



# Polyfarmasi og avmedisinering på sykehjem

*Hvilken kunnskap må sykepleier ha for å kunne bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem?*

Kandidatnummer: 165  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Emne 14B

Antall ord: 7888  
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.2020
Tittel Polyfarmasi og avmedisinering på sykehjem	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken kunnskap må sykepleier ha for å kunne bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Bacheloroppgaven har en teoretisk referanseramme til grunn for å belyse problemstillingen. Denne omfatter legemiddelbehandling og eldre, med fokus på de aldersfysiologiske forandringenes påvirkning. Videre presenteres etiske og juridiske aspekter som legger føringer for legemiddelbehandling på sykehjem, og sykepleierens behandelende-, forebyggende- og undervisende funksjon. Sykepleierens kunnskapsgrunnlag og Florence Nightingale sin teori om observasjonskompetanse vil begge bli forklart, før vi går inn i sykepleier sin rolle på sykehjemmet. Avslutningsvis presenteres pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7».</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave, hvor eksisterende fag- og forskningslitteratur er anvendt for å belyse problemstillingen. Søkemotoren Oria ble brukt for å hente relevant faglitteratur. Forskningslitteratur ble funnet gjennom søk i databasene Sykepleien/forskning, PubMed og Google Scholar. Av de fire forskningsartiklene jeg har tatt utgangspunkt i er to artikler av kvalitativ design og to av kvantitativ design.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen er organisert med underoverskrifter ut fra ulike kunnskapsområder som kan styrke sykepleierens bidrag i forebyggingen. Områdene omfatter kunnskap om eldre og legemiddelbehandling, observasjonsferdigheter, kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid, kommunikasjonsferdigheter, og at sykepleier har kunnskap om sin rolle som faglig leder på sykehjemmet. De ulike kunnskapsområdene vil bli diskutert i lys av teori, forskning og kontekstuelle rammer som forekommer på sykehjemmet.</p> <p><u>Konklusjon</u> Oppgaven viser teori og forskning som belyser kunnskapsområder som kan styrke sykepleierens bidrag i forebygging av polyfarmasi og fremming av avmedisinering. Forskning viser at denne kunnskapen hos sykepleiere kan være mangelfull. I tillegg viser forskningen at kontekstuelle rammer som lav bemanning og tidspress kan være et hinder og bidra til å opprettholde uhensiktsmessig polyfarmasi.</p>	

(Antall ord: 280)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Oppgavens avgrensning .....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1	Legemiddelbehandling og eldre .....	4
2.2	Etiske og juridiske aspekter .....	5
2.3	Sykepleierens funksjonsområde.....	7
2.4	Sykepleierens kunnskapsgrunnlag.....	8
2.5	Florence Nightingale og observasjonskompetanse .....	9
2.6	Sykepleierens rolle på sykehjem .....	10
2.7	I trygge hender 24-7 .....	11
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven</b> .....	<b>12</b>
3.1	Metode .....	12
3.2	Søkshistorikk.....	12
3.3	Kildekritikk .....	14
3.4	Etiske overveielser .....	15
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1	Sykepleierens behov for kunnskap om legemiddelbehandling og eldre.....	19
5.2	Sykepleierens behov for observasjonsferdigheter .....	21
5.3	Sykepleierens rolle i tverrprofesjonelt samarbeid.....	22
5.4	Sykepleierens behov for kommunikasjonsferdigheter .....	24
5.5	Sykepleier som faglig leder på sykehjem .....	25
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>30</b>

# 1 Innledning

I innledningen vil bakgrunn for valg av tema, sykepleiefaglig relevans, samt oppgavens formål, problemstilling, avgrensninger og begreper bli presentert.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge er inne i en periode hvor antall eldre mennesker, i dette tilfellet antall mennesker over 67 år, er estimert å bli omtrent én million og utgjøre cirka 25% av befolkningen (Romøren, 2014). Å bli eldre kan medføre sykdommer og plager som gjør at behandling med legemidler er påkrevd (Ranhoff & Engh, 2014). Aldersgruppen over 65 år står for mer enn halvparten av det totale legemiddelforbruket i Norge, og moderne legemiddelbehandling har gjort at eldre lever stadig lengre med sine sykdommer (Spigset, 2013).

Mange eldre mennesker har flere sykdommer, og bruker flere uavhengige medikamenter for hver enkelt sykdom. Samtidig bruk av mange legemidler karakteriseres som polyfarmasi (Bushardt, Massey, Simpson, Ariail & Simpson, 2008). Legemidler spiller en avgjørende rolle i behandling av pasienter, og kan bidra til å forebygge sykdom, gi bedre helsetilstand og gi økt livskvalitet. Baksiden ved legemiddelbehandlingen er at feilaktig bruk kan skape legemiddelrelaterte problemer og påføre pasienter unødig belastning og lidelse (Helsedirektoratet, U.å.). Polyfarmasi øker sjansen for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner, og eldre er særlig utsatt da de evner dårligere å kompensere for uheldige legemiddelkonsekvenser (Rognstad, 2014). På samfunnsnivå kan feil bruk av legemidler utgjøre store kostnader, da komplikasjoner i helsetilstand kan resultere i innleggelse i sykehus, lengre liggetid, og hyppige reinnleggelse (Olsen & Devik, 2016; Parsons, Lapane, Kerse & Hughes, 2011).

I en av mine praksiser opplevde jeg at flere av pasientene ikke ønsket å ta medisinene som var forordnet dem, da de mente de ikke hadde behov for disse. Som tidligere pleieassistent har jeg hatt minimalt ansvar for medikamenter. I møte med pasientene i praksis reflekterte jeg over at det som sykepleier vil være *mitt* ansvar å bidra til at pasienter bare behandles med legemidler som er nødvendige. Sykepleier er en av profesjonene som arbeider i tette kontakt med pasienten. Det er viktig å være pasientens advokat og tale vedkommende sin sak, særlig i de tilfellene pasienten ikke er i stand til å ytre sin sak selv. Situasjonen i praksis skapte en

motivasjon i meg til å finne ut mer om legemidler og eldre, og sykepleierens rolle i behandling med legemidler.

Å forebygge polyfarmasi inngår som en del av sykepleierens ansvarsområde. Sykepleierens behandlende funksjon innebærer blant annet at sykepleier skal bistå legen i medisinsk utredning og behandling. Å vurdere og dokumentere effekten av behandlingen som blir gitt, inkludert behandling med legemidler, er en sentral oppgave. Sykepleierens tertiærforebyggende funksjon går ut på å iverksette tiltak som forebygger nye helseproblemer og forhindrer ytterligere komplikasjoner ved behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Polyfarmasi kan være uforsvarlig, og uhensiktsmessig legemiddelbehandling som ikke blir oppdaget og justert, kan skape alvorlige og potensielt livstruende komplikasjoner hos den eldre pasienten (Nordeng, 2013).

Formålet med denne oppgaven er å få innsikt i hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem, ved å utforske hvilke kunnskapsområder sykepleier må kunne dekke for å gjøre dette.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen

*Hvilken kunnskap må sykepleier ha for å kunne bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem?*

## **1.3 Oppgavens avgrensning**

I avgrensningen av oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i den eldre pasientgruppen, her 67 år eller eldre, da de representerer flertallet av pasienter på sykehjem (Romøren, 2014). På sykehjemmet legger jeg til grunn at pasientene bor på langtidsavdeling, hvor pasientgruppen ofte kan være preget av mer enn én sykdom, redusert fysisk kapasitet og nedsatt kognitiv funksjon (Hauge, 2014). På grunn av oppgavens begrensning har jeg valgt å utelukke overgangen mellom ulike pleie- og behandlingsnivå.

## 1.4 Begrepsavklaring

### *Kunnskap*

Platon forklarte hvordan kunnskap grunnet i erfaring kan utruste en person til å strekke til i sammenhenger hvor kunnskap behøves. Kunnskapen deles inn i teoretisk kunnskap, som kommer til uttrykk i argumentativ setting, og praktisk kunnskap som kommer til uttrykk i situasjoner hvor man bør handle riktig. De to representerer ikke motsetninger, men to ulike aspekter ved kunnskap (Lindseth, 2015).

### *Polyfarmasi*

Polyfarmasi har flere definisjoner, deriblant «samtidig bruk av mange legemidler», «samtidig bruk av for mange legemidler» og «bruk av legemidler som ikke er nødvendige» (Bushardt et al., 2008). Da løsningen ved samtidig bruk av mange legemidler ikke i alle tilfeller vil være å kutte ned på antall legemidler, velger jeg videre i oppgaven å ta utgangspunkt i definisjonen med bruk av legemidler som ikke er nødvendige og der indikasjonen kan ha falt bort. Jeg legger dermed til grunn at avmedisinering er aktuelt for pasientene som er medregnet i oppgaven.

### *Avmedisinering*

Det engelske ordet «deprescribing» er definert av Reeve, Gnjudic, Long og Hilmer (2015) som en prosess hvor helsepersonell tar ut upassende medisiner, med mål å håndtere polyfarmasi og forbedre resultat. Den norske oversettelsen av ordet er diskutert, men Granås, Bakken, Ruths og Finckenhagen (2018) beskriver avmedisinering som et konsist uttrykk som gjenspeiler hovedformålene med prosessen, nemlig å befri pasienten fra unødvendig, uhensiktsmessig, plagsom og risikabel medisinering.

### *Sykehjem*

Sykehjemmet er beboernes bolig. Pasientgruppen er ofte preget av sterkt redusert funksjonsevne, komorbiditet og mange har en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer (Hauge, 2014).

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil jeg presentere det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som er anvendt for å belyse min problemstilling.

### 2.1 Legemiddelbehandling og eldre

Med legemidler forstås i denne lov stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom» (Legemiddeloven, 1992, § 1)

Farmakologi er læren om legemidlene. Legemidler står for en viktig del av behandlingen av pasienter. Sykepleier har bred pasientkontakt, og er avhengig av tilstrekkelig kunnskap om hvordan legemidler gis, og hvilke observasjoner som skal gjøres for å oppdage ønsket effekt eller bivirkninger (Nordeng & Spigset, 2013). Med bivirkning menes skadelig eller ubehagelig effekt av et legemiddel til tross for at det brukes i vanlig, anbefalt dose. Legemiddelbivirkninger kommer oftest av at legemiddelet gir sterkere effekt enn ønsket (Spigset & Slørdal, 2013a).

Polyfarmasi gir økt risiko for interaksjoner, det vil si at legemidler enten forsterker eller hemmer effekten av hverandre. Aldringsprosessen medfører mange fysiologiske forandringer i kroppen, som øker risikoen for legemiddelinteraksjoner og som har konsekvenser for legemiddelbehandlingen (Ranhoff & Engh, 2014; Spigset & Slørdal, 2013b). Eksempler på slike forandringer er redusert spyttproduksjon og økt munntørrehet, som påvirker svelging og absorpsjon av tablett i munnen. Svekket peristaltikk i spiserøret gir økt risiko for at legemidler kan sette seg fast og gi skader. Nedsatt leverfunksjon gir redusert evne til å bryte ned legemidler, mens svekket nyrefunksjon reduserer evnen til å skille ut legemidler via nyrene. I tillegg til dette medfører aldringsprosessen forandringer på legemidlenes virkesteder, noe som gjør at effekten til legemiddelet endres (Spigset, 2013).

Eldre mennesker kan ha diffuse symptomer, noe som kan gjøre det vanskelig å oppspore hva de ulike kommer av. Det kan også være glidende overgang fra et symptom defineres som aldersrelatert, til det utvikler seg som sykdomsrelatert. Et eksempel er blodårer.

Aldersforandring kan føre til fortykkelser og forkalkninger i åreveggene, men så fort

forandringene gir symptomer karakteriseres det som hjerte- og karsykdom (Ranhoff, 2014). Feiltolkning av symptomer kan føre til at legemiddelrelaterte problemer blir oppfattet som symptom på tilleggslidelse, hvilket igjen kan initiere medisinsk behandling (Ranhoff & Engh, 2014).

Eldre mennesker er mindre rustet til å kompensere for forsterket effekt av legemidler, og kan ofte få bivirkninger som sjelden ses hos den yngre pasientgruppen. Slike bivirkninger kan være svekket bevissthet, forvirring, hjertebank, svimmelhet, ortostatisme, fall, dehydrering, hypotensjon, magesår og dyspepsi, urinretensjon, obstipasjon og konstant tretthet (Ranhoff & Engh, 2014).

## **2.2 Etiske og juridiske aspekter**

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a (1999) har pasienter innenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste rett til nødvendig og verdig helsehjelp. For at pasientene skal få den behandlingen, inkludert legemiddelbehandling, de har rett på, er det viktig at alle ledd i helse- og omsorgstjenesten fungerer optimalt. For å optimalisere behandlingen, har helsepersonell og sykepleiere lover og etiske retningslinjer å forholde seg til.

Pasienter har rett på informasjon som er nødvendig for innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Her inngår også informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dermed er helsepersonell pålagt en plikt til å informere den som har krav på dette etter pasient- og brukerrettighetsloven, om hvilke legemidler som blir gitt, hensikten med disse, hvordan legemidlene skal tas, og hvilke bivirkninger som kan følge (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pårørendes rett til informasjon skal ivaretas, men ved interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 3.1, 3.4).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) pålegger kommunen et ansvar for sørge for at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige og tilrettelagt for at pasientene tilbys et helhetlig, verdig og koordinert tilbud. Kommunen står også ansvarlig for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og for at tilstrekkelig



fagkompetanse sikres i tjenestene. Videre er alle som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven pliktig å se til at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1, § 4-2).

Sykepleiepraksisen skal i tillegg til å fremme helse og forebygge sykdom, være både faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 1.3, 2.1). Helsepersonell må innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand der hvor dette er mest forsvarlig for pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I det tverrprofesjonelle samarbeidet er sykepleier pålagt å fremme gode samarbeidsforhold og ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 4.1, 4.2).

Helsepersonell er videre pliktig å føre journal. Relevante og nødvendige opplysninger om pasient og helsehjelpen som gis skal nedtegnes og registreres i en journal for den enkelte pasient. Dokumentasjonsplikten ligger på den som yter den konkrete hjelpen, og ikke for samarbeidende parter som yter hjelp etter veiledning fra annet helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 39)

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer pålegger sykepleier å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og videre bidra til at den nye kunnskapen anvendes i praksis. Sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 1.1, 1.4). Dette for å sikre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, og yte et helsehjelpstilbud som ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 2.1, 2.3).

For å sikre riktig og god legemiddelbehandling er virksomheter som yter helsehjelp pålagt å sørge for systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter i langtidsopphold på sykehjem. Gjennomgangen er en vurdering av om legemidlene pasienten behandles med er hensiktsmessige, og om helhetsbildet av legemiddelforskrivningen er best mulig (Helsedirektoratet, 2015). Gjennomgang skal utøves ved innkomst, minst én gang årlig, og utover dette når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legen kan utføre legemiddelgjennomgangen alene eller i samarbeid med annet helsepersonell (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 5a). Helsepersonell som deltar er ofte en del av det

tverrprofesjonelle teamet rundt pasienten, og faste bidragsyttere er sykepleier og eventuelt farmasøyt (Helsedirektoratet, 2015). I medisinske spørsmål vedrørende behandling av den enkelte pasient, har legen siste ord (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

### **2.3 Sykepleierens funksjonsområde**

Sykepleier har ulike ansvars- og funksjonsområder: helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). I denne oppgaven vil jeg fokusere på sykepleierens behandlende-, forebyggende-, og undervisende funksjon, da jeg opplever disse mest relevant for å belyse min problemstilling.

#### ***Sykepleierens behandlende funksjon***

Sykepleierens behandlende funksjon handler om å redusere pasientens problemer og opplevelse av ubehag så langt det lar seg gjøre. Gjennom sykepleieprosessen, som inkluderer innsamling av data, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentasjon av sykepleien, kan sykepleier tilpasse utøvelsen individuelt for den enkelte pasient. På denne måten kompenserer sykepleieren for ressursvikten til pasienten. Medisinsk utredning og behandling inngår også i sykepleierens behandlende funksjon, og her har sykepleier en assisterende rolle etter legens forordning. En viktig del av sykepleierens ansvar er å vurdere og dokumentere effekten av behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2016).

For å oppnå et pasientforløp av høy kvalitet og et sømløst tjenestetilbud, er det avgjørende med samarbeid mellom personer, profesjoner, organisasjoner og etater (Kristoffersen, 2016b). I tverrprofesjonelt samarbeid er samhandlingen med andre faggrupper forpliktende og involverende, og arbeidsformen er preget av felles målsetting og tilnærming som team (Orvik, 2015). Her bidrar den enkelte med sin fagkompetanse og profesjonelle identitet. Samarbeidet åpner opp for en videre og rikere utveksling av ideer, og bidragene fra de ulike yrkesgruppene er likeverdig stilt (Kristoffersen, 2016b).

#### ***Sykepleierens forebyggende funksjon***

Innenfor sykepleierens forebyggende funksjon er målet å forebygge helseskade. Primærforebygging omhandler å forhindre at sykdom forekommer, og sekundærforebygging

søker å forebygge tilbakefall eller forverring. Tertiærforebygging omfatter tiltak som i tillegg til å forebygge nye helseproblemer, skal forhindre ytterligere komplikasjoner ved sykdom, undersøkelse eller behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Målgruppen innen tertiærforebygging er mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2016).

### ***Sykepleierens undervisende funksjon***

Sykepleierens undervisende funksjon innebærer å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Formålet er å fremme trygghet og hjelpe pasienter til å forstå og mestre konsekvenser av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). I møte med medarbeidere og studenter er målet med undervisningen å heve kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene ved at kunnskapsnivå heves, ferdigheter forbedres, og kritisk refleksjon over egen utøvelse fremmes (Kristoffersen et al., 2016).

## **2.4 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag**

Sykepleierens kunnskapsgrunnlag inndeles i teoretisk, praktisk og etisk eller moralsk kunnskap. Teoretisk kunnskap, eller faktakunnskap, omhandler det generelle og allmenne, ikke det unike og særegne. Teori betyr betraktning, og har som hensikt å beskrive et bestemt fenomen og eventuelt sammenhengen mellom ulike fenomener. Den teoretiske kunnskapen er viktig for utøvelsen, men er i seg selv utilstrekkelig som grunnlag for utøvelsen. Innen sykepleie vil teori navngi fenomener som sykepleiere er opptatt av, og videre beskrive eller forklare sammenhenger mellom disse fenomenene (Kristoffersen, 2016a). Praktisk kunnskap kalles også erfaringsbasert kunnskap, og uttrykkes i handlinger, vurderinger, bedømmelser og skjønn. Denne formen for kunnskap er knyttet til utøveren og brukssituasjonen (Molander & Smeby, 2013). Utvikling av praktisk kunnskap er avhengig av vekselvirkning mellom tilfang av teoretisk kunnskap og praktiske erfaringer.

En annen viktig del av sykepleierens kunnskapsgrunnlag er sanselig forståelse og klinisk blikk. Denne ferdigheten knyttes til observasjon av pasienten for å innhente informasjon om pasientens tilstand. Sentrale sanser er syn, hørsel lukt og berøring. Utviklingen av det kliniske blikket bygger på fire forutsetninger. Sykepleier må evne å sanse og oppfatte, evne og være villig til årvåkenhet og varhet, inneha teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener, og ha reflektert over egne erfaringer.

Sykepleierens yrkesutøvelse bygger på verdier og normer i tillegg til praktisk og teoretisk kunnskap. Etisk kunnskap omhandler kjennskap til fagets verdier, etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer. Moralsk kompetanse strekker seg videre enn etisk kunnskap. Denne tar utgangspunkt i evnen til å oppfatte og gjenkjenne etiske utfordringer i kliniske situasjoner, og inkluderer evnen til å vurdere situasjonene og til å handle riktig og godt i den enkelte situasjon. Riktig og god måte vil her være at menneskelige verdier og etiske prinsipper blir ivaretatt. Her trengs erfaring med valgsituasjoner og kritisk refleksjon over erfaringene for at kompetansen skal utvikles. Sykepleier er avhengig av kjennskap til etiske prinsipper og moralske verdier for å utvikle sin moralske bevissthet (Kristoffersen, 2016a).

## **2.5 Florence Nightingale og observasjonskompetanse**

Florence Nightingale anses som grunnleggeren av den moderne sykepleien (Bullough, Bullough & Stanton referert i Kirkevold, 1998). Essensen i sykepleie var i følge Nightingale å rydde vei og fjerne potensielle hindringer for de helbredende kreftene som fantes i naturen og som var en naturlig del av den helende prosessen i menneskekroppen. Gjenværende livskrefter hos pasienten skulle bevares og ikke tæres på. Nightingale påstod medisinen skulle fjerne hindringer for helbredelse i kroppen til pasienten, mens sykepleiens hovedoppgave var å fjerne hindringer i pasientens omgivelser (Kirkevold, 1998).

Nightingale uttrykte at forebygging var et av sykepleiens overordnede mål, og fjerning av hindringer for helbredelsesprosessen inngikk som en viktig del av forebyggingen (Kirkevold, 1998). I følge Nightingale var hindringene ofte menneskeskapt, og oppstod som konsekvens av manglende kunnskap om naturlovene som fantes. For å tilegne seg kunnskap om naturlovene, måtte man vie dem oppmerksomhet og tålmodig observere syke menneskers erfaringer og opplevelser med sykdom og lidelse. Hennes gjennomgående budskap var at selv om årsaken til at sykdom oppstår kan være ukjent, vil det oftest ha å gjøre med at vi ikke griper inn i miljømessige forhold som fremskynder sykdom og utgjør dens eksistensgrunnlag (Skretkowitz, 1997).

Sykepleierens evne til nøyaktig og målrettet observasjon var en essensiell forutsetning i forebyggingsarbeidet. Nightingale hevdet at observasjonskompetanse var den viktigste praktiske kunnskapen sykepleiere kunne tilegne seg. Det var nødvendig med kunnskap om hva som skulle observeres, hvilke symptomer som var av betydning, hva observasjonene var

tegn på: forbedring, forverring eller forsømmelse (Skretkowicz, 1997). Sykepleier skulle være i stand til å observere hva pasienten trengte, uten at behovet ble påpekt av pasienten (Skretkowicz, 1997).

Videre var Nightingale opptatt av at observasjonene skulle nedtegnes og dokumenteres, noe som utgjorde en annen viktig oppgave for sykepleiere. Dokumenterte observasjoner var ment å legge grunnlaget for å vurdere og trekke konklusjoner angående sykepleien og behandlingen som var gitt (Selanders, 1995).

## **2.6 Sykepleierens rolle på sykehjem**

Som sykepleier har man et spesielt ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet i institusjonen. I tillegg til pasient- og pårørendecontact og dokumentasjon av sykepleien som blir gitt, har sykepleier ansvar for å lede pleietemaet, og for å drive med fagutvikling og kvalitetsarbeid (Hauge, 2014). Sykepleier er dermed avhengig av organisatorisk kompetanse på to plan: organiseringskompetanse knyttet til å organisere eget arbeid, og organisasjonskompetanse, som omhandler kunnskap om hvordan sykehjemmet som arbeidsplass er bygget opp og fungerer (Orvik, 2015). I ledelsen av pleieteamet fordeler sykepleier arbeidsoppgavene slik at ansattes kunnskaper og kompetanse imøtekommer pasientenes behov og tjener til pasientens beste. Sykepleier har videre ansvaret for å opprettholde en høy faglig standard, og sørge for at ufaglærte får den opplæringen og veiledningen som er nødvendig for å opprettholde kvaliteten i tjenestetilbudet. Fagutvikling kan skje både på lokalt og på nasjonalt plan, og omhandler først og fremst å utforske nye måter å løse problemer man kan møte i arbeidshverdagen i institusjonen på. I kvalitetsarbeidet må sykepleier blant annet arbeide for en god praksis i forhold til å melde avvik. Avviksmelding kan bidra til å øke kvaliteten på tjenestetilbudet, ved at man signaliserer når noe er galt eller ikke fungerer optimalt i organisasjonen (Hauge, 2014).

Personalsammensetningen sykepleieren samarbeider med på sykehjemmet består blant annet av helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og leger. Legens stillingsstørrelse og dermed i hvilken grad legen er tilgjengelig på institusjonen, avhenger av størrelsen på sykehjemmet, og ellers sykehjemmets og kommunens prioriteringer i forhold til dette (Hauge, 2014).

## **2.7 I trygge hender 24-7**

«I trygge hender 24-7» er en videreføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, en pasientsikkerhetskampanje opprettet av Helsedirektoratet i 2011. Kampanjen er en paraply for mye av arbeidet som skjer innen kvalitetsforbedring i pasientsikkerhet i Norge. I trygge hender 24-7 kartlegger risikosoner hvor pasientsikkerheten er truet, og prioriterer ut i fra dette innsatsområder hvor det blir foreslått tiltak som kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, U.å.).

Riktig legemiddelbruk i sykehjem er et av innsatsområdene, da feil bruk av legemidler hvert år fører til mange unødige lidelser. Tiltakene som blir foreslått for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem er først at det blir gjennomført en tverrprofesjonell strukturert legemiddelgjennomgang ved innkomst, halvår og årskontroll. Neste tiltak går på å etablere struktur i pasientjournal, som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging. Videre foreslåes det å sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal innen 24 timer etter endringen. Siste tiltak handler om å sikre tverrfaglige undervisnings- og casemøter om optimal legemiddelbehandling av pasientene (Helsedirektoratet, U.å.).

### **3 Metode for oppgaven**

I metodekapittelet vil jeg ta for meg metoden som er anvendt, litteratursøk og søkshistorikk, kildekritikk og etiske vurderinger.

#### **3.1 Metode**

Metode er et middel eller et redskap for å tilegne seg ny kunnskap for å nå et mål når det er noe man vil undersøke (Dalland, 2017). Vilhelm Aubert referert i Dalland (2017) beskriver det i tillegg som en fremgangsmåte for å løse problemer, og at alle midler som bidrar til dette inngår som metoder. Oppgaven min er en litterær oppgave. Å utarbeide en litterær oppgave innebærer å innhente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017).

I min søken etter fagkunnskap har jeg brukt Oria, søkemotoren fra høgskolens bibliotek, for å skaffe litteratur som er aktuell for min problemstilling. Noen bøker ble hentet fra bibliotek på høgskolen, andre hadde jeg tilgang på allerede. Pensumbøker fra tidligere emner, og egen erfaring fra praksis er også anvendt. Nettsidene til Norsk Sykepleierforbund, Lovdata og Tidsskriftet ble brukt for å hente Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, lovverk og Tidsskrift for Den norske legeforening. Nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang fant jeg på helsebiblioteket. For å finne relevant forskningslitteratur har jeg utført søk i de ulike databasene Sykepleien Forskning, PubMed og CINAHL. Noen artikler fant jeg via kjedesøk, og søkte de deretter opp med tittel i Google Scholar.

I oppgaven ble det anvendt både kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse problemstillingen. Der kvantitativ metode yter data i form av målbare enheter, for eksempel forekomst, gir kvalitativ metode resultat som ikke lar seg tallfeste eller måle, eksempelvis meninger eller opplevelser (Dalland, 2017).

#### **3.2 Søkshistorikk**

Her vil jeg presentere hvordan jeg gikk fram for å finne forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven. Søkshistorikken presenteres i en tabell, før den videre blir utdypet i teksten under.

I utvelgelsen av artikler så jeg på titteloversikten, leste abstraktet på de artiklene jeg fant relevante, og gjorde deretter en elimineringsprosess. Andre artikler ble utelukket da de

fokuserte på situasjoner som ikke var aktuelle for min problemstilling, eksempelvis legemiddeladministrering, smertekartlegging, eller avmedisinering av spesifikke legemidler. Andre var uaktuelle da de belyste problemstillingen, men kun fra en lege eller farmasøytts perspektiv. Artikkene jeg valgte var de som jeg fant mest overførbare til min problemstilling og som belyser den på en interessant måte.

**Tabell 1 Søkshistorikk**

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Antall valgt
1.	2.12.19	Sykepleien/forskning	«Polyfarmasi sykehjem»	12	2007-2019, forskning	6	0
2.	2.12.19	Sykepleien/forskning	«Legemidler sykehjem»	116	2007-2019, forskning	31	1
3.	2.12.19	CINAHL	«Inappropriate prescribing» AND «Nursing homes»	130	2007-2019	124	0
4.	2.12.19	Google Scholar	Kjedesøk		Søkte på tittel	1	1
5.	5.12.19	PubMed	«Deprescribing nursing homes»	55	2007-2019	55	1
6.	10.01.20	Google Scholar.	Kjedesøk		Søkte på tittel	1	1

Da jeg fikk få relevante treff ved å bruke «polyfarmasi sykehjem» som søkeord i Sykepleien, valgte jeg å utvide søket ved å bruke «legemidler sykehjem» som søkeord. Her ble artikkelen «Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem» (Wannebo & Sagmo, 2013) innhentet. I CINAHL under søket «inappropriate prescribing AND nursing



home», fant jeg ingen tilfredsstillende artikler i henhold til problemstillingen. Artikkelen «Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes» (Schmidt & Svarstad, 2002) ble hentet via et kjedesøk i referanselisten til en studie som var referert til i en nyhetsartikkel i Sykepleien. «Perspectives of Health professionals towards deprescribing practice in Asian nursing homes» (Kua, Mak & Lee, 2019) fant jeg gjennom søket i PubMed, og artikkelen «Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long term care» (Palagyi, Keay, Harper, Potter & Lindley, 2016) var en av artiklene i referanselisten til Kua et al. (2019).

### **3.3 Kildekritikk**

I kildekritikken vurderes og karakteriseres aktuell litteratur ut i fra i hvilken grad den duger til å belyse og beskrive problemstillingen (Dalland, 2017). Her kan man eksempelvis undersøke forhold som kildens relevans, hvilken type tekst det er og hvilke kilder teksten baserer seg på, gyldighet og holdbarhet, og om kilden er fagfellevurdert (Søk & Skriv, 2019).

En av svakhetene med min oppgave kan være at tre av fire artikler er engelske. Misforståelser og feiltolkninger kan forekomme i oversettelsen, og viktige poeng fra artiklene kan gå tapt. Dette gjenspeiler en styrke med den norske artikkelen. Mens tre av artiklene er nyere enn 2012, er studien av Schmidt og Svarstad fra 2002. Dette kan svekke kvaliteten på oppgaven, da artikkelen kan bygge på utdatert kunnskap, og retningslinjer og praksis kan være endret og oppdatert i ettertid. I studien er kvaliteten på kommunikasjon mellom sykepleier og lege målt bare ut fra sykepleieres perspektiv. Dette kan svekke gyldigheten til studien, da kvaliteten på kommunikasjonen kunne hatt andre resultater dersom leger også var inkludert blant respondentene. Tidsskriftet den samme artikkelen er hentet fra scorer 2 på skala for fagfellevurdering, noe som på den andre siden representerer en stor styrke med artikkelen. To av artiklene er fra Asia (Kua et al., 2019) og Australia (Palagyi et al., 2016), hvilket kan indikere kulturelle forskjeller og utfordre overførbarheten til norsk helsevesen og til min problemstilling. Styrken er derimot at de to sistnevnte artiklene er de nyeste, fra 2019 og 2016, og dermed bygger på relativt oppdatert kunnskap og praksis. I studien til (Palagyi et al., 2016) blir ikke de ansatte som responderer i studien differensiert til ulike grupper, for eksempel sykepleiere og hjelpepleiere, og dette kan også svekke studiens overførbarhet til min oppgave.

Lite erfaring med søking etter forskningslitteratur kan ha ført til at relevante og aktuelle forskningsartikler kan ha gått tapt i søkeprosessen. Filtrering etter årstall kan ha bidratt ytterligere til dette. Litteraturen og forskningen jeg benytter meg av i oppgaven bygger på annen litteratur og forskning. Jeg har oppsøkt primærkilder, men grunnet begrenset tid har jeg også forholdt meg til sekundærkilder. Å ta utgangspunkt i sekundærkilde innebærer at man bygger oppgaven på andre sin tolkning av en annen kilde, noe som kan utfordre troverdigheten.

### **3.4 Etiske overveielser**

Høgskolen sine regler og retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt i utarbeidelsen av oppgaven. Dette inkluderer å anvende APA 6th norsk standard for referering. I tillegg til referanselisten, blir det referert fortløpende i teksten for ikke å fremstille andres arbeid som mitt eget. Der egne erfaringer er omtalt i oppgaven er pasienter og praksissted anonymisert og taushetsplikten respektert. Dette for å hindre at andre får kjennskap til andres sensitive opplysninger eller andre personlige forhold (Helsepersonelloven, 1999§ 21).

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Dette kapittelet gir en presentasjon av forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven. Funn fra forskningen viser at teoretisk kunnskap innen farmakologi og aldersfysiologiske forandringer, samt ferdigheter innen observasjon, kommunikasjon både overfor pasient- og pårørende og på tvers av profesjoner, kan styrke sykepleierens bidrag i å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem. På den andre siden viser funnene at mangelfull kunnskap, og passive holdninger blant leger og pårørende, kan svekke sykepleierens bidrag og hemme avmedisinering.

**Tabell 2 Resultater fra søk**

<b>Nr.</b>	<b>Forfatter, årstall</b>	<b>Tittel</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Funn</b>
<b>1.</b>	Wenche Wannebo, Lise Sagmo, (2013)	Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem	Sykepleien Forskning	Å kartlegge hvilke områder innen legemiddelhåndtering det kreves kunnskap- og kompetanseheving blant sykepleiere på sykehjem.	Kvantitativ metode: Spørreundersøkelse ble gjennomført ved 28 av 29 sykehjem i Nord-Trøndelag.	Respondentene oppgav stort behov for mer kunnskap på flere områder. 71% oppgav stort behov for økt kunnskap om aldersfysiologiske forandringer. Omtrent 60% oppgav behov for økt kunnskap om farmakologi. I underkant av 30% oppgav behov for mer kunnskap om bruk av Felleskatalogen.

2.	Ingrid K. Schmidt, Bonnie L. Svarstad, (2002)	Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes	Social Science & Medicine	Utforske om kvaliteten på kommunikasjonen mellom sykepleier og lege påvirker kvaliteten på bruk av psykotropiske legemidler i svenske sykehjem.	Kvantitativ metode: Det ble foretatt en kartlegging av pasienters atferdsforstyrrelser, og kvalitet på medisinbruk. Kvaliteten på kommunikasjonen mellom sykepleier og lege ble kartlagt gjennom spørreundersøkelse, med sykepleiere som respondenter.	Studien avdekker at god kvalitet på kommunikasjon mellom sykepleier og lege på sykehjem har positiv effekt på kvaliteten på medisinbruken. Tverrprofesjonell diskusjon har også positiv effekt på kvaliteten på medisinbruken.
3.	Chong-Han Kua, Vivienne SL Mak, Shaun Wen Huey Lee, (2019)	Perspectives of health professionals towards deprescribing practice in Asian nursing homes: a qualitative interview study	BMJ Open	Å undersøke faktorene som påvirker helsepersonell i sykehjem sine synspunkt og aksept for	Kvalitativ metode: Semi-strukturerte intervju med 9 sykepleiere, 4 leger og 4 farmasøyter.	Faktorer som kan fremme avmedisinering er god tverrprofesjonell kommunikasjon, systematisk avmedisineringspraksis, og ønske om å forbedre livskvaliteten hos pasienter med begrenset livstid.

				avmedisiner ing, med fokus på kunnskap, praksis og holdning.		Faktorer som kan hemme avmedisiner ing er at symptomer ikke blir anerkjent som mulig legemiddel relaterte, og manglende kjennskap til pasient og pårørendes preferanser.
4.	Anna Palagyi, Lisa Keay, Jessica Harper, Jan Potter and Richard I. Lindley, (2016)	Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribin g in long- term care	BMC Geriatrics	Utforske oppfatninge r om medisinbruk og avmedisiner ing i langtidsoms orgsfasilitet er i Australia.	Kvalitativ metode: Fokusgruppe- intervjuer med allmennleger, ansatte, pasienter og deres pårørende i langtidsoms orgsfasiliteter. Farmasøyter deltok på semi- struktureerte intervju.	Barrierer for avmedisiner ing kan være ansatte og pårørendes manglende kunnskap om legemiddelbe handlin g og legemiddel relaterte problemer, legers manglende selvtillit på området, og strukturelle rammer på sykehjem met, som antall arbeidsopp gaver, begrenset tid og lav bemanning.

## 5 Diskusjon

Den eldre pasienten er på grunn av høyt legemiddelforbruk og aldersfysiologiske forandringer utsatt for legemiddelrelaterte problemer (Spigset, 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1a) gir pasienter rett på nødvendig og verdig helsehjelp. Sykepleier skal imøtekomme dette behovet ved å fremme helse og forebygge sykdom, i tillegg til å påse at sykepleiepraksisen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 1.3, 2.1). Da polyfarmasi, i form av bruk av legemidler som ikke er nødvendige, kan bidra til å påføre pasienter ytterligere komplikasjoner og helseskade, inngår det i sykepleierens tertiærforebyggende funksjon å forebygge dette (Nortvedt & Grønseth, 2016). Forskning avdekker at sykepleiere mangler tilstrekkelig kunnskap for å sikre optimal legemiddelbehandling for eldre (Kua et al., 2019; Palagyi et al., 2016; Schmidt & Svarstad, 2002; Wannebo & Sagmo, 2013). På bakgrunn av dette vil jeg drøfte problemstillingen

Hvilken kunnskap må sykepleier ha for å kunne bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem?

### 5.1 Sykepleierens behov for kunnskap om legemiddelbehandling og eldre

Sykepleierens assisterende rolle i medisinsk behandling i kombinasjon med eldre menneskers økende legemiddelforbruk setter krav til at sykepleier må ha kunnskap om farmakologi (Nortvedt & Grønseth, 2016; Spigset, 2013). Etter kunnskap fra Kristoffersen (2016a) er det grunn til å tro at farmakologi kan være et eksempel på teoretisk kunnskap i sykepleierens kunnskapsgrunnlag. Farmakologien er dermed avgjørende for et godt grunnlag, men er ikke alene tilstrekkelig for utøvelsen av sykepleien (Kristoffersen, 2016a). Med sin brede pasientkontakt er det en viktig forutsetning at sykepleiere innehar kunnskap om virkning og bivirkning av legemidler (Nordeng & Spigset, 2013). Nye legemidler dukker stadig opp på markedet, og Norsk sykepleierforbund (1983, 1.4) sine yrkesetiske retningslinjer pålegger sykepleiere å holde seg oppdatert innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Dette for å sikre best mulig behandling til pasientene.

En studie gjort av Wannebo og Sagmo (2013) viser at sykepleieres oppdaterte kunnskap om legemiddelbehandling og eldre er mangelfull. I studien ble det kartlagt hvilke områder sykepleierne selv opplever at det trengs økt kunnskap om for å optimalisere legemiddelbehandlingen. Av 262 respondenter oppgav 60% behov for økt teoretisk kunnskap

om farmakologi. Funnene i Wannebo og Sagmo (2013) sin studie om at sykepleiere kan mangle farmakologikunnskap, understøttes av funn i en studie gjort av Palagyi, Keay Harper, Potter og Lindley (2016). Hensikten med denne studien var å utforske oppfatninger om medisinbruk og avmedisinering på langtidsomsorgsfasiliteter i Australia. Leger og farmasøyter som responderte i studien uttrykte at en barriere til avmedisinering kan være sykepleieres manglende kunnskap om legemiddelbehandling, bivirkninger og håndtering av disse. Legene mente sykepleiernes mangelfulle kunnskap tynget deres egen ansvarsbyrde, så vel som å komplisere legemiddelbehandlingsprosessen. Felleskatalogen (U.å.) er en god kilde for å tilegne seg farmakologisk kunnskap. I Wannebo og Sagmo (2013) sin studie fremkom det at i underkant av 30% av sykepleierne opplevde manglende kunnskap om bruk av Felleskatalogen. Behovet for økt kunnskap hang sammen med at informasjon var vanskelig både å finne og forstå. Etter mitt syn kan manglende kunnskap om bruk av Felleskatalogen svekke sykepleierens farmakologikunnskap ytterligere.

Den eldre pasientgruppen kan i følge Ranhoff (2014) ha komplekse sykdomsbilder, ettersom både aldersforandringer, komorbiditet og polyfarmasi kan spille inn. Pasientens symptomer kan fremtre som diffuse og gjøre det vanskelig å skille ut hvilke som er legemiddelrelaterte. Kua, Mak og Lee (2019) utforsker i sin studie hvilke faktorer som bidrar til å fremme og hemme avmedisineringspraksis i asiatiske sykehjem. En av faktorene som hindret avmedisinering var nettopp dette at symptomer ikke ble anerkjent som potensielt legemiddelrelaterte. Ranhoff og Engh (2014) formidler at en fare ved dette er at symptomer kan bli oppfattet som tegn på ny sykdom, hvilket indikerer ny legemiddelbehandling. Dette kan påføre pasienten unødig lidelse og belastning, noe som står i kontrast til sykepleierens tertiærforebyggende ansvar (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ut fra funnet i studiene til Kua et al. (2019) og Palagyi et al. (2016) er det grunn til å tro at god kunnskap om aldersforandringer vil kunne styrke sykepleierens bidrag i prosessen med å skille symptomer fra hverandre, da legemiddelrelaterte problemer kan være lettere å plukke opp dersom aldersforandringer kan elimineres. I studien av Wannebo og Sagmo (2013) uttrykte sykepleierne likevel at også denne kunnskapen var mangelfull. 71% av respondentene etterlyste økt teoretisk kunnskap om aldersfysiologiske forandringer.

## 5.2 Sykepleierens behov for observasjonsferdigheter

Nightingale uttrykte at forebygging var en viktig del av sykepleiers overordnede mål. Sykepleier skulle gripe inn i omgivelsene og fjerne hindringer for pasientens heldbredelsesprosess (Kirkevold, 1998). Dette understøttes av sykepleierens behandlende funksjon, hvor sykepleier skal søke å redusere pasientens problemer og opplevelse av ubehag (Nortvedt & Grønseth, 2016). Å gripe inn i medisinerbruk kan virke selvmotsigende da hensikten med legemiddelbehandling nettopp er å behandle, forebygge eller lindre sykdom (Legemiddeloven, 1992, § 1). Likevel har vi sett at unødvendig bruk av flere medikamenter kan opptre som et miljømessig forhold som i følge Nightingale fremskynder sykdom og utgjør dens eksistensgrunnlag (Helsedirektoratet, U.å.; Rognstad, 2014; Skretkowicz, 1997). En forutsetning for forebygging er observasjon (Skretkowicz, 1997). Nortvedt og Grønseth (2016) beskriver hvordan observasjon inngår som innsamling av data i sykepleieprosessen og er en sentral del av sykepleierens behandlende funksjon. Videre sies det at observasjonene er avgjørende for å kunne vurdere og evaluere om legemiddelbehandlingen fungerer til sin hensikt. I trygge hender 24-7 (Helsedirektoratet, U.å.) vektlegger også observasjon i et av sine tiltak, hvor det formidles at sikker oppfølging av legemiddelforskrivninger med faglige observasjoner, vurderinger og dokumentasjon skal bidra til å sikre færre feil i legemiddelbruken på sykehjem.

For å kunne observere må sykepleier ha sanselig forståelse og klinisk blikk, og iverksette syn hørsel, lukt og berøring for å kunne oppfatte informasjon om pasientens helsetilstand (Kristoffersen, 2016a). Selv om observasjon utgjør en praktisk kunnskap gjennom handling, var Nightingale opptatt av at sykepleier måtte ha teoretisk kunnskap i bunn for at observeringen skulle tjene til sin hensikt (Kristoffersen, 2016a; Skretkowicz, 1997). Først og fremst må sykepleier vite *hva* som skal observeres og hvilke observasjoner som er av betydning i den gitte sammenheng. Dette understøttes av Molander og Smebys (2013) tanker om at praktisk kunnskap var knyttet til den som utøvde handlingen og den gitte situasjonen. Videre er det avgjørende med kunnskap om hva observasjonene er tegn på: bedring, forverring eller forsømmelse (Skretkowicz, 1997). Det er rimelig å anta at det innen legemiddelbehandling vil være observasjoner som tegner til at legemidlene har ønsket eller uønsket effekt, som vil være relevant for sykepleier. Et konkret observasjonseksempel fra egen erfaring er at sykepleier observerer at en pasient har økt fallrisiko. Dette kan bunne i bivirkning som følge av forsterket effekt av blodtrykkssenkende legemidler, som kan gi ortostatisk hypotensjon, økt svimmelhet og dermed høyere fallfare.



### 5.3 Sykepleierens rolle i tverrprofesjonelt samarbeid

I følge forsvarlighetsparagrafen i Helsepersonelloven (1999, § 4) skal sykepleier sørge for faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette inkluderer å innhente bistand der hvor dette er det mest forsvarlige for pasienten. Personalsammensetningen på sykehjemmet er vid, og sykepleier arbeider tett sammen med flere ulike yrkesgrupper (Hauge, 2014). Kristoffersen (2016b) og Orvik (2015) beskriver det tverrprofesjonelle samarbeidet som avgjørende for å sikre høy kvalitet i pasientforløpet, og teamet arbeider sammen, med pasientens beste som mål. De yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund (1983, 4.1) pålegger sykepleiere å fremme gode samarbeidsforhold i det tverrprofesjonelle fellesskapet. I studien til Kua et al. (2019) er godt tverrprofesjonelt samarbeid en av faktorene som bidrar til å fremme avmedisinering. Flere av respondentene i studien var enige om at kommunikasjon var avgjørende i avmedisineringsprosessen, da legen kjenner pasientens helhetlige tilstand, farmasøytene er ekspert på legemidlene, og sykepleierne overvåker legemidlenes bivirkninger og effekt. Dette understøttes av funn i en studie gjort av Schmidt og Svarstad (2002) hvor det ble forsket på sammenhengen mellom kvaliteten på bruk av psykotropiske legemidler og kommunikasjon mellom sykepleier og lege på sykehjem. Et av funnene i studien var at diskusjoner i det tverrprofesjonelle rom med kartlegging av pasientenes legemiddelbehandling økte kvaliteten på forordningen av medisiner på sykehjemmet.

Etter Forskrift om legemiddelhåndtering (2008, § 5a) er legemiddelgjennomgang lovpålagt ved langtidsopphold i sykehjem, og her kan samarbeidet ofte foregå mellom sykepleier, lege og eventuelt farmasøyt (Helsedirektoratet, 2015). Legemiddelgjennomgangen, som skal tilse at helhetsbildet av legemiddelforskrivningen er best mulig, skal skje ved innkomst, én gang årlig, og ellers av hensyn til forsvarlig behandling. Dette er i tråd med I trygge hender 24-7 sine forslag til tiltak, men pasientsikkerhetskampanjen foreslår ytterligere halvårskontroll i tillegg (Helsedirektoratet, U.å.). Sykepleier har et viktig ansvar for å gi beskjed når det er ytterligere behov for legemiddelgjennomgang og se til at behandlingen er faglig forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 1.3, 2.1). I studien til Kua et al. (2019) blir det formidlet at systematisert praksis for avmedisinering bidrar til å fremme avmedisineringspraksis og forebygge polyfarmasi. Etter mitt syn vil legemiddelgjennomgang kunne fungere som en god avmedisineringspraksis, dersom den tjener til sitt fulle potensiale og sykepleier melder fra ved ytterligere behov for gjennomgang. Realitetsbildet kan derimot være nyansert og svekke troverdigheten til legemiddelgjennomgang som egen praksis. Tall fra nasjonal kvalitetsindikator fra Helsedirektoratet (2018) har målt hvor mange beboere på 67 år og eldre

i langtidsavdeling på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang i 2018. Resultatet viser at 54,5% av sykehjemsbeboerne fikk dokumentert legemiddelgjennomgang, 2,9% ble vurdert til ikke å være relevant, mens 42,7% ikke fikk legemiddelgjennomgang. Selv om resultatene kan være påvirket av feilkilder som eksempelvis underrapportering grunnet fattig dokumentasjon, avslører likevel tallene betydelig forbedringspotensiale for alle i det tverrprofesjonelle teamet, inkludert sykepleier.

Legemiddelbehandlingen skal også dokumenteres og evalueres. Sykepleiere er etter Helsepersonelloven (1999, § 39) pålagt å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasient eller hjelpen som gis. For å trekke konklusjoner omkring sykepleie og behandling som er gitt, er dokumentasjon av observasjoner selve grunnlaget i følge Nightingale referert i Selanders (1995). I trygge hender 24-7 (Helsedirektoratet, U.å.) understreker viktigheten av god dokumentasjon ved å foreslå praksis med en strukturert pasientjournal som skal sikre dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging. En farmasøyt i studien til Palagyi et al. (2016) mente at det sentrale for sykepleiere ikke var å kjenne alle medisinene med spesifikke detaljer. Det essensielle var derimot å gi informasjon om den enkelte pasient som var riktig dokumentert så informasjonen kunne brukes videre.

I følge Kristoffersen (2016b) er bidragene fra de ulike yrkesgruppene i det tverrprofesjonelle samarbeidet likeverdige stilt. I en eksperimentell studie gjort av Hofling, Brotzman, Dalrymple, Graves og Pierce referert i Schmidt og Svarstad (2002), ble det undersøkt hvor langt et visst antall sykepleiere var villige til å følge legens forordning og stole blindt på legens autoritet. Legens beskjed var å gi et legemiddel, som var ukjent for deltakerne, i en tydelig farlig dose. Resultatet fra studien viste at 21 av 22 sykepleiere var villige til å følge legens ordre. Funnet utfordrer påstanden om at bidragene fra de ulike profesjonene er likeverdige stilt. Man kan anta at dette vitner om et behov for et bevisst forhold til at hierarkiske forskjeller kan true pasientsikkerheten. I slike tilfeller er sykepleierens grad av moralsk kompetanse avgjørende. Sykepleierens evne til å vurdere og handle riktig i den enkelte situasjon uavhengig av ordre fra andre profesjoner, kan ha betydelig positiv effekt på pasientens helsetilstand (Kristoffersen, 2016a).

#### **5.4 Sykepleierens behov for kommunikasjonsferdigheter**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) gir pasienter og den som har krav på dette, rett på informasjon og innsikt i egen helsetilstand og helsehjelp. Vedrørende legemiddelbehandling er sykepleiere etter Helsepersonelloven (1999, § 10) pålagt å informere om hvilke legemidler som gis, hensikten med disse, og hvilke bivirkninger som kan følge. Pasienten har rett til å medvirke ved valg av egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

I tillegg til å skaffe seg oppdatert kunnskap om pasientens somatiske helsetilstand, bør sykepleier observere og innhente data om pasientens preferanser vedrørende polyfarmasien (Kua et al., 2019). I Kua et al. (2019) sin studie var manglende kunnskap om pasienten og pårørendes preferanser nok en faktor som svekket avmedisineringspraksisen. Det fremkom at av pasientens egne ressurser, ble pasientens evne til å svelge tillagt større fokus enn pasientens personlige preferanser i valg av medisiner. Dette kan komme av flere årsaker. En grunn kan være at pasienter kan ha manglende evne til å kommunisere som følge av nedsatt fysisk kapasitet eller nedsatt kognitiv funksjon (Hauge, 2014). Dette kan utfordre kommunikasjonen og gjøre det vanskelig for pasienten å formidle egne ønsker. I følge Nightingale skulle sykepleieren gjennom grundig observasjon være i stand til å oppfatte pasientens behov uten at pasienten trengte å ytre hva behovet var (Skretkowicz, 1997). For å kunne plukke opp disse signalene må sykepleier også her anvende sin sanselige forståelse og sitt kliniske blikk, for å innhente informasjon om pasientens behov (Kristoffersen, 2016a). Selv om kommunikasjon med pasienten kan by på utfordringer, vitner Nightingale om at pasientens ønsker og behov like fullt skal tas på alvor og ikke bli oversett (Skretkowicz, 1997). Etter pasientens rett til medvirkning, har sykepleier en samsvarende plikt til å legge til rette for at pasienten skal få sine preferanser medregnet i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Informasjonsretten til pasienter og pårørende reflekteres i sykepleierens undervisende funksjon. Her skal informasjon, undervisning og veiledning bidra til å trygge og hjelpe pasienter til å forstå og mestre konsekvens av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). I studien til Palagyi et al. (2016) fremtrer en passiv holdning blant pårørende som en av barrierene til avmedisineringspraksisen og som bidrar til å opprettholde polyfarmasi. Studien synliggjør at den kritiske holdningen kan komme som følge av mangel på tilstrekkelig kunnskap. Både pasienter og pårørende hadde mer styr på hvor mange «piller» som skulle tas

enn indikasjon, og flertallet hadde minimal kjennskap til uheldige legemiddelrelaterte problemer. Det kan antas at dette virket inn på det faktum at noen pårørende hvilte all sin tillit på legens avgjørelse. At legen etter Forskrift om legemiddelhåndtering (2008, § 4) har siste ord i medisinske behandlingsspørsmål, kan underbygge pårørendes holdning omkring dette. Legene på sin side opplevde det vanskeligere å seponere legemidler i de tilfellene hvor pårørende hadde forventning om at legemidlene holdt slektingene deres i live. Pårørendes forventning her kan stå i kontrast til helsepersonell sin oppfatning. I Kua et al. (2019) sin studie var det at pasienten hadde begrenset livstid en faktor som i følge både sykepleiere, leger og farmasøyter fremmet avmedisineringspraksis. Dette da visse legemiddelgrupper var uten bevis om kliniske gevinst i denne delen av livsforløpet, og da pasientens livskvalitet var like viktig å prioritere. Pasient- og pårørendes manglende kunnskap vedrørende legemiddelbehandlingen, svekker tilliten til sykepleierens undervisende funksjon som skal sørge for tilstrekkelig kunnskap om helsetilstand og innhold i helsehjelpen, deriblant mulige risikoer og bivirkninger (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Nortvedt & Grønseth, 2016; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

I studien til Schmidt og Svarstad (2002) kom det frem at god kvalitet på kommunikasjon mellom sykepleier og lege på sykehjemmet hadde en betydelig positiv innvirkning på kvaliteten på bruk av psykotropiske legemidler. Kvaliteten på kommunikasjonen ble målt ut i fra grad av relevans, tilfredshet, åpenhet, gjensidig forståelse, og frustrasjon ved interaksjon. Det kom også frem at det var stor variasjon i kvaliteten på kommunikasjon blant de ulike sykehjemmene som deltok. Variasjonen kan understøttes ved å se kommunikasjon som praktisk kunnskap, hvorav det er knyttet til utøveren og brukssituasjonen (Molander & Smeby, 2013). Kommunikasjon er ikke en generell teoretisk kunnskap, selv om også kommunikasjon er avhengig vekselvirkning mellom tilfang av teoretisk kunnskap og praktisk erfaring (Kristoffersen, 2016a). At legene kan ha variert stillingsstørrelse på sykehjemmet legger økt press på at kvaliteten på kommunikasjonen mellom sykepleier og lege må være høy (Hauge, 2014).

## **5.5 Sykepleier som faglig leder på sykehjem**

Som faglig leder på sykehjemmet har sykepleier i følge Hauge (2014) i tillegg til egen pasient- og pårørendekontakt og dokumentasjon, ansvar for å lede pleieteamet, og å drive med fagutvikling og kvalitetsarbeid. Dette skal bidra til god kvalitet i det samlede tjenestetilbudet

på sykehjemmet. Hauge (2014) beskriver hvordan sykepleier som en del av det å lede pleieteamet skal fordele arbeidsoppgavene innad i avdelingen, slik at ansattes kunnskaper og kompetanse kan imøtekomme pasientenes behov på en hensiktsmessig måte. Sykepleier skal sikre tilstrekkelig opplæring der det er behov, og på den måten sikre en høy faglig standard i tjenestetilbudet. Morgenstellet er et eksempel på en arbeidsoppgave hvor det egner seg å observere pasientene og være årvåken på eventuelle legemiddelrelaterte symptomer (Brodtkorb, 2014; Hauge, 2014). Grunnet begrenset tid og kapasitet har ikke sykepleier mulighet til å gjøre egne observasjoner hos alle pasientene ved morgenstellet. Støtt hos noen av pasientene kan dermed bli delegert til medarbeidere eller studenter med mindre krav til forkunnskaper om emner som farmakologi. Sykepleier har da etter sin undervisende funksjon et ansvar for å veilede og undervise kolleger og studenter med den hensikt å sikre forsvarlig behandling til pasientene (Kristoffersen et al., 2016). Her må sykepleier tydeliggjøre hva de ansatte skal se etter, og hvilke observasjoner som må dokumenteres. Dette er i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 39), som pålegger dokumentasjon fra den som yter den konkrete hjelpen, ikke av samarbeidende parter.

Sykepleiernes fagutviklende rolle skal bidra til å opprettholde høy faglig standard, og utforske nye måter å løse problemer som oppstår i institusjonen på (Hauge, 2014). Et eksempel på fagutvikling kan være I trygge hender 24-7 sitt fjerde forslag, nemlig å sikre tverrfaglige case- og undervisningsmøter hvor optimal legemiddelbehandling av pasientene er tema (Helsedirektoratet, U.å.). I studien til Palagyi et al. (2016) kommer det frem at leger kan ha varierende selvtillit i det å seponere legemidler og dermed vise en passiv holdning til avmedisinering. Etter mitt syn vil case- eller undervisningsmøter i tillegg til fagutvikling kunne bidra til å styrke kompetansen og selvtilliten omkring legemiddelbehandling og avmedisinering, ikke bare for sykepleier, men for flere av deltakerne i det tverrfaglige teamet.

I kvalitetsarbeidet er sykepleierens oppgave blant annet å signalisere når noe er feil i organisasjonen, og på den måten bidra til bedre praksis (Hauge, 2014). I studien til Palagyi et al. (2016) kom tidsbegrensning og lav bemanning frem som en barriere for avmedisinering, og strukturelle rammer kan dermed bidra til å opprettholde uhensiktsmessig polyfarmasi. Pårørende bekymret seg også for dette. De var redd sykepleiernes tidspress kombinert med for mange arbeidsoppgaver på sykehjemmet, ville føre til at de manglet tilstrekkelig tid til å gjøre observasjonene som trengtes for å identifisere legemiddelrelaterte problemer hos deres slektninger. Tidspress og for lav bemanning i forhold til antall arbeidsoppgaver kan være en

organisatorisk utfordring hvor sykepleier har ansvar for å melde fra, særlig dersom dette går utover det forsvarlige for pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 1983, 1.3). Her er sykepleieren avhengig av moralsk kompetanse og evne til å kritisk reflektere over situasjonen for å kunne gripe inn (Kristoffersen, 2016a). Det etiske kompasset for sykepleier peker mot å fremme menneskelige verdier og se til at etiske prinsipper blir ivaretatt, og dermed sørge for at strukturelle rammer legger til rette for det samme. Sykepleier er lovpålagt etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-1, § 4-2) å se til at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

## 6 Avslutning

Formålet med denne oppgaven var å undersøke hvilken kunnskap sykepleier må ha for å kunne bidra til å forebygge polyfarmasi og fremme avmedisinering på sykehjem. Dette da bruk av unødvendige legemidler og legemiddelinteraksjoner kan føre til legemiddelrelaterte problemer hos den eldre pasienten. Forebygging av polyfarmasi er et relevant fokus for sykepleiere, da de etter sin behandlende og forebyggende funksjon skal søke å redusere pasientens problemer, og forhindre at nye unødige kommer til.

Oppgaven belyser flere aktuelle kunnskapsområder som er relevant for sykepleier for å kunne bidra til å optimalisere legemiddelbehandlingen. Kunnskap om legemidler og eldre legger et viktig teoretisk grunnlag. Videre trenger sykepleier både teoretisk og praktisk kunnskap om observasjon av pasientens helsetilstand, og av legemiddelrelaterte symptomer. Sykepleier er avhengig av å kunne videreformidle sine observasjoner i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og har ansvar for å etterlyse legemiddelgjennomgang når dette er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Bred pasient- og pårørendekontakt indikerer sykepleierens behov for kommunikasjonsferdigheter. Dette da eldre pasienter på langtidsavdeling kan ha vanskeligheter med å formidle egne preferanser, og pårørende kan ha mangelfull kunnskap om legemiddelbehandling. Kommunikasjonsferdighetene kommer til nytte også på tvers av profesjoner, noe forskning viser kan ha positiv innvirkning på legemiddelbehandlingen. I henhold til sin rolle som faglig leder på sykehjemmet, må sykepleier inneha kunnskap om den faglige kompetansen til sine medarbeidere, og evne å lede pleieteamet på en måte som imøtekommer pasientenes behov og oppfølging av medisinsk behandling på best mulig måte. Å oppfordre til tverrfaglige undervisnings- og casemøter vil kunne bidra til fagutvikling, samt styrke fagkompetansen for flere profesjoner.

I sin rolle som faglig leder på sykehjemmet inngår også sykepleier sitt ansvar for kvalitetsarbeid og å se til at virksomheten arbeider for det samme. Forskning synliggjør at kontekstuelle rammer kan svekke tilbudet i helsetjenesten. Lav bemanning og tidspress kan føre til at sykepleier ikke får tilstrekkelig tid til å gjøre nødvendige observasjoner for å plukke opp legemiddelrelaterte problemer og symptomer på bivirkning. Dette kan bidra til å opprettholde uhensiktsmessig polyfarmasi og hindre optimal legemiddelbehandling hos den eldre pasienten. Med dette som grunnlag vil det være avgjørende at sykepleier også innehar

tilstrekkelig kunnskap om både eget og virksomhetens faglige, etiske og juridiske ansvar for å sørge for en forsvarlig praksis.



## 7 Referanseliste

- Brodtkorb, K. (2014). Stellet - mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 174-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bushardt, R. L., Massey, E. B., Simpson, T. W., Ariail, J. C. & Simpson, K. N. (2008). Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 383-389. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/CIA.S2468>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Felleskatalogen AS. (U.å.). Om Felleskatalogen. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/om-felleskatalogen>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Granås, A. G., Bakken, M. S., Ruths, S. & Finckenhagen, M. (2018). Deprescribing = avmedisinering. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0845>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2015). Veileder om legemiddelgjennomganger. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legemiddelgjennomganger/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/dabc9103-bba9-4a92-9382-12e6f9160e2d:5850d4e841293ea9caeab645a9dfe0f3a3d5ca74/Legemiddelgjennomganger%20-%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-på-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (U.å.). I trygge hender 24-7. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kua, C.-H., Mak, V. S. & Lee, S. W. H. (2019). Perspectives of health professionals towards deprescribing practice in Asian nursing homes: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 9, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030106>
- Legemiddeloven. (1992). *Lov om legemidler m.v.* (LOV-1992-12-04-132). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132>
- Lindseth, A. (2015). Svarevne og kritisk refleksjon - Hvordan utvikle praktisk kunnskap? I J. McGuirk & J. Methi (Red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning* (s. 43-60). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molander, A. & Smeby, J.-C. (Red.). (2013). *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordeng, H. (2013). Grunnleggende kunnskap: hva er legemidler, og hvordan brukes de? I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 23-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). (2013). *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (1983). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Olsen, R. M. & Devik, S. A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. *En oppsummering av kunnskap, 1*, 1-52. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2415062/Legemiddelbruk%20og%20pasientsikkerhet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Palagyi, A., Keay, L., Harper, J., Potter, J. & Lindley, R. I. (2016). Barricades and brickwalls - a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatrics, 16*(15), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-016-0181-x>
- Parsons, C., Lapane, K., Kerse, N. & Hughes, C. (2011). Prescribing for older people in nursing homes: a review of the key issues. *International Journal of Older People Nursing, 6*, 45-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00264.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reeve, E., Gnjidic, D., Long, J. & Hilmer, S. (2015). A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *British Journal of Clinical Pharmacology, 80*(6), 1254-1268. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bcp.12732>
- Rognstad, S. (2014). Mange legemidler til eldre - det er fali', det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0585>
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schmidt, I. K. & Svarstad, B. L. (2002). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine, 54*, 1767-1777. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00146-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00146-0)

- Selanders, L. C. (1995). *Florence Nightingale, Dorothea Orem, Ida Jean Orlando*. Lund: Studentlitteratur.
- Skretkowicz, V. (Red.). (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spigset, O. (2013). Eldre og legemidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 333-339). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spigset, O. & Slørdal, L. (2013a). Bivirkninger. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 67-75). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spigset, O. & Slørdal, L. (2013b). Farmakokinetikk. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., bd. 3, s. 55-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Søk & Skriv. (2019). Kvalitative vurderinger. Hentet fra <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/>
- Wannebo, W. & Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 8, 26-34.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0006>