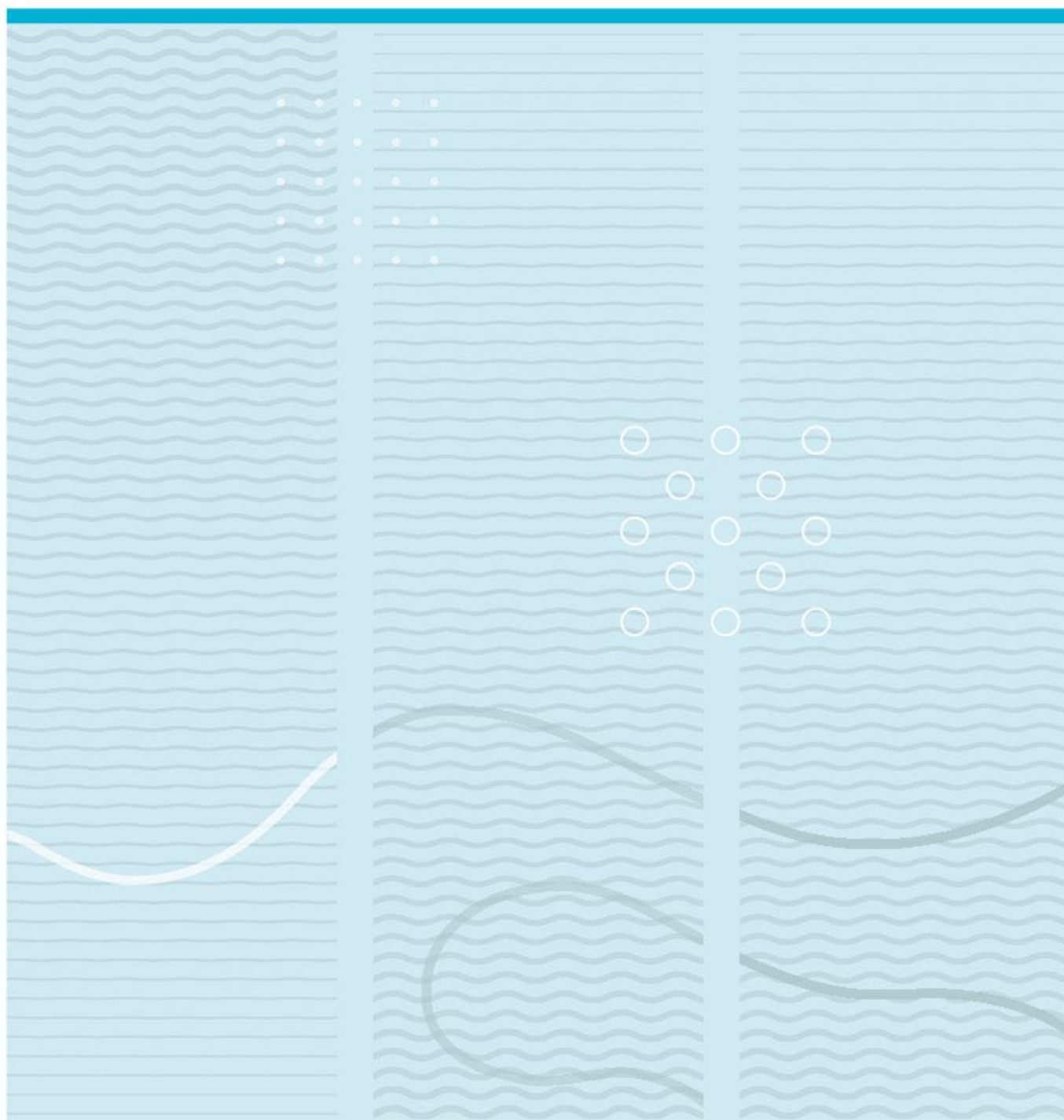


Anne Øvestad

## Sykepleieres erfaring med E-multidose





Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsdag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Anne Øvestad

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er en pågående pilotering av E-multidose som forventer en økning av E-multidosebrukere i løpet av våren 2022. Før piloteringen av multidose E-resept startet var det vanlig at mesteparten av resepter ble sendt elektronisk, bortsett fra resept for multidose. Direktoratet for E-helse mener at overgangen fra papirordinasjon til E-multidose skal blant annet sikre en tryggere legemiddeladministrering.

**Formål:** Formålet med masteroppgaven er å få kjennskap til sykepleierne fra hjemmesykepleien sine erfaringer med bruk av E-multidose. En gevinst av studien kan være å gjøre overgangen for fremtidige kommuner lettere ved å samle tilbakemeldinger og erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien som allerede har gjennomgått overgangen fra papirordinasjon til E-multidose.

**Metode:** Denne studien er en kvalitativ studie med et utforskende design som benytter semi-strukturerte intervjuer av fem informanter. Bakgrunn for valg av utforskende design er begrenset forskning om erfaringer til sykepleierne fra hjemmesykepleiere ved bruk av E-multidose. Tematisk analyse er benyttet for analysen av datamaterialet.

**Resultat:** Erfaringene til informantene indikerer at den største utfordringen relatert til bruk av E-multidose er ved endringer på innholdet i multidosen. Endringene på innholdet i multidosen fører til avhengigheter av andre institusjoner og personer. Mangelfulle rutiner og retningslinjer gjør arbeidet med E-multidose krevende for sykepleiere ved hjemmesykepleien. Lokale ulikheter mellom kommuner viser til ulike rutiner og retningslinjer ved opplæring og superbrukere. Erfaringene til informantene indikerer også utfordringer knyttet til medisadministrering og pasientsikkerhet.

**Konklusjon:** Selv om sykepleierne ved hjemmesykepleien har flere positive erfaringer knyttet til E-multidose er det flere utfordringer som bør utbedres for både eksisterende og fremtidige brukere av E-multidose. Utfordringene kan forbedres ved blant annet bruk av pasientens legemiddelliste, tydelige retningslinjer og bedre opplæring blant ansatte.

Nøkkelord: E-multidose, Hjemmesykepleien, Erfaringer og Sykepleiere

# Abstract

**Background:** There is an ongoing piloting of E-multidose that expects an increase in E-multidose users during the spring of 2022. Before the piloting of multidose E-prescription started, it was common for most prescriptions to be sent electronically, except for prescription for multidose. The Directorate for E-health in Norway believes that the transition from paper prescribing to E-multidose will, among other things, ensure safer drug administration.

**Aims:** The purpose of the master thesis is to get to know the nurses from the home care service experiences of piloting for E-multidose. A benefit of the study may be to make the transition for future municipalities easier by gathering feedback and experiences from nurses in home care services who have already undergone the transition from paper prescribing to E-multidose.

**Methods:** This study is a qualitative study with an exploratory design that uses semi-structured interviews of five informants. The background for the choice of exploratory design is limited research on the experiences of the nurses from home care services using E-multidose. Thematic analysis is used for the analysis of the data material.

**Results:** The informants' experiences indicate that the biggest challenge related to the use of E-multidose is with changes to the medication within the multidose. The changes lead to dependencies and inadequate routines and guidelines make the work with E-multidose both demanding and challenging for nurses in the home care service. Local differences between different municipalities refer to different routines and guidelines for training and superusers. The informant' experiences also indicate challenges related to medication administration and patient safety.

**Conclusions:** Although the nurses at the home care service have several positive experiences related to E-multidose, there are several challenges that should be improved for both existing and future users of E-multidose. The challenges can be improved by, among other things, using the patient's medication list, clear guidelines and better training among staff.

Keywords: E-multidose, Home care services, Experiences and Nurses

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>8</b>
	Bakgrunn .....	8
	Forskning om temaet .....	11
	Formålet med studien .....	12
	Problemstilling.....	12
	Oppgavens oppbygning.....	12
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>14</b>
	Nasjonal E-helsestrategi .....	14
	Kommunalhelsetjenesten.....	14
	Legemiddelhåndtering .....	15
	2.1.1 Sykepleier sitt ansvar.....	15
	2.1.2 Fastlege sitt ansvar .....	15
	Pasientsikkerhet .....	16
	2.1.3 Ressurser           16	
	2.1.4 Samstemming av legemiddellister .....	16
	2.1.5 Multidose           17	
	2.1.6 Samhandlingsreformen .....	17
	2.1.7 Pasientovergang 17	
	Implementeringsteori.....	18
<b>3</b>	<b>Metoder.....</b>	<b>21</b>
	Vitenskapelig ståsted.....	21
	Design 21	
	Forskningsmetode.....	21
	Kontekst for studien .....	22
	3.1.1 Pilotering           22	
	3.1.2 Koronapandemi 22	
	Utvalg og rekruttering .....	23
	3.1.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	23
	3.1.4 Rekruttering       23	
	Datainnsamling.....	24
	3.1.5 Utarbeidelse av intervjuguide .....	24
	3.1.6 Gjennomføring av intervjuene .....	25

Analysemetode.....	25
3.1.7 Transkribering	25
3.1.8 Analysen	25
Etiske vurderinger.....	27
Forskerens rolle og forforståelse.....	28
3.1.9 Journalsystem	28
Studiens kvalitet.....	28
3.1.10 Validitet	29
3.1.11 Reliabilitet og generaliserbarhet.....	30
<b>4 Resultater.....</b>	<b>32</b>
Samarbeid.....	32
4.1.1 Purring til fastlege ved endring av medisiner.....	32
4.1.2 Hjemmesykepleien hadde tilgang på medisinlisten før fastlegen.....	33
Læring	34
4.1.3 Opplæring	34
4.1.4 Superbrukere	35
Kvalitetssikkerhet.....	36
4.1.5 Medikamentadministrering.....	37
4.1.6 Pasientsikkerhet	38
<b>5 Drøfting.....</b>	<b>40</b>
Samarbeid.....	40
5.1.1 Purring på fastlege ved endring på medisiner.....	40
5.1.2 Hjemmesykepleiere har tilgang på medisinlisten før fastlegen.....	42
Læring	44
5.1.3 Opplæring	44
5.1.4 Superbrukere	45
Kvalitetssikkerhet.....	47
5.1.5 Medisinadministrering.....	47
5.1.6 Pasientsikkerhet	48
Styrker og svakheter.....	50
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>54</b>
Videre forskning.....	54

<b>Referanser/litteraturliste.....</b>	<b>56</b>
<b>7 Vedlegg .....</b>	<b>59</b>
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	59
Vedlegg 2 – Samtykkeskjema .....	60
Vedlegg 3: Godkjennelse fra NSD .....	62

## Tabeller

Tabell 1 - *Oversikt over informanter* – S. 24

Tabell 2 – *Tema og undertema* - S. 32



# Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på to år ved Universitetet i Sørøst-Norge. Det har vært to intensive år med mye god og nyttig kunnskap. De to siste årene har vært preget av den pågående koronapandemien som har resultert i mye digital undervisning. Vil derfor takke kollokviegruppen som under hele mastergraden, og spesielt under skriving har masteroppgaven har vært tilgjengelige, motiverte og en stor inspirasjon.

Vil også takke min fantastiske samboer som har motivert meg til å skrive masteroppgaven. En stor takk for all hjelp i leiligheten, gode ord og klemmer i en tøff periode. Vil også takke venner og familie for mye støtte og motiverende ord. Jeg er også takknemlig for nåværende arbeidsgiver som har tilrettelagt for meg gjennom oppgaveskrivingen.

Jeg ønsker også å trekke frem min veileder Hilde Solli som har bidratt med gode tilbakemeldinger og tips gjennom semesteret.

Til slutt må jeg gi en stor takk til mine supre informanter. Tusen takk for deling av erfaringer! Spesielt i en krevende periode med høyt smittetall under koronapandemien.

Oslo, 29. mai. 2022

Anne Øvestad

# 1 Innledning

## Bakgrunn

Multidose er en ferdigpakket pose med tabletter som spesielt eldre pasienter får utlevert (Apotek 1, 2021). Multidose inneholder faste medisiner, men kan også inkludere andre legemidler og kosttilskudd så lenge de er i tablett eller kapselform (Apotek 1, 2021). Multidose kan hentes på apoteket. Det er mulig for pasienten å velge selv hvor ofte multidosen skal utleveres, eksempelvis hver uke, hver andre uke eller en gang i måneden (Apotek 1, 2021). Hjemmesykepleien kan være ansvarlig for medisiner, da er det hjemmesykepleien som er ansvarlig for utlevering av multidose (Helsedirektoratet, 2019). Til hjemmesykepleien blir multidoseposene vanligvis levert ut med to ukers mellomrom (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan endre seg dersom pasienten eksempelvis skal på ferie. Dette styrer hjemmesykepleien. Posene er forseglet og det er ofte beskrevet dag og tidspunkt pasienten skal ta tablettene. Et annet alternativ til multidose er dosetter. Dosett er et hjelpemiddel for å holde styr på at medisindosene er riktig. Noen dosetter har mulighet til å vise når pasienten skal ta medisiner (Hjelpemiddeldatabasen, u. å.). Forskjellene på dosetter og multidose er at multidoseposene blir utlevert fra apoteket ferdig pakket, mens dosetter blir lagt av pasientene selv eller helsepersonell fra eksempelvis hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2019). Multidose har vært tilgjengelig for kommunale helsetjenester siden tidlig på 2000-tallet. I 2019 skrev helsedirektoratet på sine nettsider at multidose enda ikke er innført i alle kommuner (Helsedirektoratet, 2019).

Overgangen fra papirordinasjon til E-multidose er fremdeles under pilotering. En pilotering er en tjeneste eller et tiltak som prøves ut over en kortere tidsperiode (KS, 2021). Tidsperioden kan være alt fra noen dager til over flere år. Pilotering av multidose E-resept er en tjeneste som prøves ut over en kortere tidsperiode for et fåtall kommuner, apotek, fastlegekontor og journalleverandører (Direktoratet for E-helse, 2022). Foreløpig har piloteringen pågått fra 2014 og pågår fremdeles i 2022. (Direktoratet for E-helse, 2022). Før piloteringen av E-multidose startet var det vanlig at mesteparten av resepter ble sendt elektronisk, bortsett fra resept for multidose. E-resept står for elektronisk resept. E-resept er innført i hele Norge (Helse Norge, 2019). Multidose reseptene ble sendt som papirordinasjon før piloteringen.

I løpet av våren 2022 skal flere journalleverandører støtte E-multidose og det er planlagt at flere kommuner skal ta i bruk E-multidose. Frem til våren 2022 har kun fastleger med journalsystem fra journalleverandør som har deltatt på piloteringen hatt mulighet til å benytte E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2022). Journalleverandører som deltok under piloteringen var Infodoc, Patientsky/HoveTotal og WebMed. Fra 2022 vil journalleverandørene Pridok, CGM og System X starte utprøving av E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2022). Det er foreløpig kun multidoseapotekene Apotek1 og Norsk Medisinaldepot (NMD) som støtter E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2022).

En av utfordringene med papirordinasjon for multidose har vært at fastlegene skriver ut doble resepter. De skriver en resept for en av tablettene, men samtidig en annen resept for multidosen som inneholder samme tablett. Dette kan resultere i at pasientene får dobbelt opp av medisiner som de ikke skal ha dobbelt opp av (Direktoratet for E-helse, 2022). Dette er noe Direktoratet for E-helse opplyser om på sine egne nettsider. De skriver videre at en av gevinstene ved overgangen til E-multidose vil være å unngå doble resepter (Direktoratet for E-helse, 2022). Det er ikke beskrevet på nettsidene hvordan doble resepter er en mulighet ved papirordinasjon. Det står heller ikke beskrevet hvor ofte dette forekommer (Direktoratet for E-helse, 2022). En annen utfordring med papirordinasjon har vært at oppdatert medisinliste blir sendt fra fastlegekontoret til apoteket med faks. Det er lov i følge norsk lov å sende resept over faks, så lenge taushetsplikten til pasienten opprettholdes (Forskrift om legemidler fra apoteket, 1998, §3-3). Resepter over faks er likevel en risiko for personvernet til pasientene da pasientsensitive opplysninger kan komme på avveie (Direktoratet for E-helse, 2022). Et av målene ved overgangen fra papirordinasjon til E-resept for multidose er å unngå overnevnte utfordringer. Direktoratet for E-helse opplyser om at pasientene sine legemiddellister kvalitetssikres av både sykepleiere ved hjemmesykepleien, fastlegen til pasienten samt apoteket. Dette betyr at det er flere parter i prosessen som kvalitetssikrer at alt er riktig og kan rapportere dersom det er mangler eller feil i legemiddellisten (Direktoratet for E-helse, 2022). Det er viktig å kvalitetssikre sammensetningen av ulike medikamenter for å sikre god pasientsikkerhet. Dette for å unngå at pasient blir feilmedisinert. I 2022 er ikke standarden at sykepleierne ved hjemmesykepleien, fastlegen og apotekene har lik legemiddelliste som oppdateres i sanntid. Pasientens legemiddelliste (heretter: PLL) er ny funksjonalitet som skal sørge for at alle parter har lik tilgang til oppdatert legemiddelliste. PLL er under pilotering, så det er svært begrenset hvem som har tilgang til listen per dags dato (legeforeningen, 2021).

Det er flere parter involvert i bruken av E-multidose. Både hjemmesykepleien, fastlegen og apoteket står sentralt i bruken av E-multidose. Fastlegen er ansvarlig for reseptene og å oppdatere legemiddellisten. Apoteket er ansvarlig for å gi ut multidosen. Hjemmesykepleien er ansvarlig for å levere ut multidosen til de pasientene som har behov for at hjemmesykepleien bistår med utlevering av legemidler (Direktoratet for E-helse, 2022).

Direktoratet for E-helse har i samarbeid med Nasjonalt senter for E-helseforskning gitt ut fire rapporter om pilotering av multidose E-resept mellom 2016-2018 (Direktoratet for E-helse, 2022). Etter 2018 er det ikke gitt ut noen nye rapporter i regi av direktoratet for E-helse om piloteringen for E-multidose. Tilbakemelding fra tidligere rapporter i feltet viser til problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom hjemmesykepleien, fastlegen og apoteket. Her blir det rapportert fra sykepleiere ved hjemmetjenesten at det økte behovet for kommunikasjon fører til at sykepleierne opplever at de kontakter fastlegen for mye. Det er ikke alltid fastlegen har mulighet til å svare fortløpende, noe som ofte er nødvendig for sykepleierne. Da må sykepleierne purre på fastlegene. Tidligere rapporter i feltet viser også til at fastlegene selv ikke opplever dette som forstyrrende, men heller som en del av jobben dem gjør (Johnsen et al., 2017, s. 30).

Johnsen et al., (2017) har sett på erfaringer fra piloteringen av E-multidose for hjemmesykepleien, fastlegene og apoteket i Norge. Direktoratet for E-helse har også publisert en lignende rapport om erfaringer fra de skandinaviske landene (Bergmo et al., 2016). Rapportene er ikke helt sammenlignbare, Johnsen et al., (2017, s. 4-5) har fokusert på erfaringer i Norge og Bergmo et al., (2016, s. 4) har gjort et litteratursøk hvor de har trukket frem relevante artikler for å se på erfaring fra multidose generelt blant de skandinaviske landene (Bergmo et al., 2016, s. 4). I rapporten fra de skandinaviske landene ble det trukket frem at andre skandinaviske land benytter multidose på en annen måte enn hva vi gjør i Norge, dette fører til at det er problematisk å sammenligne (Bergmo et al., 2016, s. 7-30). Ulikheter er blant annet ansvarlig fastlege og hvordan multidose ordineres. Eksempelvis kan hvilken som helst fastlege i Sverige skrive ut resept på multidose, mens i Norge har vi en ansvarlig multidoselege for pasienten (Bergmo et al., 2016, s. 3). Likhetene mellom de to rapportene er at begge nevner at pasientsikkerheten blir svekket ved bruk av multidose men at overgang til E-multidose kan bidra til å bedre pasientsikkerheten (Bergmo et al., 2016; Johnsen et

al., 2017). Rapporten fra de skandinaviske landene kunne ikke finne relevante artikler om erfaringer til hjemmesykepleien, fastlege eller apotek under selve overgangen.

## **Forskning om temaet**

Ut over rapportene som nasjonal senter for E-helseforskning (NSE) har utført på vegne av Direktoratet for E-helse finnes det lite forskning og rapporter om erfaringene knyttet til bruken av E-multidose (Bergmo et al., 2016; Johnsen et al., 2017). Kristoffersen (2015) skrev en artikkel om elektronisk multidose. I denne artikkelen blir det beskrevet at en av ulempene med elektronisk multidose er at fastlegene fremdeles må ta kontakt med hjemmesykepleien dersom det er endringer i multidosen. Det blir også nevnt fordeler fra fastlegene sin side som at kommunikasjonen mellom fastlege og apotek er bra (Kristoffersen, 2015). I artikkelen nevnes det at CGM Journal skal starte opp med elektronisk multidose fra 2016 (Kristoffersen, 2015). I følge Direktoratet for E-helse er det ikke planlagt at CGM skal ta i bruk elektronisk multidose før våren 2022 (Direktoratet for E-helse, 2022). Det har også blitt utført en studie (Gullsett & Bergmo, 2022, s. 1-8) av fastleger sin erfaring med bruk av E-multidose. Her ble det tydelig at fastlegene har ulik mengde opplæring og informasjon som igjen påvirker kompetansen. Legene rapporterer likevel om positive erfaringer knyttet til E-multidose som eksempelvis: mindre tidsbruk på resepskriving og bedre samarbeid med sykepleierne og apoteket. Studien konkluderer også med at det finnes lite forskning om temaet og at det er behov for mer forskning for å sikre en bedre utvikling av E-multidose (Gullsett & Bergmo, 2022, s. 1-8).

I 2015 ble det skrevet en masteroppgave hvor det ble utført en evaluering av blant annet E-resept (Ertesvåg & Tselishcheva, 2015, s. 1-80). I masteroppgaven ble det konkludert med at legene var fornøyde med elektronisk multidose E-resept, men at de så flere mulige forbedringer med bakgrunn i brukerens perspektiv (Ertesvåg & Tselishcheva, 2015, s. 76-79). Tidligere studie viser til at bruk av E-multidose fører til bedre pasientsikkerhet enn hva bruk av dosett og faks gjør (Johnsen et al., 2018). I studien ble det nevnt at leger og farmasøyter har gode erfaringer med E-multidose, mens sykepleiere opplyste om at prosedyrene etter digitaliseringen var mer effektive enn når det ble benyttet papir når det skjer endringer i medisinene. En av utfordringene som ble nevnt fra sykepleierne sin side var at de ikke lenger hadde tilgang til pasientene sin legemiddelliste (Johnsen et al., 2018). Tidligere forskning viste til at det fremdeles er mangelfull forskning på feltet (Gullsett & Bergmo, 2022, s. 1-8). Etter litteratursøk på google scholar med søkeordet «E-multidose» etter

2018 var resultatet 43. Kun et fåtall av disse var relevante. Med relevante studier menes det studier gjort på E-multidose og erfaringene knyttet til dette. Det ble ikke funnet noen forskning på erfaringer for bruk av E-multidose som fokuserte på sykepleiere fra hjemmesykepleien sine erfaringer. Det skal likevel nevnes at erfaringene fra sykepleierne ofte er inkludert i tidligere studier, sammen med erfaringer fra fastlege og apotek. Eksempler på studier hvor sykepleierne er nevnt, men ikke fokusert på, er Gullsett & Bergmo (2022, s. 1-8) som nevner at fastlegene og sykepleierne ved hjemmesykepleien rapporterer om bedre samarbeid etter overgangen til E-multidose. 27. mai. 2022 fant forsker en tidligere masteroppgave om innføringen av multidose e-resept (Sothinathan, 2020). Denne masteroppgaven var ikke publisert offentlig, oppgaven er derfor ikke gjennomgått av forsker. I følge sammendraget til masteroppgaven er både fastleger, farmasøyter og sykepleiere intervjuet. Heller ikke denne masteroppgaven har fokusert på sykepleiere fra hjemmesykepleien sine erfaringer.

## **Formålet med studien**

Formålet med masteroppgaven er å få kunnskap om hvordan sykepleiere fra hjemmesykepleien erfarer bruken av E-multidose. Det er ønskelig at studien kan bidra til å dekke opp for noe av kunnskapshullet fra tidligere forskning og frem til våren 2022. Et ønske med masteroppgaven er å gjøre overgangen for fremtidige kommuner lettere ved å samle tilbakemeldinger og erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien som allerede har gjennomgått overgangen fra papirordinasjon til multidose E-resept. Dette kan også resultere i å avdekke eventuelle fallgruver ved å gjøre fremtidige kommuner oppmerksom på dette.

## **Problemstilling**

Hvilke erfaringer har sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien med bruk av E-multidose?

## **Oppgavens oppbygning**

Masteroppgaven er delt inn i seks deler.

Første delen tar for seg innledning samt bakgrunn for studien. Første del inneholder også problemstilling.

Andre del tar for seg teoretisk rammeverk for studien. Her inkluderes blant annet implementeringsteori (NPT) og forskrifter samt lovverk for hjemmesykepleien, fastlegene og sykepleierne.

Del tre inkluderer metode og fremgangsmåte for å besvare problemstilling.

Del fire presenterer resultatene etter tematisk analyse.

Femte del drøfter resultatene opp mot teori, metode og funn.

Del seks konkluderer og gir et kort sammendrag av studien.

## 2 Teoretisk rammeverk

Teoretisk rammeverk vil inkludere nasjonal E-helsestrategi, kommunalhelsetjenesten som tjeneste, legemiddelhåndtering med sykepleier og fastlege sitt ansvar, pasientsikkerhet og implementeringsteori.

### Nasjonal E-helsestrategi

Direktoratet for E-helse har utviklet en nasjonal E-helsestrategi. Strategien er utviklet med et formål om å øke gjennomføringsevnen i Norge på områder knyttet til E-helse. Strategien skal gjøre det lettere å prioritere og utnytte mulighetene for digitalisering av helsevesenet (Direktoratet for E-helse, 2022). Dagens strategi ble opprettet i 2017 og skal beholdes frem til 2022. Fra 2023 vil det komme en ny nasjonal E-helsestrategi (Direktoratet for E-helse, 2022). Gjeldene E-helsestrategi inkluderer tre hovedpunkter: *«Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning»* (Direktoratet for E-helse, 2022).

For å sikre fremgang i henhold til E-helsestrategien har Direktoratet for E-helse satt opp en plan med mål. I denne planen er legemiddelopplysninger beskrevet (Direktoratet for E-helse, 2019). Her blir det nevnt som en hovedutfordring at det ikke eksisterer en felles oversikt i sanntid over hvilke legemidler pasienten benytter. Det blir beskrevet at en slik liste vil kunne forbedre pasientsikkerheten og redusere bruk av helsetjenester. Det er satt opp flere aktiviteter for å nå dette målet, en av aktivitetene er å innføre E-resept i kommunal pleie- og omsorgstjeneste (Direktoratet for E-helse, 2019).

### Kommunalhelsetjenesten

Helsepersonell skal forsøke å opplyse pasienten om hvem epikrisen sendes til etter eksempelvis sykehusopphold (Helsepersonelloven . hpl, 1999, §45 a). Dersom pasienten hører til hjemmesykepleien, skal helsepersonell ved hjemmesykepleien motta epikrisen samt pasienten sin fastlege. Epikrisen skal i utgangspunktet bli sendt ut samtidig som pasienten skrives ut fra sykehuset. Dersom det ikke er mulig å sende ut epikrisen ved utskrivning, skal epikrisen sendes innen forsvarlig tid. Epikrisen skal inneholde opplysninger om hva som har blitt gjort under



undersøkelsen eller behandlingen samt andre nødvendige opplysninger for videre behandling (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §45 a).

Det er nødvendig med god oppfølging av pasientene, spesielt etter kritiske faser som når pasienten har blitt utskrevet fra sykehuset og skal hjem for å motta hjelp av hjemmetjenesten (Meld. St. 28 (2014-2015, s. 43). Etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset er det nødvendig at helsepersonell fra hjemmetjenesten vet hvilken behandling pasienten har mottatt på sykehuset, om det er endringer på legemidlene og annen nødvendig informasjon. I følge Meld. St. 28 (2014-2015, s. 43) er informasjonen som blir levert fra sykehuset til hjemmetjenesten i dag ikke tilstrekkelig eller utført på en systematisk måte. En spesiell utfordring her er samarbeidet mellom fastlege og hjemmetjenesten. Her kan det være snakk om pasienter med avanserte medisinbehandling, som intravenøs antibiotika eller kreftbehandling (Meld. St. 28 (2014-2015, s. 43). Selv om sykehuset får varslet hjemmetjenesten om at pasienten har behov for medisinsk oppfølging etter sykehusoppholdet, er det svært få som varsler fastlegen om den medisinske oppfølgingen. Dette grunnet manglende rutiner (Meld. St. 28 (2014-2015, s. 40-45).

## **Legemiddelhåndtering**

Det er opprettet en forskrift om legemiddelhåndtering for helsepersonell som yter helsehjelp. I følge denne forskriften er helsepersonell ansvarlig for at pasientene får riktige legemidler. Legemidlene skal videre være merket med pasienten sin identitet, navnet på legemiddelet og virkestoffet, styrke, dose og andre relevante opplysninger (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §7).

### **2.1.1 Sykepleier sitt ansvar**

Det er sykepleieres ansvar som helsepersonell å sørge for at pasienten og helseinstitusjonene blir påført unødvendige utgifter eller tidstap (Helsepersonelloven – hpl, 1999, § 4).

### **2.1.2 Fastlege sitt ansvar**

Dersom det pasientens behov tilsier at det er behov for samarbeid, er det fastlegen som skal ta de medisinske beslutningene som omhandler både undersøkelse og behandling for pasienten (Helsepersonelloven – hpl, 1999, § 4). Det er legen som er ansvarlig for å rekvirere reseptbelagte medisiner. Andre helsepersonell kan i noen sammenhenger få en begrenset rekvireringsrett, da er

det nødvendig at helsepersonell har en autorisasjon (Helsepersonelloven – hpl, 1999, § 11). Fra 1. januar 2013 er det fastlegen som er ansvarlig for å føre legemiddelliste. Farmasøytene sitt ansvar er å kontakte fastlegen til pasienten dersom de avdekker legemiddelrelaterte problemer etter en legemiddelsamtale mellom pasienten (Meld. St. 10 (2012-2013), 33).

## **Pasientsikkerhet**

### **2.1.3 Ressurser**

I følge Meld. St. 10 (2012-2013), s.7-8) har pasienter i Norge allerede et mindre positivt syn enn flere andre land på blant annet kommunikasjon fra helsetjenesten og koordinering mellom de ulike instansene. Flere utfordringer er rapportert av helsetilsynet sine rapporter fra 2010 og 2011 om pasientsikkerhet ved hjemmesykepleien (Med. St. 10 (2012-2013), s. 7). En av utfordringene som blir rapportert inn er at pasientene overmedisineres og/eller feilmedisineres. Det fremkommer videre at det er både manglende kompetanse blant helsepersonell og mangelfull oppfølging av de medisinske behovene til pasientene. Videre blir det også pekt på utfordringer relatert til styring og ledelsen. Det fremkommer i stortingsmeldingen at helse- og omsorgstjenesten har færre ledere enn hva som ellers er normalen i helsevesenet (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 28). Det blir også poengtert at helsepersonell er den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten, men at en stor utfordring er mangel på kvalifikasjoner og nok helsepersonell til jobben. Det er flere uten relevant utdanning som jobber i hjemmetjenesten, men et stadig større behov for flere ansatte med riktig utdanning (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 28-29).

### **2.1.4 Samstemming av legemiddellister**

En stor utfordring som blir rapportert både nasjonalt og internasjonalt er samstemming av legemiddellister. Manglende samstemming av legemiddellister er et stort pasientsikkerhetsproblem, da det ofte fører til feilmedisinering av pasientene (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 28). Manglede samstemming av legemiddellisten kan ha flere konsekvenser. Eksempelvis kan dette forekomme av at informasjon om oppdatert eller endret legemiddelliste ikke kommer frem til riktig person. Det kan videre være registrert feil dose i legemiddellistene eller at ordinasjonen er feil. Legemiddellistene er svært komplekse og det er flere personer, institusjoner eller systemer som er involvert i prosessen. Stortingsmeldingen nevner et økt fokus av legemiddellisten.

Det ble i perioden 2011-2013 gjennomført en pasientsikkerhetskampanje. Denne kampanjen førte til at flere pasienter får en mer jevnlig legemiddelgjennomgang. Fastlegene var en viktig ressurs under pasientsikkerhetskampanjen. Det var ikke enkelt å få fastlegene til å bidra grunnet deres tidspressede arbeidshverdag (Meld. St. 28 (2014-2015), 34-35). Som en del av pasientsikkerhetskampanjen ble det opprettet både plakater og brosjyrer som oppfordret pasientene til å etterspørre medisinen sin, i et håp om at dette skulle føre til en mer jevnlig legemiddelgjennomgang (Meld. St. 28 (2014-2015), s. 34-25). Kampanjen er nå avsluttet, men videreført som et pasientsikkerhetsprogram.

### 2.1.5 Multidose

De fleste pasientene som benytter multidose, er tilknyttet hjemmetjenesten (Meld. St. 28 (2014-2015), s.77). Multidose er foreslått som et tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Selv om HELFO tilbyr hjemmetjenesten en refusjonsordning per pasient som benytter multidose, er det ikke alle pasientene som blir anbefalt multidose. Pasienter som ofte har endringer i legemidler anbefales ikke bruk av multidose (Meld. St. 28 (2014-2015), s. 77). I forbindelse med multidose har det blitt rapportert flere utfordringer relatert til pasientsikkerheten. Eksempelvis rapporteres det om at selve legemiddellisten sjeldnere blir kontrollert eller gjennomgått for pasienter som benytter multidose. Det blir også rapportert om at hjemmetjenesten sjeldnere sjekker og kontrollerer legemiddellistene etter pasienten starter opp med multidose, enn hva som ble kontrollert før pasienten startet opp med multidose (Meld. St. 28 (2014-2015), s. 77).

### 2.1.6 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen startet i 2012 (Aase, 2022, s. 183-200). En av de største endringene med samhandlingsreformen var at kommunen fikk et økt ansvar for helsetjenestene. Samstemming av legemiddellistene var et hovedfokus også i forbindelse med samhandlingsreformen (Aase, 2022, s. 183-200).

### 2.1.7 Pasientovergang

Et stadig større behov for samhandling mellom de ulike instansene i helsetjenesten påvirker pasientsikkerheten (Aase, 2022, s. 187-190). Spesielt for hjemmesykepleien etter sykehusopphold

rapporteres det om uoversiktlige legemiddellister. Pasientoverganger øker risikoen for å påvirke pasientsikkerheten (Aase, 2022, s. 187-190).

### **Kommunikasjonsmangler**

Ved pasientoverganger er det nødvendig at viktige opplysninger om pasienten blir videreformidlet til relevante personer og/eller instanser. Manglende kommunikasjon kan føre til feil beslutninger og uavklart ansvarsfordeling (Aase, 2022, s.187-190).

### **Informasjonsmangler**

Etter eksempelvis et sykehusopphold er det nødvendig at riktig informasjon følger pasienten. Ofte sendes det kun med epikrise og innleggelsesskriv. Dersom epikrisen ikke inkluderer informasjonen som er nødvendig kan dette påvirke pasientsikkerheten ved at pasienten ikke får behandlingen/legemidlene som pasienten har behov for (Aase, 2022, s, 187-190).

### **Mangler i legemiddellister**

Mangler i legemiddellister kan påvirke pasientsikkerhet under pasientoverganger. Dersom pasienten blir sendt til sykehuset uten at sykehuset mottar riktig legemiddelliste, kan dette føre til at sykehuset tar utgangspunkt i tidligere legemiddellister og har feil informasjon. Det samme gjelder dersom pasienten blir utskrevet fra sykehus og hjemmesykepleien ikke mottar oppdatert legemiddelliste etter sykehusoppholdet (Aase, 2022, s. 187-190).

### **Bemannings- og kompetansemangler**

Bemanning kan påvirke pasientsikkerheten under pasientoverganger. Et eksempel på dette er om en pasient blir utskrevet av sykehuset for videre behandling og oppfølging fra hjemmesykepleien. Om pasientovergangen da skjer under sommerferieavviklingen kan det bli utfordrende å finne riktig kompetanse for videre behandling av pasienten. Manglende kompetanse ved hjemmesykepleien kan også påvirke ansattes oversikt over rutiner (Aase, 2022, s. 187-190).

## **Implementeringsteori**

Implementeringsteori har ulike fremstillinger av teorien. Denne studien skal benytte Normalization Process Theory (heretter NPT) som teoretisk rammeverk. NPT bygger på hvordan nye teknologier,

arbeidsmåter og måter å jobbe på blir integrert som rutiner i hverdagen (May et al., 2009, s. 1-9). Teorien handler om å forstå utfordringer i helsesektoren slik at arbeidet kan forbedres.

NPT er en teori som tar for seg utfordringer relatert til implementering. Dette gjelder spesielt etter implementeringen og hvordan de ansatte arbeider individuelt samt samarbeider for å skape rutiner. NPT fokuserer på hvordan forbedring av rutinen kan bli en hverdagsoppgave for de ansatte (May et al., 2009, s. 1-9). For å kartlegge hvordan de ansatte arbeider sammen og skaper rutiner er det nødvendig å se på informasjonen de ansatte får før de tar i bruk noe nytt. Her vil det være relevant å undersøke om de ansatte vet betydningen av det som implementeres, hvorfor det blir tatt i bruk og hvordan dette vil påvirke hverdagen til de ansatte. Videre er det nødvendig å se på hvordan de ansatte holder seg involvert selv etter implementeringen (May et al., 2009, s. 1-9). Det vil være viktig å kartlegge om de ansatte oppfatter hvordan de som individ kan medvirke i forbedringer og rutinearbeid. En tredje faktor er at de ansatte får implementeringen til å fungere i praksis: Hva gjør hver enkel ansatt og de ansatte som en gruppe for å få implementeringen til å fungere? Til slutt er det nødvendig å se på hva som fungerer, forbedringspotensial og hvilke utfordringer implementeringen har hatt (May et al., 2009, s. 1-9). Det er nødvendig å se på forbedringspotensial, utfordringer og hva som fungerer for å fortsette å forbedre rutiner.

Denne masteroppgaven vil fokusere i hovedsak på innebygging og integrasjon, og i mindre grad på implementering. Teorien fokuserer på opparbeiding av gode rutiner etter implementeringer. Det kreves både individuelt initiativ og samarbeidsvilje for at gode rutiner skal opprettholdes. Med dette menes at en person ikke kan sørge for at rutinene blir bygget inn i hverdagen alene. Dette er noe alle individuelt må jobbe mot, men også jobbe sammen for å kunne gjennomføre (May et al., 2009, s. 1-9). Det er flere faktorer innen arbeidets gjennomføring som kan hemme eller fremme driften. Eksempler på dette kan være kollektiv handling, kognitiv deltakelse, og omkringliggende sammenhenger med hvordan det jobbes mot å innføre praksisen (May et al., 2009, s. 1-9). Som et siste punkt nevnes også at produksjonen og reproduksjonen av en praksis krever at det kontinuerlig blir gjort investeringer i overnevnte faktorer.

**Implementering:** Implementering omhandler den sosiale organiseringen som oppstår av å bringe en eller flere praksiser ut i livet (May et al., 2009, s. 2). Eksempelvis kan dette være hvordan ansatte i hjemmetjenesten organiserer, samarbeider og kommuniserer når de skal ta i bruk en ny tjeneste,

som eksempelvis E-multidose. Her kan det også forekomme at flere tjenester/funksjoner skal implementeres samtidig.

**Innebygging:** Her menes hvordan prosessene blir (eller ikke blir) rutinemessig tatt i bruk i arbeidet til enkeltpersoner eller grupper (May et al., 2009, s. 2-3). Etter en implementering er det nødvendig å skape prosesser og rutiner som kreves for å benytte implementeringen. Innebygging baserer seg på å undersøke hvorvidt rutiner blir benyttet både fra et individuelt nivå og gjennom samarbeid med andre kollegaer.

**Integrasjon:** Her menes hvordan praksisene opprettholdes eller oppdateres i en organisasjon eller institusjon (May et al., 2009, s. 2-3). Ved endringer på det som ble implementert er det nødvendig å se på hvordan dette påvirker rutinene underveis.

## 3 Metoder

### Vitenskapelig ståsted

Masteroppgaven tar utgangspunkt i et hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted. Hermeneutisk ståsted er benyttet for å få en dypere forståelse av datainnsamlingen ved bruk av prinsippet om den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Under arbeidet med oppgaven har forsker gått frem og tilbake i blant annet analysen, litteratur og tidligere forskning. Bakgrunn for valg av vitenskapelig ståsted er et ønske om å forstå sykepleierne i hjemmesykepleien sine erfaringer med bruk av E-multidose. For å gjøre dette fra et vitenskapelig ståsted er det nødvendig å være oppmerksom på datainnsamlers egen forforståelse.

### Design

I denne masteroppgaven benytter jeg utforskende design (Høgheim, 2020, s. 141-161). Designet i en studie kan forklares som planen bak studien. Bakgrunn for valg av design er at det finnes lite informasjon om erfaringer knyttet til bruken av E-multidose for sykepleiere ved hjemmesykepleien og at det er behov for å utforske dette nærmere. Utforskende design handler om å danne en forståelse for problemstillinger som har lite forskning fra før av (Høgheim, 2020, s. 141-161).

### Forskningsmetode

Studien vil benytte en kvalitativ metode. Kvalitativ metode fokuserer på forståelsen av informantene sine erfaringer samt hvordan informantene opplever verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 84). Bakgrunn for valg av forskningsmetode er at kvalitativ metode fokuserer på hva deltakerne forteller, fremfor tallene bak som kvantitativ metode (Braun & Clarke, 2013, s. 4). Kvalitativ metode åpner opp for en dypere forståelse over hva informantene forteller. Studien vil benytte intervju til å kartlegge erfaringer fra sykepleierne. Til studien er det ønskelig med dybdekunnskap om erfaringer til deltakerne, det er derfor valgt en kvalitativ tilnærming (Braun & Clarke, 2013, s. 4).

## Kontekst for studien

### 3.1.1 Pilotering

Denne masteroppgaven baserer seg på en pilotering hvor kun et fåtall av kommuner har tatt i bruk tjenesten. Begrenset tilgang til informanter har ført til utfordringer for studien. Utfordringene startet allerede under rekrutteringen. Her var det flere journalleverandører som ikke ønsket å videreformidle hvilke kommuner som benytter E-multidose. De innrømmet at dette var informasjon som de hadde tilgjengelig, men at de holdt kommunene som benyttet E-multidose tett inntil brystet. Journalleverandør ga ikke en annen forklaring enn at de ønsket å holde informasjonen tett inntil brystet, men det kan tenkes at dette ble holdt hemmelig av konkurransehensyn. En av journalleverandørene nevnte også at det ville tatt lang tid å sende over en liste, da dette var informasjon de ikke hadde lett tilgjengelig. Det var også krevende å i det hele tatt få svar, og dette førte til lang ventetid og mye purringer. Forsker endte opp med en liten liste av kommuner. Det var videre utfordrende å få nok informanter. For det første er det ikke så mange sykepleiere i hjemmesykepleien som har tatt i bruk E-multidose i Norge enda. For det andre var noen av sykepleierne nervøse for å delta i studien, spesielt de som var ansatt i hjemmesykepleien en kortere periode. De ønsket heller å svare på spørsmål direkte på mail eller ta intervjuet sammen med en venn.

Dette kunne ikke imøtekommes av hensyn til at det var ønskelig med individuelle intervju for å få dybdekunnskap fra individuelle sykepleiere sin erfaring om E-multidose.

### 3.1.2 Koronapandemi

Masteroppgaven er utført under koronapandemien. Dette kan ha påvirket informantene sine erfaringer knyttet til E-multidose ved eksempelvis nye rutiner, større arbeidspress og mindre tid som følge av koronapandemien. Det kan også ha påvirket intervjuene i seg selv da forsker selv hadde korona under noen av intervjuene. Noen av erfaringene til informantene var direkte tilknyttet koronapandemien, som eksempelvis utilgjengelighet hos fastlegene.



## Utvalg og rekruttering

Studien benytter et strategisk utvalg. Valg av strategisk utvalg er tatt på bakgrunn av at det er behov for at deltakerne har spesielle egenskaper og erfaringer for å kunne passe til studien.

### 3.1.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Til studien er det satt krav for det strategiske utvalget om at den ansatte må ha vært ansatt som sykepleier i minst 6 måneder i hjemmesykepleien. Dette er satt som et kriterium for å sikre at deltakeren har erfaringen som kreves for å gi relevante tilbakemeldinger på erfaringer ved bruk av E-multidose. Sykepleierne må ha arbeidet innen hjemmesykepleien, da sykepleiere ved legekantorene eller apotekene ikke vil ha den samme erfaringen som sykepleierne innen hjemmesykepleien. Deltakerne må også vært ansatt et sted som har benyttet E-multidose i minst en måned. Dette er satt som et kriterium da det er erfaringen knyttet til bruk av E-multidose som skulle undersøkes.

### 3.1.4 Rekruttering

For å rekruttere deltakere ble nettsiden til Direktoratet for E-helse benyttet for å finne kontaktinformasjon til kontaktpersonene/rådgivere innen piloteringen for E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2022). Begge kontaktpersonene ført opp på nettsiden ble kontaktet per mail. Tilbakemelding fra rådgiverne var at de ikke hadde informasjon om kommunene som hadde deltatt under pilotering av E-multidose. Direktoratet for E-helse anbefalte å ta direkte kontakt med journalleverandørene. Infodoc, Patientsky/HoveTotal og Webmed ble kontaktet per mail med forespørsel om å opplyse om hvilke kommuner som benyttet E-multidose. Jeg mottok ingen tilbakemelding fra Patientsky/HoveTotal. Infodoc og Webmed hadde ikke en tilgjengelig oversikt. Webmed anbefalte å ta kontakt med multidoseapotekene. NMD og Apotek1 ble kontaktet per mail. Jeg mottok ingen tilbakemelding fra Apotek1. NMD kunne opplyse om at de hadde registrert fem kommuner som benyttet E-multidose. Jeg gikk deretter inn på nettsidene til de ulike kommunene. Her ble det sendt mail direkte til hjemmesykepleien, kommunen direkte samt andre relevante personer som stod oppført på nettsiden til kommunen. Fire av kommunene hadde mulighet til å stille på intervju, en av kommunene hadde ikke mulighet til å stille på intervju.

I studien har fem informanter deltatt. Informantene representerer ulike kommuner i Norge, to av informantene er fra samme kommune. Fire av informantene startet etter selve overgangen til E-

multidose, mens to av informantene deltok under selve overgangen. Det varierer hvor lenge informantene har benyttet E-multidose, ettersom de ulike kommunene startet opp med E-multidose på ulike tidspunkt. Informantene vil bli presentert som Informant 1-5. Eksempelvis (Informant 2) for informant 2. I tabellen nedenfor er det presentert informasjon om informantene. Informasjonen har blitt sortert etter informant (1-5), ansatt, kommune og pilotering. Informasjon om «Ansettelsestid» er oppgitt i hvor lenge hver informant har vært ansatt i hjemmesykepleien som sykepleier. Dette er oppgitt i tre ulike formater «Under 10 år», «Under 5 år» og «Mer enn 10 år». Det er valgt å oppgi ansettelsesperiode på denne måten for å sørge for at informantene er anonymisert. Kommune er oppgitt som «stor» eller «liten». «Liten» kommune er en kommune med under 20 000 innbyggere. Stor kommune er en kommune med over 100 000 innbyggere. Ingen av informantene er fra en mellomstor kommune, 20 000- 100 000 innbyggere.

Tabell 1 – Oversikt over informanter

Informant	Ansettelsestid	Kommune	Pilotering
Informant 1	Under 10 år	Stor	etter
Informant 2	Under 5 år	Liten	etter
Informant 3	Mer enn 10 år	Liten	under
Informant 4	Under 5 år	Liten	etter
Informant 5	Mer enn 10 år	Stor	under

## Datainnsamling

### 3.1.5 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuet ble satt opp som et semi-strukturert intervju. Det ble opprettet en intervjuguide (vedlegg 1) som inkluderer ulike temaer og forslag til spørsmål under hvert tema. Da studien benytter semi-strukturerte intervjuer er intervjuguide lagt opp slik at deltakerne kunne fortelle om det som var viktig for dem. Spørsmålene er et hjelpemiddel ved behov (Braun & Clarke, 2013, s. 78-81).

### 3.1.6 Gjennomføring av intervjuene

Det ble gjennomført individuelle intervju av deltakerne. Dette ble valgt for å komme i dybden på deltakerne sine erfaringer. Det ble stilt åpne spørsmål for å starte intervjuene, men spørsmålene ble endret på underveis i intervjuet ettersom spørsmålene ble stilt rundt hva informantene fortalte.

Intervjuene ble gjennomført over videoløsning (Teams). Informantene fikk mulighet for fysisk intervju dersom de foretrakk dette, men alle informantene ønsket intervju over teams. Det ble valgt å gjennomføre intervjuene over videoløsning grunnet pågående koronapandemi, samt fleksibilitet for informantene og datainnsamler. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som etterhvert ble transkribert til tekstformat og analysert.

## Analysemetode

### 3.1.7 Transkribering

Etter intervjuene ble lydopptakene fortløpende transkribert til tekstformat. Ved å transkribere teksten får intervjuene en annen sammenheng og det er lettere å arbeide med datainnsamlingen etter teksten er transkribert til tekstformat (Høgheim, 2020, s, 133). Jeg transkriberte fortløpende slik at kontaktinformasjon og lydopptak kunne slettes så raskt som mulig. Informantene ble direkte anonymisert under transkriberingen ved å erstatte navn med «Informant» 1-5. Andre opplysninger som eksempelvis navn på kommune ble også anonymisert.

### 3.1.8 Analysen

Til analysen er det benyttet en tematisk analyse. Den tematiske analysen er fordelt i seks trinn (Braun & Clarke, 2006, s. 77-101).

#### Trinn 1 – gjøre seg kjent med datamaterialet

I det første trinnet er målet å bli godt kjent med dataen. Dette arbeidet startet allerede under transkriberingen. Her skrev jeg notater. Etter transkriberingen ble teksten gjennomgått flere ganger. Her ble det notert ned flere notater fra teksten.

#### Trinn 2 – Koding

I trinn 2 ble transkriberingen gjennomgått igjen. Her tok jeg litt og litt tekst, og gjorde dette om til koder. Kode i en tematisk analyse er en forenkling av deler av transkripte (Braun & Clarke, 2006, s. 77-101). Samtidig forsøkte jeg å finne likheter, slik at det ikke nødvendigvis ble opprettet flere koder med samme budskap, da ble det heller fokusert på om samme kode kunne benyttes flere ganger.

### **Trinn 3– finne temaer**

I trinn 3 var fokuset å sortere kodene som ble funnet i trinn 2. Disse ble deretter fordelt sammen med koder som hører sammen med hverandre. Kodene ble deretter plassert i temaer som blir opprettet på bakgrunn av koding og erfaringen etter å ha gjort seg kjent med dataen.

### **Trinn 4 – gjennomgang av temaene**

Her ble temaene og kodene under temaene gjennomgått. Her var det viktig å sjekke om kodene hører til under temaene. Det var også viktig å ha problemstillingen i bakhodet under trinn 5. Noen koder var formulert på en utydelig måte, andre passet ikke inn under temaet. Når jeg ble oppmerksom på dette, gikk jeg tilbake til trinn 2 – koding og tok ny gjennomgang av datamaterialet.

### **Trinn 5 – definer og finne navn til temaene**

Trinn fem i tematisk analyse går ut på å definere og finne navn til temaene. Dette resulterte i tre hovedtemaer, hvor vært tema hadde to undertemaer. For å finne navn til temaene skrev jeg litt om hva de handlet om. Det ble også opprettet et tematisk kart for å få bedre oversikt.

### **Trinn 6 – analyser**

Når kodene og temaene er funnet er det siste trinnet å skrive en rapport fra analysen. Selv om temaene gir en oversikt over materialet, må både temaene og kodene ses i en sammenheng.

Tematisk analyse ble benyttet da den fokuserer på temaene og benytter flere variabler for å identifisere temaene. Det ble også lagt tid på gjennomgang av datamateriell flere ganger, nøyaktighet og bruke god tid på valgene som blir tatt (Braun & Clarke, 2013, s. 173-199). Selv om det er ulike trinn i den tematiske analysen betyr ikke dette at trinnene må følges slavisk. Til denne oppgaven er det ved flere anledninger gått mellom trinnene. Ofte for å kvalitetssikre kodingen, og for å gjøre seg bedre kjent med datamaterialet. Selv om tematisk analyse har noen ulemper, som

eksempelvis at det ikke fokuserer på enkeltindividet i stor grad, har det også store fordeler. Eksempler på fordeler ved tematisk analyse er muligheten til et raskt overblikk over ulikheter og likheter mellom datamaterialet til informantene. I tillegg åpner det opp for muligheten til å gå frem og tilbake mellom de ulike stegene i den tematiske analysen (Braun & Clarke, 2013, s. 173-199).

## **Etiske vurderinger.**

Før intervjuene med informantene ble det sendt ut samtykkeskjema (vedlegg 2) til alle informantene. Her ble det informert om formålet til studien og hvilken informasjon som kreves av informantene. Alle informantene som deltok under intervjuene, fikk tilsendt samtykkeskjema på mail og signerte dette dokumentet og returnerte til datainnsamler før intervjuet startet. Samtykkeskjema inneholdt også informasjon om hvem de skulle kontakte dersom de ønsket å trekke seg fra studien. Det var mulig for informantene å trekke seg når som helst under studien.

For å sørge for at personvern og taushetsplikt ble ivaretatt var det viktig at informantene sine opplysninger ikke kom på avveie. Alle intervjuene ble gjennomført over Teams. Informantene hadde mulighet til å ha fysisk intervju dersom dette var ønskelig, men alle informantene valgte å intervjues over Teams. Under intervjuene ble det tatt et lydopptak av intervjuene. Lydopptaket og andre datamateriell som kontaktinformasjon til informantene ble lagret på en kryptert minnepenn som videre ble låst inn i en safe. Dette ble gjort rett etter intervjuet.

Studien ble meldt inn til Norsk senter som forskningsdata (heretter NSD). Studien inneholder personopplysninger, og det er derfor nødvendig å melde dette inn. Studien ble meldt inn til NSD i januar 2022 (vedlegg 3).

Det har ikke blitt benyttet andre sitt arbeid, som er fremstilt som mitt eget. I oppgaven er kilder referert ved bruk av APA 7 og en referanseliste er benyttet for å vise til hvor relevant litteratur er funnet. Det skal være mulig for andre forskere å ved en senere anledning gjennomføre en lik studie for å teste resultatene. I oppgaven er kilder referert ved bruk av APA 7 og en referanseliste er benyttet for å vise til hvor relevant litteratur er funnet.

Informantene ble ikke kontaktet direkte av datainnsamler. Datainnsamler kontaktet de ulike hjemmetjenestene først, så ble leder og/eller ansvarlig ved hjemmetjenesten ansvarlig for å

rekruttere de ulike informantene. Først når informantene hadde godtatt deltakelsen fikk datainnsamler kontaktinformasjon til informantene for å avtale dato og tidspunkt for intervju.

## **Forskerens rolle og forforståelse**

Et viktig poeng ved bruk av hermeneutisk vitenskapelig ståsted er forforståelsen. Forforståelse er tidligere forståelse som datainnsamler har før studien og hvordan dette kan påvirke studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 84, 268). Forforståelsen kan påvirke forskeren sin forståelse av hva informantene formidler. Forforståelsen til forskeren kan også påvirke intervjuguiden og andre aspekter ved masteroppgaven.

### **3.1.9 Journalsystem**

Forsker har 4 års erfaring med migrering av journalsystem. Forskeren har derfor en forforståelse av journalsystem og bruken av systemer, spesielt rettet mot fastleger. Dette kan ha påvirket studien, spesielt under intervjuene med informantene. Et eksempel på dette er at forskeren stilte sykepleierne ved hjemmesykepleien spørsmål om de har mulighet til å sjekke kryssallergier ved medisinadministrering. Her informerte alle informantene om at dette ikke er noe de har mulighet til. Datainnsamler har en forforståelse av at noen journalsystem sjekker automatisk for kryssallergier.

Forsker har tidligere arbeidet hos en journalleverandør som er en av få journalleverandører som tilbyr E-multidose. Selv om datainnsamler ikke jobbet direkte med E-multidose, er det en forforståelse av utfordringer og endringer underveis i pilotering av E-multidose.

Forsker har tidligere tatt en bachelor i anvendt psykologi. Forforståelsen i rollen som sykepleier er derfor begrenset, da forsker verken har utdanning som sykepleier, eller arbeidet i hjemmesykepleien selv.

## **Studiens kvalitet**

Studiens kvalitet vil bli sett opp mot validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.

### 3.1.10 Validitet

I følge Kvale & Brinkmann (2015, s. 276-279) er validitet valgene som er tatt i forbindelse med studien og hvordan valgene kan ha påvirket validiteten. Studien har sett på sykepleiere fra hjemmetjenesten sin erfaring med E-multidose.

Kvale & Brinkmann (2015, s. 278) har delt opp validitet i syv stadier.

#### **Tematisering**

Studien sin problemstilling ble opprettet på bakgrunn av pågående pilotering av E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2022). Det eksisterer lite forskning, spesielt knyttet til sykepleiere ved hjemmesykepleien sine erfaringer av E-multidose. Det som eksisterer av forskning, er fokusert på fastleger sin erfaring. Det var derfor ønskelig å se nærmere på sykepleiere sine erfaringer. Samtidig er det i hovedsak fastleger som håndterer E-multidose, mens sykepleiere deler disse ut til pasienten. Det kan derfor stilles spørsmål til hvor relevante funnene er til arbeid for E-multidose generelt. Funnene må dermed anses som mindre relevante for andre grupper helsepersonell som arbeider med E-multidose som ikke er sykepleiere ved hjemmesykepleien.

#### **Planlegging**

Studien ble planlagt i form av en prosjektbeskrivelse som ble skrevet høsten 2021. Det er benyttet et utforskende design da eksisterer lite forskning i feltet og det er ønskelig med mer informasjon fra feltet. Studien er begrenset til en periode på fem måneder ettersom studien er en masteroppgave.

#### **Intervju**

Intervjuene ble satt opp til å være semi-strukturerte. Bakgrunn for dette var at det var ønskelig å få dybdeerfaring om informantene sine erfaringer knyttet til bruk av E-multidose. Informantene fikk styre intervjuet i noe grad selv, men dersom samtalen stoppet opp eller datainnsamler ønsket mer informasjon om noe informantene nevnte ble det stilt spørsmål knyttet til det.

#### **Transkribering**

Transkriberingen er skrevet ordrett bortsett fra lyder og pauseord som eksempelvis «ehh» og «mm». Valget om å fjerne lyder og pauseord kan ha påvirket validiteten av studien ettersom

usikkerheten kommunisert av informantene forsvinner i noen grad når lydene og pauseordene er fjernet.

### **Analysering**

Det ble gjennomført en tematisk analyse. Under den tematiske analysen gikk forsker frem og tilbake mellom de ulike leddene for analysen. Dette kan ha påvirket validiteten ved at forsket etterhvert får god kjennskap til datamaterialet at kroppsspråk, lyder og pauseord som ble forstått under intervjuet glemmes ut.

### **Validering**

Funnene er validert opp mot implementeringsteori (NPT). Sett opp mot implementeringsteori (NPT) fremkommer det av erfaringer blant sykepleiere i hjemmesykepleien knyttet til E-multidose viser til at rutinene kan forbedres for en bedre hverdag blant ansatte. NPT fokuserer i stor grad på forbedringspotensialet ved rutineforbedringer. Ved bruk av implementeringsteori (NPT) sett opp mot resultatene kan dette påvirke drøfting og funn ved at fokuset ligger på forbedringer og utfordringer, samtidig som de positive erfaringene forsvinner noe.

### **Rapportering**

Forskerens forforståelse kan ha påvirket hvilke hovedfunn som er inkludert i studien. Et lavt utvalg av informanter kan også ha påvirket hovedfunn, resultatene kunne ha sett annerledes ut dersom flere informanter hadde deltatt under studien.

#### **3.1.11 Reliabilitet og generaliserbarhet**

Reliabilitet er i følge Kvale & Brinkmann (2015, s. 276) variabler som kan påvirke lignende studier i fremtiden. Generaliserbarhet går på hvorvidt studien kan rettes mot andre situasjoner eller personer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Til studien har fem informanter stilt til intervju. To av informantene deltok under selve overgangen fra papiroordinasjon til E-multidose. Informantene som deltok under overgangen, påpekte flere erfaringer som informantene som ikke deltok under overgangen ikke påpekte. Reliabiliteten kan dermed påvirkes dersom det benyttes informanter hvor alle eller ingen har deltatt under overgangen. Intervjuet ble satt opp som et semi-strukturert intervju. Dette resulterte i at informantene i stor grad styrte samtalen selv, og det ble stilt spørsmål etter hva informantene pratet om. Spørsmålene er derfor ikke like for noen av informantene. Selv



om informantene i stor grad pratet fritt om sine erfaringer er funnene i stor grad lik blant informantene. Alle informantene tar opp like utfordringer relatert til E-multidose. Ved å gjøre nye semi-strukturerte intervjuer på andre informanter kan hver individuelle informant ha andre fokusområder. Noen av funnene varierer i større grad mellom informantene. Tre av fem informanter kommer fra ulike kommuner. Funnene kan være påvirket av lokale forskjeller fra arbeidssted til arbeidssted. Dette gjelder spesielt funn om opplæring, superbrukere, pasientsikkerhet og medisinadministrering.

Intervjuene ble gjennomført over teams. Dette påvirket studiens kvalitet ved spesielt to av intervjuene. Ved disse intervjuene var internettdekningen ustabil. Dette førte til at kontakten brøt flere ganger, noe som igjen kan ha ført til at informantene ikke fikk sagt hva de ønsket. I alle tilfeller hvor kontakten brøt, fortsatt intervjuene kort tid etterpå. Informantene fikk beskjed om å fortsatte der de slapp, men ved en slik avbrytelse kan det ha påvirket flyten i samtalen. Dette kan også føre til at informantene svarer kortere og kommer med mindre fullstendige svar enn hva de hadde gjort dersom de ikke ble avbrutt. En av informantene ble avbrutt av et kjæledyr. Avbrytelser i en slik sammenheng kunne vært unngått dersom intervjuene hadde vært fysisk. Studien er gjennomført våren 2022. Samtidig som studien foregikk hadde direktoratet for E-helse (2022) en forventet økning E-multidose ettersom flere journalleverandører og kommuner kunne benytte E-multidose. Ingen av informantene har deltatt under overgangen i løpet av 2022. Den store økningen av E-multidose kan påvirke resultat ved fremtidig forskning. Bruk av annet journalsystem kan også påvirke videre forskning med tanke på at journalsystem ofte har ulike funksjoner innebygget i systemet som kan påvirke videre resultat.

## 4 Resultater

Resultatdelen i studien vil fordeles etter temaer funnet i analysen.

Analysen resulterte i tre temaer som alle hadde to undertemaer hver. Som illustrert i tabellen nedenfor er de tre hovedtemaene «Samarbeid», «Læring» og «Kvalitetssikkerhet». Hovedtemaet «Samarbeid» hadde undertemaene «Purring til fastlege ved endring på medisiner» og «Hjemmesykepleien hadde tilgang på medisinlisten før fastlegen». Hovedtemaet «Læring» hadde undertemaene «Medikamentadministrering» og «Pasientsikkerhet». Temaene og undertemaene er resultatet av en tematisk analyse.

Tabell 2- Tema og undertema

Tema	Undertema	
Samarbeid	Purring til fastlege ved endring av medisiner	Hjemmesykepleien hadde tilgang på medisinlisten før fastlegen
Læring	Superbrukere	Opplæring
Kvalitetssikkerhet	Medikamentadministrering	Pasientsikkerhet

### Samarbeid

Temaet «Samarbeid» inkluderer funn om hvordan sykepleiere erfarer samarbeidet mellom dem og fastlegen.

#### 4.1.1 Purring til fastlege ved endring av medisiner

Alle informantene fortalte at den største utfordringen med samarbeidet mellom dem og fastlegen oppstod når det ble gjort endringer på medisinene som lå i multidosen. Det var en ulik oppfatning mellom informantene på hvor lang tid fastlegen hadde på seg fra sykepleierne ved hjemmesykepleien rapporterer om endringer, til endringene er utført av fastlege. En informant erfarte at dersom de oppdager en endring på en tirsdag, kunne de oppleve at fastlegen ikke hadde utført endringene før førstkommende lørdag. Informanten forklarte at rutinene for purring til fastlege var å skrive et notat i en dagsaktuell huskeliste til morgendagen. Ansvar ble da gitt til helsepersonell som var på jobb dagen etter multidoseutlevering. Rutinene var videre å sjekke om

multidoseendringene var fikset, dersom de ikke var det tok helsepersonellet en telefon til legekantoret for å purre. En annen informant erfarte at dersom de fant ut av at det var utført medisinendringer ved multidoseutleveringer kunne de oppleve at endringene ikke var utført før en multidoselevering senere. Informanten fortalte at det da ville være to multidoseutleveringer hvor en av pasientene ikke får riktig multidose. «*Det kan fort gå en måned fra det har blitt utført en endring i multidose til det er oppdatert og riktig hos alle parter*» (Informant 3). Samme informant erfarte at rutinene for purring til fastlege var å vente til neste multidoseutlevering før fastlegen purre på.

Alle informantene erfarte at det var store forskjeller fra fastlege til fastlege med tanke på hvor mye og ofte de må purre på fastlegen ved endringer på medisiner. En informant erfarte at det var stor forskjell på tidsbruk mellom de ulike fastlegene. En annen informant erfarte at noen fastleger var så effektive at multidoseendringer kunne forekomme samme dag som informanten sendte melding til fastlegen. En informant erfarte videre at noen fastleger ikke svarer på melding om multidoseendringer i det hele tatt: «*Det kommer an på fastlegen. Noen er veldig effektive og kan komme samme dag, mens for de andre kan det ta en dag eller to, eller ikke i det hele tatt*» (Informant 1).

#### 4.1.2 Hjemmesykepleien hadde tilgang på medisinalisten før fastlegen

Alle informantene opplevde det som en stor belastning når pasientene ble innlagt på sykehus med tanke på prosessen som skjedde rundt E-multidose etter sykehusoppholdet. En informant erfarte at dersom det skjedde medisinendringer under sykehusoppholdet var det en omfattende og tidkrevende prosess å sørge for at pasienten fikk riktige medisiner i multidosen. Fire av informantene opplevde at hjemmesykepleien som regel mottok epikrisen fra sykehusoppholdet før legen mottok epikrisen. De fire informantene hadde ulik oppfatning over hvor lang tid det tok mellom hjemmesykepleien mottok epikrisen og fastlegen mottok epikrisen. En informant hadde fått beskjed om at de ikke skulle undersøke med fastlegen om de hadde mottatt epikrisen etter sykehusopphold, da fastlegen automatisk skulle motta denne så snart som mulig. En informant opplevde at fastlegen og hjemmesykepleien mottok epikrisen samtidig, men at fastlegen hadde lengre tid på seg fra fastlegen mottok epikrisen til fastlegen trenger å se på den: «*De sender alltid til oss og fastlegen, men opplever at vi åpner den mye tidligere enn hva fastlegen gjør.*» (Informant 4). En informant erfarer også at fastlegen hadde et bestemt tidsrom fra de mottok epikrisen fra

sykehuset til fastlegen måtte åpne epikrisen. Informanten var noe usikker på hvor mange dager grensen er på, men trodde at fastlegen hadde 3-4 dager på seg fra fastlegen mottok epikrisen fra sykehuset, til fastlegen måtte åpne epikrisen: «Fastlegen tror jeg har 3-4 dager på seg før de må åpne den». (Informant 4).

Det var ulik fremgangsmåte mellom informantene på hvordan informantene purret på fastlegen for å få oppdatert medisinlisten og multidosen etter et sykehusopphold. En informant erfarte at det i noen tilfeller var nødvendig å reise direkte til fastlegekontoret for å overlevere epikrisen slik at fastlegen kunne gjøre de nødvendige endringene. En informant erfarte at fremgangsmåten for purring avhenger fra fastlege til fastlege. Til noen fastleger holdt det med å sende en elektronisk melding, mens til andre fastleger var det nødvendig med en telefonsamtale til legekontoret. En informant erfarte at rutinen etter sykehusopphold var å sende en kopi av medisinlisten direkte til fastlegen. «På sykehuset blir det ofte gjort endringer, da sender vi kopi av medisinlisten til legen om legen kan sende endringen videre til apoteket» (Informant 5).

## Læring

Temaet «læring» inkluderer funn over hvordan informantene erfarer kunnskapsoverføring relatert til opplæring og superbrukere.

### 4.1.3 Opplæring

Informantene hadde ulik erfaring om opplæringen de mottok når de skulle ta i bruk E-multidose. To av informantene hadde deltatt under selve overgangen til E-multidose mens de tre andre informantene startet i hjemmesykepleien etter kommunen hadde tatt i bruk E-multidose. En av informantene som deltok under selve overgangen tok i bruk E-multidose under koronapandemien. Dette mente en av informantene påvirket opplæringsløpet. Informanten erfarte at det ble gitt informasjonsmøter, men at møtene hadde et for langt tidsintervall mellom seg. Det var i følge informanten over et år mellom første informasjonsmøte og andre informasjonsmøte. Informanten opplevde at mye av informasjonen allerede var glemt fra det første informasjonsmøte og til det andre. «Vi fikk eksempelvis et informasjonsmøte, men så ble neste møte utsatt og da hadde vi glemt alt fra forrige informasjonsmøte. Det var rundt 1 år mellom de to møtene». (Informant 5).

Det var ulike erfaringer blant informantene som ikke hadde deltatt under selve overgangen til E-multidose knyttet til opplæring. En informant opplevde at E-multidose ble godt dekket under opplæringen, da E-multidose går under opplæring av medisinerrommet. Medisinerrommet erfarte informanten var en stor del av opplæringen. *«Ja, det er veldig mye knyttet til rutiner i medisinerrommet. Det er mye å passe på».* (Informant 2).

En informant som ikke hadde deltatt under overgangen til E-multidose erfarte at opplæringen til E-multidose i stor grad baserte seg på når kommunen og hjemmesykepleien fikk utlevert multidose. Informanten erfarte også at opplæringen inkluderte rutiner knyttet til multidoseutleveringen. Samtidig påpeker informanten at det ikke er alt av informasjon knyttet til E-multidose som er like enkelt å lære videre. *«Det er en del kompetanse som ikke er så enkel å overføre. Det er så mye som er intrikat»* (Informant 1).

En annen informant erfarte at det ikke ble organisert noen form for opplæring. Samme informant hadde deltatt under selve overgangen. Informanten opplevde at opplæringen i forkant av overgangen i stor grad omhandlet forskrivningsmodulen og PLL som informanten beskrev som implementeringer som skulle skje samtidig som implementeringen av E-multidose. *«Nei, vi hadde ikke noen opplæring for E-multidose. Som nevnt tidligere så har dette foregått samtidig som vi startet opp med forskrivningsmodulen så fokuset har vært mest der.»* (Informant 5).

#### 4.1.4 Superbrukere

Informantene hadde ulik erfaring knyttet til bruken av superbrukere. Noen av informantene hadde egne superbrukere til E-multidose, mens andre informanter hadde ikke det. En informant fortalte at de ikke hadde egne superbrukere, men siden informanten selv var den som hadde vært ansatt lengst så ble det litt til at informanten selv tok på seg ansvaret som superbrukere vanligvis har. *«Jeg har jobbet her i 6,5 år og jeg er den sykepleieren som har jobbet her lengst. Da blir det litt sånt at de som har arbeidet her en stund er de som har oversikten»* (Informant 1).

En informant som deltok under overgangen til E-multidose erfarte at det ble benyttet superbrukere under selve overgangen, men at superbrukerne ikke fortsatte å være superbrukere etter implementeringsfasen var over. Da gikk hovedansvaret for å være superbrukerne sitt til at den ansvarlige ansatte for de ulike pasientene ble ansvarlig for multidosen til pasienten.

*«Nei, det var kun under selve overgangen vi hadde superbrukere. Etterhvert har det blitt til at vi får nye pasienter som skal ta i bruk multidose så blir det den ansatte som har ansvaret for pasienten som også blir ansvarlig for multidosen». (Informant 3).*

En informant som ikke deltok under selve overgangen erfarte at det var utfordrende å benytte superbrukere. Informant 4 forklarte dette med at kompetanseoverføringen fra superbrukerne kunne vært mye bedre. Informanten opplevde at siden superbrukerne satt med så stor andel av kunnskapen relatert til E-multidose som skapte utfordringer hos andre ansatte. Informanten forklarte at en konsekvens med at superbrukerne sitter med så stor andel av kompetansen er at de ansatte ikke hadde kompetansen selv når superbrukerne ikke var på jobb. Informanten erfarte at en konsekvens av dette var at de ansatte måtte sende melding direkte til fastlegen, slik at fastlegen kunne besvare spørsmål. Dette kunne i følge informanten vært unngått dersom alle ansatte hadde fått samme informasjon som superbrukerne. *«Nå må vi ta det med superbrukerne, og plutselig er ikke de på jobb. Da ender det ofte med at vi bare sender melding til fastlegen og de har egentlig nok å gjøre».* (Informant 4).

En informant som deltok under overgangen, erfarer også at superbrukere sitter med mye informasjon som ikke blir formidlet til andre ansatte. Informanten erfarte også at det er spesielt utfordrende med kompetanseoverføring da det avhenger av hvem som er på jobb, og hvem som ikke er det. *«Så prøver superbrukerne å formidle dette videre, men så avhenger videre formidling ut fra hvem som er på jobb og hvem som har tid»* (Informant 3). Selv om informanten opplevde utfordringer med tanke på superbrukerne, så synes informanten at det var positivt at det er noen som hadde et eget ansvar for E-multidose. *«Vi har hatt noen med et spesielt ansvar for det, og det synes jeg er en god ting».* (Informant 3).

## **Kvalitetssikkerhet**

Kvalitetssikkerhet inkluderer funn om hvordan informantene erfarer god kvalitet på medikamentadministrering samt behovet for PLL knyttet til E-multidose.

#### 4.1.5 Medikamentadministrering

Alle informantene erfarte at medikamentadministrering var en stor del av arbeidet som blir lagt inn relatert til E-multidose. Informantene hadde en ulik erfaring om hvordan medikamentadministreringen skulle foregå. En stor andel av informantene erfarte at dersom det var endringer på multidosen og ny multidose ikke var klar, ville det være nødvendig å flytte nye tabletter over til dosett.

En informant opplevde at dersom det skulle bli utført endringer på multidosen kunne sykepleierne i noen sammenhenger ta ut medisiner fra multidosen og legge til nye medisiner direkte i multidosen. Informanten fortalte videre at det var usikkert for informanten om dette i det hele tatt var lov, men at det er noe de kunne gjøre dersom begge sykepleierne som gjennomgikk multidosen mente det var forsvarlig. Informanten forsvarer denne avgjørelsen ved å fortelle at det oppleves som bedre for pasienten, for da får pasienten systemet de er vant til å bruke.

*«Når vi da får multidosen så må vi først gjøre endringen, altså sjekke om vi kan ta ut den ene tablettene og putte i den nye tablettene. Det er ikke sikkert vi i det hele tatt får lov til å gjøre det, men vi gjør det like vel. Det gjør vi siden det fungerer så mye bedre for brukeren å ha det systemet de er vant til. Om det ikke lar seg gjøre å endre i multidosen så må alt ut av multidosen og inn i dosetter. Det gjør vi litt etter hva vi synes er forsvarlig.» (Informant 3)*

En informant fortalte at i noen tilfeller er det flere endringer i multidosen. Dette fører til at det ikke var mulig å bytte ut tablettene i multidosen. Videre forklarte informanten at det da ville være nødvendig å flytte alle tablettene fra multidosen og over til dosett. *«Så om det er så mye endringer i multidosen at vi ikke kan klippe og lime så legger vi de over i en dosett til neste gang.» (Informant 2).*

Alle informantene opplevde at det foreligger et stort ansvar tilknyttet medikamentadministrering. En informant erfarte at medikamentadministrering var tidkrevende og at det ikke var beskrevet noen steder hva det innebærer å gjennomgå medikamentadministrering. *«Hele biten med medisinadministrering bruker vi usannsynlig mye tid på. Det står ingen steder, altså det er ingen oppdrag på at vi skal gjøre dette.» (Informant 5).*

Det var ulik erfaring fra informantene om hvor mange personer som skal være til stede når multidosen ble gjennomgått. En informant erfarer at det kun var behov for en person som sjekket multidosen. I tillegg forteller informanten at de gjennomgikk ikke hele multidosen, kun et døgn av multidosen. Informanten erfarte at de fikk beskjed i form av en liste dersom det var endringer på multidosen. Da gjennomgikk informanten medisinalisten for å undersøke at endringene samsvarte med informasjonen informanten hadde.

*«Men multidoser er vi kun en person som sjekker. Vi ser ikke gjennom hele multidosen, kun et døgn. Så får vi beskjed på en liste dersom det er en endring. Da må du sjekke på medisinalisten om det er noe nytt og om det samsvarer med hva vi har på dataen.»*  
(Informant 4).

En informant erfarte at de alltid var to sykepleiere som gjennomgikk multidosen. *«Vi er jo alltid to sykepleiere som gjør dette sammen selvfølgelig»* (Informant 3).

#### 4.1.6 Pasientsikkerhet

Alle informantene erfarte at det var viktig med god pasientsikkerhet. En informant erfarer at de ansatte følte på et stort ansvar for at pasientene skulle få de medisinene de hadde behov for. Kun en av informantene hadde en konkret tanke om hva som kunne bidra til bedre pasientsikkerhet.. PLL skulle i følge informanten løse de fleste utfordringene som informanten opplevde relatert til ansvarsfølelse for at pasientene skulle få de medisinene de hadde behov for. Informanten fortalte at PLL skulle sørge for at både sykehus, hjemmesykepleien og fastlegene skulle ha lik medisinaliste, for slik var det ikke når intervjuene ble gjennomført. Informanten hadde opplevd at selv om sykehuset hadde oppgitt at medisinalisten var lik som før sykehusoppholdet, at medisinalisten hadde forandret seg. Informanten så frem til PLL ble tatt i bruk, da informanten opplevde at PLL ville gjøre at sykepleierne ved hjemmesykepleien unngikk beskrevet situasjon.

*«PLL gjør det at alle sykehus, hjemmesykepleien og lignende skal ha en lik medisinaliste. Slik er det ikke i dag. Vi opplever at når noen blir innlagt så sender vi en innleggelsesliste, der ligger også medisinalisten. Der ligger alle medisinene pasienten går på. Når pasienten da kommer så får vi en ny medisinaliste fra sykehuset. Da står det ofte «som før», og «som før». Dette stemmer ofte ikke med hva vi har registrert. Da må vi inn å spørre hvorfor det står «som før»*



*så er det ikke som før. Da kan det hende de har benyttet en gammel epikrise, sett på reseptformidleren og lignende.» (Informant 5)*

Det er kun en av informantene som nevnte PLL direkte. Alle de andre informantene fortalte om de samme utfordringene knyttet til ulike medisinlister etter sykehusopphold, uten å nevne PLL som en alternativ løsning. Begge informantene som deltok under selve overgangen erfarte konkrete punkter som kunne bidra til å øke pasientsikkerheten.

En informant som deltok under selve overgangen fortalte om endring på pasientbesøk etter overgangen fra papirordinasjon til E-resept for multidose. Informanten erfarte at overgangen førte til en økning av multidosepasienter. Videre fortalte informanten at det ved bruk av dosett var nødvendig for sykepleierne å reise innom pasientene for å gi ut dosett. Da fikk pasientene mulighet til å stille spørsmål direkte til sykepleierne. Informanten opplevde at det økende tallet av multidosepasienter førte til at det ikke lenger var et behov for sykepleierne å reise til pasienter som tidligere hadde hatt besøk for å få dosett. Informanten fortalte videre at flere av pasientene hadde kommentert på dette som noe negativt. Informanten fryktet videre at dette kunne ha ført til flere sykehusinnleggelser da det ikke var mulighet for sykepleierne å undersøke pasientene under besøkene. Flere av pasientene hadde kun besøk for å få dosett. Ved overgang til multidose kunne hvilken som helst helsearbeider med medisinkurs dra på besøk for å utlevere multidosen. Informanten opplevde da at sykepleierne ble prioritert til andre oppgaver.

*«Før hadde vi dosettlegging, og da reiste vi til pasienten for å legge dosettene. Da var det slik at noen av pasientene reiste vi kun til en gang i uken, og disse pasientene reiste vi kun til for å legge dosetter. Dette var en tur til pasienten som gjorde det lettere å hjelpe dem bedre underveis. Dette kunne føre til forebygging av sykehusinnleggelser. Dette hadde også andre positive konsekvenser som økonomikonsekvensen av sykehusinnleggelser. Om vi kunne unngå sykehusinnleggelser så er jo dette også billigere. Vi fikk rett og slett ordnet opp i ting ved å besøke pasientene for å legge dosetter. Jeg kjente veldig på det under overgangen at vi skulle slutte med disse turene til pasientene for å legge dosetter.» (Informant 3)*

## 5 Drøfting

### Samarbeid

#### 5.1.1 Purring på fastlege ved endring på medisiner

Et av funnene vist i resultatene var at alle informantene erfarte at det var et behov for å purre på fastlegen ved endringer på legemidlene i multidosen. Det er fastlegen som er ansvarlig for å føre legemiddellistene, så ved endring på medisiner må fastlegen oppdatere legemiddellisten for å sende den over til apoteket. Når fastlegen har oppdatert legemiddellisten og sender den over til apoteket kan hjemmesykepleien hente ut ny multidose til pasienten (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 31).

Det som er interessant med funnet om erfaringen med å purre på fastlegen ved endringer på medisiner er tidsbruken sykepleiere ved hjemmesykepleien har for å purre på oppdatert legemiddelliste. Det var ingen klar oppfatning mellom informantene på når de kunne forvente at fastlegen hadde oppdatert legemiddellisten etter beskjed fra sykepleiere ved hjemmesykepleien. En av informantene erfarte at det tok opptil fire dager, fra tirsdag til lørdag, fra de meldte inn multidose endringer, til multidosen var oppdatert. Til sammenligning med andre informanter er opptil fire dager effektivt fra fastlegen sin side. Det var kun en informant som erfarte at det ble purret dagen etter fastlegen hadde fått beskjed om å oppdatere legemiddellisten. Ut fra erfaringene til informantene tyder det på at kommunene har ulike rutiner ved purring på fastlege ved endring på medisiner. Harstad kommune har ikke informanter med til denne studien. Kommunen blir likevel inkludert som et eksempel, da kommunen viser til gode og tydelige retningslinjer på sine nettsider. Kommunen viser tydelig til at endringer i multidose kan forventes å settes i system til neste multidose utlevering (Harstad Kommune, 2012). Kommunen nevner også at det er mulighet for å fremskynde prosessen, men at da skal apoteket kontaktes og legen skal vurdere behovet for å bestille ny pakking eller ikke (Harstad kommune, 2012). Ved å ha gode retningslinjer som alle ansatte er klar over er nødvendig å skape gode rutiner (May et al., 2009, s. 1-9). For å skape gode forutsetninger for både hjemmesykepleien, fastlegen og apotekene burde det sees nærmere på å skape felles rutiner og forventninger til hvordan og når fastlegen skal purres på. Ved å samarbeide tettere er muligheten større for forventningsavklaring mellom fastlege og hjemmesykepleien. Rutiner kan bygges etter kartlegging av behov og forventninger.

Det kan også stilles spørsmål rundt de økonomiske konsekvensene ved tidsbruk knyttet til purring på fastlegene. Helsepersonell har et ansvar for å sørge for at helseinstitusjoner ikke blir påført unødvendige utgifter eller tidstap (Helsepersonelloven – hpl, 1999, § 4). Etter informantenes erfaringer kan det tyde på at både fastlegen og hjemmesykepleien blir påført både unødvendige utgifter og tidstap. Hjemmesykepleien bruker en stor del av sin arbeidshverdag på å purre, undersøke og vente på oppdaterte legemiddellister. Denne tiden kunne blitt benyttet til andre formål som opplæring blant ansatte, hyppigere besøk hos pasienter eller oppfølging av pasienter. Fastlegen påvirkes også, da hjemmesykepleien sender flere meldinger og gjerne tar en telefonsamtale til legekantoret. Ved å bygge rutiner rundt purring kan det bespare hjemmesykepleien økonomiske kostnader ved at multidosen kan være i orden før neste multidoseutlevering. Da vil hjemmesykepleien slippe tidsbruk på å legge medisiner over i dosetter. I en rapport fra Bergmo et al., (2016, s. 19) blir multidose beskrevet som en økonomisk gevinst. Det blir estimert i rapporten at per pasient per uke minimerer hjemmesykepleien 15 minutter etter overgang til multidose (Bergmo et al., 2016, s. 19). En kandidatoppgave har sett på hvilke tiltak som kan gjøres for at multidose blir bedre egnet legemiddelhåndteringssystem for bruk i kommunehelsetjenesten (Halle, 2008, s. 37). Oppgaven konkluderer med at ved endringer på multidosen reduseres den økonomiske gevinsten (Halle, 2008, s. 37). Ved endring på medisiner i multidosen vil tidsbruken øke sett fra informantene sitt perspektiv.

Dersom hjemmesykepleien velger å avvente purring til fastlege kan dette få store konsekvenser for både pasient, fastlege og hjemmesykepleien. En av informantene erfarte at det kunne ta opptil to multidoseutleveringer fra det ble purret på fastlege til legemiddellisten var oppdatert. Samme informant opplyste om at de etter første beskjed til fastlegen ikke purret før etter gjennomgang av neste multidoseutlevering. Dette kan bety at pasienten går én hel måned hvor pasienten ikke kan få utlevert medisinen slik pasienten vanligvis får den utlevert. Allerede i 2012 kom det frem at flere pasienter så utfordringer med kommunikasjon mellom ulike tjenester i helsevesenet: «*Sett fra pasienter og brukeres ståsted er det også rom for forbedring. Det gjelder pasientenes syn på helsetjenesten, informasjonsflyt og kommunikasjon, og koordinering mellom ulike deler av tjenesten. Her kommer Norge dårligere ut enn flere andre land*». (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 7). Det som er interessant med uttalelsen fra Meld. St. 10 (2012-2013), s. 7-8) er at pasientene selv oppfatter at det er rom for forbedring i helsevesenet. I stortingsmeldingen blir det beskrevet at dette er noe

helse- og omsorgsdepartementet er klar over, og ønsker å gjøre stortinget oppmerksom på. Stortingsmeldingen ble gitt ut i 2012 (Meld. St. 10. (2012-2013)). Selv ti år senere erfarer sykepleiere en manglende kommunikasjon og dårlig koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten, mellom fastlege og hjemmesykepleie. En nødvendighet for å skape gode rutiner er at de ansatte holder seg involvert i etterkant av implementeringen (May et al., 2009, s. 1-9). Det er nødvendig å poengtere at det er ulik erfaring blant informantene. Alle informantene erfarer at det er tidkrevende å purre på fastleger ved endring på medisiner. Det fremstod ikke som det var en generell rutine for å purre på fastlegen ved endringer på medisinene blant informantene, tydet på at både fastlege og hvem av de ansatte ved hjemmesykepleien som var på jobb var en påvirkningsfaktor. Det fremstår som informantene ikke har gode rutiner knyttet til purring på fastlegene. I følge implementeringsteori er dette en nødvendighet for at E-multidose skal fungere i fremtiden. Dersom sykepleiere ikke får bedre retningslinjer og rutiner for videre arbeid med E-multidose vil utfordringene fortsette å forekomme (May et al, 2009, s. 1-9).

Alle informantene erfarer at det har mye å si hvilke fastleger som er ansvarlig for multidosen til pasienten. Noen fastleger tar tak i endringer fortløpende. Da er det mindre behov for purring. Andre fastleger svarer sent og i noen tilfeller er det ingen respons og informant ser seg nødt til å ringe til fastlegekontoret. Ved å sammenligne informantene sine erfaringer er det sentralt at den ene informanten som forteller om rutiner for purring og at samme informant mottar endringer i et tydelig raskere tempo enn andre informanter som ikke har samme rutine.

### 5.1.2 Hjemmesykepleiere har tilgang på medisinalisten før fastlegen

Et funn viste til at fire av fem informanter opplever at hjemmesykepleien har tilgang på medisinalisten før fastlegen får tilsendt medisinalisten. Det som er interessant med dette funnet er at epikrisen skal i utgangspunktet bli tilsendt til både fastlegen og hjemmesykepleien samtidig som pasienten skrives ut fra sykehuset. Epikrisen skal inneholde nødvendige opplysninger som kreves for videre behandling (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §45 a). Her kan det tenkes at ved endringer på legemiddellisten vil dette være nødvendige opplysninger som både fastlegen og hjemmesykepleien har behov for. Pedersen (2020) ved nordlandssykehuset har publisert normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og leger ved sykehuset. I dokumentet for rutinene står det at sykehuset skal tilstrebe å sende epikrisen til fastlegen samme dag som pasienten skrives ut fra sykehuset (Pedersen, 2020). Dette samsvarer med hva Helsepersonelloven

(hpl, 1999, §45 a) opplyser om. Likevel har flere av informantene erfaringer om at fastlegen ikke mottar epikrisen før flere dager etter utskrivelse.

En av informantene opplevde at fastlegen mottok medisinalisten samtidig som hjemmesykepleien, men at fastlegen hadde en lengre tidsperiode fra fastlegen mottok medisinalisten til det var behov for å lese den. Den samme informanten mente at hjemmesykepleien må gjennomgå medisinalisten med en gang de har mottatt medisinalisten fra sykehuset. De fire andre informantene erfarte at hjemmesykepleien mottok medisinalisten før fastlegen. Dette er problematisk da det tyder på at det ikke er klare retningslinjer hos hjemmesykepleien på når de kan forvente at fastlegen får oppdatert medisinalisten etter et sykehusopphold. Perioden etter en pasient har blitt utskrevet fra sykehuset er en kritisk fase for pasienten da pasienten ofte har behov for videre behandling (Meld. St. 28. (2014-2015), s. 43). Når pasienten da skal tilbake til hjemmetjenesten for å motta hjelp fra dem er det nødvendig at hjemmetjenesten har oversikt over hvilke endringer for har blitt gjort på legemidlene (Meld. St. 28. (2014-2015), s. 43). En årsak til at noen informanter opplever at hjemmesykepleien mottar epikrisen før fastlegen, og at en informant opplever at hjemmesykepleien og fastlegen mottar epikrisen samtidig kan være mangelfull informasjon hos hjemmesykepleien. Det vil være en fordel om hjemmesykepleien får en bekreftelse på at fastlegen har mottatt epikrisen når hjemmesykepleien har mottatt epikrisen. Ved å få en slik bekreftelse kan hjemmesykepleien unngå å følge opp på hvorvidt epikrisen er levert eller ikke og heller fokusere på å motta bistand fra fastlege der det er behov, vell viten om at fastlegen har den informasjonen det er behov for.

Informantene erfarer at det avhenger fra fastlege til fastlege hvordan de skal undersøke om fastlegen har mottatt epikrisen etter sykehusopphold. For noen av fastlegene er det nok å sende en elektronisk melding, mens med andre fastleger er det nødvendig å reise direkte til fastlegekontoret med epikrisen. Her burde det vært tydeligere retningslinjer for både hjemmesykepleien og fastlegen slik at det blir opprettet gode rutiner for hva som skal gjøres dersom hjemmesykepleien mottar medisinalisten før fastlegen mottar den etter et sykehusopphold. I følge implementeringsteori (NPT) er det nødvendig at de ansatte samarbeider for å sikre gode rutiner i etterkant av implementeringen. Dette gjelder ikke kun de ansatte ved hjemmesykepleien, men også andre samarbeidspartnere som fastlegen og apoteket (May et al., 2009, s. 1-9). Det er tydelig at samarbeidet mellom fastlege og hjemmesykepleien er utfordrende for flere av informantene. I følge helsepersonelloven (hpl, 1999, §45 a) skal det ikke være nødvendig for sykepleierne ved

hjemmesykepleien å reise til fastlegekontoret for å overlevere epikrisen etter sykehusopphold. Epikrisen er noe fastlegen skal få så snart som mulig etter et sykehusopphold (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §45 a).

## Læring

### 5.1.3 Opplæring

Et av funnene viser til ulik oppfatning blant informantene i henhold til hvor god opplæring av E-multidose var. En av informantene erfarte at det var god opplæring, en annen informant opplevde at det var krevende å motta og gi opplæring da E-multidose er innviklet. En annen informant erfarte at det ikke var opplæring knyttet til E-multidose i det hele tatt.

Det som er interessant med funnet om opplæring er at oppfattes så ulikt blant informantene. Til sammenligning med andre funn er opplæring funnet hvor erfaringen er mest splittet. Fra god opplæring til ingen opplæring. Det kan være flere forklaringer på den store ulikheten. En av forklaringene kan være at noen av informantene har deltatt under selve overgangen fra papiroordinasjon til E-multidose. I rapporten til Johnsen et al., (2017, s. 5) blir god opplæring nevnt som en forutsetning for at arbeidsprosessene skal være hensiktsmessige. I tillegg nevnes det at god opplæring kan bidra til bedret pasientsikkerhet (Johnsen et al., 2017, s. 6). Likevel er erfaringen mellom informantene som deltok under overgangen fra papiroordinasjon til E-multidose splittet. En av informantene som deltok under overgangen erfarte litt opplæring, mens den andre informanten som deltok under overgangen erfarte ingen opplæring. Informantene som ikke deltok under overgangen, erfarte også ulik form for opplæring. En annen forklaring på ulik opplæring kan være ulik størrelse på kommunene. Ulik størrelse på kommunen betyr ofte ulike økonomiske rammer for blant annet opplæring. Det kan også hende at de ulike kommunene og/eller hjemmetjenestene har ulike fremgangsmåter for opplæring. Opplæring av E-multidose fra mitt syn virker litt tilfeldig. Det er ingen tydelige fellesnevner mellom kommunestørrelse, hvor lenge informantene har vært ansatt eller om de har deltatt under overgangen eller ikke.

Det kan trekkes en sammenheng mellom bruk av gode rutiner for å purre på fastlege samt hvordan opplæringen har vært. Det oppleves som om de informantene som rapporterer om kortere tidsbruk fra multidoseendringer er meldt inn til de er ordnet, også opplever opplæringen som god. Jo mer

tid informantene erfarer det tar fra de har purret på fastlegen til multidosen er endret, jo dårligere og mangelfull erfarer de opplæringen. Helsetilsynet har siden 2010 og 2011 rapportert at pasienter feilmedisineres. Dette inkluderer overmedisinering og/eller feilmedisinering. I følge Meld. St. 10 (2012-2013) s. 28-29) er feilmedisinering en konsekvens av manglende kompetanse blant helsepersonell i tillegg til mangelfull oppfølging av de medisinske behovene til pasienten. Det kan tenkes at dette er en utfordring som allerede startes under opplæring av helsepersonell. Konsekvensen av dårlig opplæring er dermed ikke bare tidsbruk ved purring av fastlege, men kan også føre til andre konsekvenser som overmedisinering og/eller feilmedisinering som en konsekvens av manglende opplæring.

Videre konsekvens av manglende kompetanseoverføring til nyansatte og nye kommuner som tar i bruk E-multidose er en mulig påvirkning av oppfølging for de medisinske behovene til pasienter samt kompetanse blant helsepersonell. I følge implementeringsteori (NPT) er det nødvendig å fokusere på hvordan de ansatte oppfatter betydningen av eksempelvis E-multidose (May et al., 2009, s. 1-9). Noen av informantene mente at det ikke blir gitt tilstrekkelig opplæring ved oppstart. Da er det i følge implementeringsteori problematisk å holde på gode rutiner relatert til implementeringen (May et al., 2009, s. 1-9). Informantene som opplevde at opplæringen ikke var tilstrekkelig erfarte blant annet at det tok opp til et år mellom første informasjonsmøte om E-multidose til andre informasjonsmøte. På dette året hadde informantene glemt mye av informasjonen fra første informasjonsmøte.

#### 5.1.4 Superbrukere

Et av funnene var varierende bruk av superbrukere. I likhet med funnet relatert til opplæring var det også ulik erfaring på bruk av superbrukere. Det ble rapportert om hyppigere bruk av superbrukere under selve overgangen fra papirordinasjon til E-multidose. Over halvparten av informantene benyttet ikke superbrukere i etterkant av overgangen. Det som var interessant med funnet var at en av informantene hadde tatt på seg ansvaret som superbruker selv om informantene ikke offisielt hadde denne rollen. Informantene erfarte at det var naturlig å ta på seg rollen ettersom informantene hadde arbeidet der lengst. I følge Helsepersonelloven (hpl, 1999, §4) skal helsepersonell utføre arbeidet som det kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Informantene er den sykepleieren som har vært ansatt lengst på hjemmetjenesten informantene arbeider hos. Informantene erfarer at av alle ansatte er informantene den med mest erfaring.

Informanten tok derfor på seg ansvaret som superbruker. Situasjonen var at hjemmesykepleien der informanten arbeidet ikke hadde egne superbrukere, dette var noe informanten følte det var et behov for. Situasjonen skal tas med i betraktning når det kommer til krav for helsepersonells yrkesutøvelse (Helsepersonelloven – hpl, 1999, §4).

Det oppleves som om de informantene som benytter superbrukere har rutiner og ansvarsfordelinger som fungerer mindre optimalt enn de som ikke benytter superbrukere. Det tyder på at superbrukere ikke i tilstrekkelig grad deler informasjon til andre helsepersonell, slik at helsepersonellet som ikke er superbrukere blir avhengig av superbrukerne. En del av ansvarsområdet til en superbruker er å sørge for at rutiner blir fulgt opp, superbrukerne har også ansvar for å gi opplæring til andre ansatte (Helse -Sør Øst, 2019). Om ansatte bli avhengig av superbrukere og ikke får kompetanseoverføring kan det medføre store konsekvenser dersom superbrukerne ikke er på jobb, da annet helsepersonell ikke får gjennomført endringer.

NPT fokuserer på hvordan ansatte skal samarbeide for å skape gode rutiner som kan beholdes i hverdagen (May et al., 2009, s. 1-9). For å skape gode rutiner er det først og fremst nødvendig å se på om de ansatte har fått den informasjonen og opplæringen som kreves for å forstå verktøyet, i denne sammenheng E-multidose. Under funnene for opplæring ble det tydelig at informantene opplevde informasjonen i forkant av oppstart med E-multidose som mangelfull. I følge teorien om NPT har derfor informantene et dårlig grunnlag for å skape gode og vedvarende rutiner allerede fra de er nyopplært i E-multidose (May et al., 2009, s. 1-9). En av informantene erfarte at dersom superbrukerne ikke er på jobb, tar de kontakt med fastlegen for å ordne opp i noe de selv kunne ha fikset dersom det hadde vært rutiner på det. Det virker dermed som det er manglende rutiner på arbeidet superbrukerne gjør. Her vil det være fordelaktig å overføre kompetansen som superbrukerne sitter med, for å sørge for at alle ansatte får gode rutiner. NPT viser til at det også er viktig å kartlegge om de ansatte oppfatter hvordan de kan medvirke i forbedringer og rutinearbeid. For informanten som erfarer manglende kompetanseoverføring fra superbrukerne virker det som informanten selv oppfatter hva som må til for å få til bedre rutiner i hverdagen. Informanten nevner ikke spesifikt om noe har blitt gjort for å endre rutinene eller sørge for at superbrukerne videreformidler kompetansen til andre på jobb, noe som i følge implementeringsteori er nødvendig (May et al., 2009, s. 1-9).



## Kvalitetssikkerhet

### 5.1.5 Medisinadministrering

Et av funnene var medisinadministrering. Dette funnet inkluderer både informantenes erfaring med å flytte medisiner over mellom multidoseposer og dosetter samt hvor mange helsepersonell skal gjennomgå multidosen i lag. Funnet er interessant for også her var det ulik erfaring mellom informantene. Alle informantene så på medisinadministrering som et stort ansvar som de tok seriøst.

En av informantene opplyser om at ved endringer på multidosen gjøres det i noen sammenhenger endringer i selve multidosen. Her sikter informanten til at de tar ut tabletter og legger inn ny tablett ved behov. Informanten gjør dette slik at pasienten kan få legemidler utdelt som vanlig og unngå bruk av dosett i tillegg til multidosen. Informanten opplyser om de alltid er to stykker som godkjenner dette. I følge forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008, §7) skal legemidler være merket med navnet på legemiddelet, virkestoffet, styrken på dosen og andre relevante opplysninger. Informanten opplyser ikke om de endrer informasjonen på multidoseposen ved endringer på legemidler. Informanten opplyser heller ikke om hvordan de kontrollerer at det blir lagt til riktig legemidler i multidosen og at riktige legemidler blir tatt ut. Harstad kommune har på sine nettsider postet flere dokumenter som beskriver rutiner ved blant annet avvikshåndtering ved multidose, bruk av multidose, opplæring direkte knyttet til multidose med mer (Harstad kommune, 2012). Det er usikkert om Harstad kommune benytter E-multidose. Selv om Harstad kommune ikke nødvendigvis benytter E-multidose selv er dokumentene et godt utgangspunkt som andre kommuner kan ta inspirasjon fra. Dokumentet linker videre til andre nødvendige dokumenter som kommunen selv har publisert samt lovverk og forskrifter som er relevante for helsepersonell. Dokumentet har en god oversikt over hvem som er ansvarlig for de ulike oppgavene som skal gjøres knyttet til multidose. Dokumentet inkluderer også en oversiktlig fremstilling over rutinene for multidose (Harstad kommune, 2012). Det vil være en fordel å skape gode rutiner og retningslinjer som er tilgjengelig for helsepersonell slik at helsepersonell ved hjemmesykepleien slipper å være usikre på hvorvidt de gjør noe ulovlig eller ikke.

## 5.1.6 Pasientsikkerhet

Et av funnene var pasientsikkerhet. Det som er spesielt med dette funnet er at det kun er to informanter som har uttalt seg om de to punktene under funnet. Informantene har uttalt seg om ulike erfaringer som begge går under pasientsikkerhet. En av informantene erfarte at det var store utfordringer knyttet til samstemming av legemiddellisten. Informanten mente samtidig at overgangen til PLL ville bidra til å minske utfordringene. En annen informant erfarte at pasientbesøkene av sykepleiere ble minimert etter overgangen til E-multidose.

### Samstemming av legemiddellisten

En av informantene opplever et stor ansvar ovenfor pasientene ved samstemming av legemiddellisten. Dette er ikke en ny utfordring. Allerede i en stortingsmelding fra 2012 blir samstemming av legemiddellisten tatt opp som en stor utfordring både nasjonalt og internasjonalt (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 33). Stortingsmeldingen opplyser om at dette kan ha flere grunner, som blant annet at informasjonen ikke kommer frem til riktig person. Dette er et poeng som også informantene påpeker. Informanten erfarer at en av årsakene kan være at selv om hjemmetjenesten sender oppdatert medisinliste til sykehuset når en pasient blir innlagt, kan det hende at sykehuset gjennomgår tidligere epikriser eller reseptformidler for å ta stilling til medisinlisten. En annen årsak som stortingsmeldingen nevner, er at det blir registrert feil dose i legemiddellisten (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 33-35). Informanten erfarer en lignende situasjon. Informanten opplever at sykehuset opplyser om at legemidlene er som før sykehusoppholdet, men siden sykehuset har benyttet tidligere epikrise og ikke innleggelsesmeldingen som hjemmetjenesten har sendt blir legemiddellisten feil. Dette kan tyde på at sykehuset ikke har tydelige rutiner på hvilken oversikt de skal ta utgangspunkt i samt kommunikasjon mellom sykehus og hjemmetjenesten kan forbedres.

Stortingsmeldingen opplyser også om at legemiddellistene er komplekse og at det er flere personer, systemer og institusjoner som er involvert i prosessen (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 30-35). Det ble opprettet en pasientsikkerhetskampanje for å fokusere på samstemming av legemiddellistene (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 33). Utfordringen med denne kampanjen er at ansvaret ble lagt på pasienten selv. Dette er en utfordring for pasienter ved hjemmesykepleien hvor hjemmesykepleien har ansvar for medisinadministrering. Da kan det ikke forventes at pasienten selv tar ansvar. Pasienter ble oppfordret til å etterspørre medisinlisten slik at fastlegen skulle kontrollere medisinlisten (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 33-35). For at pasientsikkerhetskampanjen skulle utføres

var det nødvendig at fastlegen bidro, dette var ikke lett å gjennomføre (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 20-21).

Det som er uheldig, er at det ble sendt ut en stortingsmelding allerede i 2012 som tok opp utfordringen med samstemming av legemiddellister. Selv etter 10 år er erfaringene til informantene at de føler på et stort ansvar ovenfor pasientene siden legemiddellistene ikke samsvarer.

Informantene opplever at de får ansvaret for å sørge for at pasientene mottar riktig medisin, uten å ha de riktige systemene eller kompetansen til å gjøre dette i så stor grad. Dette er utfordrende for pasientsikkerheten til pasientene da det er flere institusjoner, personer og systemer som er involvert i prosessen og i flere situasjoner tar de ulike institusjonene og personene ikke utgangspunkt i samme legemiddelliste.

En av informantene opplever at informasjonen de har fått knyttet til PLL vil gjøre at samstemming av legemiddellisten blir bedre og at hjemmetjenesten slipper like stort ansvar. Informanten forteller at ved en overgang til PLL vil alle relevante institusjoner ha tilgang på samme legemiddelliste. Ved endringer på legemiddellisten vil hjemmetjenesten kunne få oversikten i sanntid uten å måtte purre på fastlegen, eller føle et stort ansvar for om pasienten får riktige legemidler. Det som er problematisk er at samstemming av legemiddellisten er sentralt for pasientsikkerheten, og at det tar for lang tid. PLL har nylig startet pilotering og det vil antageligvis ta flere år før hele Norge har mulighet til å ta PLL i bruk. Aase (2022, s. 183-200) opplyser om risiko ved pasientsikkerheten når det er mangler i legemiddellisten.

Det vil medføre store gevinster å se på alternative løsninger for samstemming av legemiddellister frem til PLL er tilgjengelig for alle kommuner. Alternative løsninger kan blant annet være tydeligere forventninger mellom hjemmetjenesten, sykehuset, fastlege og andre institusjoner, bedre rutiner ved endringer av legemidler i multidoser og tilpassing av diverse systemer som eksempelvis journalsystem for en tydeligere oversikt. I følge Aase (2022, s. 183-200) er det en økende risiko for pasientsikkerheten ved pasientoverganger. For å minimere risikoen er det nødvendig å se på alternative løsninger.

## **Pasientbesøk**

En av informantene erfarte at overgangen til E-multidose resulterte til en nedgang i pasientbesøk av sykepleiere. Informanten erfarte at de tidligere reiste til pasienter kun for å levere ut dosett. Etter overgangen til E-multidose tok flere av pasientene i bruk multidose. De pasientene som tidligere kun hadde hatt besøk av sykepleiere for dosettlegging ville nå miste besøk av sykepleierne. Begrunnelsen for dette var at multidose kunne annet helsepersonell gi ut til pasienten. Informanten erfarte endringen som utfordrende da sykepleieren sin kompetanse kunne bidra til å ta tak i utfordringer hos pasienten hurtigere enn muligens annet helsepersonell kunne. Informanten erfarte at besøkene til pasientene førte til mindre sykehusopphold for pasientene. Etter samhandlingsreformen startet i 2012 har kommunene fått et økt ansvar for helsetjenestene (Aase, 2022, s. 183-200). Med et økt ansvar er det også nødvendig at kommunene følger opp hvilket behov pasientene har. I følge Meld. St. 10 (2012-2013, s. 7) har Norge allerede et mindre positivt syn enn flere andre land på blant annet kommunikasjon. Dersom pasientene ikke får kommunisert med sykepleiere, kan dette påvirke et allerede mindre positivt syn til enda mer negativt.

Det er positivt at sykepleierne kan fokusere på andre oppgaver, samtidig er det uheldig at pasienter mister besøk fra sykepleiere ved overgang til E-multidose. Spesielt dersom dette fører til flere sykehusinnleggelseser. Informanten kunne ikke opplyse om antall økninger på sykehusinnleggelseser etter overgangen, men opplevde at dette var en konsekvens av endringen på pasientbesøk. En stortingsmelding rapporterte om at legemiddellisten sjeldnere blir kontrollert og/eller gjennomgått for pasienter som benytter multidose (Meld. St. 28 (2014-2015), s. 76-77). Et tiltak for å bidra til at pasientsikkerheten ivaretas ved å fjerne pasientbesøk fra sykepleiere vil være nødvendig å se på. Et tiltak her kan være å fortsette med besøk av sykepleierne selv etter overgang til multidose. Informanten opplyser ikke om at noen tiltak er iverksatt etter minimering av pasientbesøk fra sykepleiere. Om pasienter mister muligheten til å prate med sykepleiere samt at legemiddellisten sjeldnere blir kontrollert etter overgang til multidose kan dette påvirke pasienten i stor grad.

## **Styrker og svakheter**

Som en del av drøftingen tas også styrker og svakheter med studien opp. Styrkene og svakhetene er relevante for oppgaven i sin helhet. En av utfordringene med studien var rekruttering av informanter. Oppgaven ble skrevet under en kort tidsperiode og det var utfordrende for journalleverandører å gi en fullstendig liste over kommuner som benytter multidose for E-resept.

Det vil være interessant å ved en senere studie benytte mer tid på å finne informanter. Det vil da være nødvendig å kontakte journalleverandørene i god tid i forkant, slik at de har tid til å lage en fullstendig liste over kommunene.

Det var krevende å finne informanter som hadde deltatt under selve overgangen grunnet begrenset antall ansatte som i det hele tatt har benyttet E-multidose. I løpet av våren 2022 vil flere ta i bruk E-multidose (Direktoratet for E-helse, 2021). Det vil da være interessant å gjennomføre en lignende studie med mulighet for flere informanter. Denne studien inkluderte heller ingen informanter som var superbrukere for E-multidose. Det ville vært interessant å ha et bredere utvalg, gjerne med sykepleiere som har ulike roller. Her kan det inkluderes eksempelvis superbrukere, nyutdannede, avdelingsledere og sykepleiere som har vært ansatt over en lengre periode. Da vil det være større muligheter for å se om erfaringene varierer mellom de ulike sykepleierrollene i hjemmesykepleien. Det kan også gi et tydeligere bilde på hvordan opplæringen, informasjonsmøter og samarbeid varierer mellom de ulike rollene.

Denne studien inkluderer noen informanter fra små kommuner og noen informanter fra store kommuner. Det var ikke mulig å finne informanter fra mellomstore kommuner. Det er tydelig at rutiner, samarbeid og forståelse varierer mellom de små kommunene og de store kommunene. Det ville vært interessant å få informanter fra mellomstore kommuner for å se på ulikheter mellom kommunestørrelsene og få avklart om størrelse på kommunene har en innvirkning på erfaringene knyttet til E-multidose.

Sammenstilling av fastlegelistene var noe alle informantene nevnte. I 2022 foregår det en pilotering av pasientenes legemiddelliste. PLL skal gjøre det mulig for sykepleierne, fastlegen, apotekene og sykehusene å ha tilgang på lik legemiddelliste som blir oppdatert i sanntid. Dette kan muligens påvirke sykepleierne sine erfaringer med endringer på medisinalisten. Alle informanter erfarte at mye tidsbruk gikk med på å purre på fastlegen etter endringer på medisinalisten. Det ville vært spennende å sett videre forskning på en sammenligning mellom erfaringer til sykepleiere før og etter bruk av PLL. For å gjøre videre forskning på PLL og E-multidose vil det kreve at kommunen deltar i både piloteringen av E-multidose og piloteringen for PLL.

Det anbefales å benytte et større utvalg av informanter til videre forskning. Dette kan ha påvirket funnet om pasientsikkerhet da det kun var to informanter som uttalte seg om erfaringene sine. I tillegg var det kun en informant som nevnte PLL samt en informant som nevnte at pasientbesøkene endret seg etter overgang til E-multidose. Begge informantene har deltatt under selve overgangen. Det vil være interessant å forske nærmere på disse funnene for å se om det er noe som går igjen ved å benytte flere informanter. Det kan også være interessant å forskere nærmere på flere informanter som har deltatt under selve overgangen til E-multidose. I denne studien hadde kun to av informantene deltatt under overgangen fra papirordinasjon til E-multidose.

Sett opp mot implementeringsteori (NPT) er det fem sentrale steg for å sørge for at gode rutiner bygges og opprettholdes etter en implementering. Steg 1 handler om informasjonen sykepleierne har fått i forkant av studien (May et al., 2009, s. 1-9). Funnene peker på at informantene har ulik oppfatning av informasjon i forkant av å starte opp med E-multidose. Dette inkluderer både informanter som deltok under overgangen og de informantene som ikke deltok under overgangen. Alle informantene erfarer manglende informasjon knyttet til et eller flere ledd i E-multidose. Steg 2 peker på informantene sin forståelse av bruken til E-multidose og hvordan det vil påvirke hverdagen (May et al., 2009). Under steg 2 eksisterer det lokale ulikheter blant informantene. Informantene viser en forståelse til bruken av E-multidose og hvordan dette påvirker hverdagen, samtidig opplever alle informantene flere utfordringer knyttet til hverdagsarbeid etter de har tatt i bruk E-multidose. Steg 3 omhandler de ansattes oppfattelse av hvordan de som individ kan medvirke forbedringer og rutinearbeid. Informantene erfarer at flere utfordringer med E-multidose kan forbedres men informantene fokuserer i mindre grad på hvordan de kan medvirke til forbedringene. Steg fire går med på hvordan den enkelte ansatte og de ansatte som en gruppe får implementeringen til å fungere i praksis (May et al., 2009, s. 1-9).

Informantene erfarer flere fordeler med E-multidose, samtidig som samarbeid blir tatt opp som en utfordring av samtlige informanter. Steg fem går på å se på hva som fungerer, hva som kan forbedres og hvilke utfordringen implementeringen har hatt (May et al., 2009, s. 1-9). Steg fem er noen av punktene studien har forsøkt å sett på. Det er flere ledd i E-multidose som fungerer, noen utfordring og flere funn med forbedringspotensial. Implementeringsteori (NPT) fokuserer på å forstå utfordringer i helsesektoren slik at arbeidet kan forbedres. Denne studien viser til at alle steg

innen implementeringen av E-multidose kan forbedres og at erfaringene til sykepleiere ved hjemmetjenesten viser til et stort forbedringspotensial for bruk av E-multidose.

## 6 Konklusjon

Dette studie ønsket å se på sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med bruk av E-multidose. Problemstillingen for studien var: *Hvilke erfaringer har sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien med bruken av E-multidose?* Under resultatene presentertes det tre hovedtemaer med erfaringer: Samarbeid, læring og kvalitetssikkerhet hvor vært hovedtema hadde to undertemaer. Under diskusjonen ble resultatene diskutert opp mot det teoretiske rammeverket. Studien konkluderer med at sykepleiere ved hjemmesykepleien hadde både positive og negative erfaringer knyttet til E-multidose. De positive erfaringer handler i stor grad om at E-multidose fungerer når pasienter ikke har endringer på medikamenter. De negative erfaringene oppstår ved endringer på medisinene. Sykepleiere erfarer et tungvint kommunikasjonsløp med fastlege som er ansvarlig for å oppdatere legemiddellisten med riktig legemidler. Studien konkluderer med at det er tydelige sammenhenger mellom god opplæring, konsekvente rutiner med utfordringene til sykepleierne. Det er en klar sammenheng med at informantene som opplever opplæringen som god også har bedre rutiner. For kvalitetssikkerhet anses pilotering av pasientens legemiddelliste som en mulig løsning på utfordringer relatert til tidsbruk for purring av fastlege og at hjemmesykepleien mottar epikrise og oppdatert legemiddelliste før fastlegen etter sykehusopphold. En konsekvens av E-multidose er mindre pasientbesøk av sykepleiere til pasienter som kun får besøk ved utdeling av legemidler.

Et ønske med masteroppgaven var å gjøre overgangen for fremtidige kommuner lettere ved å samle tilbakemeldinger og erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien som allerede har gjennomgått overgangen fra papiroordinasjon til E-multidose. Studien konkluderer med at en god og sammenhengende opplæring med konsekvente rutiner som alle ansatte er informert og delaktig i, viser seg å ha en sammenheng i arbeidet med E-multidose.

### Videre forskning

Det fremkommer i studien at sykepleiere ved hjemmesykepleien bruker mye tid på samarbeidet med fastlegen. Til videre forskning vil det være interessant å se nærmere på konsekvenser spesifikt knyttet til tiden en fastlege benytter fra hjemmesykepleien kontakter fastlegen til endringene er utført av fastlege. For videre forskning vil det være interessant å ta utgangspunkt i flere kommuner av ulik størrelse, da dette har vist seg som en styrke i denne studien. Ulike kommuner kan ha ulike



rutiner og retningslinjer, og dette kan påvirke studiens resultater. Funnet om tidsbruk ved å purre på fastlege er noe alle informantene opplyser som en utfordring i det daglige arbeidet. Ikke bare knyttet til multidose, men også generelt for medikamentadministrering.

## Referanser/litteraturliste

Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget

Apotek 1 (2021, november). *Få legemidlene dine pakket i ferdige doser*. Apotek 1.

<https://www.apotek1.no/bruk-av-legemidler/multidose/faa-legemidlene-dine-pakket-i-ferdige-doser>

Bergmo, T., Jøsendal, A. V., Kolstrup, N., Eriksen, M., Johnsen, E. & Johansen, M. (2016). *Multidose i e-resept. Erfaring med multidose med fokus på de skandinaviske landene*.

(Kunnskapsoppsummering, 04-2016). Nasjonalt senter for e-helseforskning.

[https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept/NSE-rapport\\_Erfaring%20med%20multidose%20med%20fokus%20p%C3%A5%20de%20skandinaviske%20landene.pdf](https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept/NSE-rapport_Erfaring%20med%20multidose%20med%20fokus%20p%C3%A5%20de%20skandinaviske%20landene.pdf)

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research. A Practical Guide for Beginners*.

SAGE Publications Ltd

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology* 3. ResearchGate. 3. 77-101.

[https://folk.ntnu.no/baldurk/skolearbeid/Kvalitative%20metoder%20PSYPRO4318/thematic-analysis.pdf?fbclid=IwAR1PmE2qihE\\_iPLBZAPYfkbmD74srXHOQ3l\\_6fpQ3TupmsYtTfi\\_fXeomU](https://folk.ntnu.no/baldurk/skolearbeid/Kvalitative%20metoder%20PSYPRO4318/thematic-analysis.pdf?fbclid=IwAR1PmE2qihE_iPLBZAPYfkbmD74srXHOQ3l_6fpQ3TupmsYtTfi_fXeomU)

Direktoratet for E-helse. (2022, 30. mars). *Nasjonal e-helsestrategi*. Ehelse.

<https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi>

Direktoratet for E-helse. (2022, 11. januar). *Multidose i e-resept*. Ehelse.

<https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept>

Direktoratet for E-helse. (2019). *Plan for E-helse 2019-2022*. (Vedlegg til nasjonal e-helsestrategi

2017-2022). [https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-](https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi/)

[helsestrategi/ /attachment/download/a7a332c5-0cbe-458e-b349-](https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi/_attachment/download/a7a332c5-0cbe-458e-b349-02314112e954:ec334578667e2068a16413b596cc1dec13e6a8ca/Plan%20for%20e-helse%202019%202022%20(4).pdf)

[02314112e954:ec334578667e2068a16413b596cc1dec13e6a8ca/Plan%20for%20e-helse%202019%202022%20\(4\).pdf](https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi/_attachment/download/a7a332c5-0cbe-458e-b349-02314112e954:ec334578667e2068a16413b596cc1dec13e6a8ca/Plan%20for%20e-helse%202019%202022%20(4).pdf)

Ertesvåg, M. & Tselishcheva, E. G. (2015). *Elektronisk "Legemidler i bruk" - et blikk inn i fremtiden*.

*Evaluering av pilotprosjektet «Legemidler i bruk» i «Reseptformidleren», inkludert elektronisk multidose i e-resept*. (Masteroppgave). Universitetet i Agder.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2445262/Ertesv%C3%A5g.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Forskrift om legemidler fra apotek. (1998). *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.* (FOR-1998-04-27-455). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455/kap3#kap3>
- Gullslett, M. K. & Bergmo, T. S. (2022) *Implementation of E-prescription for Multidose Dispensed Drugs: Qualitative Study of General Practitioners' Experiences.* 9(1) [doi:10.2196/27431](https://doi.org/10.2196/27431)
- Halle, N. (2008). *Hvilke tiltak kan gjøre multidose til et bedre egnet legemiddelhåndteringssystem for bruk i kommunehelsetjenesten?* [Kandidatoppgave]. Universitetet i Tromsø.
- Harstad.kommune.no (22.02.2012) *Legemiddelforskriving, bestilling, levering, endring og betaling av multidose.* <https://harstad.kommune.no/eknet/docs/pub/DOK01558.docx>
- Helsedirektoratet (18. september. 2019) *Multidose.* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose>
- Helse Norge (15. mars, 2019) *Hva er e-resept?* Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/legemidler/e-resept-og-mine-resepter/hva-er-e-resept/>
- Helsepersonelloven – hpl (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse-Sørøst. (2019, 10. juli). *MKB: Superbrukere.* <http://admininfo.helse-sorost.no/digitalfornying/Sider/MKB%20Superbrukere.aspx>
- Hjelpemiddeldatabasen (u. å.). *Dosetter.* <https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r4x.asp?linktype=iso&linkinfo=04190401>
- Høgheim, S. (2020). *Masteroppgaven i glu* (1 utg.). Fagbokforlaget
- Johnsen, E., Jøssendal, A. V. & Bergmo, T. S. (2018) *The e-multidose is better for patient's safety Than dosette boxes and faxes.* 13(69983). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69983>
- Johnsen, E., Bergmo, T., Jøssendal, A. V., Kolstrup, N. & Johansen, M. (2017). *Multidose i e-resept. Erfaringer fra bruk av e-multidose i pilotkommuner.* (Delrapport, 08- 2016. Nasjonalt senter for e-helseforskning. [https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept/NSE-rapport\\_Erfaringer%20fra%20bruk%20av%20multidose%20i%20pilotkommuner.pdf](https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept/NSE-rapport_Erfaringer%20fra%20bruk%20av%20multidose%20i%20pilotkommuner.pdf)
- Kristoffersen, J. E. (20. oktober. 2015). *Elektronisk multidose og e-dialog med apoteket er på vei!* Tidsskriftet. <https://tidsskriftet.no/2015/10/aktuelt-i-foreningen/elektronisk-multidose-og-e-dialog-med-apoteket-er-pa-vei>

- Kvalse, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Gyldendal
- KS (21. Juni. 2021). *Fase 4- Pilotering*. KS.  
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/fase-4---pilotering/>
- Legeforeningen (10. Februar. 2021). *Pasientens legemiddelliste (PLL) må på plass raskest mulig*. Den Norske legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/fag/nyhetsbrev/pasientens-legemiddelliste-pll-ma-pa-plass-raskest-mulig/>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004): *A Phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian journal of Caring Science, 18, 145-153.
- May, C. C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J. & Montori, V. M. (2009) Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Sci* 4, 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- May, C. (2013). *Towards a general theory of implementation*. Implementation Science, 8-18, S. 1-14. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-18>
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet I helse- og omsorgstjenesten*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q>
- Meld. St. 28 (2014-2015) *Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?ch=1&q>
- Patientsky, (2021, u. d.). *eMultidose*. Patientsky – Help. <https://help.patientsky.com/e-resept/multidose>
- Pedersen, S. P. (2020, 3. november). *Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger i NLSH-området*. Nordlandssykehuset. <https://nordlandssykehuset.no/Documents/Diverse/OSO-sak%20034-2020%20Normgivende%20rutiner%20for%20samarbeid%20mellom%20fastleger%20og%20sykehusleger%20i%20NLSH-omr%C3%A5det.pdf>
- Sothinathan, S. (2020). *Innføring av multidose I e-resept, og utfordringer når tre legemiddellister blir til en*. (Masteroppgave). NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2783280?show=full&locale-attribute=en>

# 7 Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide – Sykepleiere sin erfaring med overgang til multidose i E-resept

### Formålet med intervjuet

Formålet med intervjuet er å samle tilbakemeldinger og erfaringer med sykepleiere som kan benyttes til å gjøre overgangen til multidose i e-resept lettere for fremtidige kommuner og klinikker som skal gjennomgå overgangen. Formålet er også å kartlegge utfordringer med utstyr, rutiner og kommunikasjon som kan jobbes videre med for å gjøre arbeidsflyten lettere ved senere bruk.

Dette er et semistrukturert intervju hvor det blir satt opp ulike temaer til intervjuet med forslag til spørsmål.

---

### Tema 1 – Erfaringer før overgang til Multidose i E-resept (opplæring, informasjon)

Forslag til spørsmål:

1. Kan du forklare hvordan det opplevdes fra du først fikk høre om at dere skulle ta i bruk Multidose i E-resept og frem til dere startet selve overgangen?
2. Hvordan var opplæringen i forkant av overgangen?
3. Hvilken erfaring har du fra informasjonsflyten i forkant av overgangen?
4. Er det noe du skulle ønske ble utført på en annen måte før overgangen?

### Tema 2 – Erfaring under overgangen til Multidose i E-resept (den første måneden med bruk av Multidose i E-resept)

Forslag til spørsmål:

1. Oppstod det noen utfordringer under oppstarten av Multidose i E-resept?
2. Var du klar over hvordan du skulle forholde deg til overgangen?
3. Er det noe du skulle ønske ble utført på en annen måte under den første måneden av overgangen?

### Tema 3 – Erfaring etter overgangen til Multidose i E-resept (etter en måned med bruk av multidose i e-resept frem til d.d).

Forslag til spørsmål:

1. Hvordan opplevdes det å arbeide med multidose i E-resept?
2. Viste du hvordan alt skulle utføres?
3. Oppstod det noen utfordring etter overgangen til multidose i E-resept?
4. Er det noe du skulle ønske ble utført på en annen måte under den første måneden av overgangen?

## Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** *Sykepleiere sin erfaring med multidose i E-resept*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få et individuelt perspektiv fra sykepleiere som har tatt i bruk multidose i E-resept. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette studie er en masteroppgave. Formålet med studien er å samle tilbakemeldinger og erfaringer med sykepleiere som kan benyttes til å gjøre overgangen til multidose i e-resept lettere for fremtidige kommuner og klinikker som skal gjennomgå overgangen. Formålet er også å kartlegge utfordringer med utstyr, rutiner og kommunikasjon som kan jobbes videre med for å gjøre arbeidsflyten lettere ved senere bruk.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Sørøst-Norge, institutt for helse-, sosial- og velferdsfag er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta da du arbeider som sykepleier og har deltatt på overgangen til Multidose på E-resept. Du har også vært ansatt som sykepleier i minst 6 måneder.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Til masteroppgaven skal det benyttes semistrukturert intervju. Intervjuet vil i hovedsak foregå over teams/zoom/skype, men det vil være mulig å arrangere fysisk intervju dersom ønskelig. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, som vil bli transkribert og anonymisert. Selve lydfilen vil lagres på en minnepenn med passordbeskyttelse som vil oppbevares i en safe. Intervjuet vil ta rundt 1 time. Jeg ønsker å samle opplysninger om dine erfaringer før, under og etter overgangen til multidose i e-resept. Dette vil være et individuelt intervju.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være student Anne Øvestad og veileder Hilde Solli som vil ha tilgang til dataen samlet etter intervjuet. Navn og eventuelle andre kontaktopplysninger vil bli erstattet med anonymiserte navn som «Deltaker 1», «Deltaker 2» og lignende. Lydfil fra intervju blir transkribert fortløpende etter intervjuet. Lydfilen vil ligge på en passord beskyttet minnepenn, og vil kun være koblet i pc under arbeid med transkriberingen. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg når masteroppgaven leveres inn.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 1. august 2021. Personopplysninger og lydopptak slettes ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge, Institutt for helse-, sosial, og velferdsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitetet i Sørøst-Norge* ved *Anne Øvestad*, [anneovestad@hotmail.com](mailto:anneovestad@hotmail.com), 41384545 og veileder *Hilde Solli*.
- Vårt personvernombud:

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Hilde Solli*  
(Forsker/veileder)

*Anne Øvestad*

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *et individuelt semistrukturert intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

29.05.2022, 11:50

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave - E-multidose](#) / Vurdering

## Vurdering

### Referansenummer

437191

### Prosjektittel

Masteroppgave - E-multidose

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

### Prosjektperiode

03.01.2022 - 01.08.2023

[Meldeskjema](#)

Dato	Type
14.01.2022	Standard

### Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 14.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og personverntjenester. Behandlingen kan starte.

### REKRUTTERING

Vi forutsetter at oversikt over alle kommuner som har deltatt i piloteringen for multidose i E-resept ikke er taushetsbelagt informasjon, og at dere kan få denne utlevert. Hvis ikke må dere finne en annen måte å rekruttere deltakere.

### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2023.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/6173de56-5ce1-4571-81e7-1bdf9b8ec0d>

1/2



**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra personverntjenester før endringen gjennomføres.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!