



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-08-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Slutt dato:</b>	31-08-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2020 HØST1		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 302

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten: Hvordan ivareta pasientsikkerheten?

**Antall ord \*:** 8240

**Engelsk tittel \*:** Medication management in home care: How to ensure patient safety?

**Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:** Nei

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt \*:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten:

Hvordan ivareta pasientsikkerheten?

Medication management in home care:

How to ensure patient safety?

**Kandidatnummer: 302**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 31.08.20 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Sammendrag

## Nøkkelord:

Legemiddelfeil	Pasientsikkerhet
Legemidler	Hjemmesykepleie
Medisinhandling	

## Tittel

Legemiddelhandling i hjemmetjenesten: hvordan ivareta pasientsikkerheten

## Bakgrunn for valg av tema

Legemiddelhandling er et viktig ansvarsområde for sykepleiere. Som sykepleier er man utdannet til å alltid jobbe på en faglig forsvarlig måte. Dersom det skjer feil i legemiddelhandlingen kan dette ha store konsekvenser og gå utover pasientsikkerheten.

## Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientsikkerheten ved medikamenthandling i hjemmetjenesten?»

## Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan legemiddelhandling i hjemmetjenesten foregår, hvilke ansvar man har som sykepleier og hvordan ivareta pasientsikkerheten. Jeg vil anvende forskning til å identifisere og drøfte områder hvor feil i legemiddelhandling skjer, og om det finnes muligheter å forbedre disse områdene.

## Metode

For å finne svar på oppgavens problemstilling brukes litteraturstudie som metode.

## Funn

Forskningen avdekket flere områder hvor det kunne oppstå svikt i medikamenthandlingen og var en trussel til pasientsikkerheten. Disse områdene inkluderer dårlig kompetanse, travle hverdager, dårlig informasjonsutveksling mellom de ulike instansene, og dårlige rutiner.

## Oppsummering

Som sykepleier møter man mange utfordringer når man arbeider med legemidler. For å kunne ivareta pasientsikkerheten kreves det at sykepleier har gode kunnskaper om legemidler og rutiner rundt handling av disse, har gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å samarbeide med ulike instanser, kjenne til bruk av kvalitetssikringssystemer som avvik, og evnen til å være fleksibel i en travle hverdag.

## Summary

### Key words:

Medication error	Patient safety
Medication	Home care
Medication management	

### Title

Medication management in home care: how to ensure patient safety

### Background

Managing medications is one of the key areas of responsibilities as a nurse. As a nurse one is trained to always work after professional and safe standards that are grounded in science. Errors in medication management can have huge consequences and is can pose a threat to a patient's safety.

### Question

«How a nurse can ensure patient safety during medication management in a home health care setting?»

### Aim

The aim of this paper is to gain insight in how medication management in a home health care setting operates, and what responsibilities a nurse has based on the law. The paper will also utilize research to investigate areas where medication errors occur, to discuss areas that can be improved, and to ensure professional accountability and patient safety whilst handling medication.

### Method

The method used to answer the paper's problem is a literature study.

### Results

The research revealed several areas where medication errors potentially could occur, which is a threat to the patient's safety. These areas include lack of knowledge, busy workdays, poor exchange of information with other health services, and bad work routines.

### Conclusion

A nurse faces many challenges when working with medication. To ensure patient safety a nurse must have good knowledge of medication and the routines of how to handle them, have good communication skills and be able to work together within the different sections of health care, can use tools of quality assurance such as reporting discrepancies, and the ability to be flexible in ones work during a busy day.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
1.1	Presentasjon av tema	4
1.2	Problemstilling	5
1.3	Hensikt og avgrensing	5
1.4	Definisjoner	6
<b>2.0</b>	<b>Teori</b>	<b>6</b>
2.1	Eldre og legemidler	6
2.2	Legemiddelhåndtering	7
2.3	Sykepleiers ansvar og faglig forsvarlighet	9
2.4	Pasientsikkerhet	10
2.4.1	Pasientsikkerhet type 1 og type 2	11
<b>3.0</b>	<b>Metode</b>	<b>11</b>
3.1	Litteraturstudie som metode	11
3.2	Fremgangsmåte	12
3.3	Metodekritikk	13
<b>4.0</b>	<b>Funn</b>	<b>13</b>
	Artikkel 1	13
	Artikkel 2	14
	Artikkel 3	15
	Artikkel 4	16
<b>5.0</b>	<b>Drøfting</b>	<b>17</b>
5.1	Sykepleiers kunnskap om legemidler	17
5.2	Sykepleiers rolle og ansvar i hjemmetjenesten	19
5.3	Rutiner og avvikshåndtering	21
5.4	Utfordringer i hjemmetjenesten	23
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>24</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>26</b>
<b>8.0</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>28</b>
8.1	Vedlegg 1	28

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon av tema

Medikamenthåndtering kan være utfordrende for sykepleiere, og feil kan få store konsekvenser. For å belyse alvorligheten av hvor viktig det er med gode kunnskaper om medikamenter, får sykepleierstudenter ikke gi medisiner i praksis før de har fått 100% på prøven i legemiddelregning. Ingen feil er tillat. Jeg var i praksis i hjemmetjenesten i to måneder og erfarte at det oppsto avvik relatert til medikamenthåndtering nesten hver uke. Dette opplevde jeg at påvirket tjenestekvaliteten og dermed pasientsikkerheten betraktelig. Som sykepleier er det flere utfordringer en står ovenfor i hjemmetjenesten; dagene kan være travle og det kan være underbemanning – særlig med sykepleiere. En har også ofte fulle arbeidslister som fører til at man har et begrenset tidsrom man er i kontakt med pasientene. Dette fører til et tidspress som kan være med å påvirke måten sykepleiere jobber, og håndterer medikamenter.

Antall pasienter som mottar hjemmesykepleie har mer enn femdoblet seg siden 1992 og det er hovedsakelig eldre over 80 år som står for den største økningen (Birkeland & Flovik, 2016, s. 16). Ifølge statistikken til SSB var det i slutten av 2019, ca. 163.231 personer som mottok tjenester i hjemmet (enten praktisk bistand, hjemmesykepleie, eller begge deler). Dette er en økning på 3,6% fra året før, og en økning på 12,7% fra 2015. Av dem som mottar tjenester i hjemmet har ca. 102.112 kun hjemmesykepleie (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Årsaken til at antallet personer som mottar hjemmetjenester øker har en sammenheng med at mennesker generelt lever lengre, høyere overlevelse etter sykdom, og at det stadig utvikles bedre behandlingsmetoder. Samtidig som vi ser en økning i antall mennesker som har behov for hjemmesykepleie, så har antall sykehussenger og kommunale institusjonsplasser blitt redusert som følge av samhandlingsreformen. I tillegg ser vi at varigheten for tjenester som korttidsopphold, oppfølging etter sykehusopphold og avlastning for omsorgspersoner har blitt redusert (Birkeland & Flovik, 2016, s. 17). De siste årene har man også sett at spesialisthelsetjenesten har blitt enda mer spesialisert og effektivisert. Sammen med kortere liggetid på sykehus fører dette til at kommunehelsetjenesten, særlig hjemmetjenesten, nå får pasienter som har et mer krevende og sammensatt sykdomsbilde (Birkeland & Flovik, 2016, s. 17). For sykepleiere i hjemmetjenesten betyr dette at det er økende behov for relevant

kompetanse om eldre, sykdommer og legemidler. I tillegg til dette, ettersom hjemmesykepleie utøves hjemme hos pasienter, er ikke hjemmetjenesten begrenset med antall sengeplasser slik som sykehus og sykehjem. Dette fører til at antall pasienter ikke begrenses, og tjenesten risikerer dermed å bli sprengt. Alt dette sammen med en sykepleiermangel her i Norge med samtidig bemanningskutt, gjør at en sykepleiers arbeidsdag kan bli svært travel og resultere i at man blir stresset. For å komme i mål med alt arbeidet kutter en ofte ned på tiden en bruker hos pasienten, og forsøker å gjennomføre alle oppgavene raskest mulig. Denne effektiviteten kan gå på bekostning av kvaliteten av arbeidet man utfører, og kan føre til feil og pasientskade.

## 1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere ivareta pasientsikkerheten ved medikamenthåndtering i hjemmetjenesten?»

## 1.3 Hensikt og avgrensning

Hensikten med denne oppgaven er å svare på problemstillingen ovenfor. Dette vil jeg gjøre ved å foreta et systematisk litteratursøk og anvende relevant forskning. I oppgaven ønsker jeg å se på forskningsartikler publisert etter 2010 ettersom det stadig skjer endringer i hvordan hjemmetjenesten og hjemmesykepleien struktureres og medisinerings håndteres. Jeg ønsker også å ha fokus på eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie fremfor yngre pasienter, ettersom det er størst økning hos antall eldre pasienter. Jeg ønsker også å sette meg inn i lovverket som sier noe om hva legemiddelhåndteringsforskriften setter som krav for helsetjenesten, samt andre aktuelle retningslinjer. Videre ønsker jeg å se på Pasientsikkerhetsprogrammet, også kjent som «I trygge hender 24-7», som er en nasjonal kampanje med fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ved å ha fokus på forskjellige innsatsområder hvor de setter i gang forskjellige forbedringstiltak med mål om å redusere pasientskader. Et av innsatsområdene i kommunehelsetjenesten var «Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten» (I trygge hender 24-7, 2015).



## 1.4 Definisjoner

Feilmedisinering: Med feilmedisinering menes det at legemiddel er gitt i feil dose/styrke/legemiddelform til enten feil pasient, til feil tidspunkt, eller er administrert på feil måte. Det regnes også som feilmedisinering dersom pasienten får feil informasjon om legemiddelet (Holm & Notevarp, 2014, s. 10).

Legemiddelinteraksjon: Samtidig bruk av flere legemidler gjør at de kan påvirke hverandres effekt ved å enten forsterke effekten av et legemiddel, eller å redusere eller fullstendig hemme effekten av et annet legemiddel. Dette gir økt risiko for uheldige bivirkninger (Holm & Notevarp, 2014, s. 53).

Polyfarmasi: Legemiddelbruk regnes som polyfarmasi dersom det brukes over 5 legemidler. Det regnes også som polyfarmasi dersom pasienten må ta et eget legemiddel for å behandle bivirkninger av et annet legemiddel. Polyfarmasi øker faren for legemiddelinteraksjoner og alvorlige bivirkninger (Holm & Notevarp, 2014, s. 203).

## 2.0 Teori

### 2.1 Eldre og legemidler

Økende alder medfører ofte flere sykdommer og plager. Mange av disse må behandles med legemidler. Det er mange eldre mennesker som bruker legemidler, ofte flere om gangen. Ifølge Engh og Ranhoff (Engh & Ranhoff, 2016, s. 184) viste tallene fra det nasjonale reseptregisteret at av eldre som brukte legemidler, brukte 57% av dem flere enn 5 legemidler. En naturlig konsekvens av å bli eldre er at kroppen går gjennom en rekke fysiologiske endringer, noe som har mye å si når det kommer til bruk av medikamenter. Farmakokinetikk og farmakodynamikk er noe av det første vi lærer innen farmakologi som sykepleierstudenter. Grunnen til dette er fordi det er svært viktig å ha kunnskap om disse endringene, slik at man potensielt kan forutse hvordan medikamenter vil kunne påvirke pasienten.

Noen av endringene som skjer hos eldre er at magen tømmer seg saktere, noe som fører til at absorpsjon av et legemiddel kan bli forsinket (Granås, Hagesæther, Landmark, & Neslein,

2015). Et annet vanlig aldringsfenomen er at både lever- og nyrefunksjon blir redusert. Dette gjør at leveren har nedsatt evne til å bryte ned legemidlene, og at nyrene ikke klarer å skille ut legemidlene. Dette kan resultere i at konsentrasjonen av legemidlet i blodet er forhøyet, og risikoen for bivirkninger øker (Spigset, 2016, s. 335). Andre fysiologiske endringer er at kroppens fettdepot øker samtidig som kroppsvannet reduseres. Ved tap av kroppsvann så ser man at vannløselige medikamenter som Paracetamol, et av de vanligste medikamentene, får en høyere konsentrasjon og dermed sterkere effekt ettersom det har mindre kroppsvann å fordele seg på, noe som også fører til kortere virkningstid. For fettløselige medikamenter vil et økt fettdepot føre at fettløselige medikamenter som Acetylsalisylsyre og Furosemid har lengre effekt, ettersom det har et større område å fordele seg på (Granås, Hagesæther, Landmark, & Neslein, 2015). Det er i hovedsak legemidler som skilles ut gjennom nyrene en skal være forsiktig med å gi til eldre pasienter, særlig om legemidlene har en lav terapeutisk bredde. Terapeutisk bredde er avstanden mellom en dose som gir den effekten en ønsker og en dose som resulterer i bivirkninger. En lav terapeutisk bredde kan dermed forstås som et medikament hvor det er liten forskjell på tilsiktet og uheldig effekt (Slørdal & Spigset, 2016, s. 52). Ettersom selv en frisk 70-åring kun har 70% av normal nyrefunksjon, må en ofte gi en lavere dose enn det som er standard (Mensen, 2016, s. 54). Dersom en sykepleier er usikker på hvilke legemidler en bør være ekstra varsom på så er dette ofte angitt i Felleskatalogen og Norsk legemiddelhåndbok. Et problem for sykepleiere i hjemmetjenesten er at når pasienten settes på nye legemidler, så må han ofte observeres nøye for eventuelle bivirkninger eller uheldige interaksjoner (Holm & Notevarp, 2014, s. 17). Ettersom sykepleiere i hjemmetjenesten ofte bare er hos pasienten en kort stund, så det kan være en utfordring å få til tilstrekkelige observasjoner. Dette kan få store konsekvenser for pasientene ettersom eldre er mer utsatt for bivirkninger enn yngre. Typiske bivirkninger en ser hos eldre er svekket bevissthet, forvirring, delirium, svimmelhet, dehydrering, økt falltendens m.m. Det er viktig å være observant ovenfor alle potensielle bivirkninger, men det er særlig delirium og økt falltendens som kan være til fare for pasientsikkerheten (Engh & Ranhoff, 2016, s. 187).

## 2.2 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten går gjennom mange ledd før den kommer til pasienten, og det er mange forskjellige instanser som er involvert; fastleger og sykehusleger, farmasøyter eller apotek teknikere, sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, pårørende og pasienten selv. For å sikre optimal legemiddelhåndtering er det viktig at man som sykepleier

har et godt samarbeid med alle involverte. Legemiddelhåndtering fordeles vanligvis i ulike trinn; dispensering, observasjon og dokumentasjon. Dispensering av medikamenter innebærer både istandgjøring av medikamentet og utlevering til pasienten (Nordeng, 2016, s. 32). Medikamentet kan enten hentes ut fra et lagringssted, eller så må det tilberedes – eksempler på dette er legemidler som kun finnes som tørrstoff eller i konsentrat. Alle legemidler som pasienten skal bruke skal være registrert på et medisinarke eller tilsvarende. Dersom pasienten får legemidler utenom, spesielt sterke smertestillende, skal dette registreres på et skjema utenom (Holm & Notevarp, 2014, s. 17). I hjemmetjenesten kommer vanligvis legemidler ferdigpakket i enten en endosepakning eller multidosepakning. Bruk av multidosesystemet er veldig vanlig i hjemmesykepleien og på sykehjem. Ettersom multidosepakninger er maskinelt pakket så er risikoen for feil lav, men dersom det har skjedd endringer i pasientens medisinerings i ettertid, så er det sykepleiers ansvar å kontrollere multidosen (Nordeng, 2016, s. 33). Legemidler som av forskjellige årsaker ikke kan pakkes i en multidose legges i en dosett. Dette er det sykepleiere i hjemmetjenesten som har ansvar for å gjøre i stand, og av egen erfaring er det oftest her det forekommer feil i dispenseringsfasen hos hjemmetjenesten. De siste trinnene ved legemiddelhåndtering innebærer at sykepleier skal observere pasienten med tanke på bivirkninger av legemiddelet eller andre legemiddelinteraksjoner. Dette betyr at man som sykepleier i hjemmetjenesten må ha gode kunnskaper om de legemidlene hun administrerer, altså at man har kunnskap om hvordan legemidlene påvirker kroppen så vel som hvordan kroppen håndterer legemidlet. Har man kunnskap om dette så er man forberedt med tanke på uheldige bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Den siste delen av legemiddelhåndteringen er plikten til å dokumentere aktuelle observasjoner i pasientens journal (Nordeng, 2016, s. 33).

Når det gjelder feil ved legemiddelhåndtering så skilles det ofte mellom menneskefeil og systemfeil, hvor systemfeil er den største årsaken til feil og avvik i legemiddelhåndteringen. Systemfeil skyldes svakheter eller mangler ved organiseringen av legemiddelhåndteringen, og kan deles inn i flere kategorier: arbeidsmiljø, personalet, ledelsen, utstyr og rutiner (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 37). Ved systemsvikt i arbeidsmiljøet så skyldes det ofte helg, ferie eller ekstra travle vakter. Når det gjelder systemsvikt i personalet så skyldes det ofte mangelfull trening eller kompetanse, og kommunikasjonssvikt. Dersom det er systemsvikt hos ledelsen er det ofte på grunn av uklar ansvars- og oppgavefordeling, eller dårlig til ingen oppfølging av retningslinjer. Utstyr og systemsvikt skyldes som regel mangel av utstyr eller feilbruk. Systemfeil i rutiner forekommer ved mangelfull eller dårlige rutiner for medisinhåndtering, og

dårlig oppfølging eller informasjonsoverføring når pasienten overføres mellom ulike omsorgsnivåer. Menneskelige feil er personlige feil og kan alltid forekomme. Slike feil skjer ofte når man utfører oppgaver uten å ha sin fulle oppmerksomhet mot dem. En vanlig årsak til menneskelige feil er stress (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 37).

### 2.3 Sykepleiers ansvar og faglig forsvarlighet

Hjemmetjenesten yter som sagt flere typer tjenester hvor legemiddelhåndtering er en av de største og viktigste oppgavene. Dette stiller høye krav til kompetanse og evnen til å jobbe på en forsvarlig måte. Både på sykehus og sykehjem finnes det egne retningslinjer som sier at sykepleiere har myndigheten til å administrere enkelte medikamenter på egenhånd, dersom dette regnes som å være faglig forsvarlig (*lov om helsepersonell m.v § 5, og forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*) (Nordeng, 2016, s. 32). Et av hovedprinsippene innenfor helseretten er at all helsehjelp som ytes skal være faglig forsvarlig. Dette er basert på det etiske ikke-skade prinsippet og er et minstekrav for sykepleiers arbeid. Bestemmelsen i helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet har fokus på at all helsehjelp skal være faglig forsvarlig så vel som omsorgsfull. Dette forsvarlighetskravet gjelder for all helsehjelp, forebygging, utredning, behandling, rehabilitering og habilitering, og all pleie og omsorg (Molven, 2016, s. 130).

Et annet krav som stilles av sykepleiere er at den helsehjelpen som ytes skal på utøves på en faglig forsvarlig måte, altså at hjelpen baseres på kunnskap. I den daglige yrkesutøvelsen anvender en sykepleier mye forskjellig kunnskap, og en må være svært fleksibel. I følge Graverholt et. al. (2013, s. 17) er det å jobbe kunnskapsbasert det å kunne ta faglige forsvarlige avgjørelser som er basert på en systematisk innhenting av informasjon. Videre er det å bruke kunnskap som er både forskningsbasert, erfaringsbasert, og som inkluderer pasientens egne behov og ønsker. At den helsehjelpen som gis skal være omsorgsfull vil si at væremåten til pleieren skal oppleves for pasienten som god. Det innebærer også at man må ta etiske avveininger i forhold til den måten man opptrer på ovenfor pasienten i bestemte situasjoner. Kravet til omsorg innebærer at man oppfyller normer for god adferd – at man viser oppmerksomhet, respekt, vennlighet og omtanke (Molven, 2016, s. 131).

## 2.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling er sentrale begrep innenfor sykepleien, og det er et krav innen sykepleierutdanningen at sykepleierfaget skal være kunnskapsbasert (Kirkevold, 2016, s. 273). I ens arbeid som sykepleier, så vel som andre profesjoner, er det viktig å hele tiden være kritisk til de systemene som har som hensikt å sikre og forbedre kvalitet. Like viktig er det å se på det positive og det som allerede fungerer godt. Det er en sykepleier sin plikt å si ifra dersom pasienter utsettes for uforsvarlige, eller uverdige forhold (Fjørtoft, 2012, s. 152). Kravene til pasienters sikkerhet har blitt vesentlig skjerpet de siste årene. Årsaken til dette er en studie fra 2007 som viste at det skjer nærmere 80.000 uheldige hendelser i somatiske sykehus, hvorav halvparten av disse kunne ha vært unngått. Av disse så har 4000 ført til dødsfall (Kirkevold, 2016, s. 268). Feilmedisinering fører til unødvendig lidelse og plager for pasienter, og det viser seg at minst 1 av 10 av eldre som blir innlagt på sykehus skyldes feilmedisinering. Dette er svært uheldig ettersom mange tilfeller med feilmedisinering kan forebygges. Uheldige hendelser i hjemmesykepleien kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienter og deres pårørende – fysiske og psykiske tilleggsbelastninger, redusert livskvalitet, eller død (I trygge hender 24-7, 2015).

God kvalitet og god sykepleie forutsetter at uhell og feil, som for eksempel at pasienten får feil legemiddel, er redusert til et minimum. Det handler om å verne pasienten mot handlinger som kan påføre skade, lidelse eller smerter. Slike handlinger kan være enten aktive, eller unnlattelse – at pasienten enten ikke får legemidler eller tilstrekkelig informasjon om bivirkninger av legemidlet (Kirkevold, 2016, s. 273). Et tiltak som er brukt for å øke pasientsikkerheten er dobbeltkontroll. Dobbeltkontroll defineres som når to personer hver for seg bekrefter at oppgaven (for eksempel legging av legemidler i dosett) har blitt utført på en tilfredsstillende måte som følger prosedyrer og rutiner. Dette bekrefter de ved å signere enten manuelt eller elektronisk (Bielecki & Bør Dahl, 2013, s. 71). Ifølge Helsedirektoratet har dobbeltkontroll som mål å redusere risikoen for at feil oppstår og er ofte implementert på de arbeidsoppgavene hvor det er størst sannsynlighet at feil kan skje, eller hvor det er høy risiko for alvorlige bivirkninger. Eksempler på noen av disse risikoområdene er istandgjøring av infusjoner og injeksjoner, telling av a-preparater og legging av dosetter (Helsedirektoratet, 2017, s. 7). Et annet risikoområde er bruk av studenter i hjemmetjenesten. Avhengig av hvor langt de har kommet i studiet så kan de jobbe mer eller mindre selvstendig, men selv om de

får muligheten til å møte pasienter alene, så er det kontaktsykepleieren som det har overordnede ansvaret om studenten gjør feil. Ifølge forskriften skal sykepleierstudenter som regel bare utføre oppgaver som har som formål å gi læring (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 74). For at de skal kunne gjøre dette skal de ha ekstra oppfølging. Dersom studenten skal gå alene til en pasient og samtidig administrere medisiner, må sykepleier være sikker på at studenten har kompetansen til dette. Ettersom hjemmetjenesten er fordelt over et større geografisk område presenterer dette en utfordring for ordentlig oppfølging. En annen utfordring i hjemmetjenesten kan være at det finnes flere pasienter med lignende navn eller adresser. Dette kan være en utfordring ved utlevering av medisiner ettersom man kan risikere å gi feile medisiner til feil pasient.

#### 2.4.1 Pasientsikkerhet type 1 og type 2

Sikkerhet er ofte definert som en tilstand eller et mål hvor ingenting, eller minst mulig, skal gå galt (Hollnagel, 2013, s. 3). Sikkerhet måles typisk i feil som forekommer, og hva konsekvensene av disse er – og er i dette tilfellet det som regnes som pasientsikkerhet type 1. Pasientsikkerhet type 2, også kjent som «resilience engineering», eller motstandsdyktighet på norsk, kjennetegnes ved å fokusere på det positive fremfor det negative, altså at man ser på det som allerede fungerer godt – for eksempel eksisterende rutiner i avdelingen. Målet er å være mest mulig fleksibel og forberedt, og dermed komme i forkant av feilene (Hollnagel, 2013, s. 5). Dette er ikke noe jeg kommer til å ha med videre i drøftingen på grunn av fokuset mitt i oppgaven, men dette er et spennende område som mest sannsynlig vil bli mer aktuelt i tiden fremover. Dersom man i hjemmesykepleien kan bruke tenkningen om pasientsikkerhet type 2 for å forebygge og komme i forkant av skader, vil dette være svært gunstig for pasientsikkerheten.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven jeg skal skrive er et litteraturstudium. Et litteraturstudium kan forstås som en systematisk fremgangsmetode for å søke, vurdere og konkludere basert på funn av litteratur som allerede eksisterer, versus å gjøre undersøkelsene selv (Thidemann, 2019, s. 79). Et

litteraturstudium har en fordel med at det er et nyttig hjelpemiddel i å finne fram til ny og oppdatert kunnskap, noe som er med på å fremme faglig forsvarlighet. Derimot er en svakhet ved et rent litteraturstudium at man fort lager sine egne meninger og tolkninger av litteraturen man gjennomgår, noe som kan prege meningene som kommer til uttrykk i oppgaven som blir skrevet. Resultatet i oppgaven kan også bli påvirket av valget av metode. Typisk skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden har som fordel at den gir data i form av målbare enheter. Dette gjør at man for eksempel kan regne på gjennomsnitt eller prosentandeler. Kvantitativ metode kjennetegnes også ved at den går i bredde og innhenter et lite antall informasjon om mange forskjellige undersøkelsesenheter, er veldig presis og målet er å formidle forklaring på fenomener (Dalland, 2012, s. 112). I mine søk fant jeg ingen relevante kvantitative artikler og oppgaven baseres derfor bare på kvalitative artikler. Kvalitativ metode retter fokus på å fange opp meninger og opplevelser – det som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den går i dybden og får fram mye informasjon om få undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode benytter seg oftest av intervju, er svært fleksibel, og ser på sammenheng og helhet istedenfor konkrete data (Dalland, 2012, s. 113).

### 3.2 Fremgangsmåte

Jeg vil i oppgaven min benytte meg av relevant forskning, så vel som pensumslitteratur og andre aktuelle bøker. Jeg vil også benytte meg av et manuelt søk som også er en form for metode, hvor man på ulike måter finner frem til relevant kunnskap som har som et felles mål å bidra til å belyse problemstillingen. Noen av måtene å utføre et manuelt søk er å identifisere andre søkeord i litteratursøket som kan være relevant. En annen måte er å lese gjennom referanselistene som henviser til primærkilder – noe som bidrar til å belyse temaet og gi mer informasjon (Thidemann, 2019, s. 83).

For å finne relevante artikler og kunnskap så er det avgjørende med en god søkestrategi. Problemstillingen i denne oppgaven etterspør kunnskap om hvordan sykepleiere kan forsikre forsvarlig medikamenthåndtering i hjemmetjenesten. På bakgrunn av dette var noen relevant søkeord:

«legemiddelfeil», «hjemmesykepleie», «legemidler», «pasientsikkerhet» og «medisin håndtering».

Videre brukte jeg MeSH for å finne tilsvarende søkeord på engelsk:

«medication error», «home care», «medication/pharmaceutical preparations», «patient safety» og «medication management».

I søkene mine benyttet jeg meg av samtlige databaser: Cochrane, CINAHL, SveMed+, MEDLINE og Oria. Jeg begrenset søkene mine til artikler publisert mellom 2010-2020. Ved å først lese overskriftene på artiklene ble aktuelle artikler vurdert. De artiklene som hadde relevante overskrifter ble valgt ut og abstraktene ble lest. Videre ville en grundig lesning og kritisk vurdering vise om artiklene kunne brukes. Dette resulterte i funn av de artiklene jeg har valgt. Se vedlegg 1 for detaljert søkeprosess.

### 3.3 Metodekritikk

Det er viktig å stille seg kritisk og sette krav til litteraturen man bruker. Ikke all informasjon eller kunnskap er holdbart eller av akseptabel kvalitet, noe som betyr at man må gjennom en prosess for å sikre at informasjonen stemmer, om kilden er til å stole på og om det er relevant for ens arbeid (Dalland, 2012, s. 63). Forskningen jeg har funnet er enten fra Norge eller Norden. En fordel ved å ha mange artikler fra Norge/Norden, er at forskningen er relevant for hvordan hjemmetjenesten i Norge er bygd opp på. Etter å ha lest en del artikler fra andre land ser jeg at det er forskjeller på hvordan hjemmetjenester i forskjellige land ytes, noe som vil påvirke forskningsresultatene. Det fantes noen internasjonale artikler som kunne ha passet inn i oppgaven, men ofte har de mest fokus på finne forskjell på hvilke typer medikamentfeil som skjedde, framfor hvorfor. En svakhet ved å ha et så snevert geografisk nett er at jeg kan miste mye som er globalt generaliserbart, eller nye måter å se ting på.

## 4.0 Funn

### Artikkel 1

«Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik» (Granås, Hagesæther, & Siggerud, 2016), analyserer avvik ved legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien, og har som mål å gi innspill til tiltak for å bedre rutineene og dermed forbedre pasientsikkerheten. Metoden var en systematisk gjennomgang av avviksmeldinger angående medikamenthåndtering, samt en observasjonsstudie hvor de fulgte helsearbeidere



for å avdekke hvordan hjemmetjenesten håndterte legemidler. Resultatene var at av 122 avviksmeldinger fra hjemmetjenesten, så var 84 av disse avvik rundt legemiddelhåndtering. Etter en gjennomgang av disse viste det seg at de vanligste avvikene var at legemidlene ikke ble utlevert, eller gitt til pasienten. Årsaken til dette var i 99% av tilfellene på grunn av rutinesvikt eller at arbeidslistene ikke ble lest. En av grunnene til dette kunne være at fast ansatte som hadde behandlet den samme pasienten over en lengre periode sluttet å lese arbeidslisten da de mente de allerede visste hva som kom til stå der. Faren som kan oppstå her er at eventuelle endringer ikke fanges opp, og at nye oppgaver dermed ikke blir utført. I observasjoner av hjemmebesøkene ble det avdekket at oral administrering av legemidlene stort sett fulgte forskriftene (89%), men at administrering av inhalasjoner og legemidler til øye var mangelfulle (henholdsvis 30% og 25%). Studier avdekket også at mesteparten av de rapporterte avvikene handlet om at pasienten ikke hadde fått utlevert medisiner sine. Konklusjonen i artikkelen var at det i hjemmesykepleien manglet kunnskap/kompetanse på administrering av enkelte legemiddelformuleringer, at det trengtes bedre rutiner rundt det å lese arbeidslister, og at avviksrapportering ikke ble skikkelig utnyttet – alt til fare for pasientsikkerheten. Selv om denne artikkelen ikke gir klare svar på problemstillingen min, så belyser den aktuelle områder som kan påvirke pasientsikkerheten ved legemiddelhåndtering. En svakhet ved denne artikkelen er at materialet er samlet i en begrenset tid, og bare i en kommune, og er dermed ikke representativt for hjemmetjenesten i hele Norge. Tross dette så gjenspeiler noen av resultatene det samme som andre internasjonale studier, og mye av funnene er aktuelle tema å reflektere over.

## Artikkel 2

Den andre artikkelen jeg valgte var enda en norsk forskningsartikkel – «Medication errors in home care: a qualitative focus group study» (Bentsen & Berland, 2017). Denne artikkelen retter fokuset på sykepleieres egne erfaringer rundt feilmedisinering og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien. I den forbindelse brukte de gruppeintervju som metode for å få frem deltakernes egne meninger og perspektiver, og sammen reflektere over andre deltakeres meninger. Kravene til deltakerne var at de først og fremst måtte være sykepleiere som hadde ansvar for hjemmeboende pasienter, og ikke i en lederrolle. Av 24 sykepleiere som var aktuelle var det 20 som deltok i studiet. Alle disse sykepleierne var kvinner, og medianalderen var 31 år. Deltakerne ble delt inn i 4 grupper med 4-8 personer per gruppe, og intervjuene varte 1,5-2 timer. Fokuset for intervjuene var legemiddelfeil og pasientsikkerhet i

hjemmetjenesten. I løpet av intervjuene ble det avdekket fem områder som var av særlig fokus. Disse områdene var dårlig kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten, dårlig kommunikasjon mellom sykepleiere og fastleger, mangelfull kompetanse/kunnskap, mangel på rapportering av avvik rundt legemiddelfeil, feil ved bruk av synonympreparater, og forbedring av rutiner. Dårlig kommunikasjon og informasjon mellom de ulike instansene er en stor risiko for pasientsikkerheten, særlig siden det ofte forekommer avvik i medikamentlisten hjemmetjenesten får levert etter at en pasient skrives ut fra sykehus. Eksempler på disse avvikene var at medikamenter enten var blitt tilført listen eller seponert, og at grunnlaget for dette ikke ble godt nok forklart i utskrivningsrapporten. Det positive med denne artikkelen er at de etiske kravene kommer godt fram. En svakhet ved dette studiet er at det var få deltakere og bare fra to kommuner i Norge.

### Artikkel 3

Artikkel nummer tre «How to ensure safe and appropriate medication management» er en norsk, fagfelleurdert artikkel som er med på å synliggjøre ulike utfordringer og risikoområder ved legemiddelhåndtering i både hjemmesykepleien og sykehjem (Galek, Grov, & Zukrowski, 2018). I artikkelen blir Delphi-metoden benyttet med tre runder av spørreundersøkelser. Delphi-metoden er en fellesbetegnelse på konsensusprosesser hvor forutsetningen er at deltakerne ikke har mulighet til å møtes. Prinsippet er at en gruppe undersøker og dokumenterer graden av uenighet innenfor et valgt tema eller område (Brudvik, 2009). I undersøkelsen deltok sykepleiere, vernepleiere, farmasøyter og avdelingsledere fra 17 kommuner. I de tre rundene deltok henholdsvis 54, 56 og 43 deltakere. Forskningen benyttet seg av både kvantitativ og kvalitativ analyse av dataene. Resultatet ble en etablert konsensus om 77 standarder for beste praksis, og det var særlig 4 punkter som var av betydning for pasientsikkerheten. Disse områdene var kompetanse, rutiner for dobbelkontroll, faglig rådgivning, og informasjonsutveksling mellom helseinstanser med tanke på legemiddelinformasjon. Det kommer også fram at det er dårlig samsvar mellom kompetanse om legemidler, arbeidsoppgaver og bemanning. Sykepleiere erfarer ofte at de er underbemannet, og at de ofte blir avbrutt mens de håndterer legemidler, noe som kan føre til at feil oppstår. Med tanke på utilstrekkelig kompetanse, handling ut ifra gammel vane og dårlige rutiner, trekker de frem kurs i legemiddelhåndtering som et godt tiltak. Et annet tiltak for å unngå feilmedisinering og for å opprettholde pasientsikkerheten er dobbelkontroll av

legemidler. Forskningen viser også til at rådgivning fra farmasøyter kan være svært gunstig, sammen med rutinemessig legemiddelgjennomgang. Det positive med dette studiet er at det belyser aktuelle områder som kan være til fare for pasientsikkerheten med tanke på legemiddelhåndtering og drøfter noen tiltak. De etiske vurderingene er også godt belyst. Svakheterne for dette studiet er en lav svarprosent (26-30%), og at noen av svarene kan ha blitt preget av interesse og innsikt. Tross dette er funnene høyst aktuelle.

#### Artikkel 4

«Safe medication management in specialized home healthcare – an observational study» (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017), er en artikkel som har som mål å undersøke hva det er som gjør medikamenthåndtering i hjemmetjenesten så kompleks som den er, og hvordan helsearbeidere håndterer dette. Studiet har sin bakgrunn i begrepet «resilience engineering» som er en relativt ny tenkemåte innenfor helse, og kan oversettes med motstandsdyktighet. Data til undersøkelsen ble samlet ved å observere legemiddelhåndtering ved tre spesialiserte enheter for hjemmebaserte tjenester i Sverige. Selve arbeidsplassen eller basen ble observert, og sykepleierne ble skygget mens de arbeidet. Sykepleierne ble også intervjuet. Totalt var 27 sykepleiere involvert og studien varte i 6 måneder. Resultatet viser at medikamenthåndtering i hjemmetjenesten er en svært dynamisk og kompleks prosess. Årsaken til dette er fordi det er mange handlinger som foregår parallelt med hverandre, og disse handlingene foregår over et stort geografisk område med mange mennesker involvert. Dagene i hjemmetjenesten er ofte svært travle og man må være fleksibel som sykepleier. Dette inkluderer å finne løsninger på problemer. Det viser seg at dersom det blir for mange utfordringer så velger noen sykepleiere å nedprioritere andre oppgaver, eller for eksempel unnlate å ta dobbelkontroll da dette tar tid. Dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. En av grunnene til at medikamenthåndtering i hjemmetjenesten kan være så komplisert, er dårlige kommunikasjon- og informasjonssystemer. De trekker også fram dårlige rutiner ved dosettlegging og medisint levering, blant annet at medisiner ble gitt uten originalpakning. Synonympreparater, og legemidler med lignende navn, men ulik medisinsk virkning, ble også vurdert som en trussel for pasientsikkerheten, særlig dersom disse medikamentene ble oppbevart i pasientens eget hjem. En av årsakene til at jeg valgte å inkludere denne forskningsartikkelen er at den bruker «resilience engineering» som teoretisk rammeverk. Dette er en svært aktuell måte å se på medikamenthåndtering i hjemmetjenesten, hvor fokuset er på hva det er som allerede fungerer godt, fremfor å bare ha fokus på alle feilene. En svakhet med forskningen er at

studiet er begrenset til et lite område av Sverige og med få deltakere, noe som vil kunne påvirke resultatene.

## 5.0 Drøfting

Etter en gjennomgang av artiklene fant jeg flere tema som har stor betydning for pasientsikkerhet ved håndtering av medikamenter i hjemmetjenesten. Dette var blant annet generell mangel på kompetanse og særlig kunnskapsmangel om administrering av noen legemiddelformuleringer. Mangelfull utveksling av informasjon og dårlig kommunikasjon mellom instanser særlig med tanke på medikamentlister, som er en del av sykepleiers roller og ansvar, var også spesielt utsatt. Mangelfull rapportering av medisineringsfeil og avvik, og mangelfulle rutiner som rutinene ved dobbelkontroll var også områder som hadde behov for forbedring. En sykepleiers hverdag i hjemmetjenesten byr på mange utfordringer som kan påvirke pasientsikkerheten.

### 5.1 Sykepleiers kunnskap om legemidler

For å kunne ivareta pasientsikkerheten er det vesentlig at sykepleiere har god kunnskap om både legemidler og sykdomslære. Pasienter i hjemmetjenesten bor som sagt hjemme lengre, og vil stadig ha et mer komplisert og sammensatt sykdomsbilde enn tidligere. Dette stiller dermed krav til økt kompetanse hos sykepleiere i hjemmetjenesten. Som ferdigutdannet sykepleier så regnes man som ferdig utlært når det gjelder legemidler, og man har som regel automatisk tilgang til å jobbe med medikamenthåndtering. Derimot er sykepleieryrket et yrke hvor man egentlig aldri kan si seg helt ferdig utlært, ettersom det er mange spesialiserte kompetanseområder, samtidig som det stadig kommer ny forskning og nye legemidler. Både Ekstedt et. al. (2017) og Granås et. al. (2016) viser til at flere sykepleiere og andre helsearbeidere som jobber med legemiddelhåndtering ikke tilfredsstillt kravene til kunnskap og kompetanse. Noen av områdene som hadde behov for forbedring var administrering av ulike medikamenttyper som inhalasjoner, eller legemidler til øyet. Dersom disse legemidlene ikke blir administrert skikkelig kan pasienten risikere å ikke få fullt utbytte av behandlingen.

På et individnivå har man som sykepleier en plikt om å holde seg faglig oppdatert, og sørge for at man har den nødvendige kunnskapen for å sikre god og trygg pleie til pasienten. Likevel er det leder av virksomheten som har hovedansvaret for å sørge for at ansatte som arbeider med legemiddelhåndtering har den nødvendige kompetansen til dette (Helsedirektoratet, 2017, s. 16). Det virksomhetsleder kan tilby er oppfriskningskurs. Det kommer fram i artikkelen til Galek et. al. (2018) at sykepleiere erfarer at de sjelden får tilbud om dette. Derimot opplever de at andre ansatte med begrenset fullmakt ved legemiddelhåndtering, som helsefagarbeidere og assistenter, får tilbud om slike oppfriskningskurs ca. annethvert år. Ettersom det som regel er sykepleiere som har hovedansvaret for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten, er det å tilby sykepleiere oppfriskningskurs svært aktuelt. Et område med behov for økt kunnskap er bruk av synonympreparater, og legemidler med likt navn, men forskjellig bruksområde. Et eksempel fra artikkelen til Ekstedt et. al. (2017) er legemidlene «*Oxynorm*» (et opioid/smertestillende) og «*Oxascand*» (et benzodiazepine, mer kjent i Norge som «*Sobril*» og brukes mot angst). Disse lagres ofte sammen og kan fort forveksles dersom man ikke har tilstrekkelig kunnskap om legemidlene. Dersom pasienten har sterke smerter og får en tablett mot angst i stedet for smertestillende, vil han ikke få tilstrekkelig smertelindring og vil lide unødig på grunn av sykepleiers utilstrekkelige kunnskap. En annen situasjon som kan oppstå er at en pasient får dobbelt opp av en tablett, noe som vil medføre stor fare for bivirkninger og uheldige konsekvenser.

I sykepleieryrket opplever jeg at det er et stigma rundt kunnskap, og mange er ofte redd for å si ifra dersom det er noe de ikke har nok kunnskap om, kanskje fordi man risikerer å bli sett på som en dårlig sykepleier. En bør derfor strebe etter å skape et miljø hvor det er akseptabelt at man ikke kan vite alt, sykepleiere er bare mennesker tross alt, og det bør være en lav terskel for å stille spørsmål. Et miljø med mer åpenhet vil kunne fremme deling av kunnskap og skape en arena for drøfting, og vil være med på å løfte kunnskapen til alle de ansatte (Bentsen & Berland, 2017). Bedre kunnskap om legemiddelhåndtering vil kunne være med på å redusere feil og dermed ivareta pasientsikkerheten. Som sykepleier kan man for eksempel arrangere egne møter eller tema lunsjer hvor man diskuterer aktuelle tema. Et annet alternativ kan være å ha tema-uker hvor man har ekstra fokus på enkelte områder innen sykepleie, som for eksempel medikamenthåndtering. Galek et. al. (2018) foreslår at et tverrfaglig samarbeid med farmasøyter kan være et godt tiltak for å øke kunnskap rundt legemiddelhåndtering.

Farmasøyter kan være med å gi gode råd og veiledning om legemidler, for eksempel om bivirkninger og interaksjoner, og kan gi god innsikt ved en legemiddelgjennomgang.

Ifølge forskningen til Galek et. al. (2018) viser det seg at det også finnes en ulik forståelse blant helsepersonell om hva som menes med forsvarlig og riktig legemiddelhåndtering. Årsakene til at slike feil kan oppstå er at man jobber ut ifra gammel vane og automatikk, mangelfulle eller utdaterte rutiner, eller mangelfulle ferdigheter og utilstrekkelig kompetanse. For å kunne opprettholde pasientsikkerheten så kreves det enighet og lik forståelse om hvordan man skal oppbevare legemidler. De fleste av pasientene i hjemmetjenesten oppbevarer medikamentene sine i sitt eget hjem, og mange av prosedyrene for riktig oppbevaring blir ikke alltid fulgt (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017). Det jeg selv observerte i praksis var at det ofte manglet datomerking på åpne pakninger av øyedråper, dosetter uten navn på pasient eller legemidlene oppi, og enten udaterte eller manglende medikamentliste. Jeg opplevde også at gammelt utstyr ble liggende igjen, uten en forklaring på hvorfor. Dersom man ikke har rutiner på å jevnlig sjekke alt utstyr og datomerking, så kan dette være til fare for pasientsikkerheten. I tillegg bør alt gjenbruksutstyr og legemiddelpakninger merkes med åpningsdato, ettersom enkelte legemidler forringes raskere etter åpningen, uansett hva holdbarhetsdato tilsier (Nordeng, 2016, s. 34).

## 5.2 Sykepleiers rolle og ansvar i hjemmetjenesten

En sykepleier kan ha mange roller i sitt arbeid – ikke minst mange forskjellige oppgaver og ansvarsområder. Som sykepleier i hjemmetjenesten er man et bindeledd mellom leger, sykehus, apotek, pasienter, pårørende og andre aktuelle tjenester. Når det gjelder ansvaret man har som sykepleier for å opprettholde faglig forsvarlig medikamenthåndtering, så skilles det vanligvis mellom tre typer: formelt ansvar, faglig ansvar og moralsk ansvar. I en virksomhet så er det virksomhetslederen som har ansvar for å legge til rette for at sykepleier kan utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte, men det er sykepleieren som er strafferettslig ansvarlig for legemiddelhåndteringen de utfører (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 16). Dersom virksomhetslederen har delegert ansvaret for legemiddelhåndtering til en sykepleier, så er det sykepleieren som har det formelle ansvaret for at arbeidet med legemidler skjer på en forsvarlig måte, og følger gjeldene lover og retningslinjer.

En av rollene eller arbeidsoppgavene som sykepleier har er å sikre samhandling mellom de forskjellige instansene pasienten er innom, og hente inn nødvendig informasjon. Galek et. al. (2018) sier at manuell informasjonsutveksling av medikamenter kan være en trussel for pasientsikkerheten. Manuell informasjonsutveksling vil si at det ikke foregår elektronisk, og kan være bruk av papirer eller telefonsamtaler. Ulempen ved bruk av papirer, særlig dersom det sendes i posten, er at det er mye tregere enn elektronisk informasjonsutveksling. En fordel med telefonsamtaler er at man kan stille spørsmål med en gang dersom man er usikker på noe, og dermed unngå misforståelser. På den andre siden kan det være lett å glemme beskjeder som er blitt gitt med mindre man skriver disse ned fortløpende. Bentsen & Berland (2017) trekker fram at det er særlig mellom sykepleiere og leger at det er dårlig kommunikasjon med tanke på oppdateringer av ordinasjonskort. Noen av punktene for forbedring som trekkes frem er feil i ordinasjonskort – at nye legemidler ikke havner på listen, at gamle legemidler ikke blir fjernet, eller at doseringen ikke er oppdatert. Det trekkes også frem at det til tider er lang responstid på henvendelser og forespørsler. En medikamentliste som ikke er oppdatert vil kunne føre til at pasienten ikke får legemidler han skal ha, at han får legemidler han ikke skulle ha hatt, eller at de legemidlene han får har feil dose – noe som kan påføre skade på pasienten. For å sikre at det ikke oppstår feil i pasientens medikamentelle behandling må en oppdatert og samstemt medikamentliste alltid følge med ved skifte mellom forskjellige omsorgsnivåer og instanser. Dette støtter forskningen til Granås et. al. (2016) og Galek et. al. (2018). I Norge brukes det stort sett en elektronisk journal og medikamentliste, noe som er en anerkjent måte for å sikre god informasjonsflyt og god kommunikasjon rundt medikamentene pasienten bruker. Derimot så viser det seg at det elektroniske meldingssystemet i Norge fortsatt har et forbedringspotensial. Et av punktene for forbedring er det faktum at ulike instanser bruker forskjellige systemer, for eksempel Profil eller Geric. Dette kan gjøre informasjonsutvekslingen mer komplisert enn om alle hadde brukt samme system. Et annet tiltak for å sikre at medikamentlisten er oppdatert og relevant for pasientens behandling er å ha legemiddelgjennomgang ved jevne mellomrom (Galek, Grov, & Zukrowski, 2018).

En annet viktig ansvar som sykepleiere har er å gi god informasjon til pasienter. Ifølge § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett på informasjon om helsen hans og den behandlingen han får (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2 ). Dette innebærer også informasjon om hvilke legemidler pasienten får, hvorfor han får dem, hvordan legemidlene skal tas, og hvilke virkninger og eventuelle bivirkninger pasientens legemidler kan ha (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 20). Mangel på, eller utilstrekkelig informasjon kan for

eksempel føre til at pasienten tar legemidlet på feil måte, feil dose, eller til feil tid, noe som er en trussel for pasientsikkerheten da dette kan få store konsekvenser. Faglitteraturen viser at 40% av medisiner som blir forskrevet til eldre pasienter etter et sykehusopphold blir brukt på feil måte (Holm & Notevarp, 2014, s. 207). Dersom pasienten av en eller annen grunn ikke evner å ta legemidlet slik legen har forskrevet den kalles dette for «non-compliance». «Compliance» kan oversettes med etterlevelse og er pasientens faktiske evne til å følge et behandlingsopplegg. God informasjon kan være med på å styrke pasientens evne til etterlevelse (Holm & Notevarp, 2014, s. 75). For å sørge for at pasienten får den informasjonen han har rett på er det flere ting en må tenke på som sykepleier. Først og fremst er det vesentlig med gode kommunikasjonsferdigheter, noe som innebærer at man tilpasser kommunikasjonen etter pasienten (Ranhoff, 2016, s. 228). En utfordring ved kommunikasjon som sykepleiere kan oppleve i møtet med eldre pasienter er at de har nedsatt hørsel, syn eller en grad av kognitiv svikt. Som sykepleier har man flere gode verktøy en kan benytte for å kartlegge pasienten med tanke på de ulike funksjonsområdene, og bruke resultatene som en veileder i hvordan tilrettelegge informasjonen. Dersom pasienten har dårlig hørsel kan det være han trenger informasjonen skriftlig, og dersom han får en muntlig beskjed bør en forsikre seg om at han har både hørt og forstått denne (Ranhoff, 2016, s. 229). Har pasienten nedsatt syn kan det være aktuelt å forstørre skriften på dosetter, understreke viktig informasjon i pakningsvedlegg, etc.

### 5.3 Rutiner og avvikshåndtering

Tjenestene og pleien som sykepleiere utøver følger ikke alltid gjeldene prosedyrer eller retningslinjer, noe som kan føre til feil eller skade på pasient. Dersom det skulle oppstå en uønsket hendelse, så bør det være på plass et system og gode rutiner rundt håndtering av avvik. Avvik kan defineres som «mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav», og omfatter skader, uhell og klager fra både pasienter, pårørende, så vel som klager fra andre ansatte. Avvikshåndtering er en viktig del av et kvalitetssystem og et hjelpemiddel som er med på å dokumentere de feil som oppstår, slik at en kan lære av feilene, analysere årsakene, og oppdage muligheter til å forbedre rutiner og prosedyrer (Kirkevold, 2016, s. 282). I «Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien» (Granås, Hagesæther, & Siggerud, 2016) så bruker forfatterne en systematisk gjennomgang av avviksmeldingene, samt observasjon av hjemmesykepleiere, for å se hvor feil og uhell oppstår. Det de ser er at avviksrapportering



ikke blir brukt til sitt fulle potensiale. Ofte mangler det nødvendig informasjon som avviksbehandler trenger for å behandle avviket, eller så avslører avviksmelder en svak forståelse for hvilke konsekvenser feil i legemiddelhåndteringen kan ha for pasientene.

Som sykepleier har man en lovfestet meldeplikt ved hendelser som har ført til skade på en pasient, eller en situasjon som kunne ha medført betydelig skade (Holm & Notevarp, 2014, s. 26). Dessverre er det slik at når uhell og feil oppstår, så er det som regel slik at man prøver å finne en man kan skyldes på – en såkalt sydebukk kultur. Dette fører til at mange ofte er redde for å si ifra, særlig om de har gjort feilen selv, ettersom de er redde for at feilen deres kan få sanksjoner som å miste autorisasjonen (Granås, Hagesæther, & Siggerud, 2016). En annen grunn til at noen kan velge å unnlate å skrive avvik på feil andre har gjort, er at dette kan i noen arbeidsmiljø bli sett på som «sladring». Dersom man har en kultur hvor man blir straffet for å varsle om kritikkverdige forhold, vil dette kunne resultere i at feil og mangler, dårlige rutiner og uheldige forhold ikke blir avdekket. Dermed vike systemene forbedres, man lærer ikke noe av situasjonen, og det er fare for at de samme uhellene kan skje igjen. Man ser også at dersom det ikke skjer forandringer så produseres det enda mindre avvik, ettersom man som sykepleier kan føle at det ikke har noe hensikt. Grånas et. al. (2016) viser også at en annen grunn til avvikene ikke blir håndtert tilstrekkelig, er at ledelsen som har ansvar for å analysere feil og avvik ikke har tilstrekkelig kompetanse, tid eller ressurser. Dette fører igjen til at helsepersonell velger å unnlate å rapportere avvik. Dette er en stor fare for pasientsikkerheten. Artikkelen til Bentsen & Berland (2017) viser imidlertid at hos enkelte virksomheter så er det et begynnende skift i hvordan man ser på feil og skyld. Hittil har man typisk plassert skylden på individet, men man ser nå at man begynner å flytte skylden over på systemet, ettersom mange feil og mangler kan skyldes dårlige rutiner og organisering. De trekker fram at en av årsakene til dette kan være mer åpenhet om det å gjøre feil, og at denne åpenheten gjør at man oppdager potensielle farer for feil før de har oppstått. For å klare dette har man satt inn et tiltak om å bruke forbedringsmeldinger i tillegg til avviksmeldinger. Videre vil denne åpenheten kunne skifte mentaliteten om å melde avvik fra å være negativt til noe positivt, noe som forhåpentligvis vil resultere til en lavere terskel for å registrere forbedrings- og avviksmeldinger.

## 5.4 utfordringer i hjemmetjenesten

At man som sykepleier i hjemmetjenesten ofte har utilstrekkelig tid til å utføre oppgavene sine er noe som kommer frem i flere av artiklene. Dette har jeg også erfaring med. En av grunnene til dette er for lav bemanning. Det er mange pasienter som har behov for hjelp av hjemmetjenesten og det er en veldig skjev fordeling av personale og pasienter. Det er enda mer skjevt fordelt hos sykepleierne. Som et eksempel så har man som sykepleier på et sykehjem hovedansvar for 3-5 pasienter, mens en sykepleier i hjemmetjenesten kan ha ansvar for så mange som 20-25 pasienter. Når pasientene i tillegg er spredd over et større geografisk område og man bruker mye tid på å komme seg fra A til B, så er resultatet at man ofte bruker minimalt med tid i selve møtet med pasienten. I følge Ekstedt et. al. (2017) så kompenserer man for dette ved å lage midlertidige løsninger for å håndtere arbeidsmengden. Dette kan ha flere konsekvenser som går utover både sykepleiere og pasientsikkerheten. Først og fremst er mange av de midlertidige løsningene laget der og da, og vil som regel ikke være gjeldene for andre situasjoner. Dersom noen av disse løsningene blir brukt videre så kan det føre til at det originale problemet ikke synliggjøres, og at det dermed ikke kommer noen ordentlig løsning på problemet. En konsekvens relatert til legemiddelhåndtering er at dersom pasienten begynner på et nytt legemiddel, så har man ofte ikke nok tid til å observere eventuelle bivirkninger eller uheldige legemiddelinteraksjoner. Man får heller ikke tid eller muligheten til å observere eller kartlegge pasientene sin allmenntilstand og funksjonsnivå, noe som er viktig for å kunne tidlig oppdage forverring hos pasienten (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017). Dersom man tar seg den tiden man trenger til å ta en grundig kartlegging av en pasient, så går det som regel på bekostning av en annen pasient sin tid. Om bemanningen ikke strekker til så må man som sykepleier lære seg å delegere oppgaver. Av egen erfaring har jeg innsett at dette er det mange sykepleiere som har vanskelig for å gjøre. Det kan være flere grunner til dette. Mange velger sykepleieryrket nettopp fordi de er glad i mennesker og ønsker å hjelpe dem. Dette kan resultere i en ansvarsfølelse som er vanskelig å gi slipp på, men kan også føre til at man føler at man aldri strekker til. Dette kan være en stor påkjenning for mange. Den store arbeidsmengden og tidspresset kan føre til mye stress for sykepleiere (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017). Sykepleiere er mennesker og kan stresses av mange ulike grunner. Det er også store individuelle forskjeller på hvordan en håndterer stressende situasjoner. Sykepleieryrket er kjent for å være krevende, og i mange jobbutlysninger er nettopp det å kunne mestre stresshåndtering ofte poengtert. Når man er stresset er det typisk at man gjør flere feil enn om man hadde hatt full konsentrasjon. Dersom man i tillegg jobber ut ifra

gammel vane øker sjansen for feil enda mer, og pasientsikkerheten vil stå i fare (Galek, Grov, & Zukrowski, 2018).

Som nevnt tidligere så er et av målene for god legemiddelhåndtering at pasienten får legemidlene til rett tidspunkt. Igjen er både bemanning og dårlig tid en risikofaktor for at pasienten får medisinerne til feil tidspunkt. Det kreves mye tilpasning og fleksibilitet i alle sektorer av helsevesenet, men i hjemmetjenesten settes dette enda mer på prøve (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017). Dersom det er mange pasienter på listen til sykepleieren som har behov for hjelp til medikamenter, så kan det være vanskelig å prioritere. Først og fremst prøver man å finne løsninger som gjør pasienten i stand til å kunne håndtere sine egne medisiner, da dette vil spare sykepleierne i hjemmetjenesten tid, og pasienten vil kunne kjenne på en mestringfølelse. En annen utfordring med for lav bemanning er muligheten til å utføre dobbeltkontroll. Av egen erfaring kan fordelingen av sykepleiere på vaktene være skjevt fordelt, hvor noen vakter har 1 sykepleier mens andre har 4-5 sykepleiere. Ettersom det ikke er uvanlig å være bare 1 sykepleier på kveldstid så utføres hoveddelen av legemiddelhåndteringen på dagen. Både Ekstedt et. al. (2017) og Galek et. al. (2018) trekker fram hvordan dobbeltkontroll er et viktig tiltak for å ivareta pasientsikkerheten. Når det er travelt så er det slik at enkelte sykepleiere velger å stole på at kollegene sine har gjort det riktig, og dermed unnlater å dobbeltsjekke medikamentet eller dosetten som skal gis. Dersom man legger feil tablett eller feil dose av et legemiddel i dosetten, og dette ikke blir oppdaget, kan dette føre til skade på pasienten. Det er derfor en anbefaler dobbeltkontroll, slik at feil forhåpentligvis vil bli oppdaget før eventuell skade skjer (Galek, Grov, & Zukrowski, 2018).

## 6.0 Konklusjon

I mine søk ser jeg at forskningen som omhandler pasientsikkerheten ved medikamenthåndtering i hjemmetjenesten for det meste avdekker hvilke områder som er utsatt. Noe av forskningen drøfter aktuelle tiltak, men ikke resultatene av disse. Her kan man konkludere at det er behov for mer forskning på disse områdene. En kan også se at det er en ukultur blant helsepersonalet når det gjelder holdningene rundt avvikshåndtering. Artiklene viser at en typisk ser på avvikshåndtering som noe negativt. Avvikshåndtering og forbedringsmeldinger er to gode kvalitetssikringssystemer, men begge må benyttes for å ha noen effekt, og en bør derfor tilstrebe å endre tankesettet rundt dette. Forskningen viser også

at det er et stort forbedringspotensial ved kommunikasjon mellom de forskjellige virksomhetene innen helse. For å ivareta pasientsikkerheten vil det dermed være gunstig å enten ha mer fokus på tverrfaglig samarbeid, eller å sikte mot at de forskjellige virksomhetene bruker de samme elektroniske meldingssystemene. Det mest fremtredende området som er en risiko for pasientsikkerheten er sykepleiers kunnskap om legemidler. Her har man en fordel med at en kan begynne forbedringen allerede i sykepleierstudiet ved å rette mer fokus på dette området.

## 7.0 Litteraturliste

- Bentsen, S. B., & Berland, A. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of Clinical Nursing*(26), ss. 3734-3741.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13745>
- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gydenldal Akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2016). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Brudvik, M. (2009, 11 11). *helsebiblioteket.no*. Hentet August 04, 2020 fra Konsensusprosesser: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/konsensusprosesser>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekstedt, M., Flink, M., & Lindblad, M. (2017, 08 24). Safe medication management in specialized home healthcare - an observational study. *BMC Health Services Research*.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2556-x>
- Engh, E., & Ranhoff, A. (2016). Eldre og legemidler. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 184-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Galek, J., Grov, E. K., & Zukrowski, M. (2018, November 30). *Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig*. Hentet September 15, 2019 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2018/11/slik-kan-legemiddelhandteringen-bli-mer-forsvarlig-og-riktig>
- Granås, A. G., Hagesæther, E., & Ingeborg, S. (2016). Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien - rapporterte og observerte avvik. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*(9), ss. 24-28.
- Granås, A. G., Hagesæther, E., Landmark, C., & Neslein, I.-L. (2015). Legemidler og pasientsikkerhet – fokus på eldre. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*(1), ss. 26-30.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Nortvedt, M., & Reinart, L. (2013). *Jobb Kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2017). *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer, IS-7/2015*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 09 15, 2019.

- Hollnagel, E. (2013). Making health care resilient: From safety-I to safety-II. I J. Braithwaite, H. Erik, & R. Wears (Red.), *Resilient Health Care* (ss. 3-17). Surrey: Ashgate Publishing.
- Holm, S., & Notevarp, J. (2014). *Klinisk legemiddelhåndtering*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- I trygge hender 24-7. (2015, 09). *Riktig legemiddelbruk i hj.tjenesten*. Hentet Juli 20, 2020 fra Pasientsikkerhetsprogrammet: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten>
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I G. H. Grimsbø, N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., ss. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mensen, L. (2016). Biologisk aldring. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 52-57). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og Jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordeng, H. (2016). Grunnleggende kunnskap - hva er legemidler, og hvordan brukes de? I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet Juli 22, 2020 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2016). Den akutt syke gamle. I K. Brodtkorb, M. Kirkevold, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 225-237). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slørdal, L., & Spigset, O. (2016). Farmakodynamikk - hva gjør legemidlet med kroppen. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., ss. 45-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Spigset, O. (2016). Eldre og legemidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk Sentralbyrå. (2020, 06 18). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. Hentet August 10, 2020 fra <https://www.ssb.no/pleie>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler brukt
SveMed+	«Medication error» AND «home care»	*	15	6	2	«Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien – rapporterte og observerte avvik» (Granås, Hagesæther, & Siggerud, 2016)
SveMed+	«Medication management»	*	240	4	2	«How to ensure safe and appropriate medication management» (Galek, Grov, & Zukrowski, 2018)
CINAHL	«Medication error» AND «home care»	*	5	4	3	«Medication errors in home care: a qualitative focus group study» (Bentsen & Berland, 2017)
MEDLINE	«Patient safety» AND «Medication errors» AND «home care»	*	14	5	4	«Safe medication management in specialized home healthcare» (Ekstedt, Flink, & Lindblad, 2017)

\* Alle søkene ble avgrenset til artikler mellom 2010-2019.