

# TVERRPROFESJONELT SAMARBEID OM LEGEMIDDELGJENNOMGANG OG SAMSTEMMING AV MEDISINLISTER

- Løsningen på økt pasientsikkerhet?



---

<b>TITTEL</b>	Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomganger og samstemming av medisinalister – løsningen på økt pasientsikkerhet?
<b>FORFATTERE</b>	Trude Fløystad Eines og Elfrid Måløy
<b>ARBEIDSRAPPORT NR.</b>	M 1604
<b>SIDER</b>	23
<b>ANSVARLIG UTGIVER</b>	Møreforskning Molde AS
<b>UTGIVELSESTED</b>	Molde
<b>UTGIVELSEÅR</b>	2016
<b>ISSN</b>	0803-9259
<b>DISTRIBUSJON</b>	Høgskolen I Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

---

### SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Eldre pasienter som bor hjemme og har vedtak om kommunale helse – og omsorgstjenester, har ofte komplekse helseutfordringer og bruker mange ulike legemidler. Dette bidrar til økt risiko for interaksjoner, bivirkninger og feilmedisinering

**Hensikt:** Hensikten med studien var å belyse leger og sykepleieres erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid ved legemiddelgjennomgang og samstemming av legemidler til hjemmeboende pasienter

**Metode:** Kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fire leger og tre sykepleiere ble fordelt i to ulike fokusgrupper, før det ble gjennomført en tematisk innholdsanalyse.

**Resultat:** Analyseprosessen resulterte i ni ulike hovedtema: 1) Komplekse utfordringer som løfter et behov for tverrprofesjonell kompetanse, 2) Planlegging og organisering av legemiddelgjennomgangene, 3) Krav om kompetanse utover det å dele ut medisiner, 4) Legemiddelgjennomganger og samstemming av legemidler – samarbeid mellom sykepleiere, leger og farmasøyt, 5) Rutiner, roller og ansvar, 6) Tverrprofesjonell kommunikasjon og informasjonsutveksling, 7) Tøffe prioriteringer for sykepleiere og leger, 8) Kvalitetsforbedring krever forankring og faglig fokus hos lederne og 9) Gevinster ved tverrprofesjonelt teamarbeid

**Konklusjon:** Tverrprofesjonelt samarbeid og pasientinvolvering bidrar til viktig deling av både informasjon og kompetanse ved legemiddelgjennomgang og samstemming av legemidler. For å klare dette, er det viktig å definere de ulike profesjonenes ansvar og roller. Kommunikasjons – og informasjonsflyten flyten innad egen profesjon, på tvers av profesjonene – og på tvers av ulike behandlingsnivå, er også av betydning for å øke legemiddelrelatert pasientsikkerhet.

**Nøkkelord:** Legemiddelgjennomgang, hjemmesykepleie, fokusgruppeintervju, pasientsikkerhet, tverrprofesjonelt samarbeid.

---

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplar til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplar fremstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

---

---

## INNHold

---

1.0	Innledning .....	5
2.0	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	5
3.0	Beskrivelse av prosjektet .....	6
3.1	Modell for kvalitetsforbedring .....	6
4.0	Metode.....	7
4.1	Utvalg og datainnsamling.....	7
4.2	Analyse .....	8
4.3	Etiske vurderinger .....	8
5.0	Resultatpresentasjon .....	8
5.1	Komplekse utfordringer som løfter et behov for tverrprofesjonell kompetanse8	
5.2	Planlegging og organisering av legemiddelgjennomgangene.....	9
5.3	Krav om kompetanse utover det å dele ut medisiner .....	9
5.4	Legemiddelgjennomgang og samstemming av legemidLER – samarbeid mellom sykepleiere, leger og farmasøyt.....	9
5.5	Rutiner, roller og ansvar.....	10
5.6	Tverrprofesjonell kommunikasjon og informasjonsutveksling.....	11
5.7	Tøffe prioriteringer for sykepleiere og leger.....	14
5.8	Kvalitetsforbedring krever forankring og faglig fokus hos lederne .....	14
5.9	Gevinster ved tverrprofesjonelt samarbeid .....	15
6.0	Diskusjon .....	18
6.1	Tverrprofesjonell kommunikasjon – og informasjonsutveksling .....	18
6.2	Behov for kvalitetssystem for tverrprofesjonelt samarbeid .....	19
6.3	Pasientsikkerhetskultur – nøkkelen til forsvarlige tjenester?.....	19
6.4	Tverrprofesjonelle vurderinger og prioriteringer gir økt pasientsikkerhet?.....	20
7.0	Konklusjon.....	21
8.0	Litteraturliste .....	22

---

## 1.0 INNLEDNING

---

Kravet om forsvarlig tjenester hjemmetjenesten er regulert av ulike lover og forskrifter; Lov om pasient – og brukerrettigheter (2015), Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester (2016), Lov om Helsepersonell (2015), Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2014). Virksomhetene må derfor jobbe systematisk med forbedringsarbeid for å nå målene om tjenester av høy kvalitet.

Antall eldre mennesker som har behov for ulike helse – og omsorgstjenester øker stadig. Mange pasienter har flere diagnoser og bruker ofte mange ulike legemidler. Dette øker risikoen for interaksjoner og feil bruk av medisiner. Pasienter som står på mange faste medisiner er også utsatt for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Feilmedisinering fører hvert år til unødvendige lidelser for mange pasienter i tillegg til at samfunnet påføres store utgifter på grunn av mange innleggelses på sykehus (Adhikari et al, 2014; Lee et al, 2015; Reidt et al., 2013). Pasienter blir i tillegg skrevet ut tidligere enn før fra sykehusene, noe som stiller store krav til kompetansen til ansatte i kommunenes helse – og omsorgstjenester (Lee et al, 2015).

Riktig legemiddelbruk er et av satsingsområdene i «Pasientsikkerhetsprogrammet» i regi av Helsedirektoratet. Dette omfatter at pasienten får stilt riktig diagnose og får riktig behandling med riktig virkestoff, styrke og dosering. I tillegg må pasienten få god og tilrettelagt informasjon om hvorfor og hvordan legemidlene skal brukes (Helsedirektoratet, 2014). Rutiner for trygg legemiddelhåndtering til pasienter i hjemmesykepleie, omfatter et samarbeid mellom pasienten, hans pårørende, ansatte i hjemmesykepleien, pasientenes fastleger og apotek/farmasøyter som tar i mot bestillinger/endringer på ordinerte medisiner.

---

## 2.0 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

---

Kvalitet – og pasientsikkerhet som begrep blir ofte brukt litt om hverandre, og Aase (2015) nevner at pasientsikkerhet kan tolkes som en dimensjon av kvalitet i praksis som også omfatter flere andre dimensjoner og egenskaper. Helse – og omsorgsdepartementet (2012-2013a) benytter følgende definisjon på hva kvalitet i helse – og omsorgstjenestene skal omfatte. Tjenestene skal:

- 1 være virkningsfulle
- 2 være trygge og sikre
- 3 involvere brukerne og gi dem innflytelse
- 4 være samordnet og preget av kontinuitet
- 5 utnytte ressursene på en god måte
- 6 være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» startet i januar 2011 på oppdrag for Helse – og omsorgsdepartementet, for å redusere pasientskader, etablere strukturer for bedre pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenestene. Målgruppen var både spesialist – og kommunale helsetjenester, men det har vært størst aktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten hvor deltakelsen var obligatorisk (Aase, 2015). Det er ønskelig med en videre satsing på pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene. Myndighetene har satt seg mål om at kompetansen om pasientsikkerhet skal økes ytterligere; brukerorienteringen skal styrkes og

pasientsikkerhetsarbeidet i de kommunale helse – og omsorgstjenestene skal videreutvikles ved å støtte seg på «Pasientsikkerhetsprogrammet» i det videre arbeidet (Helsedirektoratet. 2014).

Som et ledd i denne satsingen, har det de siste årene blitt satt mer fokus på bruk av kvalitetsindikatorer (også indikatorer som måler grad av pasientsikkerhet) som skal stimulere til forbedring av helsetjenestene. Dette nevnes spesifikt fordi prosjektet i denne rapporten har benyttet flere ulike indikatorer for å måle endringer og eventuelt forbedringer underveis i prosjektet.

---

### 3.0 BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

---

En baselineundersøkelse som ble gjennomført ved en rode i hjemmetjenesten, i en kommune i Midt-Norge høsten 2015, viste at 80 % av pasientene (n=48) har fått foreskrevet fem eller flere legemidler og nesten 50 % inntar mer enn 10 legemidler.

Sykepleierne i hjemmesykepleietjenesten hadde allerede etablert et konstruktivt samarbeid med legene ved et av kommunens legesentre og valgte derfor å forespørre disse legene om å delta i et pilotprosjekt med planlegging og gjennomføring av 15 legemiddelgjennomganger og samstemming av medisinalistene til disse pasientene.

Hensikten med prosjektet var å belyse leger og sykepleieres erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid ved legemiddelgjennomgang og samstemming av legemidler til hjemmeboende pasienter.

#### 3.1 MODELL FOR KVALITETSFORBEDRING

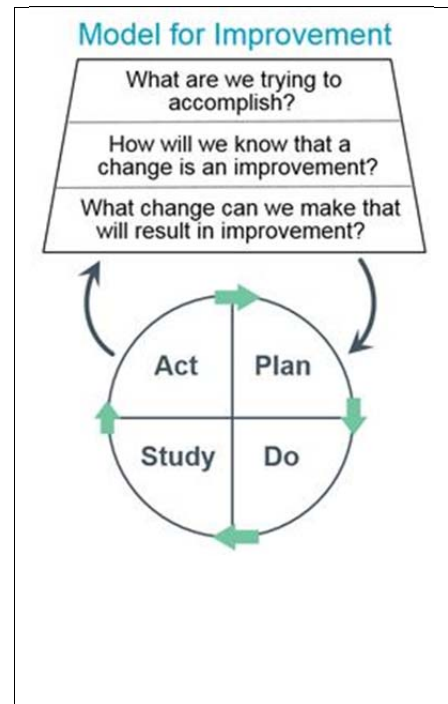
Modell for kvalitetsforbedring er utviklet av Associates in Process Improvement (2016) og er et verktøy dette prosjektet har benyttet i alle deler av prosessen.

Modellen bygger på 3 sentrale spørsmål;

- 1 Hva vil du oppnå?
- 2 Hvordan vite at en endring er en forbedring?
- 3 Hvilke endringer kan vi gjøre som skaper forbedring?

PDSA-sirkelen som vist i figuren til høyre brukes for å teste om endringer har den ønskede effekten. PDSA står for Plan-planlegge, Do- utføre, Study- evaluere, Act- følge opp

PDSA er egnet til såkalte småskalatesting.



I dette prosjektet er småskalatesting (PDSA) i hovedsak knyttet til planlegging og utføring av hjemmebesøk hos de pasientene som ble valgt til å delta i prosjektet, samt til bruk av ulike verktøy og skjema ([www.ihl.org](http://www.ihl.org)) .

---

## 4.0 METODE

---

Som beskrivelsen av prosjektet viser, har spesielt sykepleierne hatt sentrale roller i prosessene knyttet til planlegging og gjennomføring av legemiddelgjennomgangene og samstemming av pasientenes legemiddellister. For å få kunnskap om de ulike profesjonenes erfaringer med det tverrprofesjonelle pilotprosjektet "Legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister til pasienter i hjemmesykepleien", var det viktig å knytte følgeforskning til prosjektet. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode, fordi denne forskningsmetoden er velegnet når forskeren søker et mangfold av ideer eller følelser knyttet til bestemte erfaringer eller opplevelser (Kreuger & Casey, 2009) eller når forskere søker dybdeinnsikt om bakenforliggende faktorer og forhold knyttet til meninger og erfaringer (Eines & Thylen, 2012).

### 4.1 UTVALG OG DATAINNSAMLING

Fire leger med fast stilling, fire sykepleiere og en farmasøyt (n= 9) ble forespurt om å delta i denne studien. Totalt syv samtykket til å delta i to ulike fokusgruppeintervju to-tre uker etter siste legemiddelgjennomgang og samstemming var gjennomført. De ansatte som samtykket til å delta, ble satt sammen i homogene grupper med sykepleiere i den ene (tre deltakere) og leger i den andre (fire deltakere). Homogene fokusgrupper bidrar ofte til mer trygghet for deltakerne som deltar fordi de da er en del av en felles kultur eller subkultur (Krueger & Casey), som for eksempel en arbeidskultur.

Begge fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplasser, varte i 50 min og 75 min og ble tatt opp på lydopptaker. Det var utarbeidet åpne spørsmål i intervjuguider til begge intervjuene, med fokus på følgende tema:

- Erfaringer med å jobbe tverrprofesjonelt i dette prosjektet
- Fordeler med å organisere legemiddelgjennomgangene og samstemming slik det har vært organisert i dette prosjektet
- utfordringer med å organisere legemiddelgjennomgangene og samstemming slik det har vært organisert i dette prosjektet
- Faktorer som bør justeres i fortsettelsen for å bedre pasientsikkerheten knyttet til legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddelforordninger

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av Trude Fløystad Eines som moderator og Elfrid Måløy som co-moderator.

## 4.2 ANALYSE

Begge fokusgruppeintervjuene ble transkribert før det ble gjennomført en tematisk innholds-analyse med utgangspunkt i anbefalinger fra Braun & Clarke (2006) og Malterud (2011). Tematisk analyse beskrives som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og meninger på tvers av et datamateriale (Braun & Clarke, 2006; Malterud, 2011). Selve transkriberingen inngikk som et viktig ledd i analysearbeidet og var en tidkrevende prosess før datamaterialet ble lest gjennom i sin helhet flere ganger. Som Eines & Thylen (2012) påpeker, jobber forskere med analyse som ledd i en prosess hvor det er viktig å gjøre seg godt kjent med det transkriberte datamaterialet, f. eks ved å finne meningsbærende enheter, samt redusere – og generere koder. To ulike forskere har deltatt i dette arbeidet, noe som har bidratt til konstruktive diskusjoner for å bli enige om de endelige resultatene av analyseprosessen.

## 4.3 ETISKE VURDERINGER

Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon til alle informantene om at deltagelsen var frivillig. De fikk også informasjon om at de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette ytterligere. Studien har blitt fremlagt for Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste for personvern (NSD). Alle data ble anonymisert og behandlet konfidensielt gjennom hele prosjektperioden.

---

## 5.0 RESULTATPRESENTASJON

---

Legene har gjennomført fra to til åtte legemiddelgjennomganger hver, og totalt har sykepleiere, farmasøyt og leger planlagt og gjennomført 15 legemiddelgjennomganger og samstemminger.

### 5.1 KOMPLEKSE UTFORDRINGER SOM LØFTER ET BEHOV FOR TVERRPROFESJONELL KOMPETANSE

Multisyke pasienter og polyfarmasi er en av årsakene til at mange pasienter bør følges opp tett fremover, mener både sykepleierne og legene. Sykepleierne forteller om mange avvik knyttet til ulike faktorer angående legemiddelhåndtering. De sa videre at dette kan true pasientsikkerheten og gruppen med informanter har et engasjement for å jobbe med kvalitetssikring innen dette fagfeltet;

*Vi tenkte jo at polyfarmasi og veldig syke og gamle pasienter som bor hjemme var en viktig gruppe å fokusere på. At en god legemiddelgjennomgang også kunne få ned medisinforbruket.*

Tidligere forbedringsarbeid og kompetanseheving bidrar til at sykepleierne i dag ser et økt behov for tettere samarbeid med pasientenes primærleger og farmasøyt.

Arbeidsgruppa med sykepleiere som besto av prosjektleder og tre andre sykepleiere tok utgangspunkt i Pasientsikkerhetsprogrammets anbefalinger, men opplever at sjekklister ikke dekker alle områder og behov i praksis.



## 5.2 PLANLEGGING OG ORGANISERING AV LEGEMIDDELGJENNOMGANGENE

Arbeidsgruppa med sykepleiere har brukt god tid på å planlegge prosjektet gjennom bruk av blant annet ulike flytskjema for å synliggjøre alle elementer som kan påvirke prosessene knyttet til legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister. Flere av sykepleierne nevner at dette bidro til faglige refleksjoner og nyttige diskusjoner. De møttes flere ganger i oppstarten av prosjektet og diskuterte seg frem til hvor mange pasienter som skulle inkluderes i piloten;

*Vi diskuterte litt frem og tilbake. Vi begynte vel med 25, men så gikk vi raskt ned til 20, men så endte vi på 15 pasienter.*

Arbeidsgruppa ønsket å avgrense piloten for å kunne tilpasse modellen før videre utprøving og implementering, og valgte derfor ut en rode – og et legesenter å samarbeide med;

*Vi fant ut at småskalatesting var viktig for å virkelig se om det fungerer og evt tilpasse litt før vi ruller det ut over hele linja.*

I utgangspunktet var det ønskelig å inkludere personer uten kognitive svikt, men dette lot seg ikke gjøre. To av femten pasienter hadde ulik grad av kognitiv svikt.

## 5.3 KRAV OM KOMPETANSE UTOVER DET Å DELE UT MEDISINER

Flere av sykepleierne mener at kommunen ikke er godt nok forberedt på å ivareta veldig syke pasienter med komplekse utfordringer.

*På grunn av samhandlingsreformen har vi jo veldig syke pasienter som bor hjemme, og kompetansen til de ansatte er dessverre ikke på plass for å møte alle disse utfordringene og kravene som stilles.*

Arbeidsgruppa valgte å supplere gruppa med en sykepleier med lang erfaring og høy klinisk kompetanse for å bidra i gjennomføringen av gjennomgangene. De påpeker at det kreves evne til å observere og vurdere komplekse utfordringer. Legemiddelhåndtering krever høy kompetanse ut over det å dele ut medisiner;

*Det kliniske blikket; virkning, bivirkninger når de starter med nye medisiner. Dokumentasjon i etterkant. Det er så viktig – og så mye.*

*Det er ganske mye å passe på i forhold til å vurdere behov for endringer ved f.eks dehydrering. Det er ikke sikkert legemidlene burde vært delt ut en gang. Det krever kompetanse det – å vurdere det.*

Legemiddelforskriften som gjelder i dag åpner for tolkning når det gjelder vurdering av - og delegering av ansvar for legemiddelhåndtering. Flere av sykepleierne er kritisk til hvordan forskriften kan tolkes når det gjelder virksomhetsleders vurdering av de ansattes kompetanse.

*Hos oss er det enhetslederen som vurderer og delegerer ansvar for legemiddelhåndtering. Men dosetten er jo bare en liten bit av hele bildet. Det er så komplisert i dag at det kreves mye mer kompetanse enn bare å dele ut riktig tablett fra en ferdig dosett.*

Sykepleierne er kjent med at det er rapportert mange feil og avvik knyttet til legemiddelhåndtering og mener årsaken er mangelfull kompetanse og for dårlig sykepleierdekning.

## 5.4 LEGEMIDDELGJENNOMGANG OG SAMSTEMMING AV LEGEMIDLER – SAMARBEID MELLOM SYKEPLEIERE, LEGER OG FARMASØYT

Sykepleiere forteller at de må gjøre et grundig forarbeid før selve gjennomgangen med farmasøyt og leger, noe som krever definert tid fra arbeidsgiverne.

*Først måtte jeg bruke tid på å forberede meg før besøket hos pasientene; lese i journalen, sjekke blodprøvesvar... Jeg snakket som regel med 2-3 pasienter hver dag, og etterpå var det behov for å følge opp den informasjonen jeg hadde fått; sende melding til lege, vurdere de dataene jeg hadde innhentet, evt behov for blodprøver som burde tas osv.*

De gode samtalen med pasientene i forkant av møtet mellom sykepleier, lege og farmasøyt, bidro til at sykepleierne hadde god innsikt om pasients behov;

*Når du bruker skjemaet og den gode samtalen med pasientene, da er du innom veldig mye.*

Sykepleierne forteller at møtene med legene og farmasøyt var veldig spennende og lærerikt med overføring av kompetanse og informasjon de ellers ikke ville hatt tilgang til. I tillegg bidro de fysiske møtene til gode faglige refleksjoner som de opplever som viktig for det videre arbeidet med kvalitetsforbedring i kommunen de jobber;

*Jeg synes det var veldig lærerikt å samarbeide med legene og kanskje spesielt farmasøyt som jeg ellers nesten aldri snakker med. Det å se hvilke system de bruker og se hva de vektlegger i sine vurderinger. Hun ga flere innspill på ting som ikke legen eller vi hadde reflektert over....*

Legene forteller også at de finner det nyttig å samarbeide tverrprofesjonelt om behandling av pasienter i hjemmesykepleien;

*Jeg opplevde det veldig nyttig med de to pasientene jeg hadde, fordi begge var veldig, veldig komplisert og veldig mange medikamenter.*

Det var helt nytt for legene å samarbeide både med sykepleiere og farmasøyt som et team;

*Det at vi jobbet som et team, at vi satt der tre personer og diskuterte hver pasient. Det var nytt for meg ja. Det å samarbeide med farmasøyt er helt nytt. Hjemmesykepleien er vi jo vant til å jobbe sammen med..... Både over telefon og mail og.....*

Både sykepleierne og legene påpeker at teamarbeidet bidro til et mer helhetlig bilde av pasientens situasjon – og behov;

*Selv om jeg trodde jeg hadde oversikt, var det likevel ting som dukket opp fordi vi satt sammen.*

## **5.5 RUTINER, ROLLER OG ANSVAR**

### **5.5.1 SYKEPLEIERNES ERFARINGER**

Erfaringene fra det tverrprofesjonelle samarbeidet avdekket flere hull og mangler i de eksisterende rutinene. Prosjektet resulterte blant annet i en gjennomgang og helhetlig vurdering av flere pasienter som ikke hadde vært hos legen på flere år.

*Vi oppdaget at det var pasienter som ikke hadde vært til legen og tatt blodprøver på flere år. Jeg mener vi hadde bedre system tidligere; HBA1c ble jo tatt hver 6. uke hos diabetikerne.... Det har dessverre sklidd ut....*

Sykepleierne ønsker et system med rutiner for når ulike blodprøver bør tas og følges opp av legene avhengig av hvilke medikamenter de tar. Flere av sykepleierne forteller videre at systemene i dag åpner opp for at det kan skje feil og avvik fordi man er helt avhengig av at enkeltpersoner tar ansvar for oppfølging av ulike tiltak;

*Det er fort at ting glipper; hvis jeg setter en B12 og ikke fører det opp i kalenderen at det skal gjentas om tre måneder, ja da blir det ikke gjort.*

Sykepleierne opplever å måtte ta et stort ansvar på vegne av legene;

*Vi får jo en kopi av svarene fra laben hvis vi ber om det. Jeg sender alltid melding til fastlegen når det foreligger et svar på en blodprøve eller en urinprøve. Jeg stoler ikke på at de gjør det.....*

Sykepleiergruppa mener det er et stort behov for forbedringer knyttet til tettere oppfølging av pasienter med mer fokus på definerte roller og ansvar. De nevner dette spesifikt og dette knyttes til deres gode erfaringer med primærsykepleie fra tidligere;

*Jeg har god erfaring med primærgrupper fra tidligere, hvor sykepleierne fikk tid til å ivareta oppfølgingen av pasientene innenfor sin gruppe. Da ble slike ting sjekket, for tiltaksplanene skulle følges opp og oppdateres jevnlig, og det skulle dokumenteres. Da ble slike ting fulgt opp bedre.*

Sykepleieren savner primærgruppene og mener dette og mangel på fagfolk er noe av årsaken til fare for feil og avvik. Flere mener at mye kan løses med tydeligere definerte oppgaver i primærteam når de får flere sykepleiere i ubesatte stillinger.

### **5.5.2 LEGENES ERFARINGER**

Flere leger påpeker at de ikke har noen forventning om at sykepleiere skal ta ansvar for å initiere oppfølging av pasienter som tar risikomedisiner da dette er deres fulle og hele ansvar;

*Hjemmesykepleien har rutiner for den type medisiner, og vi har jo også mer fokus på å følge opp pasienter og høyrisikomedisiner. Da har vi mer jevnlig kontakt med sykepleierne også.*

*Når det gjelder Marevan så fungerer det veldig greit, og andre medikamenter som monitoreres. Jeg har ikke opplevd at hjemmesykepleien tar noe initiativ i det hele tatt. Lanoxin eller antidepressiva eller..... Antipsykotika som vi driver og måler. Det er det vi som styrer med.*

Hvilke pasienter som krever ekstra oppfølging vil i stor grad variere på grunn av inntak av ulike typer medisiner, men også som et resultat av en helhetlig vurdering. Legene forteller at de er helt avhengig av at sykepleierne tar kontakt og samarbeider med legene for at de skal kunne vurdere pasientene på en god måte.

## **5.6 TVERRPROFESJONELL KOMMUNIKASJON OG INFORMASJONSUTVEKSLING**

### **5.6.1 SYKEPLEIERNES ERFARINGER**

Sykepleierne forteller at mye av kommunikasjonen mellom profesjonene foregår via elektroniske meldinger eller telefon, noe som bidrar til at de opplever det fysiske møtet med leger og farmasøyt så positivt.

Det er ønskelig med fysiske møtepunkt, da e-meldinger ikke fanger opp alle behov for informasjons- og kunnskapsutveksling. I tillegg opplever sykepleierne en økt fare for misforståelser når de ofte kommuniserer elektronisk med legene;

*Ja, og så påvirker jo ofte en ting noe annet når vi sender disse e-meldingene frem og tilbake.*

I tillegg opplever sykepleierne at journalsystemet som benyttes har mange faglige svakheter som bidrar til at informasjon er utfordrende å dokumentere – og finne igjen for andre. Det elektroniske journalsystemet oppleves uoversiktlig av sykepleierne, noe som fører til mangelfull journalføring. Flere mener i tillegg at det forekommer legemiddelrelaterte avvik fordi tiltak glemmes som et resultat av at journalsystemet ikke har et varslingsystem;

*Det er ikke noe i journalsystemet hos oss som gir melding om undersøkelser og tiltak som skal iverksettes med jevne mellomrom.*

Sykepleierne mener at journalsystemet ikke er bygd opp på en måte som bidrar til at kunnskapen er lett tilgjengelig for alle. Flere av sykepleierne etterlyser i tillegg bedre rutiner som kan øke pasientsikkerheten i samhandlingen og informasjonsutvekslingen mellom ulike profesjoner;

*Vi jobber veldig tungvint.....Legene ringer og doserer, dokumenterer kanskje ikke. Du får beskjed pr telefon. Det er mange farer for feil her.... Det er mye sånn + at det ofte går mange dager før vi får svar.*

Sykepleierne påpeker hvor viktig det var å møtes fysisk sammen med primærlegene og farmasøyt, et møte som løftet frem ny informasjon;

*Møtet med legen og farmasøyten var veldig bra; vi sitter ofte på hver vår plass og kommuniserer via e-meldinger. Endelig kunne vi sitte og diskutere og reflektere med hverandre – det gir en helt annen forståelse og kunnskap.*

*Vi oppdaget jo det at veldig mange ikke er til legen, mens andre vi ikke tror går til legen, gjør det.*

Sykepleierne forteller om mangelfull oppfølging av ulike journalførte sykepleietiltak både før og etter legemiddelgjennomgangene;

*Tiltakene glipper – det følges ikke opp, f.eks BT-kontroller. Det har vi mye avvik på, at oppgavene ikke blir gjort. Da blir det vanskelig å vurdere for legen både før og etter en endring....*

Sykepleierne forteller at de ofte tar et stort ansvar på vegne av legene og at fravær av gode rutiner for samhandling kan få konsekvenser for pasientsikkerheten;

*Jeg har et eksempel på INR-taking som vi tar; et senter sier at hvis verdien er mellom 2 og 3, trenger ingenting endres. Andre vil ha svaret og da må jeg sende det til legen fra laben og det er en fare for at det kan føres feil.*

### **5.6.2 LEGENES ERFARINGER**

Legene opplever at det er utfordrende å nå ut med informasjon til sykepleiergruppen som jobber i hjemmesykepleien om hvilke rutiner de bør benytte, og at dette påvirker arbeidsdagen deres og fare for at det kan oppstå feil og avvik;

*Sykepleierne maser mye om marevandosering, selv om prøven er på samme stabile nivå..... Vi har gitt beskjed xxxxx- antall ganger om at det er greit å fortsette med samme dosering hvis blodprøvesvaret ikke endres.*

Legene forteller videre at de kommuniserer mest med sykepleierne via elektroniske meldinger;

*Det kommer jo meldinger fra hjemmesykepleien hele tiden; fra 2-5 hver dag tror jeg. Det kan være en resept som skal skrives ut eller et spørsmål om et eller annet eller..... Det er mye.*

*Kan du vurdere sånn og sånn? Nå har det og det problemet dukket opp. Hva gjør vi med det? Den type henvendelser får vi ofte.*

Legene forteller at apoteket tar telefonisk kontakt hvis de avdekker forordninger som vil kunne påvirke annen behandling eller hvis det er fare for interaksjoner og bivirkninger legen ikke har oppdaget. De verdsetter samarbeidet med farmasøyt og apotek høyt fordi de elektroniske varslingsystemene ikke fungerer optimalt for å unngå alle feil og avvik som de mener kan skje.

Legene forteller videre at deres mulighet for å vurdere om de skal endre pasientens medisiner, er helt avhengig av kompetansen og vurderingene som sykepleierne i hjemmetjenesten bidrar med;

*Hjemmesykepleien observerer og tar kontakt med meg. Jeg møter jo ikke pasienten. Veldig bra at de som da sitter på denne viktige informasjonen, tenker også. Mindre medisin til pasienten er jo positiv hvis det ikke går ut over grunnbehandlingen i smertelindringen.*

Likevel forteller en lege at kommunikasjonen mellom legene og sykepleierne i hjemmesykepleien ofte kan være preget av ulike forventninger til resultat;

*Av og til helt vanvittige forslag; kan det være det – skal vi begynne med medisin? Da svarer jeg bare at det kan vi jo ikke gjøre – jeg må jo vurdere pasienten selv først hvis det er noe nytt som plager pasienten.*

*Akkurat som de bruker meg som Klara Klok; kan det være det og det? Det føler jeg er misbruk av elektroniske meldinger.*

Hvordan sykepleierne formulerer og begrunner sine skriftlige spørsmål avslører deres kompetanse eller mangel på kompetanse, mener flere av legene. De er derfor usikre på om det kun er sykepleiere som sender meldinger.

Legene forklarer videre at legemiddelgjennomgangene og det fysiske møtet ga flere avklaringer og ny informasjon og kunnskap;

*I et tilfelle gikk det på et medikament som jeg ikke visste at pasienten brukte. Og så var det litt med dosering også. Pasientene tar jo ikke alt det jeg har foreskrevet.....*

*Noen ganger tar han det ikke eller han tar en lavere dose.... Det fikk jeg også vite om..... Og at noe sto som eventueltmedisin, men ble tatt fast og..... omvendt.*

Legene forteller videre at medisinlistene i flere tilfeller ikke var samstemt;

*Jeg trodde de var samkjørte, men det var de ikke. Mange var riktige og samkjørte, men ikke alle.*

Flere av legene uttrykker en frustrasjon over utfordringer med informasjonsflyten når pasientene flyttes mellom ulike behandlingsnivå. De opplever at dette truer forsvarlig medisinsk behandling når viktig informasjon ikke når frem til behandlende lege;

*Legene på sykehuset er ikke flinke til å skrive kommentarer. Hvis det mangler ting på lista fra tidligere. Da må vi gjette; har de glemt det? Har de bevisst seponert det? Er det bare en feil eller hva er tanken bak? Det er ofte et problem. Det at det ikke er skrevet. Vi finner ingen informasjon noen steder.*

Legene forteller også om utfordringer med informasjonsutveksling når pasienter flyttes mellom ulike omsorgsnivå i samme kommune;

*Det samme gjelder avlastning også. Jeg vet jo ikke engang at de er der. Kanskje jeg kaller dem inn til en time, så får de ikke beskjed engang. Det er jo greit å vite når de er på sykehjemmet.*

*Legene gir også eksempler på at informasjon i journalsystemene ikke snakker sammen på de ulike behandlingsnivåene, noe som kan true pasientsikkerheten og skape rom for avvik.*

*Av og til er det kaos. Ei liste som kommer i retur kan være 2-3 år gammel fra sist de var innlagt.*

Utfordringene i kommunikasjonen mellom ulike behandlingsnivå omfatter også dialogen mellom primærlegene og ansatte i hjemmesykepleien;

*Hjemmesykepleien får ofte medikamentlistene før oss, ofte sendt med pasienten hjem ved utskrivningen. Vi får en epikrise forhåpentlig ganske fort, men det er ikke alltid. Så ringer de til oss og vil ha en resept på en medisin vi ikke vet pasienten står på en gang.*

To leger nevner spesifikt faren for feil og avvik på grunn av de utfordrende kommunikasjonskanalene som ulike profesjoner i dag benytter;

*Egentlig er det en systemsvikt. Det ligger til rette for at det skal gjøres feil. Alle parter får jo ikke informasjonen de trenger for å gjøre en forsvarlig jobb.*

*Hadde den elektroniske informasjonskanalen vært oppe å gå, og alle hadde hatt tilgang til det samme. Da hadde det ikke vært noe problem.*

Flere av legene påpeker at ulike IT-system forringer optimal informasjonsflyt, noe som reduserer muligheten for tilgang på nødvendig pasientinformasjon;

*Det er dessverre en del av bildet. Det komplekse bildet vi må forholde oss til. Det er så mange systemer, ulike systemer.....*

## **5.7 TØFFE PRIORITERINGER FOR SYKEPLEIERE OG LEGER**

Både sykepleierne og legene forteller om et behov for vurdering av hvilke pasienter som bør prioriteres i det videre arbeidet med legemiddelgjennomganger og samstemming av ulike lister.

*Det tar jo tid og ressurser dette med legemiddelgjennomganger. Vi må kanskje velge ut noen; hvem er det mest risiko for? Vi har jo over 300 totalt, og vi har bare tatt 15.*

Flere av informantene refererer til viktigheten av å lære av hverandre med gode erfaringer fra Tønsberg kommune hvor de har jobbet målbevisst med pasientsikkerhet;

*De hadde jo risikotavler, hvor de skrev opp de som hastet – de som burde ha en samstemming og legemiddelgjennomgang.*

## **5.8 KVALITETSFORBEDRING KREVER FORANKRING OG FAGLIG FOKUS HOS LEDERNE**

Sykepleierne som har initiert og gjennomført dette prosjektet poengterer viktigheten av å involvere og forankre ledelsen i alt prosjektarbeid for at ledelsen skal erkjenne og forstå viktigheten av prosjektet.

*Jeg synes hun har vært positiv fra dag en, jeg. Nylig gikk jo også Bent Høie ut og løftet frem dette med legemiddelgjennomganger og at dette blir en satsing spesielt på sykehjem. Det kommenterte hun faktisk denne uka, at vi må fortsette med legemiddelgjennomganger.*

Likevel erkjenner sykepleierne at de burde ha involvert flere mellomledere underveis i prosjektet for å sikre bedre informasjonsflyt, forståelse og engasjement blant lederne – og kollegiet som helhet.

Mange avviksmeldinger er i dag knyttet til legemiddelhåndtering, og sykepleierne ser et stort behov for mer fokus på dette fagområdet fremover. Sykepleierne erkjenner at noe av forklaringen på mangelfull faglig satsing, kan være ulike omorganiseringsprosesser som bidrar til at avdelingssykepleierne i dag drukner i andre oppgaver. Likevel påpeker de viktigheten av å ha tydelige ledere som fronter viktigheten av fag – og kvalitet i tjenestene.

Sykepleier savner strategisk fokus på fag og kvalitet for å utnytte tilgjengelige ressurser på en smartere måte og de forklarer dette med at de i dag jobber lite rasjonelt;

*Hos oss er det veldig mange som har jobbet lenge, så vi bør jo klare å få til en bedre kultur med faglig tyngde enn det vi har nå. Jeg stusser av og til på at vi ikke får til mer, ikke bruker den enkeltes ressurser bedre for det er så mange som er flinke til ulike ting og hvis vi bruker det så smitter det over på andre.*

Kultur knyttet til det å lære av feil, løftes frem som veldig viktig blant sykepleierne som forteller om en kultur som bærer preg av at det ikke skal snakkes om feil av hensyn til den som har vært uheldig;

*Det er jo greit at personen det gjelder skal vernes, men vi må være mer åpne hvis vi skal lære av det. Det er jo ikke for å ta noen, men for å lære. Når du ser alle avvikene i forhold til legemiddelhåndtering, ja det er nesten så at du bare venter på at noe mer alvorlig skal skje.*

## **5.9 GEVINSTER VED TVERRPROFESJONELT TEAMARBEID**

### **5.9.1 LEGENES ERFARINGER**

Legene erfarte at de ulike profesjoner innehar ulik kompetanse som er viktig for kvalitetssikring av tjenestene de yter til pasientene i hjemmesykepleien. Flere nevnte begrep som «nyttig», «fruktbart» og «lærerikt» når de beskrev det å samarbeide i tverrprofesjonelle team;

*Ofte sitter jeg alene og prøver å tolke etter beste evne med den informasjonen jeg har..... Jeg kan godt gjøre feil i slike situasjoner! Hjemmesykepleien sitter på så mye informasjon; de vet hva pasientene får – og tar. Gjennomgangen er helt avgjørende for at vi skal sikre riktig behandling og gjøre nødvendige endringer.*

Teamet oppdaget også at medisinalistene ikke var samstemte og det fysiske møtet trekkes frem som en positiv erfaring;

*Data kan aldri erstatte fysiske møter og vi fikk ryddet bort misforståelser. Ofte sendes det mange e-meldinger frem og tilbake og det er så mange rom for misforståelser og mistolkninger. Det er myyyyee bedre å sitte sammen fysisk og prate. Jeg synes dette var veldig konstruktivt.*

Legene påpeker at de trenger hjelp for å følge opp pasienter som ikke selv tar kontakt og bestiller legetime, og det gjelder ofte de mest sårbare og alvorlig syke pasientene. De beskriver videre et behov for rutiner for å fange opp en gruppe pasienter som ellers står i fare for å få feil medisiner, feil dose, for mye/for lite medisiner.;

*Mange kommer til timene sine og blir fulgt opp automatisk. Men så har vi de andre, de som er like syke..... De er det ikke alltid så lett å fange opp av systemene våre.*



Tett samarbeid mellom legene og ansatte i hjemmesykepleien blir løftet opp som helt sentralt for å følge opp multisyke pasienter på en forsvarlig måte;

*Multifarmasi, multiproblematikk. Det er fryktelig mye og holde styr på og når de er hos oss med 20 min til rådighet. Det å samarbeide med hjemmesykepleien om de dårlige pasientene er helt avgjørende.*

Legene forteller at gjennomgangene førte til mange endringer som reduserte doser og seponering av en del medisiner.

*Farmasøyten stilte spørsmål og kom med innspill om noen interaksjoner. Det er jo egentlig kjent, men da fikk vi sett litt nærmere på det som resulterte i noen konstruktive doseendringer i fellesskap.*

Legene synes det er viktig og motiverende å få jobbe med fag og kvalitetssikring som det har vært fokus på i dette prosjektet;

*Vi ville mye heller brukt mer tid på det vi snakker om her; fag og kvalitetssikring enn en del annet vi må gjøre.*

Legene fremhever viktigheten av avviksrapportering, og at fokus på læring av feil og avvik vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet

*Alle kan gjøre en feil, men det er viktig å være ærlig om det. Så er det jo i tillegg avviksrapportering som dem skriver da.*

Legene forteller at det tok en del tid å gjennomføre legemiddelgjennomgangene, men de ser absolutt verdien av å sette av tid til dette arbeidet.

*Det tok lang tid. Men det var godt planlagt. Vi planla en halv time pr pasient, men det gikk over det. Men det er ikke verre enn at vi får det til.*

*Hvis du tenker på andre siden hvor viktig det er at vi har disse gjennomgangene, så jeg synes det virkelig de er noe som bør prioriteres som kvalitetssikring. Jeg synes ikke det var så arbeidskrevende, for jeg ser det mer som ressursbesparende i en helhet.*

## **5.9.2 SYKEPLEIERNES ERFARINGER**

Sykepleierne forteller at prosjektet har støttet seg på ulike metodikk for forbedrings – og kvalitetsarbeid. Fortløpende evalueringer har ført til behov for tilpasninger underveis, bl.a et behov for å definere konkrete indikatorer for å måle forbedringer.

*Det var også interessant å se hvordan vi hele tiden gikk frem og tilbake i prosessen, i forbedringshjulet vårt. Det viste seg at på noen områder, hadde vi ikke planlagt godt nok. F.eks hva skal vi måle for å vite at det er en forbedring?*

De erkjenner i ettertid at planleggingen ikke har vært god nok, og at møtene burde vært mer strukturerte;

*Jeg tenker kanskje først og fremst på arbeidsmøtene vi har hatt; det har blitt mye prat. Det er veldig lett at det sklir ut i slike fora når ikke agendaen er helt klar og du ikke har en ordstyrer.*

To ulike sykepleiere har testet ut sjekklister som ble benyttet til samstemming – og gjennomgang av legemidlene til pasientene, og alle hadde en forforståelse knyttet til at gjennomgangene ville bidra til store reduksjoner i pasientenes medisinlister.



Sykepleierne forteller videre at legemiddelgjennomgangene førte til mange endringer, men få reduksjoner av antall medisiner. Endringene medfører også krav om journalføring som tar tid og krever konsentrasjon i en hektisk arbeidshverdag blant sykepleierne;

*Etter at vi hadde vært hos legen, endret vi mye medisiner og la inn nye tiltak. Det satt jeg og gjorde om ettermiddagene etter at jeg hadde vært hos legen. Det ble litt stress det.*

Sykepleierne erfaringer viser at anbefalingene fra Pasientsikkerhetsprogrammet ikke fungerer for flertallet av pasientene i hjemmesykepleien som har ulik grad av kognitiv svikt. Likevel påpeker de at pasientinvolvering oppleves veldig viktig som grunnlag før det tverrprofesjonelle samarbeidet med leger og farmasøyt. Erfaringene med bruk av tilpassede sjekklister fra Pasientsikkerhetsprogrammet i samtaler med pasientene, viser at sykepleierne nå får et mye mer utfyllende informasjon og kunnskap om pasientene og deres bruk av medisiner i hjemmet enn hva som allerede var dokumentert i pasientjournalen;

*Vi fant ut at de opplysningene du fikk ved å bruke den sjekklista, var mye mer utfyllende enn hva vi fant ved å kikke i den elektroniske pasientjournalen.*

Sykepleierne forteller at legemiddelgjennomgangene og endringene førte til tettere oppfølging av pasientene i tiden etterpå fordi pasientinvolvering og teamet avdekket en del ukjente problemstillinger, blant annet fare for hjertesvikt og fallrisiko. De forklarer at dette er et resultat av den grundige vurderingen som ligger til grunn for hver legemiddelgjennomgang. Dette ble også dokumentert godt i journalen i ettertid.

*Det ble skrevet veldig gode rapporter etter legemiddelgjennomgangene med lege og farmasøyt. Veldig ryddig, veldig oversiktlig. Vurderingene i forhold til hvert legemiddel kom godt frem, med gode begrunninger.*

Som tidligere nevnt ble det ikke så mange reduksjoner i antall medisiner etter legemiddelgjennomgangene, men det resulterte i flere andre endringer;

*Vi fikk halvert Somac-dosen til veldig mange pasienter. Det var en av de største endringene fordi de ikke var på anbefalt doseringsnivå. Og andre pasienter fikk nye medisiner.*

*En pasient var det 12 endringer på, og mange av endringer skyldtes nye vurderinger av ulike interaksjoner*

Legemiddelgjennomgangene førte i tillegg til endringer av ulike sykepleietiltak og tettere medisinsk oppfølging i etterkant;

*Det var også en del som fikk endret på diuretika, blodtrykkssenkende. Og en del pasienter måtte følges tettere opp i etterkant fordi de ville ha BT-måling over en lengre periode før de tok stilling til en endring av medisinene.*

---

## 6.0 DISKUSJON

---

I dette kapittelet vil funnene fra de ulike fokusgruppeintervjuene bli diskutert i lys av andre erfaringer, teori og tidligere forskning.

### 6.1 TVERRPROFESJONELL KOMMUNIKASJON – OG INFORMASJONSUTVEKSLING

Vi vil nå løfte frem noen funn knyttet til utfordrende kommunikasjon og informasjonsutveksling på tvers av ulike profesjoner – og behandlingsnivå.

#### 6.1.1 ELEKTRONISKE MELDINGSSYSTEM, EN TRUSSEL FOR PASIENTSIKKERHETEN?

I dette prosjektet forteller både leger og sykepleiere at det aller meste av kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen om pasientene foregår elektronisk. Legene forteller videre at de daglig mottar elektroniske henvendelser fra sykepleierne i hjemmesykepleien med ulik grad av god faglig begrunning, som gjør det utfordrende å løse casene på en forsvarlig måte. Deres erfaringer viser i tillegg at de bruker mye tid på dette, og at den elektroniske informasjon ofte kan misforstås og feiltolkes, noe som truer pasientsikkerheten.

En annen kommunikasjonslinje som påvirker tjenestene som gis til hjemmeboende pasienter, er informasjonsutvekslingen mellom sykehus og primærlegene/hjemmesykepleien. Legene og sykepleierne som yter tjenester til samme pasientgruppe, sitter med ulik informasjon. Dette er en kjent problematikk som truer pasientsikkerheten i kommunehelsetjenesten, men også ved flytting av pasienter mellom sykehus og kommuner (Ensing et al., 2015; Kwan et al., 2013; Reidt et al., 2014).

Svakhetene i eksisterende dokumentasjonssystem og mangelfulle felles rutiner og forventinger om hvordan de elektroniske systemene bør benyttes for informasjon – og kommunikasjonsutveksling, vil derfor true pasientsikkerheten på ulike måter;

- Utfordrende å finne all nødvendig informasjon i de elektroniske pasientjournalene
- Feil og avvik fordi tiltak glemmes på grunn av manglende varslingsystem

Det er sjelden legene på ulike systemnivå og sykepleierne møtes fysisk. Dette fører også til mangelfull informasjon og manglende forståelse for hvilke utfordringer man står ovenfor på ulike nivå av helsetjenesten. Både legene og sykepleierne vektlegger nødvendigheten av fysiske møtepunkt fordi kommunikasjon via e-meldinger ikke er en optimal kanal.

#### 6.1.2 VIKTIGHETEN AV FYSISKE MØTER

Legemiddelgjennomgangene og samstemmingen av legemiddellistene til hver av de 15 pasientene ble gjennomført i et møte mellom lege, sykepleier og en farmasøyt. Både sykepleierne og legene løfter frem viktigheten av å sitte sammen rundt et bord og diskutere de ulike problemstillingene; de fysiske møtene er viktige både for informasjonsutveksling og en bedre forståelse for pasienten de skulle vurdere. Denne formen for tverrprofesjonell refleksjon, gir også et godt grunnlag for gjensidig kunnskapsutveksling og læring. Det tverrprofesjonelle samarbeidet er viktig for å bygge kompetanse i fellesskap, en kompetanse den enkelte profesjon alene ikke har (Willumsen, 2016; Liff & Wikstrøm, 2015). I tillegg kan tverrprofesjonelle møter bidra til større forståelse for de ulike profesjonenes arbeidsområde – og ansvar. Dette prosjektet viser at både sykepleiere og leger er usikre på om – og hva den andre profesjonsgruppen tar

ansvar for. Rovio-Johansson & Liff (2012) påpeker også viktigheten av dialog og fysiske møter for å diskutere problem og utfordringer for å fremme en felles forståelse for hvordan ting skal løses.

Det er viktig å merke seg at både legene og sykepleierne i dette prosjektet fremhever respekten for de andre profesjonenes kompetanse. Willumsen & Ødegård (2016) forklarer denne suksessfaktoren med at deltakerne opplever at de er gjensidig avhengige av hverandre for å yte gode og forsvarlige helsetjenester.

## **6.2 BEHOV FOR KVALITETSSYSTEM FOR TVERRPROFESJONELT SAMARBEID**

For å møte de legemiddelrelaterte utfordringene i hjemmesykepleien, løftes behovet for økt kompetanse blant sykepleierne frem som veldig viktig av både legene og sykepleierne. Den enkelte ansattes observasjonskompetanse og evne til faglig vurderinger i hjemmesykepleien, påvirker det tverrprofesjonelle samarbeidet både positivt og negativt. Mangelfull vurderingskompetanse får en forsterket negativ effekt når roller – og ansvar er mangelfullt definert (Måløy, Eines & Vatne, 2016). Dette kan igjen true pasientsikkerheten.

### **6.2.1 BEHOV FOR TYDELIGERE ROLLE – OG ANSVARSAVKLARING**

Spesielt sykepleierne erfarer at det er veldig uavklart hvilket ansvar legene og sykepleierne skal ha for legemiddelrelatert oppfølging av hjemmeboende pasienter. Forventingene varierer fra lege til lege og fra legesenter til legesenter når det gjelder hvilke oppgaver som bør følges opp av sykepleierne. Fraværet av enhetlige rutiner, ansvarsfordeling og kvalitetssystem for tverrprofesjonelt samarbeid bidrar derfor til at både legene og sykepleierne mener det blir opp til den enkelte sykepleier om tiltak iverksettes eller ikke. De påpeker at dette igjen kan øke faren for feil og avvik i samarbeidet mellom leger og sykepleiere og oppfølgingen av den enkelte pasient. Andre studier påpeker også viktigheten av tydelig definerte roller for å øke kvaliteten og effektivisere tjenestene knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid (Måløy, Eines & Vatne, 2016; Rovio-Johansson & Liff, 2012). Det er ofte behov for en praktisk og organisatorisk avklaring på hvordan ansvaret – og de ulike oppgavene skal synkroniseres logisk (Liff & Wickstrøm, 2015).

Legene forteller at de har gode rutiner for oppfølging av pasienter som tar risikomedisiner, men prosjektet avdekket flere avvik i forhold til andre typer medisiner som pasientene tar. Begge profesjonsgruppene relaterer avvikene til udefinerte rutiner – og ansvar for når – og av hvem ulike undersøkelser, målinger og annen type oppfølging bør skje. Både legene og sykepleierne opplever at det er de som tar initiativ og ansvar legemiddelrelatert pasientoppfølging. Dette viser i likhet med andre kommuner, at det er behov for å systematisere det tverrprofesjonelle samarbeidet – og pasientoppfølgingen i kommunehelsetjenestene (Axelsson & Axelsson, 2016). Det er viktig å nevne at rutinene i det tverrprofesjonelle samarbeidet også må omfatte system for oppfølging av pasienter som flyttes mellom ulike omsorgs- og behandlingsnivå. Viktigheten av å systematisere tverrprofesjonelt samarbeid, løftes opp som helt avgjørende for å heve pasientsikkerheten via trygg legemiddelhåndtering (Adhikari et al., 2014). Behandling og oppfølging av dagens alvorlige og syke hjemmeboende pasienter krever en kombinasjon av kompetanse fra ulike profesjoner (Liff & Wickstrøm, 2015).

## **6.3 PASIENTSIKKERHETSKULTUR – NØKKELEN TIL FORSVARLIGE TJENESTER?**

Som nevnt tidligere i rapporten, påpeker både leger og sykepleiere at det jevnlig skjer feil og avvik knyttet til legemiddelhåndtering. Kultur knyttet til det å lære av feil, løftes frem som viktig blant sykepleierne. De beskriver å være del av en kultur, som bærer preg av at det ikke skal snakkes om feil av hensyn til den som har vært uheldig. Statlige føringer (Melding til Stortinget 10, 2012-2013) påpeker imidlertid at det er viktig at organisasjonene flytter fokuset bort fra

enkeltpersonene som syndebukker og heller har et større fokus på system. Hensikten med dagens avviksrapportering bør være at meldingene skal bidra til læring – og forbedringsarbeid (Aase & Wiig, 2015). Satsingen på å lære av feil og avvik krever at ledelsen retter fokus på å fremme pasientsikkerhetskultur i alle enhetene.

### **6.3.1 FAGUTVIKLING OG KRAV OM KVALITET I TJENESTENE**

Kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven § 4-1) er sentralt for hvordan pasientsikkerheten skal ivaretas, fordi dette kravet på mange måter også omfatter hvordan tjenestene bør organiseres (Braut & Holmboe, 2015). Forskriften er på mange måter styrende for hvordan ledere av kommunale pleie – og omsorgstjenester i dag må ha et tydeligere fokus på fagutvikling – og kvalitetssikring av tjenestene som ytes. Dette krever at det bør iverksettes en del organisatoriske og systemrelaterte tiltak for å imøtekomme dette kravet.

Både sykepleierne og legene vektlegger viktigheten av kompetanse for hvordan trygg legemiddelhåndtering skal sikres. Sykepleiernes observasjons – og vurderingskompetanse er helt avgjørende for å ta riktige beslutninger som for eksempel behov for endringer av pasientenes medisiner. Behovet for denne typen kompetansen vektlegges mer og mer siden pasientene i dag skrives ut tidligere og tidligere fra sykehuset med et stadig mer komplekst sykdomsbilde (Lee et al, 2015).

### **6.4 TVERRPROFESJONELLE VURDERINGER OG PRIORITERINGER GIR ØKT PASIENTSIKKERHET?**

Både sykepleierne – og legene vektlegger hvor viktig det er med vurderinger på tvers av profesjoner for å utveksle informasjon og kompetanse for å sikre trygge tjenester til pasienter som bor hjemme og mottar kommunale helsetjenester. Legene påpeker at de er helt avhengige av sykepleierne i hjemmetjenesten og deres informasjon – og vurderinger for å behandle alvorlig syke og eldre pasienter på en forsvarlig måte. Både sykepleierne og legene forteller videre at teamarbeidet bidro til et mer helhetlig bilde av pasientens situasjon – og behov. Farmasøytens bidrag inn i teamets vurdering av pasientenes legemiddelbruk, var nytt både for legene og sykepleierne. Å gi kliniske farmasøyter rolle – og ansvar i tverrprofesjonelle team i kommunale helsetjenester er også tidligere prøvd ut med positive erfaringer (Reidt, et al., 2014; Reidt et al., 2013). Farmasøytene kan bringe inn verdifull kunnskap i de tverrprofesjonelle teamene som jobber med legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. De har blant annet kompetanse om indikasjoner for inntak av ulike medisiner, som igjen vil kunne effektivisere tjenestene og øke pasientsikkerheten til det beste for pasienten. Effektiviteten knyttes til reduksjon av sykehusinnleggelse, feil og avvik (Reidt et al., 2014).

Årsaken til at det tverrprofesjonelle samarbeidet i dette pilotprosjektet synes å fungere godt, kan skyldes ulike forhold. En faktor som fremstår som viktig, er at de ulike profesjonene erkjenner at tjenestene blir bedre hvis de kommuniserer godt og utveksler kompetanse på tvers av profesjonstilhørighet. I tillegg synes det å virke som de ulike profesjonene ikke opplever at deres profesjonsidentitet – og autoritet er truet (Liff & Wikstrøm, 2015). De ønsker derfor å fortsette med legemiddelgjennomgang og samstemminger for å fremme forsvarlige tjenester, riktig legemiddelbruk og økt pasientsikkerhet i tråd med hensikten til "Pasientsikkerhetsprogrammet" (Helsedirektoratet, 2014). Omfanget av pasienter i hjemmesykepleien krever imidlertid en vurdering av hvilke pasienter som bør prioriteres. Legene ønsker en slik prioritert oversikt fra sykepleierne i hjemmesykepleien. Deres ønske underbygges av et behov for økt fokus på prioritering av helhetlige og gode vurderinger av de sykeste syke i hjemmesykepleien. Dette støttes av tidligere erfaringer som påpeker behovet for å identifisere risikopasienter for å redusere for eksempel antall sykehusinnleggelse (Olson et al., 2016; Olson et al., 2014; Reidt et

al. 2014). Pasienter som nettopp er skrevet ut fra sykehuset, er *en* gruppe som bør prioriteres når det gjelder behovet for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang (Markowsky et al, 2014).

Til slutt er det viktig å nevne ulike tiltak leger og sykepleiere nevnte som viktige bidrag for økt fokus på ivaretagelsen av pasientsikker legemiddelbruk og forsvarlige tjenester i kommunehelse-tjenesten:

- Primærsykepleie og personsentrert omsorg bør innføres for å fremme bedre – og mer helhetlig sykepleie – og behandling av pasientene
- Det bør jobbes med strukturen for innholdet i den elektroniske pasientjournalen slik at sykepleierens observasjoner, vurderinger og tiltak blir enklere for alle i kollegiet å finne
- Behov for tilsynsleger på de ulike rodene/distriktene hjemmetjenesten; dette vil styrke samarbeidet og muligheten for å definere de ulike profesjonenes roller og ansvar i det tverrprofesjonelle samarbeidet på en bedre måte
- Samstemming av legemiddellistene kan utføres før det fysiske møtet mellom sykepleier, lege og farmasøyt for å spare litt tid.

---

## 7.0 KONKLUSJON

---

Erfaringene fra dette pilotprosjektet viser at en grundig datainnsamling gjennom gode samtaler med pasientene, er helt avgjørende som grunnlag for tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang og samstemming av pasientenes medisinlister. Det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom leger, sykepleiere og farmasøyt, bidrar til viktig deling av både informasjon og kompetanse for å sikre forsvarlige tjenester.

For å videreutvikle gevinstene av tverrprofesjonelt samarbeid, bør det i fortsettelsen jobbes mer med å definere de ulike profesjonenes ansvar og roller. I tillegg kan funnene i dette prosjektet tyde på at det blir viktig å involvere pasientene i økt grad gjennom hele prosessen, ikke bare i planleggingsfasen. Funnene viser også et stort behov for å forbedre prosessene knyttet til kommunikasjonsflyten innad egen profesjon, på tvers av profesjonene – og på tvers av ulike behandlingsnivå.

---

## 8.0 LITTERATURLISTE

---

- Adhikari, R., Tocher, J., Smith, P., Corcoran, J & MacArthur, J. (2014). A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Education Today*, 34: 185-190.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2016). Organisering av samverkan – modeller, svårigheter och muligheter. I Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, Karina (2015). Introduksjon. I Aase, Karina (Red.) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. I Aase, Karina (Red.) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2): 77-101.
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet – dagens strukturer. I Aase, Karina (Red.) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eines, T. F. & Thylen, I. (2012). Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1): 94-107.
- Ensing, H. T., Koster, E. S., Stuijt, C. C. M., van Dooren, A. A. & Bouvy, M. L. (2015). Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit. *International Journal of Clinical Pharm*, 37: 430-434.
- Helse – og omsorgsdepartementet (2012-2013a). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Helse – og omsorgsdepartementet (2012-2013b). *Morgendagens Omsorg*. Melding til Stortinget 29. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet*. Strategi 2014-2018. Oslo: Helsedirektoratet.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *FOCUS GROUPS. A Practical Guide for Applied Research*. 4. utg. Los Angeles: Sage.
- Kwan, J. L., Lo, L., Sampson, M. & Shojanian, K. G. (2013). Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5): 397-404.
- Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Johnson, A., Thorn, J., Koch, S. & Elliot, R. A. (2015). Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study. *Health Services Research*, 15: 460-471.
- Liff, R. & Wickstrøm, E. (2015). The problem-avoiding multi professional team-On the need to overcome protective routines. *Scandinavian Journal of management*, 31: 266-278.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Markowsky, M. J., Cave, A. J. & Simpson, Scot. H. Feasibility of a self-administered survey to identify primary care patients at risk of medication-related problems. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7: 123-127.

Måløy, E., Eines, T. F. & Vatne, S. (2016). *Opplevelse av lav kompetanse og pulverisert ansvar ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten*. Arbeidsrapport nr. M 1603. Molde: Møreforskning/Høgskolen i Molde.

Olson, C. H., Dierich, M. & Westra, B. L. (2014). Automation of a high risk medication regime algorithm in a home health care population. *Journal of Biomedical Informatics*, 51: 60-71.

Olson, C. H., Dey, S., Kumar, V., Monsen, K. A. & Westra, B. L. (2016). Clustering of elderly patient subgroups to identify medication-related readmission risks. *International Journal of medical Informatics*, 85: 43-52.

Reidt, S., Morgan, J., Larson, T. & Blade, M. A. (2013). The Role of a Pharmacist on the Home Care Team, *Home Healthcare Nurse*, 31(2): 80-87.

Reidt, S., Morgan, J., Larson, T. & Blade, M. A. (2014). Integrating a Pharmacist into a Home Healthcare Agency Care Model. *Home Healthcare Nurse*, 32(3): 146-152.

Rovio-Johansson, A. & Liff, R. (2012). Members' sensemaking in a multi-professional team. *Journal of Health Organization and Management*, 26(5): 605-620.

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse – og velferdssektoren. I Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.



# PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

[www.himolde.no](http://www.himolde.no) – [www.moreforsk.no](http://www.moreforsk.no)

**2014 - 2016**

Publikasjoner utgitt av høgskolen og Møreforskning kan kjøpes/lånes fra  
Høgskolen i Molde, biblioteket, Postboks 2110, 6402 MOLDE.  
Tlf.: 71 21 41 61, epost: [biblioteket@himolde.no](mailto:biblioteket@himolde.no)

## Egen rapportserie

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril; Nerland, Sølve Mikal og Bachmann, Kari: *"I UNG" – et alternativt opplæringstiltak for ungdom som har droppet ut av videregående opplæring – resultater fra følgeforskningen*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1612. Møreforskning Molde AS. 114 s. Pris: 150,-

Nordhaug, Hans Fredrik: *Sjøportalen. Delrapport 2: Mulighetsstudie – tekniske løsninger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1611. Møreforskning Molde AS. 12 s. Pris: 50,-

Oppen, Johan og Rød Espen: *Tilrettelegging og gjennomføring av tømmertransport i Trøndelag*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1610. Møreforskning Molde AS.

Oterhals, Oddmund; Guvåg, Bjørn; Giskeødegård, Marte F. and Srari, Jagjit Singh (2016): *Recin – Regional Challenges and Innovation in business Networks. Maritime Network Møre and Romsdal*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1609. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2016): *SMARTprod. Delrapport: Industriell skipsproduksjon*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1608. Møreforskning Molde AS. 16 s. Pris: 50,-

Müller, Falko og Svendsen, Hilde J. (2016): *Ferjesambandet Hasvik – Øksfjord. En vurdering av tilbud og etterspørsel*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1607. Møreforskning Molde AS. 58 s. Pris: 100,-

Skrove, Guri og Bachmann, Kari (2016): *Kvalitet i alle ledd. Samordning av hjelpetilbud til barn og unge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1606. Møreforskning Molde AS. 94 s. Pris: 100,-

Grønvik, Cecilie Katrine Utheim og Ulvund, Ingeborg (2016): *Etablering, gjennomføring og evaluering av videreutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Molde*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1605. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Rekdal, Jens; Svendsen, Hilde J. ; Zhang, Wei og Bråthen, Svein (2016): *Samfunnsøkonomisk analyse av ny lufthavn ved Mo i Rana. En analyse gjennomført ved bruk av persontransportmodellen NTM6*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1604. Møreforskning Molde AS. 68 s. Pris: 100,-

Bergem, Bjørn og Bremnes, Helge (2016): *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2014*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1603. Møreforskning Molde AS. 84 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde; Zhang, Wei, Rekdal, Jens og Bråthen, Svein (2016): *Ny ferjeforbindelse mellom Aure og Hitra. Oppdaterte trafikk tall og samfunnsøkonomi 2015*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1602. Møreforskning Molde AS. 37 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2016): *Beregning av kostnadsøkning i sone 1a og 4a i ny ordning for differensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1601. Møreforskning Molde AS. 21 s. Pris: 50,-



Svendsen, Hilde Johanne og Müller, Falko (2015): *Forvaltningsrevisjon av ferjeamboda i Møre og Romsdal*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1519. Møreforskning Molde AS. 63 s. Pris: 100,-

Julnes, Signe Gunn; Grønvik, Cecilie Katrine Utheim og Eines, Trude Fløystad (2015): *Implementering av Nasjonalt Kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning i et nytt veilednings- og vurderingsdokument i praksis for sykepleierstudenter*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1518. Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G.; Bremnes, Helge og Hervik, Arild (2015): *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2013*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1517. Molde: Møreforskning Molde AS. 77 s. Pris: 100,-

Bachmann, Kari; Bergem, Bjørn G. og Hervik, Arild (2015): *Grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre. En undersøkelse av tilskuddsordningen til grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1516. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Bråthen, Svein and Svendsen, Hilde J. (2015): *The Arctic Circle Airport – A Comparative Study*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1515. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Hauge, Kari Westad; Maasø; Anne Grete; Barstad, Johan; Elde, Hanne Svejstrup; Karlsholm, Guro; Stamnes, Astrid; Skjong, Gerd; Skår, Janne-Rita og Thingnes, Elin Rødahl (2015): *Kvalitet og kompetanse i praksis-veiledning av studenter i helse- og sosialfag i spesialisthelsetjenesten*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1514. Molde: Møreforskning Molde AS. 116 s. Pris: 150,-

Bachmann, Kari; Skrove, Guri K. og Groven, Gøril (2015): *Evaluerer av "Den gode skoleeier". Kommuners arbeid med skoleeierrollen og erfaringer med skoleeierprogrammet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1513. Molde: Møreforskning Molde AS. 61 s. Pris: 100,-

Groven, Gøril; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2015): *Fremtidens eldreomsorg. Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1512. Molde: Møreforskning Molde AS. 55 s. Pris: 100,-

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N. og Zhang, Wei (2015): *Etablering av modeller for tilbringertrafikk til flyplasser*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1511. Molde: Møreforskning Molde AS. 76 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne og Bråthen, Svein (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Midt- og Nord-Norge* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1510. Molde: Møreforskning Molde AS. 36 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Thune-Larsen, Harald; Oppen, Johan; Svendsen, Hilde Johanne.; Bremnes, Helge; Eriksen, Knut S.; Bergem, Bjørn G. og Heen, Knut P.: *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Nord-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1509 2. utgave. Molde: Møreforskning Molde AS. 147 s. Pris: 150,-

Oterhals, Oddmund og Kvadsheim, Nina Pereira (2015): *Sjøportalen. Delrapport 1: Behovsavklaring – gevinstpotensialer*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1508. Molde: Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2015): *Merkostnad i privat sektor i sone 1a og 4a etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1507. Molde: Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av "Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1506. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Oterhals, Geir; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *"Sulten og tørst, men Stikk UT! først" En brukerundersøkelse av turkassetrimmen Stikk UT!* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1505. Molde: Møreforskning Molde AS. 40 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Tveter, Eivind (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Sør-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1504. Molde: Møreforskning Molde AS 34 s. Pris: 50,-

Tveter, Eivind; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg; Svendsen, Hilde Johanne og Thune-Larsen, Harald (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av lufthavnkapasiteten i Oslofjordområdet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1503. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari; Bremnes, Helge og Groven, Gøril (2015): *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1502. Molde: Møreforskning Molde AS. 107 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar og Mennink, Marcel (2015): *Mulighetsanalyser for jaktturisme i Gjemnes*. Møreforskning Molde AS nr. 1501. Molde: Rapport / Møreforskning Molde AS. 45 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Oterhals, Geir; Hoemsnes, Helene, Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidstilbud. Spesiell vekt på barn og unge med innvandrereforeldre*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1417. Molde: Møreforskning Molde AS. 92 s.

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N.; Løkketangen, Arne; Zhang, Wei og Larsen Odd I. (2014): *Inkludering av innfartsparkering i TraMod\_By: TraMod\_IP*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1416. Molde: Møreforskning Molde AS 125 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar (2014): *Remontowa Launch and Recovery System (LARS) Minus 40*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1415. Molde: Møreforskning Molde AS. 39 s. KONFIDENSIELL

Shlopak, Mikhail; Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind II. Beregning av klimagassutslipp i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1413. Molde: Møreforskning Molde AS. 53 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind I. Analyse av metningspunkt for trafikk i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1412. Molde: Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder (2014): *Kontraksstrategier for local leverandørindustri*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1411. Molde: Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Solvoll, Gisle og Hanssen, Thor Erik Sandberg (2014): *Luftfartens betydning for utvalgte samfunnssektorer. Eksempler fra petroleum, kultur og sport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1410. Molde: Møreforskning Molde AS. 98 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Shlopak, Mikhail; Oppen, Johan og Jünge, Gabriele (2014): *Logistikkoptimalisering i BioMar Norge AS*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1409. Molde: Møreforskning Molde AS. 41 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Zhang, Wei og Rekdal, Jens (2014): *Todalsfjordforbindelsen. Anslag på trafikale og prissatte samfunnsøkonomiske konsekvenser*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1408. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Witsø, Elisabeth (2014): *IA-holdningsbarometer Møre og Romsdal. Ledere og ansattes erfaringer med og syn på IA-arbeidet i virksomheten*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1407. Molde: Møreforskning Molde AS. 51 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Jünge, Gabriele Hofinger og Shlopak, Mikhail (2014): *Planlegging, produksjon og prosessdata. Hva påvirker kvalitet og leveransepresisjon?* Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1406. Molde: Møreforskning Molde AS. 37 s. KONFIDENSIELL

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Supplier effects Ormen Lange 2008-2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1405. Molde: Møreforskning Molde AS 27 s. Pris: 50,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1404. Molde: Møreforskning Molde AS. 117 s. Pris: 150,-

Kaurstad, Guri; Witsø, Elisabet og Bachmann, Kari (2014): *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1403. Molde: Møreforskning Molde AS 35 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Leverandøreffekter Ormen Lange 2008-2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1402. Molde: Møreforskning Molde AS 25 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2014): *Lean Shipbuilding II – Sluttrapport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1401. Molde: Møreforskning Molde AS 29 s. Pris: 50,-

## ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS

Eines, Trude Fløystad og Måløy, Elfrid (2016): *Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomganger og samstemming av medisinalister – Løsningen på økt pasientsikkerhet?* Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1604. Møreforskning Molde AS. 23 s. Pris: 50,-

Måløy, Elfrid; Eines, Fløystad, Turid og Vatne, Solfrid (2016): *Opplevelse av lav kompetanse og pulverisert ansvar ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1603. Møreforskning Molde AS. 14 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Oppen, Johan (2016): *Logistikk og forretningsmodeller for behandling av fiskeslam*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1602. Møreforskning Molde AS. 12 s. Pris: 50,-

Groven, Gøril; Hoemsnes, Helene; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2016): *Inkludering av personer med Asperger syndrom i arbeidslivet. VRI-prosjekt med Spesialistbedriften*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. 1601. 26 s. Pris: 50,-

Grønvik, Cecilie Utheim og Julnes, Signe Gunn (2015): *Innovative læringsaktiviteter bidro til at sykepleie studenter opplevde læringsutbytte i kvantitativ metode*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1501. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Larsen, Odd I. (2014): *Validering av godstransportmodellen*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1403. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Hoemsnes, Helene; Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge i Kristiansund. Levekårsprosjektet i Kristiansund*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1402. Møreforskning Molde AS. 75 s. Pris: 100,-

Rye, Mette (2014): *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift. Estimater for 2014*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1401. Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

## ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

Ødegård, Atle; Sæbjørnsen, Siv Elin Nord; Hegdal, Tone; Bergum, Inger Elisabeth; Brask, Ole David; Inderhaug, Hans; Iversen, Hans Petter; Hoemsnes, Helene; Myklebust, Kjellaug Klock; Bekkevold, Nils; Almås, Synnøve Hofseth; Vasset, Frøydis Perny; Willumsen, Elisabeth (2015) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ved Høgskolen i Molde*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:5. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Lode, Andrea (2015) *Evaluering av etableringstilskudd i Aukra kommune*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

May Østby, Kari Høium, Thrine Marie Nøst Bromstad, Yngvar Bjarne Hurlen, Randi Brevik, Claus A. Giskemo, Lars Klintwall (2015) *"Jeg ønsker å lese bedre!" : intensiv leseopplæring for en elev med ADHD*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:3. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Bakken, Hege (2015) *"Mulig det finnes en angreknapp?" : mestringstillit og IKT-kompetanse hos den voksne deltids vernepleierstudent*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline (2015) *Supply vessel planning under cost, environment and robustness Considerations*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:1. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar (2014) *Traumatic stress, personality and psychobiological health : conceptualizations and research findings*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:6. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina (2014) *Environmental performance of speed optimization strategies in offshore supply vessel planning under weather uncertainty*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:5. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar; Ødegård, Atle (2014) *Examining the Construct of Dissociation within the Framework of G-theory*. Arbeidsnotat : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Iversen, Hans Petter; Folland, Thore (2014) *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene : organisering og ledelse : kommunenettverket*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Solnes, Oskar; Dolles, Harald; Gammelsæter, Hallgeir; Kåfjord, Sondre; Rekdal, Eddie; Straume, Solveig; Egilsson, Birnir (2014) *Toppfotballens betydning for vertsregionen : en studie av Molde Fotballklubbs betydning for Molderegionen*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:1. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 100,-





**MØREFORSKING**

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



**MØREFORSKING**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

---