



# Polyfarmasi og feilmedisinering i sykehjem - Sykepleierens rolle

Kandidatnummer: 713  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9834

Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16/04-2018
Tittel: Polyfarmasi og feilmedisinering i sykehjem - Sykepleierens rolle	
<p><u>Problemstilling:</u>  Hvordan kan sykepleier være med på å redusere forekomsten av polyfarmasi og feilmedisinering på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u>  For å belyse problemstillingen er det hentet inn relevant teori som må ligge til grunn for å belyse problemstillingen. Teorien vil omfatte aldringsforandringer hos eldre, med fokus på dens påvirkning av legemiddelbehandlingen. Det vil bli forklart hva en tverrfaglig legemiddelgjennomgang omhandler. Sykepleieprosessen vil bli presentert som en systematisk metode og formålet og kravet til dokumentasjon vil bli presentert. Avslutningsvis vil juss og helsepolitiske føringer presenteres, samt innholdet i sykepleierens ansvar- og funksjonsområder punkt to, tre og fire.</p> <p><u>Metode:</u>  Oppgaven er en litterær oppgave, hvor fag- og forskningslitteratur er hentet inn for å kunne belyse og svare på problemstillingen. Faglitteratur er pensumlitteratur hentet inn via søkemotoren Oria, og fag- og forskningsartiklene er hentet inn gjennom søk gjort Sykepleien/forskning og PubMed. Jeg har benyttet 7 fag- og forskningsartikler fra de siste 8 årene. Studiene har benyttet seg av ulike metoder, derav tre av artiklene har kvantitativt design, to med kvalitativt design, en oversiktsartikkel, samt en fagartikkel som bygger på et prosjekt samt teori.</p> <p><u>Drøfting</u>  Sykepleieprosessen vil bli anvendt som en prosess som sammenfatter arbeidet sykepleieren gjør. Prosessen vil bli satt opp mot og problematisert gjennom anvendelse av teori, forskning og rammene som finnes på et sykehjem. Det vil også trekkes inn eksempler fra praksis for å sette lys på problemstillingen og dens relevans. Sykepleierens rolle i legemiddelbehandlingen vil fremkomme i de ulike delene og det vil trekkes relevans for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon</u>  Gjennom oppgaven fremkommer det teori og forskning som viser at rammene og strukturen på sykehjem kan ha mye å si på gjennomføringen av stadiene i sykepleiereprosessen. Forskning viser også at det er manglende kunnskap hos sykepleiere og at et tverrfaglig samarbeid kan belyse fler aspekter ved legemiddelbehandlingen mer helhetlig.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Målgruppe og kontekst .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
1.5 oppgavens oppbygning .....	3
<b>2 Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Aldringsprosessen .....	4
2.2 Tverrfaglig legemiddelgjennomgang.....	5
2.3 Sykepleieprosessen .....	6
2.4 Dokumentasjon.....	6
2.5 Juss, og helsepolitiske føringer .....	7
2.6 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde .....	9
<b>3 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Valg av metode og metodesøk .....	11
3.2 Søkshistorikk .....	12
3.3 Kildekritikk .....	13
3.4 Etske vurderinger .....	14
<b>4 Forskningsresultater</b> .....	<b>15</b>
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>17</b>
5.1 Datainnsamling.....	17
5.2. Diagnostisering .....	21
5.3 Formulering av mål og sykepleietiltak .....	24
5.4 Evalueringsfasen .....	27
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>31</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>32</b>

# 1 Innledning

I praksis fikk jeg et innblikk i ulike holdninger rundt legemiddelhåndtering. Jeg fikk se legemidler bli gitt, noen med virkning og noen uten. Jeg opplevde bivirkninger og fikk se den evige runddansen av medikamenter som ble gitt for bivirkningene av et annet medikament. Jeg hørte hjelpepleiere spørre «Kan hun ikke få noe for det der?». Jeg fikk se oppgitte, slitne og engstelige pasienter. Jeg møtte også opplagte, blide og trygge pasienter, som ble godt ivaretatt. I tillegg var jeg vitne til medisinalister som ble kuttet ned, uke etter uke. Pasienter som ble friskere og var fornøyde. Jeg fikk se en helomvending av å prøve seg frem til man fant riktig medikament, et medikament som passet for den enkelte pasienten. Jeg forstod at det ikke fantes noen fasit, ingen pasienter er like og alle responderer ulikt på medikamenter. I tillegg oppdaget og forstod viktigheten av et godt og nært samarbeid mellom lege, sykepleier, pasient, pårørende og andre tverrfaglige aktører. Jeg forstod viktigheten av god legemiddelbehandling hos pasienten, og ikke minst mangelen på god behandling. Jeg så behovet for mer kunnskap om legemiddelbehandlingen og viktigheten av det.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Stigende alder og et langt liv fører ofte med seg ulike sykdommer og plager som krever ulik behandling. Tall fra det nasjonale reseptregisteret viser at 57% av eldre legemiddelbrukere fikk utlevert mer enn fem legemidler. I 2011 fikk 21% av de over 65 år mer enn ti ulike legemidler utskrevet på resept på ett år (Ranhoff & Engh, 2015). Dette gjør at de havner under kategorien polyfarmasi.

Når vi blir eldre skjer det en rekke ulike biologiske forandringer som gjør at legemidler kan virke annerledes på eldre enn på yngre. Forandringer hos eldre gir blant annet svekket reguleringsmekanisme og redusert organkapasitet, som påvirker legemiddelets omsetning og effekt, og risikoen for bivirkninger øker (Ranhoff & Engh, 2015). I tillegg til dette øker også muligheten for interaksjoner og uønskede effekter hos eldre som er utsatt for polyfarmasi. Som sykepleier på sykehjem er en av de flere oppgavene man har å gi ut medisiner og følge

opp virkning og bivirkning. På den måten får en et innblikk og ansvar i beboerens legemiddelbehandling.

## **1.2 Problemstilling**

Jeg har med følgende forklaring og kommende avgrensning valgt problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier være med på å redusere forekomsten av polyfarmasi og feilmedisinering på sykehjem?*

## **1.3 Målgruppe og kontekst**

Målgruppen jeg har valgt å sikte meg inn på i denne oppgaven er eldre, som av ulike årsaker befinner seg på sykehjem. Jeg går ut i fra WHO sin definisjon på eldre, som definerer mennesker mellom 60–74 år som «eldre» og «gamle» som mennesker på 75 år og eldre (Engedal, 2018). Dette også grunnet at et kjennetegn ved institusjonsbeboere på sykehjem er at de aller fleste er over 67 år, og vel 77% er over 80 år (Hauge, 2015).

Jeg sikter meg inn på beboere på sykehjem, da dette er en gruppe man ofte møter og står med mye ansvar for som sykepleier. Denne gruppen er ofte utsatt for polyfarmasi, og en studie gjort i Bergen kom fram til at et utvalg av pasienter fra tre ulike sykehjem gjennomsnittlig brukte 11,5 medikamenter hver, hvorav 8,1 var faste medisiner, og 3,4 var medisiner gitt ved behov (Halvorsen, Ruths, Granas, & Viktil, 2010).

Jeg velger å ikke begrense meg til en spesiell sykdom eller tilstand, men det er vesentlig å nevne at 80% av beboerne på sykehjem har en demenstilstand (Hauge, 2015), og kan med det ha vansker for å uttrykke ulike behov, snakke for seg, og bli forstått.

En annen ting som har en innvirkning på sykepleieutøvelsen er rammene og strukturen ved sykehjemmene. Erfaringsmessig har jeg opplevd og hørt om forhold som at det er få sykepleiere på jobb, mange kollegaer er ufaglærte, det er knapt med tid og sykepleier har generelt sett mye ansvar. Sykepleier har et stort ansvarsområde med beboere som stadig har mer komplekse og alvorlige sykdomstilstander (Ranhoff & Engh, 2015).

## **1.4 Begrepsavklaring**

Når jeg i denne oppgaven snakker om feilmedisinering betrakter jeg de tilfellene der pasienter blir stående på medisiner til tross for at indikasjonen ikke lenger er til sted, dosen medikament som gis er feil eller medikamentet har en uønsket effekt.

Dette er også svært knyttet til polyfarmasi, som betyr bruk av mange legemidler samtidig, og gir økt mulighet for interaksjoner og uønsket effekt (Ranhoff & Engh, 2015).

## **1.5 oppgavens oppbygning**

Jeg vil i kapittel to om teoretisk grunnlag legge frem teori om aldringsprosessen, tverrfaglig samarbeid, sykepleieprosessen, dokumentasjon, juss og helsepolitiske føringer, samt sykepleierens ansvars og funksjonsområde. I kapittel tre vil det finnes informasjon om hvilken metode som er brukt, litteratursøk, kildekritikk og etiske vurderinger. Søkehistorikken vil bli presentert i en matrise. Videre i kapittel fire vil resultatene i forskingsresultatene bli presentert. I kapittel fem drøftes og problematiseres problemstillingen med utgangspunkt i teori, satt opp mot forskning og egne erfaringer. Drøftingskapittelet struktureres etter fasene i sykepleieprosessen. Det vil så, i kapittel seks, komme en avslutning der hovedmomenter fra drøftingen trekkes frem. Etterfulgt av denne kommer en referanseliste.

## 2 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet vil teori som er viktig å ha til grunne for å belyse min problemstilling bli presentert.

### 2.1 Aldringsprosessen

En normal aldringsprosess er med på å gi sykdommer og plager som kan gjøre at vi trenger legemiddelbehandling og kan påvirke måten vi tar opp medisiner på, og virkningen de har på kroppen. Normale aldersforandringer hos eldre kan påvirke absorpsjonen, effekten, og utskillingen av legemidler (Ranhoff & Engh, 2015). Legemidlene får en annerledes og uforutsigbar effekt. Følsomheten for legemidler, som antikoagulerende, sederende og legemidler mot kardiovaskulære sykdommer øker, samtidig som de individuelle forskjellene på sykdom og legemiddelbehandling øker med alder (Ranhoff & Engh, 2015). Grunnet aldringsforandringene som skjer må legemiddeldosen reduseres og finjusteres av lege, dette for å sørge for riktig effekt og for å unngå bivirkninger.

Eldre sin evne til å kompensere for overskytende effekt av legemidler reduseres, og de vanligste bivirkningene skyldes at legemiddelet har gitt en sterkere effekt enn ønsket (Ranhoff & Engh, 2015). Bivirkninger hos eldre kan også feiltolkes som symptom på tilleggslidelse, som kan gi grunnlag for medisinsk behandling. Typiske eksempler på bivirkninger hos eldre kan være svekket bevissthet, forvirring, hjertebank, svimmelhet, dehydrering, hypotensjon, magesår, dyspepsi, urinretensjon, obstipasjon, konstant tretthet, og påvirkning av ASL funksjonen og falltendensen (Ranhoff & Engh, 2015 S.187). I en av tre tilfeller med delirium er legemidler årsaken. Dersom bivirkningen fra et medikament tolkes som en psykisk lidelse kan dette gi feilaktig behandling med psykofarmaka (Ranhoff & Engh, 2015). Bivirkninger hos eldre kan være med på å forsterke allerede nedsatte og sviktende funksjoner som eksempelvis munntørrhet, obstipasjon, kvalme, og brekninger. Diare kan gi vekttap og anoreksi, sederende legemidler kan forsterke forvirring, tretthet, og muskulær hypotoni, samt kan de få ataksi, svimmelhet, og økende falltendens. Noen legemidler kan i tillegg i verste fall ha bivirkninger som virker toksiske på eldre (Ranhoff & Engh, 2015). Av den grunn er det utviklet egne lister over risikolegemidler hos eldre, eksempelvis NorGEP, som er utviklet av

norske allmennleger for bruk i allmennpraksis, og STOPP, som er utviklet av irske geriatriere for bruk i sykehjem og sykehus (Ranhoff & Engh, 2015).

Hyppigheten av sykdom stiger ved økende alder og stadig fler behandles med legemidler. Eldre står derfor ofte på flere legemidler samtidig, og er dermed utsatt for polyfarmasi. Bruk av flere legemidler samtidig øker faren for at de forsterker, eller hemmer effekten av hverandre. Risikoen for interaksjoner er også nært knyttet til høy alder og nedsatt hjerte-, lever-, eller nyrefunksjon (Ranhoff & Engh, 2015). Eldre som er utsatt for polyfarmasi står dermed i økt fare for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner (Ranhoff & Engh, 2015). Faren for feil behandling reduseres om legemiddelantallet er minimalt og med regelmessige gjennomganger av medikamentbehandlingen (Ranhoff & Engh, 2015).

## **2.2 Tverrfaglig legemiddelgjennomgang**

Sykepleiere er ofte nødt til å jobbe tverrfaglig ved behandling av eldre siden det ofte kan være behov for ulike grupper helsepersonell. Grupper som ofte er representert i samarbeidet er sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. I spesielle tilfeller kan det også være aktuelt med vernepleiere, logoped, sosionomer og psykologer (Næss & Helbostad 2012).

Når det kommer til legemiddelhåndtering i sykehjem er det legen som har mye ansvar i forhold til hvilke medikamenter som gis, i hvilken dose, og hva som er indikasjonen for behandlingen (Ranhoff & Engh, 2015). Likevel spiller sykepleieren og resten av det tverrfaglige teamet en viktig rolle i forhold til observasjon og oppfølging, vurdering av virkning, bivirkning, og interaksjoner (Næss & Helbostad, 2012).

Siden legemiddelrelaterte problemer er vanlig blant eldre og deres helsetilstand stadig er i endring, vil det være viktig med jevnlig legemiddelgjennomganger. Her har sykepleier ansvar for å gjøre legen oppmerksom på hvilke beboere som har behov for legemiddelgjennomgang og å delta på gjennomgangen (Ranhoff & Engh, 2015). Målet med legemiddelgjennomgangene er at den enkelte beboer skal oppnå god effekt av legemiddelet, samtidig som eventuelle uheldige virkninger observeres og blir håndtert. Helsedirektoratet anbefaler legemiddelgjennomgang to uker etter innkomst til sykehjem, samt tilsyn dersom pasienten har vært innlagt på sykehus, vært hos spesialist, eller annen behandler (Ranhoff &



Engh, 2015 S. 194) En fullstendig legemiddelgjennomgang kan foretas alene med behandlende lege, en tverrfaglig gjennomgang består av sykepleier, lege og farmasøyt (Ranhoff & Engh, 2015). En tverrfaglig gjennomgang vil kunne belyse ulike aspekter mer helhetlig. På sykehjem er det ofte legen og sykepleieren som gjennomfører en slik legemiddelgjennomgang, men en klinisk farmasøyt vil også kunne gjøre et stort bidrag i ved sjekk av legemiddellisten for eventuelle interaksjoner og sjekk av om dosene medikament er passelig (Ranhoff & Engh, 2015 S. 194).

### **2.3 Sykepleieprosessen**

Sykepleieprosessen er alt sykepleieren gjør for og sammen med mottakeren og tar sikte på å hjelpe individet til å mestre eller utholde sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Det er en dynamisk og systematisk problemløsningsmodell, som har til hensikt å støtte det målrettede, systematiske og metodiske arbeidet sykepleieren gjør, og bidra til mer individualisert sykepleie, med god kvalitet (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Prosessen inneholdt opprinnelig fire faser: Vurderings-, planleggings-, gjennomførings-, og evalueringsfasen. Disse fasene er ikke unike for sykepleiere, men finnes i flere former for problemløsning. I sykepleien innebærer problemløsningen et klinisk eller diagnostisk resonnement. I nyere tenkning er vurderingsfasen delt i to trinn: Datasamling og en påfølgende diagnostisering (Rotegård et al., 2015).

- Datasamling går ut på innsamling av nødvendig og relevant informasjon om beboers helsetilstand, behov og ressurser.
- Diagnostisering er klinisk vurdering av aktuelle og potensielle problemer innenfor sykepleiers ansvarsområde.
- Planlegging vil si at sykepleier skal formulere mål for situasjonen og/eller pasienten.
- Implementering, også kalt sykepleietiltak, skal bidra til å nå målene som er satt.
- Evalueringen går ut på kvalitetsbedømming av iverksatte tiltak.

(Rotegård et al., 2015)

### **2.4 Dokumentasjon**

Alle som yter helsehjelp, inkludert sykepleiere, er pliktige å dokumentere i en journal for den enkelte pasient, jf. Helsepersonelloven §39. Plikten gjelder imidlertid ikke om

helsepersonellet samarbeider og gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell. Det vil si dersom man bistår en annen i samme situasjon (Molven, 2014). I journalen stiller myndighetene krav om at helsehjelpen knyttet til den enkelte beboer skal samles og dokumenteres (Flovik & Rokseth, 2015). Med helsehjelp menes det forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som utføres av helsepersonell, og skal tydeliggjøre formålet og målsetting med tjenesteytingen (Flovik & Rokseth 2015 s. 285).

Plikten til å dokumentere har tre hovedformål.

1. Den skal vise hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger, og konkrete handlinger, og blir med det et hjelpemiddel for å vise hva helsepersonellet og virksomheten skal følge opp. På den måten blir det en form for huskeliste for arbeidet som skal gjøres, og kan bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i virksomheten.
2. Det blir en måte å kommunisere med annet helsepersonell og de som har medansvar på en faglig ansvarlig måte.
3. Journalen skal i etterkant kunne dokumentere for hva som faktisk skjedde, og er sentral ved eventuelle klage- og erstatningssaker og ved evaluering og endring av helsetilbudet.

(Flovik & Rokseth, 2015).

Pasientjournalen er en ressurs som kan brukes for å gå tilbake å se på tiltak som har vært utprøvd, hvilke som er blitt forkastet og hva som tidligere har hjulpet pasienten. Om man har nødvendig informasjon trenger man ikke på samme måte å prøve seg frem til andre metoder, og det medvirker til god kvalitet i pasientomsorgen og tryggere pasienter (Flovik & Rokseth, 2015).

## **2.5 Juss, og helsepolitiske føringer**

Helselovgivinger handler i stor grad om rettigheter pasientene har, og pliktene helsepersonell har (Molven, 2014). Helsepersonelloven er sykepleierens, og annets autorisert helsepersonells profesjonslov. I Otprp nr. 13 (1998-99 s. 133), er dagens sykepleierrolle omtalt som følgende: «Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleierfunksjonen i helsetjenesten. Sykepleierfunksjonen består av helsefremmende, forebyggende, behandlende,

rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak ovenfor syke pasienter, eller pasienter som har behov for pleie og omsorg» (Molven, 2014, s. 17).

I Helsepersonelloven §39 står det skrevet at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger, som nevnt i §40 (krav til journalens innhold m.m.) i en journal for den enkelt pasient. Den som er pliktig til å føre journal kan overføre det til medhjelper å utføre journalføringen, jf. lovens §5 (Molven, 2014). Med andre ord kan sykepleier overlate til for eksempel en ufaglært kollega å foreta dokumentasjonen på noe de gjør sammen, på lik linje som at en lege som er ansvarlig for diagnostisering og informasjon, og som har med seg en sykepleier, kan etterlate det til sykepleieren å nedtegne utredning/funn og informasjon som er gitt (Molven, 2014). Den som dokumenterer må selv ha observert det som nedtegnes, og om ikke må det tydelig fremgå at det som skrives bygger på andres observasjoner.

I Helsepersonelloven (1999) §4 om forsvarlighet står det skrevet at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeids karakter og situasjonen for øvrig» (Kirkevold, 2017 s. 278). Det står også skrevet at helsepersonellet skal «innhente seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (Krikvold, 2017, s. 278). Det handler mye om å kjenne sine begrensinger og sykepleiere må man sørge for å tilkalle mer kompetente kollegaer eller annet helsepersonell slik at pasienten blir behandlet med adekvat kompetanse (Molven, 2014). Sykepleier skal altså i situasjoner som går ut over kompetansen eller ferdighetsområdet søke samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. I tredje ledd av §4 står det skrevet at «ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient» (Molven, 2014, S. 139). Sykepleier og annet helsepersonell må derfor ved konkret medisinsk utredning og behandling innrette seg etter legens beslutninger (Molven, 2014). Formålet med loven er å sikre at den med best faglige kvalifikasjoner har det endelige ordet i samarbeid mellom ulike grupper helsepersonell.

I 2012 innførte Helse- og omsorgsdepartementet samhandlingsreformen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Slettebø, 2015). Denne reformen innebar at kommunen hadde et med-finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehus dersom kommunen ikke hadde et tilstrekkelig tilbud for å ta pasienten tilbake for videre behandling og pleie. I 2040 vil

andelen eldre over 80 år være doblet sammenlignet med i dag, og samhandlingsreformen skal sikre at flere eldre får bedre tjenester i sine kommuner (Kristoffersen, 2017). Dette innebærer en økt satsning på kommunehelsetjenesten, og kommunene får store, nye oppgaver knyttet til helsefremmende arbeid, forebygging og rehabilitering. Ferdigbehandlede pasienter vil bli raskere skrevet ut fra sykehus og behandlingen i kommunen vil med det bli mer avansert. Rehabiliteringen vil bli mer omfattende og håndteringen av de sammensatte problemene knyttet til behandling, forebygging, tidlige intervensjoner og rehabilitering vil kreve et tverrfaglig samarbeid (Kristoffersen, 2017). Dette fører til at sykepleiere i kommunen vil ha økt behov for kompetanse når det kommer til veiledning og undervisning. Arbeid innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten forutsetter at de har oppdatert kunnskap og avanserte ferdigheter som står i samsvar med utviklingen av ny teknologi og avansert medisinsk behandling (Kristoffersen, 2017).

## **2.6 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde**

Sykepleie omfatter ulike funksjoner som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Disse funksjonene er identifisert i rammeplan for sykepleierutdanningen, og bygger på totalt åtte ulike ansvars og funksjonsområder (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2017 S. 17). Punkt 1-5 som innebærer helsefremming, forebygging, behandling, lindring, og rehabilitering, er alle områder som retter seg inn mot pasient og pårørende. Punkt nummer seks som er undervisning og veiledning, retter seg inn mot kollegaer, studenter og elever i tillegg. Punkt sju og åtte (organisering, administrasjon og ledelse, og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning) er mer knyttet til det administrative, ledelse av sykepleiepersonalet og utvikling av sykepleiefaget (Kristoffersen, et al., 2017).

I denne oppgaven vil jeg ikke til å trekke inn alle ansvars- og funksjonsområdene da det ville blitt for omfattende. Likevel er det viktig å nevne at alle de åtte fasene er viktige for den helhetlige sykepleien som utøves. Siden jeg har valgt å fokusere på polyfarmasi og feilmedisinering på sykehjem og denne gruppen pasienter har levd et langt liv som har fulgt med seg ulike sykdommer og plager som trenger legemiddelbehandling (Ranhoff & Engh, 2015); finner jeg punkt to, tre og fire som viktige områder å ha kunnskap og kjennskap til for å belyse problemstillingen.

Punkt to, forebygging er rettet mot friske mennesker, personer som er spesielt utsatt for helsesvikt og personer som av ulike årsaker er utsatt for komplikasjoner (Kristoffersen et al., 2017). Man skiller mellom tre ulike former for forebygging. *Primærforebygging* har som formål å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer. *Sekundærforebygging* handler om å sette inn tiltak for å hindre utvikling av helsesvikt og eventuell sykdom. Dette ved indentifisering av helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt (Kristoffersen, et al., 2017). *Tertiærforebygging* handler om tiltak for å forhindre komplikasjoner ved sykdom, skade eller undersøkelse og behandling, samt forhindring av nye helseproblemer hos mennesker med kroniske sykdommer og/eller funksjonssvikt (Kristoffersen, et al., 2017).

Punkt tre, behandling retter seg mot å fjerne eller redusere problemer hos pasienter med akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2017). Dette kan eksempelvis være ved hjelp til stell, da sykepleieren kompenserer for beboers egen ressursvikt, og tilpasser utøvelsen ut fra kjennskap og ferdighetene til pasienten. Under behandling kommer også kroppslig stell, avlastning og aktivisering, samt samarbeid og delegerede oppgaver knyttet til beboers medisinske behandling (Kristoffersen et al., 2017).

Punkt fire, lindring, omhandler situasjoner der beboers problem ikke kan fjernes. Lindring som en funksjon har som mål å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger. Enten det handler om fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter (Kristoffersen et al., 2017). Et viktig mål er å fremme opplevelsen av velvære. Det kan for eksempel innebære godt kroppslig stell, veiledning, støtte og tilrettelegging av miljøet, både fysisk og psykososialt i samsvar med beboers egne ønsker og behov (Kristoffersen et al., 2017).

## 3 Metode

I dette kapitlet skal jeg ta for meg valg av metode, presentere litteratursøk og søkehistorikk, samt kildekritikk og etiske vurderinger.

### 3.1 Valg av metode og metodesøk

Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap. Sosiolog Vilhelm Aubert formulerer metode som en fremgangsmåte og et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Det er redskapet vi benytter for å undersøke noe, og hente inn nødvendig informasjon. I tråd med høgskolens rammer til bacheloroppgaven er litteraturstudie anvendt som metode. En litterær oppgave henter inn data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017).

For å hente inn relevant data til denne oppgaven har jeg gjort ulike søk knyttet til nøkkelord i problemstillingen for å finne eksisterende forskning og teori. Jeg har også benyttet meg av tidligere fagkunnskap fra pensum og erfaringer fra praksis for å søke opp relevant teori og forskning. Jeg har benyttet meg av Oria, skolens søkemotor, for å finne relevant litteratur og pensumlitteratur for å belyse problemstillingen. For å søke opp fag- og forskningsartikler har jeg benyttet meg av databasene PubMed og Sykepleien/forskning. Jeg gjorde også søk i Chinal, men da jeg fant andre de andre artiklene mer relevante for å belyse min problemstilling, er det ikke brukt noe litteratur fra denne databasen.

Jeg valgte å bruke databasen sykepleien/forskning for å finne forskning gjort i Norge, slik at det blir mer nærliggende måten sykehjem praktiseres på i Norge, med rammene og strukturen der. Risikoen for feiltolkning reduseres da det ikke er nødvendig å oversette. Samtlige studier trekker sammenligninger, og underbygger sin forskning med studier gjort i utlandet. Dette kan tyde på at studier fra utlandet samsvarer og er forenlige med forhold i Norge. Jeg brukte PubMed og Chinal for å finne relevant forskning fra andre land og for å se om andre metoder var benyttet og kunne være med å svare på og belyse problemstillingen.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke for å belyse min problemstilling har ulike design og benytter ulike metoder. En *kvantitativ* metode har en fordel i at den gir data i målbare enheter (Dalland, 2017), og er ofte en spørreundersøkelse som baserer deg på et stort, representativt utvalg over en begrenset tidsperiode (Ringdal, 2013). En *kvalitativ* metode sikter mot å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfeste og måles (Dalland, 2017). Den går mer i dybden for å få frem det særegne, fremfor i bredden for å få frem det gjennomsnittlige som representerer det som er felles som ved kvantitativ orientering (Dalland, 2017).

### 3.2 Søkshistorikk

Jeg har valgt å presentere søkene mine i en tabell, da dette gir et oversiktlig bilde på søkehistorikken. Tabellen vil være etterfulgt av en løpende tekst hvor siste søkshistorikk vil bli presentert.

For å velge artikkel ut i fra treffene jeg fikk, leste jeg over artikkeloversiktene, abstraktene til de jeg fant relevante og deretter valgt ut artiklene jeg fant nyttige for å svare på og belyse min problemstilling. På søket i sykepleien som inneholdt samhandlingsreformen har jeg vagt å sette årstallet fra 2012-2018, da jeg ville se på innvirkningen etter samhandlingsreformen trådte i kraft.

<b>Søkshistorikk</b>				
Database	Avgrensning	Søkeord	Funn	Artikkeloverskrift
PubMed	2008-2018, free full text, Aged 65+,	Drug problems and nursing homes and eldery	22/25	Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes
Sykepleien/forskning	2008-2018, forskning	Legemidler, eldre, sykehjem, sykepleie	1/15	Døende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt»

Sykepleien/forskning	2008-2018, forskning	Legemidler, eldre, sykehjem, sykepleie	3/15	Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem
Sykepleien/forskning	2008-2018, forskning	Legemidler, eldre, sykehjem, sykepleie	13/15	Behovsmedisinering i sykehjem: Forskrivning, bruk og dokumentasjon av effekt
Sykepleien/forskning	2012-2018	Sykehjem, samhandlingsreformen, legemidler	1/4	Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem
Sykepleien/forskning	2008-2018	Legemidler, eldre, sykehjem, medisinbruk, sykepleie	1/2	Riktig medisinbruk i sykehjem

Artikkelen “Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists” ble funnet gjennom et kjedesøk, da den ble oppgitt som et forslag over lignende artikler, når jeg var inne på artikkelen “ Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes» i databasen PubMed.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og å karakterisere litteraturen man har funnet og vurdere i hvilken grad litteraturen man har funnet lar seg bruke til å belyse og beskrive problemstillingen (Dalland, 2017 S.158). Dette kan innebære flere områder som relevans, gyldighet og holdbarhet på kilden, hva slags tekst det er, hvem som har skrevet den, og om det er en primær- eller sekundærkilde.

Svakheter i min oppgave er at to av artiklene fra forskningslitteraturen var skrevet på engelsk. Dette kan ha ført til feiltolkninger og misforståelser fra min side. Jeg vil også stille kritikk ved at noen av artiklene nærmer seg å være 8-9 år gamle og mye kan ha endret seg på den tid, og nye retningslinjer og reformer kan ha kommet og måten ting praktiseres på kan ha blitt endret.



Forskingslitteraturen kan også i noen tilfeller henwise til annen forskning som igjen er enda eldre.

Jeg har liten erfaring med søk i databaser, noe som kan ha redusert kvaliteten på søkene. Jeg kan ha oversett artikler, og gjennom filtrene og søkeordene jeg har brukt har gått glipp av andre artikler som også kunne blitt benyttet til å belyse problemstillingen. Det at jeg har gjort flere søk på hovedsakelig samme database, og med norske søkeord kan også ha bidratt til at jeg har gått glipp av annen relevant forskingslitteratur skrevet på andre språk eller i andre land som kunne ha belyst problemstillingen.

Jeg har også i oppgaven brukt litteratur og forskning som igjen henviser til annen litteratur og forskning. Jeg har valgt å holde meg til kilden jeg har benyttet meg av og ikke gått til primærkilden. Jeg har gjort meg klar over at dette er deres tolkning av en kilde, og har satt meg kritisk til troverdigheten, dog har deres referering til annen forskning samsvart med egne funn, noe som har økt troverdigheten til kilden. Jeg har også sett på årstallet til kildene det er referert til, for å vurdere relevans.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Når det gjelder etiske vurderinger har jeg vært bevisst og tro mot Lovisenberg diakonale høgskoles regler for oppgaveskriving. Jeg anvender APA6th norsk standard, når jeg henviser til litteratur, slik av det kommer tydelig frem at det ikke er jeg som har skrevet det, og forfatteren krediteres for sitt verk. Når det kommer til etiske vurderinger gjort i forskningsartiklene er søkt om tillatelse i etiske komiteer, med godkjennelse, i de tilfellene forskningen har gjort det nødvendig. Når jeg i oppgaven har brukt erfaringer fra praksis har jeg vært nøye med å ivareta anonymiteten til beboerne, og unnlatt å skrive noe om hvilket sykehjem det gjelder, og utfyllende opplysninger om beboerne.

## 4 Forskningsresultater

Jeg vil i dette kapittelet benytte en matrise for gi en presentasjon av fag- og forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven.

Artikkelmatrise						
Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Kjell H. Halvorsen, Sabine Ruths, Anne Gerd Granas & Kirsten K. Viktil (2010)	Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes	Scandinavian Journal of Primary Health care	Beskrive nyskapende teamintervensjon, for å oppdage og løse legemiddelrelaterte problemer på norske sykehjem.	Studien er en intervensjonsstudie med en kvantitativ metode, og dataen ble analysert som et før- og etter-studie.	Tverrfaglige teamintervensjoner egnet seg bra for å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer I sykehjem, og systematiske legemiddelgjennomganger burde regelmessig involvere farmakolog for å opprettholde høy kvalitet.
2	Sandra Jahr Svendsen, Bjørg Th. Landmark & Ellen Kathrine Grov (2017)	Dødende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt»	Sykepleien Forskning	Beskrive sykepleiers erfaringer med dødende pasienter i sykehjem, men spørsmål rettet mot hva som er nødvendig for optimal behandling, og pleie og omsorg ved livets slutt.	Kvalitativt studie: 3 fokusgruppeintervjuer med til sammen 12 sykepleiere.	Sykepleierne beskrev at sykepleie til dødende pasienter krever «mer av alt», samtidig som de opplevde og være mer «alene om alt». Opplæring av medarbeidere må også prioriteres, siden det er få tilsatte sykepleiere.
3	Wenche Wannebo & Lise Sagmo (2013)	Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem	Sykepleien Forskning	Å kartlegge behovet for kunnskaps- og kompetanseheving innen legemiddelhåndtering på sykehjem, samt på hvilke områder, og hvordan sykepleier holder seg faglig oppdatert	Kvantitativ metode: Det ble benyttet spørreundersøkelse skjema som kartla ulike områder av legemiddelhåndtering en. 28 av 29 sykehjem i Nord-Trøndelag deltok.	Studien fant et stort behov for mer kunnskap, samt etterutdanning/kurs om legemidler og legemiddelhåndtering. Det skjedde i liten grad faglig oppdatering på egentlig initiativ.
4	Stine Wang Rønningen, Kjersti Bakken & Anne Gerd Granås (2013)	Behovsmedisinering i sykehjem: Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt	Sykepleien Forskning	Få kunnskap om behovsmediseringen ved å kartlegge forskrivningen og utleveringen, samt undersøke hvor ofte effekten av gitte behovslegemidler ble dokumentert.	Kvantitativ metode: Det ble foretatt en kartlegging av forskrivning og bruk av behovslegemidler, samt dokumentasjonen av deres effekter hos beboerne på et sykehjem i Bergen.	Studien konkluderte med at det var behov for hyppigere gjennomganger av legemiddelkortene med tanke på å endre, seponere eller forskrive behovslegemidler slik at ordinasjonen gjenspeiler beboerens faktiske behov. Her var god effektdokumentasjon viktig for å kunne skreddersy behandlingen.

5	Marit Storli, Oddbjørn Ingebrigtsen, Sigrid Nakrem & Toril A. Elstad (2017)	Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem	Sykepleien Forskning	Utforske hvordan sikkerhetstiltak fungerte med tanke på forebygging av medisinfel og feilaktig legemiddelbruk i sykehjem	Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervju av sykepleiere og sykepleierstudenter, samt undersøkelse av læringslogger fra spl. Studentene. Foregikk over tre år, etter at samhandlingsreformen ble innført, og dataen ble analysert ved hjelp av koding og meningskategorisering.	Sykepleierne og studentene erfarte av sikkerhetsprosedyrene ikke var praktisk gjennomførbare grunnet tidspress. Det var dårlig samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning og legemiddelkompetanse. Opplæringen i legemiddelhåndteringen ble ikke tatt nok på alvor og det var lite systematisk kompetanseoppbygging.
6	Anne Marit Græe (2013)	Riktig medisinbruk i sykehjem	Sykepleien Forskning. Fagartikkel	Et prosjekt der sykehusapoteket i Lørenskog og Skedsmo kommune gjennomførte legemiddelgjennomgang på to sykehjem	Prosjektet ble gjennomført ved at farmasøyten deltok i tverrfaglige team for legemiddelgjennomgangen. Farmasøytene gjennomførte også undervisning om eldre og legemidler på dag og kveldstid. Prosjektet bygger på 50% praksis og 50% teori,	Regelmessig systematisk gjennomgang a beboerens legemiddelbruk, vil sikre at lister samsvarer med det beboeren faktisk for. Studien tyder på at systematiske samstemminger og legemiddelgjennomganger m gjennomføres rutinemessig for å øke pasientsikkerheten ved legemiddelbruk.
7	Jeannie K. Lee, Samah Alshehri, Hussam I. Kutbi, & Jennifer R. Martin (2015).	Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmanists	Dovepress journal: Integrated Pharmacy Research and Practice	Kildre bevis for bruk av farmasøyter, samt demonstrere den nåværende effekten farmasøyter hadde på eldre sin legemiddelbehandling.	Artikkelen er en oversiktsartikkel og sammenligner forskning fra totalt 16 publikasjoner og 10 studier for bevis og svare på hensikten til studien.	Funnet i studiet støtter tidligere studier som viser positiv innvirkning av farmasøyter i eldre pasienters legemiddelbehandling.

## 5 Drøfting

Ved å benytte de ulike fasene i sykepleieprosessen kontinuerlig kan sykepleier jobbe systematisk og målrettet for å hjelpe beboeren på sykehjem til å mestre, og utholde sin sykdom/lidelse, og ved det bidra til individualisert sykepleie med god kvalitet (Rotegård et al., 2015). Dette krever dog at alle som arbeider rundt beboeren har kunnskaper rundt hva som skal observeres, dokumenteres, hvilke tiltak som er igangsatt, og hvilke sykdommer/plager beboeren har. Derfor skal jeg i dette kapitlet anvende sykepleieprosessen til å drøfte problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier være med på å redusere forekomsten av polyfarmasi og feilmedisinering på sykehjem?*

### 5.1 Datainnsamling

Gjennom datainnsamling kan vi som sykepleiere hente inn viktig informasjon rundt beboerne på sykehjemmet. Dette skjer først i inntakssamtalen der man med pasient, og eventuelt pårørende samler informasjon rundt beboers sykehistorie og nåværende status (Hellesø, 2015). Informasjonen journalføres og samles i en sykepleieanamnese som gir en oversikt over beboers situasjon, behovet for hjelp og spesielle forhold som kan ha betydning for sykepleien (Hellesø, 2015). Kvaliteten på dataen som blir samlet og finnes rundt beboerne kan variere. Det kan avhenge og vanskeliggjøres av forhold som at pasienten er kognitivt svekket, har få eller ingen pårørende, manglende eller lite oppfølging fra fastlege eller at pasienten er svært tilbakeholden på informasjon og ikke ønsker å dele. Dataen fra anamnesen, samt nåværende status er med på å legge grunnlaget for hvordan behandling beboeren skal få. Det gir legen og sykepleieren en oversikt over hvilke plager beboeren har hatt, hva slags medisiner de går på og behandles for, om tidligere behandling har hatt effekt eller ikke. Dette sammen med nåværende status, vurderinger rundt tidligere behandlinger gir et grunnlag for den videre behandling.

Det å samle inn data om beboeren på sykehjem er ikke noe som kun gjøres ved innkomst, men også kontinuerlig gjennom ulike situasjoner i dagliglivet. Dette kan være situasjoner som stell, måltider, mobilisering og rundt beboerens velvære og kognitive funksjon i hverdagen på sykehjemmet. Informasjonen man samler inn bidrar til å legge et grunnlag for behandlingen som skal gis videre og om det er noen nyoppståtte problemer rundt beboeren. For å sikre en god datasamling er dokumentasjonen viktig. Som nevnt tidligere er man jf. Helsepersonelloven §39 som helsepersonell pliktet til å journalføre ovenfor den enkelte beboeren i henhold til kravene som stilles i forhold til journalens innhold (§40) (Molven, 2017). For at dataen som er journalført ovenfor den enkelte beboeren skal kunne gi grunnlag for behandlingen og pleien som skal gis, er Avhenger det av at den hyppig oppdateres i takt med beboerens tilstand, endringer eller nyoppståtte plager og problemer.

Ved manglende dokumentasjon kan viktige eller gjentatte observasjoner overses. Vurderinger og beslutninger som er tatt ovenfor behandlingen og uteblir fra dokumentasjonen kan forårsake manglende oppfølging og bidrar til å skape et svakt grunnlag for hva helsepersonellet skal følge opp videre. Manglende dokumentasjon kan på en side gå utover legemiddelbehandlingen ved at nødvendig behandling ikke gis, og beboeren får ikke det den trenger. På andre siden kan det medføre at avsluttet behandling som ikke er seponert eller dokumentert som avsluttet, fortsatt gis.

Gjennom et prosjekt gjennomført på to sykehjemsavdelinger i Skedsmo var et av hovedfunnene at ikke alle diagnoser var ført elektronisk i journalen. Et annet hovedfunn i samme artikkel var at legemiddeloversikten ikke alltid stemte overens med hva beboeren faktisk fikk av legemidler (Græe, 2015). Slik manglende dokumentasjon skaper usikkerhet rundt om et legemiddel skal brukes eller ikke, hva det skal brukes for og om diagnoser er aktuelle. I prosjektet fant de ut at faste legemidler ikke alltid kunne knyttes til diagnosene i diagnoseoversikten, og det kunne med det seponeres. Erfaringsmessig fra praksis har jeg selv observert at legemidler kunne seponeres da det ikke var noen aktuell diagnose knyttet til det eller at diagnoser ikke lenger var aktuelle. Dette gjaldt blant annet tilskudd av jern og smertestillende med fast ordinasjon. Som følge av seponeringen kunne også store mengder avførende midler fjernes. Erfaringen fra praksis samsvarer også med funn i studien der de fant ut at en del eventuelle legemidler var ordinert for lenge siden og diagnosen ikke lenger var aktuell, noe som ble bekreftet gjennom dokumentasjonen som viste at legemiddelet ikke lengre ble gitt (Græe, 2015).

I tilfeller hvor eventuellmedikasjon som ikke gis blir stående på legemiddeloversikten og indikasjonen ikke lenger er aktuell, kan dette potensielt skape problemer. Legemiddelet kan bli gitt ved oppståtte lignende tilstander, uten at lege kontaktes. Da kan det ta lang tid før legen får vite om beboerens nye tilstand og optimal og riktig behandling hindres. Dette kan gjelde kremer og salver som ofte blir prøvd en periode, for å se om de har effekt. Om effekten uteblir, uteblir ofte behandlingen. Signeringslistene viste dog at flere legemidler som var ordinert ble stående uten å bli, vanlig var kremer og salver. I slike tilfeller skulle behandling blitt avsluttet. Det var også enkelte legemidler som ble gitt fast uten en ordinasjon, eksempelvis avførende legemidler (Græe, 2015). Når legemidler blir stående på ordinasjonslista da de skulle vært seponert, kan det føre til at ansatte som ikke er godt kjent med beboeren kan komme å gi et legemiddel som ikke skal gis. På samme måte kan et legemiddel som skal gis, utebli fordi det ikke er ordinert. Dette skaper lite kontinuitet i behandlingen og kan være med å påvirke effekten av legemiddelbehandlingen. Det skapes også et feil grunnlag for sykehjemslegen som går ut i fra at ordinerte legemidler gis, og vurdere behandling ut i fra dette (Græe, 2015). En regelmessig systematisk gjennomgang av beboerens legemiddellister kan derfor, sammen med personalets observasjoner og erfaringer, være med på å sikre rett behandling og samsvar mellom ordinasjon og faktisk utlevering (Græe, 2015).

Eventuelle medikamenter beboeren står på, kan i likhet med faste medisiner påvirke om beboeren er utsatt for polyfarmasi og feilmedisinering. I forskningsartikkelen «Behovsmedisinering i sykehjem: Forskriving, bruk og dokumentasjonen» blir det kartlagt forskrivning og bruk av behovslegemidler, samt dokumentasjon av legemidlenes effekt (Rønningen, Bakken, Granås, 2013). Behovsmedisiner kan representere flere utfordringer og det er nødvendig at den som observerer pasienten har kunnskaper til sykdommer og symptomer og har nødvendig legemiddelkunnskap. Dette gjelder også annet helsepersonell som er i kontakt med beboeren, dog det er sykepleier som har et ansvar i beslutninger knyttet til utleveringen, særlig om styrken om det kun er angitt som maks døgndose og sykepleier må vurdere hvor mye som skal gis (Rønningen, et al., 2013). Sykepleier må kunnskap knyttet til legemidlene og må også kjenne til beboerene. Det for å vite noe om hva legemiddelet er for, hvordan effekten det har på beboeren, samt også beboerens reelle behov, da det kan være vanskelig å tolke. Særlig ved demens som er en utbredt sykdom hos eldre (Hauge, 2015).

En annen utfordring knyttet til behovsmedisinering er at det deles ut til alle ulike tider på døgnet og ofte er flere personer involvert i utdelingen. Hvem som er på jobb og hvilken kompetanse de sitter inne med kan påvirke beslutningen rundt hva som gis, samt også observasjonen av effekt i etterkant. Involvert i utleveringen av behovslegemidler er legen som har forskrevet legemiddelet, pleieren som kan observere behovet, sykepleieren som tar beslutningene rundt utleveringen, personen som leverer ut legemiddelet, og personellet som i etterkant observerer effekt av legemiddelet (Rønningen, et al., 2013). Vaktskiftet kan i tillegg til nevnte føre til enda flere involverte. Med så mange involverte i medisineringsprosessen er det viktig med gode rutiner som sikrer sikkerhet rundt behandlingen, både når det kommer til utleveringen, observasjon og dokumentering.

Behovsmedisinering signeres for på eget skjema og effekten skal registreres (Rønningen, et al., 2013). Dette er viktig for å sikre en effektiv og individualisert legemiddelbehandling. Hadde legemiddelet effekt og i hvor stor grad. Signeringen skaper et grunnlag for videre legemiddelbehandling av beboeren. Om det medikament ikke har hatt tiltenkt effekt kan det være det er et annet medikament eller type behandling hadde passet bedre for beboeren. Ved å dokumentere om medikamenter ikke har effekt kan det tenkes at man kan unngå ugunstig legemiddelbehandling, ved at det ikke lenger trengs å gi. Erfaringsmessig har jeg i praksis opplevd at store mengder Zopiclone har blitt gitt ved behov over lengere periode på kvelden/natten, uten å ha hjulpet beboeren med søvn. Beboeren var som følge av dette veldig trøtt og sliten på dagtid. Dersom tilfeller slik som dette blir dokumentert kan det være med på å gi et grunnlag for endring av behovslegemiddelet som er ordinert ved søvnproblemer.

Som det nevnes i artikkelen kan dokumentasjon av behovsmedisinering også fortelle oss noe om hvor hyppig beboeren får det eventuelle legemiddelet. Med det kan man se om det heller hadde vært nødvendig å stå på det fast, for en mer kontinuerlig behandling. Dette eksempelvis ved smertelindring for å unngå smertegjennombrudd (Rønningen et al., 2013). Mangelfull dokumentasjon av eventuellmedikasjon og dens virkning kan også føre med seg uheldige situasjoner og behovet for endring i medisinalisten kan forbli uoppdaget. Dette fører til at legemiddelbehandlingen blir mindre individualisert og i akutte situasjoner som krever riktig medisinering kan pasientsikkerheten bli truet (Rønningen et al., 2013). Dette kan som artikkelen sier være ved akutte behov som sterke smerter, angina eller tungpustenhet, og man ikke vet om pasienten tidligere har respondert godt på medikamenteringen (Rønningen, et al., 2013).

Kartlegging gjort på et sykehjem i Bergen fant ut at av totalt 445 rekvirerte behovslegemidlene var det kun 135 som ble utlevert. Det tilsvarer 30%, hvorav effekten ble dokumentert for i 34% av utleveringene (Rønningen, et al., 2013). Av dokumentasjonen som ble gjort var overlappende dokumentasjon i 58 av 285 tilfeller. Med både i elektronisk dokumentasjon i journal og på kvitteringsarkene. Dokumentasjonen ble hovedsakelig ført på kvitteringsarkene. Grunnen til manglende dokumentasjon kan ut i fra studiens tolkning av andre studiers resultater, være knyttet til mangel på tid, ansattes holdninger, ledelsens fokus på legemiddelkunnskap hos de ansatte og opplæring innen dokumentasjonsarbeid. Noe av dette kommer jeg noe tilbake til i kapittel 5.5 evaluering, hvor jeg ser på rammene på sykehjem og samhandlingsreformens påvirkning. Studiens resultat tyder på at det kan være nødvendig med samkjøring i hvor dokumenteringen skal skje. Ved å samle dokumentasjonen på et sted gjør det det lettere å finne informasjonen man trenger og de kan være med på å forenkle rutinene. Dette kan eksempelvis være ved legemiddelgjennomgangene hvor finjusteringer på medikasjonen gjøres og man kan være avhengig av å se på virkningen. Det er ikke nødvendigvis den sykepleieren som er med på legemiddelgjennomgangen som har vært tilstede når et medikamentet gis, og man er da avhengig av at andre har dokumentert for å gjøre vurderinger.

## **5.2. Diagnostisering**

I sykepleieprosessen er andre fasen diagnostisering. Det man gjennom datasamlingen har funnet ut legger grunnlaget for hva beboeren trenger hjelp med, hva som skal behandles, og hva pasienten selv mestrer og ønsker (Skaug, 2017). Diagnostiseringen blir med det de kliniske vurderingene av aktuelle og potensielle problemer innenfor sykepleierens ansvarsområde (Rotegård et al., 2015). Ansvarsområdet forebygging handler om å forhindre helsesvikt, utvikling av helsesvikt og sykdom samt forhindre komplikasjoner ved sykdom eller skade (Kristoffersen, et al., 2017). Dette kan dreie seg som potensielle problemer som decubitus hos sengeliggende og magre pasienter, obstipasjon hos pasienter som blir satt på tilskudd av jern eller opioide-smertestillende, eller tiltak for å holde et stabilt blodsukker samt unngå komplikasjoner ved diabetes. Det kan også handle om å forebygge nye helseproblemer hos beboere med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen, et al., 2017), og deretter å sette i gang adekvat behandling eller tiltak. Dette strekker seg over til neste



ansvarsområde som retter seg mot neste ansvarsområde som er behandling, som jeg kommer tilbake til i kapittel 5.3.

For at man i diagnostiseringsfasen skal kunne identifisere et problem er man avhengig av at personalet som har med pasienten å gjøre vet noe om hva som skal observeres og hva man kan forvente av beboeren. Datasamlingen og dokumentasjonen som finnes i beboers journal og pleieplan sier noe om hva vi kan forvente, hva trenger beboer hjelp med, hvilke tiltak som er igangsatt og sykdommene beboer har (Flovik & Rokseth, 2015). Når sykepleier og annet helsepersonell da møter beboeren har de et grunnlag og kan med det gjøre observasjoner knyttet til endringer i psykisk eller fysisk tilstand, nyoppståtte problemer, og eventuelle bivirkninger, forverringer eller forbedringer i helsetilstanden til beboeren. Dette krever dog at helsepersonellet vet noe om hva som skal observeres, mulige virkninger og bivirkninger knyttet til legemiddelbehandlingen, hva målet med behandlingen er og oppdager mangel effekt på igangsatt tiltak. Erfaringsmessig fra praksis var jeg borti et tilfelle der observasjoner og manglende funn av dokumentasjon la grunnlag for endring av legemiddelbehandling. Beboer stod fra innkomst fast på Sobril, og hadde over lang tidsperiode på sykehjemmet ikke vist noen tegn til utagerende atferd og opplevdes som blid, rolig og stabil utad. Da det ikke fantes noe dokumentasjon som indikerte at beboeren skulle stå på Sobril og personalet ikke hadde opplevd noe som tydet på, kunne nedtrappingen gradvis starte. I dette tilfellet var endringene positive og Sobrilen kunne seponeres. Et annet tenkelig tilfelle kunne ha vært at atferden til beboeren hadde endret seg og grunnen til at beboer ble satt på Sobril i utgangspunktet hadde kommet til syne. Dette var en beboer som var mye oppe og gikk og hadde stor falltendens, ugunstig legemiddelbehandling vil kunne tenkes å forsterket denne. For å gjøre funn og observasjoner som i dette tilfelle krever kan man tenke seg frem til at det krever at personalet har kunnskap rundt hva indikasjonen for legemiddlende er, og hva de skal behandle, samt sette det opp mot sin egen opplevelse av beboeren, samt dokumentasjonen som finnes.

I en undersøkelse gjort på 28 ulike sykehjem i Nord Trøndelag kom det frem at behovet for kunnskap om legemidler blant sykepleiere på sykehjem viste seg å være stort (Wannebo & Sagmo, 2013). Innledningsvis nevnes det i studien at studier fra andre vestlige land, har vist at manglende kunnskap hos helsepersonell er årsaken til mange legemiddelrelaterte problemer og at legemiddelbehandling til eldre krever høy kompetanse og oppdatert kunnskap (Wannebo & Sagmo, 2013). Som nevnt i teorikapittelet under punkt 2.1, er en normal

aldringsprosess med på å gi sykdommer og plager som gjør at en trenger behandling, samtidig som det påvirker måten vi tar opp medisiner på, og påvirkningen på kroppen. Både når det kommer til absorpsjon, effekt og utskilling (Ranhoff & Engh, 2015). De farmakokinetiske- og farmakodynamiske endringene hos eldre øker risikoen for uheldige bivirkninger og skadelig effekt av legemidler (Wannebo & Sagmo, 2013).

Studien til Wannebo og Sagmo (2013) avdekker et stort behov for kunnskap på flere områder. Blant de som skåres høyest er informasjon rundt aldersfysiologiske forandringer, generell farmakologi, medikamenters virkningsmekanisme og bivirkninger, samt kunnskap om smertepumpe og CVK. Studien finner også et samsvar mellom kunnskapsområdene deres undersøkelse nevnte som viktige, elleve kompetanseområder fra en oversiktsartikkel, samt ti kompetanseområder som kreves av helsepersonell ved legemiddelhåndtering i rundskriv av helsedirektoratet (Wannebo & Sagmo, 2013). I den nevnte oversiktsartikkel understrekes det at god teoretisk og praktisk kompetanse er avgjørende for faglige forsvarlige avgjørelser. Dette er med på å gi et sterkt grunnlag for at et økt kunnskapsnivå er nødvendig for å sikre riktig medisinerings i sykehjem og unngå feil rundt legemiddelhåndteringen.

Det avdekkes også et stort behov for etterutdanning, noe som samsvarer med behovet for mer kunnskap. Tilnærmet 100% mente at det burde tilbys kurs i legemiddelhåndtering og at kursene burde være obligatoriske (Wannebo & Sagmo, 2013). Oppdateringen av legemiddelkunnskap foregikk i første rekke ved bruk av felleskatalogen, samtale med andre og kontakt med lege. Oppdatering av kunnskapsnivå i form av egeninnsats utover arbeidstiden foregikk i liten grad. Internundervisning og fagmøter ble gjennomført på dagtid og kun de som var på jobb deltok (Wannebo & Sagmo, 2013). Lov om helsepersonell sier noe om at ansvaret for faglig oppdatering ligger både helsepersonalet selv, samt hos institusjonene som yrer helsehjelp jf. §4 (Flovik & Rokseth, 2015 S.284). Lov om helsetjenestene i kommunene pålegger samtidig helsetjenestene institusjonene et ansvar for etter- og videreutdanning som skal sikre faglig forsvarlig praksis (§6-2) (Wannebo & Sagmo, 2013). Avslutningsvis konkluderer studien med at kompetanseheving bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelhåndtering. Dette samsvarer også med funn i studien «Sikkerhetstiltak for legemidler ved sykehjem» (Storli, Ingebrigtsen, Nakrem, & Elstad, 2017), hvor de konkluderte med at opplæring og utvikling av legemiddelkompetanse ikke blir tatt alvorlig nok og at det var en mangel på systematisk kompetanseoppbygging i sykehjem. Jf. Helsepersonelloven §4 tredje ledd, er det legen som henholdsvis tar beslutninger knyttet til

det medisinske (Molven, 2015), dog tyder egne erfaringer, teori og forskning på at en likevel er avhengig av rapporteringer fra sykepleier vedrørende observasjoner rundt virkning og bivirkning. Dette igjen forutsetter at sykepleier og annet helsepersonell som har medisinsk ansvar ovenfor beboeren har nødvendig fagkunnskap.

### **5.3 Formulering av mål og sykepleietiltak**

Ut i fra problemene som identifiseres i diagnostiseringsfasen, identifiserer man mål over hva en ønsker å oppnå med behandlingen. Av målene som blir satt definerer man sykepleietiltak som skal hjelpe til med å nå målsettingen (Skaug, 2017). Når det kommer til legemiddelbehandling er det legens ansvar å stille en medisinsk diagnose og gi behandling i samsvar med denne (Skaug, 2017). Sykepleier er dog involvert i den medisinske diagnostiseringen og behandlingen. Dette ved å innhente data rundt beboerne som legene aktivt bruker i diagnostiseringen, samt ved selve medisinadministrasjonen. Medisinske diagnoser omhandler sykdom og medisinske tilsander. Sykepleierdiagnoser tar mer til sikte å beskrive beboers reaksjon på aktuelle og potensielle helseproblem og livsprosessen, men diagnosene er i mange sammenhenger knyttet nært til hverandre (Skaug, 2017). Legen har ansvar for sykdommen. Sykepleier på andre siden tar seg av og har et selvstendig ansvar i å hjelpe beboeren med konsekvensene sykdommen gir, ivareta grunnleggende behov, samt hjelpe og støtte de opplevelsene og reaksjonene som følger denne (Skaug, 2017).

På sykehjem kan sykepleietiltak eksempelvis være knyttet til stell og egenomsorg, administrering av legemidler grunnet mangel på kunnskap og ferdigheter hos beboeren, kartlegging av smerte og smertelindring, eksempelvis ved manglende språk eller kognitiv svikt, hjelp med mobilisering grunnet funksjonssvikt, tiltak knyttet til ernæring, døgnrytme m.m. To eksempler kan være «Beboer klarer ikke utrykke smerte verbalt grunnet utbredt demenstilstand» og «Beboer er utsatt for et stabilt blodsukker fordi hun mangler evne og motivasjon til å tilpasse kostholdet til diabetessykdommen». Sykepleierdiagnosene som settes må endres i takt med beboerens tilstand, og de medisinske diagnosene, da det kan være endring i pasientsituasjonen, ha blitt tilføyet ny informasjon, eller kommet inn nye synspunkter som er med på å endre vurderingen (Skaug, 2017). Endringer i situasjonen både i form av bedring, eller forverring av tilstand må dokumenteres slik at informasjonen kan bringes videre, og følges opp. Man vil med det også få et innblikk i om noe var et

engangstilfelle, eller om det har vært en endring over tid. Endringer i pasientsituasjonen kan kreve endret behandling, eller tilpassing av allerede igangsatt behandling. Når situasjonen til en beboeren endrer seg kan dette også være grunnet virkning av pågående behandling, bivirkning av medisiner, økt helsesvikt, feil dosering eller et nytt problem.

Et praktisk eksempel på dette er en erfaring med en beboer som over en periode på flere år hadde stått på en høy dose Valium. Beboer hadde kols og slet med sekret i halsen. Allmenntilstanden hadde over en periode blitt redusert, noe som gjorde det vanskelig å ha krefter nok til å hake opp sekretet. Beboer opplevdes som mer og mer plaget av dette og legen anbefalte å redusere dosen på Valium, da dette var med på å forverre beboerens tilstand. Tilstanden ble oppdaget gjennom observasjoner fra sykepleier, og dette ble deretter tatt opp på en legemiddelgjennomgang. I avgjørelser knyttet til behandling er det viktig å huske at beboerne også har rettigheter. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §4-6 tredje ledd kan ikke hjelpen gis dersom pasienten motsetter seg den, med mindre det er særlig lovhjemmel for å påtvinge hjelpen (Molven, 2017). Det er da viktig at beboeren har en rimelig forståelse av det som skal skje, og får informasjon i samsvar med pasient og brukerrettighetsloven (1999) 3-1 og 3-2, slik at det ligger en grunnlag for å bekrefte eller avslå (Skaug, 2017). I mitt eksempel valgte beboeren å avstå fra anbefalt dosejustering, til tross for sterk anbefaling fra lege. Beboeren så på det som nødvendig for sin livskvalitet og fortsatte å stå på dosen medikament, noe vi som helsepersonell må ta hensyn til.

Sykepleier og annet helsepersonell er rundt beboeren til en hver tid og ofte de som først oppdager endringer rundt beboerne. Hos eldre kan det være vanskelig å oppdage bivirkninger grunnet at det som nevnt teorikapittelet i avsnitt 2.1, kan feiltolkes som symptom på tilleggslidelse og med det gi grunnlag for annen medisinsk behandling. Bivirkningene kan som nevnt i kapittel 2.1, også være med på å forsterke nedsatte og allerede sviktende funksjoner. Dette gjør at bivirkninger kan forveksles og bli vanskelig å oppdage. Dette forsterker argumentasjonen for viktigheten av tilstrekkelig kunnskap, god dokumentasjon av beboers tilstand og endringer, samtidig er et tett samarbeid med legen viktig for eventuelle endringer som trengs å gjøres. Dette samarbeidet kan også omfatte andre tverrfaglige aktører som er nødvendig for å gi et tilstrekkelig behandlingstilbud, eksempelvis med fysioterapeut, farmasøyt eller ernæringsfysiolog. Sykepleier har også et ansvar knyttet til dette, Jf. Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet står det skrevet at helsepersonellet skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig (Molven, 2014). Dette

sier noe om at sykepleier og annet helsepersonell må kjenne til sine begrensninger og kompetanse, og handle ut i fra den. Dersom det går over kompetanseområde er sykepleier nødt til å konferere med mer kompetente kollegaer eller annet helsepersonell, slik at beboeren blir behandlet med tilstrekkelig kompetanse (Molven, 2014).

Punkt 3 i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder omhandler behandling rettet mot å fjerne eller redusere beboers problemer, enten det gjelder akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2017). Behandling retter seg i tillegg til kroppslig stell, avlastning og aktivisering, også til samarbeid og delegerte oppgaver knyttet til medisinsk behandling. Ved behandling av eldre er man som sykepleiere ofte nødt til å jobbe tverrfaglig, da det ofte er behov for ulike grupper helsepersonell i behandlingen. Da det er legen som har mye ansvar i forhold til legemiddelbehandlingen fordrer en optimal behandling at sykepleier og resten av det tverrfaglige teamet følger opp. Dette i forhold til observasjoner og oppfølging, samt vurderinger av virkning, bivirkninger og eventuelle interaksjoner (Næss & Helbostad, 2012).

Jevnlige legemiddelgjennomganger er viktig da eldre sin helsetilstand stadig er i endring. Sykepleieren har et ansvar knyttet til å gjøre legen oppmerksom på hvilke beboere som har behov for legemiddelgjennomgang, og aktivt delta på denne (Ranhoff & Engh, 2015). Målet er at beboeren oppnår så god effekt av legemidlene som mulig, og at eventuelle manglende virkninger og bivirkninger blir håndtert. Lege kan velge å gjøre en fullstendig legemiddelgjennomgang alene, men en tverrfaglig gjennomgang vil kunne være med å belyse ulike aspekter mer helhetlig (Ranhoff & Engh, 2015). Dette samarbeidet består på sykehjem ofte hovedsakelig av lege og sykepleier, men en klinisk farmasøyt vil kunne gjøre store bidrag i forhold til sjekk av legemiddellistene for eventuelle interaksjoner og kontroll av dosenes styrke (Ranhoff & Engh, 2015).

Et forsøk gjort i Bergen siktet seg inn på å beskrive hvordan tverrfaglige legemiddelgjennomganger kan identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer (LRP), i norske sykehjem (Halvorsen, Ruths, Grana & Viktil, 2010). Totalt fant farmasøytene 719 LRP blant de 142 beboerene, hvorav 504 ble anerkjent av beboerens lege og sykepleier. De legemiddelrelaterte problemene var i de fleste tilfeller oftest relatert til unødvendig rekvirering/bruk, og manglende terapeutisk overvåkning. Legemidlene det oftest stillet spørsmål ved var de forskrevet for å behandle sykdommer i nervesystemet og

fordøyelseskanalen, samt også metabolismen (Halvorsen, et al., 2010). I studien kom det frem at når lege, sykepleier og farmasøyt møttes ansikt-til-ansikt ble det lagt opp til mer diskusjon. På den måten ble den kliniske informasjonen farmasøyten fant om legemiddelrelaterte problemene betraktet etter informasjonen sykepleier og lege hadde om beboerne (Halvorsen et al., 2010). Studien trekker også frem en sammenligning med to andre studier der det viste seg at et tverrfaglig samarbeid var med på å forbedre forskrivningene av psykotropiske medikamenter, samt også øke legemiddelkunnskapen blant sykepleiere (Halvorsen et al., 2010). Studien konkluderer med at tverrfaglig samarbeid bidro til økt kunnskap og mer kritiske refleksjoner rundt legemiddelbehandlingen. På langsiktig vis kan det tenkes at god kommunikasjon i et tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten på legemiddelbehandlingen, og at refleksjon og samarbeid skaper en mer sikker og individuelt tilpasset legemiddelbehandling.

Funnene i nevnt studie støtter også funn gjort i en oversiktsartikkel fra 2015, der de fant sterkt grunnlag i tidligere forskning for at farmakologers rolle i legemiddelbehandlingen til eldre kunne være med på å redusere polyfarmasi og kliniske konsekvenser fra medisineringsfeil (Lee, Alshehri, Kutbi, Martin, 2015). I samme studie ble det også avklart at flere studier hadde avdekket at bruken av kriterier over risikolegemidler, som Beerskriteriene, Start og Stopp sammen, hadde ført til at et høyere antall av potensiell uhensiktsmessig legemiddelbruk hadde blitt identifisert. Bruken av kriteriene hadde ført til en reduksjon av uhensiktsmessig legemiddelbruk samt hatt en positiv innvirkning på beboeren og helsepersonellens systemer (Lee, et al., 2015). Ved å implantere slike kriterier eller øke bevissthet rundt at de finnes kan det tenkes å ha en positiv innvirkning på legemiddelbehandlingen. Dette ved at det øker kunnskapsnivået til sykepleiere, øker bevisstheten rundt medisineringen og eventuelle medisineringsfeil, samt brukes som et hjelpemiddel under legemiddelgjennomganger. Forskningen som tyder det på at det kan være med på å gi en sikker legemiddelbehandling støttes av teorien nevnt i kapittel 2.1, hvor det nevnes at det er laget egne lister over risikolegemidler, som STOPP og NorGEP. Kriteriene er utviklet for bruk i allmennpraksis og hos eldre pasienter på sykehjem og sykehus. Fordi bivirkninger av medikamenter på eldre kan bidra til forsterkede nedsatte og sviktende funksjoner, som kan feiltolkes som symptom på tillegglidelse, og i verste fall virke toksisk (Ranhoff & Engh, 2015).

## **5.4 Evalueringsfasen**

I evalueringsfasen kartlegges og bedømmes effekten av tiltakene (Skaug, 2017). Effekten vurderes opp mot målene som er blitt satt og vi ser om beboer har oppnådd ønsket resultat ved behandlingen. En forutsetning for å kunne evaluere er dokumentasjon, da dokumentasjonen sier noe om igangsatte tiltak er fulgt opp og gjennomført. På den måten vises endringer i beboers situasjon. I noen tilfeller kan tiltak og behandling avsluttes som ved en forbigående influensa. I andre tilfeller blir man nødt til å undersøke nærmere rundt hvorfor målet ikke er nådd og eventuelle endringer som må gjøres, og sykepleieprosessen starter på nytt (Skaug, 2017). Viktige spørsmål som kan være lurt å stille seg selv ved manglende måloppnåelse kan være om målet var realistisk, om diagnosen dekker det faktiske problemet, om tiltakene var tilstrekkelige og er fulgt opp etter planen, og om det har vært noen endringer i statusen til pasienten som kan ha påvirket resultatet (Skaug, 2017).

Når man i evalueringsfasen får sett på effekten av igangsatte tiltak får en også bedømt årsaken og grunner til at tiltakene ikke har virket eller blitt fulgt opp som de skal. På den ene siden kan grunnen være knyttet til beboerne som at responsen på et legemiddel ikke er etter ønsket effekt. Da kan det være nødvendig med dosejusteringer eller utprøving av andre medikamenter og tiltak. Samtidig kan det være nyoppståtte problemer som følge behandlingen eller forverring i situasjonen (Skag, 2017). På den andre siden kan årsak tenkes å skyldes rammene og strukturen på sykehjemmet, og at sykepleier ikke får fulgt opp som en ønsker og skal.

Forskning gjennomført med fokusgruppeintervjuer av sykepleiere og sykepleierstudenter og innhenting av læringslogger fra studentene over en periode på tre år; konkluderte med at det var lite samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning og legemiddelkompetanse (Storli, et al., 2017). Samtidig var ikke sikkerhetsprosedyrer praktiskgjennomførbare grunnet tidspress., sikkerhetstiltakene virket ikke tilfredsstillende og behovet for legemiddelkompetanse var ikke dekket. Studien ble gjennomført i 2012, etter at samhandlingsrefomen ble innført. Dette innebærer at sykehjemmene hadde fått et større behandlingsansvar og ikke lenger kun et pleie- og omsorgsansvar (Storli, et al., 2017). Studien trekker frem at forskning har avdekket organisatoriske barrierer som fremtredende ved uønskede hendelser og forhold knyttet til medisnavvik. Typisk er avbrytelser ved istandgjøring av medisinerne, manglende kunnskap samt liten mulighet til å følge opp virkning og bivirkninger (Storli, et al., 2017). Dette støtter behovet for kunnskap, samtidig som det setter lys på rammefaktorer som utgjør en trussel i forhold til en sikker legemiddelbehandling.

Det ble i studien oppdaget at dokumentasjon som en sikkerhetsprosedyre var en risikofaktor da den ofte ikke var til å stole på. Det ble beskrevet unøyaktig dokumentasjon, manglende avviksrapportering og trukket sammenligninger med andre studier som viste at feilaktige medikamentopplysninger var en vanlig uønsket hendelse ved overflytning mellom helsetjenestenivåer (Storli, et al., 2017). Tidspress kan gjøre det vanskelig å følge opp sikkerhetsprosedurene og ved sykehjemmet ble dobbeltkontroll, dokumentasjon og særlig avvik kun benyttet når det var tid og de ikke vær nødt til å «ta snarveier» (Storli, et al., 2017). I forhold til legemidler er nøyaktig dokumentasjon som nevnt tidligere vesentlig og viktig for å forebygge legemiddelfeil samt bevaring av pasientsikkerheten (Flovik & Rokseth, 2015). I studien til Storli et al. (2017) nevnes det at tidspresset og avbrytelser om ikke krevde legemiddelkompetanse tok mye av tiden bort fra legemiddelbehandlingen. Selv om legen som nevnt tidligere er ansvarlig for legemiddelbehandlingen (Ranhoff & Engh, 2015), avhenger det at rapporter fra sykepleier knyttet til observasjoner av virkning og bivirkning. Dette fordrer da at sykepleier har nok tid tilgjengelig samt kompetansen nok til å følge opp beboerne. Dette støttes opp av studien, som avslutningsvis sier at sikkerhet prosedyrene ikke alltid var praktisk gjennomførbare eller til å stole på. Dette grunnet mangelfull opplæring og lite samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning og legemiddelkompetanse (Storli, et al., 2017). Noe som kan ses på å være en større utfordring og konsekvens etter samhandlingsreformen som har ført til mer kompleks legemiddelbehandling, som igjen skaper et behov for systematisk oppbygging av legemiddelkompetansen (Storli, et al., 2017).

Rammene på sykehjem er også preget av at økende antall dødsfall skjer ved sykehjem i Norge og stiller krav til sykehjemmet i forhold til terminalpleie og helsepersonellet som skal yte pleien (Svendsen, Landmark & Grov, 2017). Dette fremkommer i en studie med hensikt å beskrive sykepleierens erfaringer med dødende pasienter i sykehjem. Dette henger tett sammen med sykepleierens lindrende funksjon, der problemet ikke kan fjernes, og målet blir å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger for pasienten (Kristoffersen, et al., 2017). I studien til Svendsen, et al. (2017) beskriver sykepleierne tilstedeværelse som en viktig forutsetning for å kunne ivareta beboerne. Dette gjennom kliniske observasjoner, vurderinger og iverksettelse av nødvendige tiltak. For å kunne følge med på beboers behov for hjelp i den terminale pleien hjalp det ikke bare å være innom en sjelden gang, og behovene i den terminale fasen er ofte komplekse og krever med det tett oppfølging. Den lindrende funksjonen i sykepleieutøvelsen i den terminale fasen er avhengig av at sykepleier har



mulighet til å gi tett oppfølging for å kunne observere, vurdere og iverksette tiltak (Svendsen, et al., 2017).

Kompetansen er også en forutsetning for å kunne møte behovet beboeren har, samt koordinere oppgaver og samhandle med andre yrkesgrupper og videreføre informasjon, både til legen, pårørende og beboeren selv (Svendsen et al., 2017). Kompetansen kan ha betydning på pleien beboeren får, da sykepleiere har et ansvar i forhold til legemiddelhåndteringen og forordningene ofte dosert med en «inntil medikamentlindring», «mg intillx6, kan økes ved behov» eller «mg x4» på medisinkortet. Det blir med det opp til sykepleier å avgjøre hvor mye pasienten får og vurdere behovet., Dette igjen krever kompetanse og at sykepleier kjenner beboeren (Svendsen, et al., 2017). utfordringer knyttet til den terminale pleien er også styrt av rammer som bemanning og fagdekning og flere sykepleiere i studien beskriver at de ofte føler seg mer alene om alt og har et større ansvarsområde (Svendsen, et al., 2017). De trekker sammenlegninger med sykehus der man ofte har flere kollegaer man kan konferere med og en lege lett tilgjengelig. På sykehjem må man ta avgjørelsene og valgene selv, og det ikke bare er å konferere med en lege, da det kan ta timer før noen har anledning til å komme. Sykepleieren i studien uttrykte frustrasjon over å bli dratt i så mange retninger, da rammene gjorde at de hadde mange oppgaver, roller og ansvar som skulle ivaretas (Svendsen, et al., 2017). Dette kan tenkes å få konsekvenser for sikkerheten på legemiddelbehandlingen og muligheten til å følge opp.

## 6 Avslutning

Når man blir eldre skjer det en rekke ulike biologiske forandringer som gjør at legemidler kan virke annerledes på eldre enn på yngre. Eldre er spesielt utsatt for polyfarmasi og sykepleier har et stort ansvarsområde når det kommer til medisinerings av beboere på sykehjem. Dersom sykepleier velger å benytte seg av sykepleieprosessen kan dette bidra til økt kontinuitet og sikkerhet i arbeidsutførelsen for å unngå feilmedisinering.

Gjennom oppgaven har det kommet fram at en grundig datainnsamling må til for at sykepleier og lege skal ha tilstrekkelig informasjon om beboeren. Videre ser vi også at tilstrekkelig og korrekt dokumentasjon er nødvendig for å opprettholde kontroll over beboerens medikamentinntak. I forhold til diagnostisering av beboeren så er det legen som har ansvaret for de medisinske diagnosene, og medisinsk behandling. Sykepleier er likevel den som daglig har mest kontakt med beboeren og for å identifisere problemer knyttet til medisinerings kreves det kunnskap av sykepleier. Studier har vist at sykepleiere ønsker mer kunnskap om legemidler på sykehjem. Sykepleier skal arbeide faglig forsvarlig, og vil som en del av hverdagen på sykehjem måtte bidra aktivt for å redusere polyfarmasi og feilmedisinering.

Sykepleier bør delta aktivt under legemiddelgjennomgang sammen med lege, og under tverrfaglige møter, for å belyse ulike aspekter rundt behandlingen. Samarbeid med farmasøyt, og bruk av screeningsverktøy som bl.a. «Start, og Stopp» har vist seg å redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk, økt kunnskapsnivået og har hatt en positiv innvirkning på beboerne. Når sykepleier skal gjennomføre en evaluering skal effekten av tiltakene vurderes opp mot målsettingen, og behandlingen vil eventuelt bli avsluttet, endret, eller fortsatt.

Rammene og strukturen på sykehjem kan ha mye å si i forhold til gjennomføringen av stadiene i sykepleieprosessen. Forsking har konkludert med at det er lite samsvar mellom arbeidsoppgaver, bemanning, og legemiddelkompetanse, og at sikkerhetsprosedyrene ikke var praktisk gjennomførbare grunnet tidspress. En hektisk hverdag med lite kompetanse, bemanning og tidspress kan gjøre at sykepleier ikke har mulighet til å benytte seg av sykepleieprosessen for å identifisere over- og feilmedisinering.

## Referanseliste

- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K. (2018) *Alderdom*. Hentet fra: <https://sml.sn.no/alderdom>
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1* (5. Utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Græe, A.M. (2015) Riktig medisinbruk i sykehjem. *Sykepleien*, 103(10), 50-52. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55303>
- Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A. G., & Viktil, K. K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 82–88. <http://doi.org/10.3109/02813431003765455>
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1* (5. Utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1- Sykepleie -fag og funksjon* (3. Utg.) Oslo: Gyldendal akademiske
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvars og arbeidsmåter i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1- Sykepleie -fag og funksjon* (3. Utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1- Sykepleie -fag og funksjon* (3. Utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Lee, J. K., Alshehri, S., Kutbi, H. I., & Martin, J. R. (2015). Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integrated Pharmacy Research & Practice*, 4, 101–111. <http://doi.org/10.2147/IPRP.S70404>
- Molven, O. (2014) *Sykepleie og jus* (4. Utg.) Oslo: Gyldendal Juridiske
- Næss, G. & Helbostad, H. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling- tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri, en innføring* (3. Utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2015). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasient* (2. Utg.) Oslo: Gyldendal akademiske
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Rotegård, A. K., Solhaug M. & Grov E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1* (5. Utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Rønningen, S. W., Bakken, K. & Granås, A. G. (2013). Behovsmedisinering i sykehjem: Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt. *Sykepleien Forskning*, 8 (1), 14-24. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0005>
- Skaug, A. E. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1- Sykepleie -fag og funksjon* (3. Utg.) Oslo: Gyldendal akademiske

- Slettebø, Å. (2015). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 11(e-59801), 1-12.  
<http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801>
- Svendsen, J. K., Landmark, B. T. & Grov, E. K. (2017). Dødende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien Forskning*, 12(63396)(e-63396). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk