEDLEGG 3: STATISTIKK OVER HJEMMESYKEPLEIENS BEMANNING**

Utarbeidet av KS etter bestilling 9. mars. Kontaktperson Gunnar Nygaars Owren.

Utvalgte stillingskoder innen hjemmesykepleien i kommuner og fylkeskommuner. Tall pr. 1. desember 2019 basert på KS' PAI-register. Etter stillingskode			
<b>Stillingskode</b>	<b>Stillingsbetegnelse</b>	<b>Ansatte</b>	<b>Årsverk</b>
6572	ASSISTENT	8 251	3 574
7076	HJELPEPLEIER	12 734	9 039
7174	SYKEPLEIER	8 653	7 147
7523	SPESIALSYKEPLEIER	1 312	1 098
<b>Sum</b>		<b>30 939</b>	<b>20 859</b>