

BACHELOROPPGÅVE

I trygge hender

«Korleis kan sjukepleiar sikre forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim»

Av

Kandidat nummer: 10
Camilla Steinsland Hansen

Safe hands

How can nurses secure proper medication management in nursing homes?

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Tal ord: 6992

Rettleiar: Joanna Galek



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

10: Camilla Steinsland Hansen

kandidatnummer og namn

JA X NEI

Samandrag

Tittel:

I trygge hender

Bakgrunn for val av tema:

Legemiddelhandtering er noko «alle gjer», men likevel ikkje burde. I mine praksisperiodar har det gjennomgåande vert situasjonar der legemiddelhandtering har skilt seg ut som eit viktig tema. Det ligg eit stort ansvar i desse oppgåvene. Eg har kjent behovet for meir kunnskapar om eldre og legemiddel, enn kva eg kunne bidra med. Den eldre pasienten er ein av dei mest komplekse pasientane sjukepleiar møter. Dette krev at sjukepleiar er kompetent for rolla. I framtida ynskjer eg sjølve å jobbe på sjukeheim, og vil derav fordjupe meg på området.

Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiar sikre forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim.

Metode:

Oppgåva er eit litteraturstudie og kombinerer relevante forskingsartiklar, faglitteratur og eigne erfaringar

Oppsummering:

Forskning og faglitteratur viser at det fins konkrete tiltak som kan bidra til meir målretta legemiddelbehandling og sikrere legemiddelhandtering på sjukeheim. Via oppgåva har eg fått eit innblikk i korleis sjukepleiar kan bidra i denne prosessen. Sjukepleiar på sjukeheim har ei unik moglegheit til å følge og observere pasienten over tid. Kjennskap til pasienten gjev sjukepleiaren ei viktig rolle i det tverrfaglege samarbeidet. Det er viktig at sjukepleiaren er bevisst ansvaret, er kritisk og tenkjer sjølve. Sjukepleiaren har eit sjølvstendig, men overordna ansvar for legemiddelhandteringa på avdelinga. Oppdatert kunnskap og teori om eldre og legemiddel er viktig, men sjukepleiar må også kunne omstille dette til praksis. Legemiddelhandtering kan sjås på som ei omsorgsoppgåve. Å møte pasienten med eit ope sinn, kan hjelpe sjukepleiaren å ta gode val.

Føreord

Pasienten overlét på mange måtar sitt liv i sjukepleiarens hender. I samband med legemiddelhandtering, krev det at sjukepleiar har kunnskap, kompetanse og eit godt handlag. Pasienten må kunne stole på at sjukepleiaren veit kva ho driv med, og kjenne seg i trygge hender.

Dette markerer ein sjukepleiarstudents avsluttande mål. Det har vert ein lang, tøff og utruleg lærerik sti å gå. Eg vil rette ein stor takk til min rettleiar for gode råd, innspel og oppmuntrande ord i prosessen. Eg vil òg takke familien min for god støtte under skriveprosessen. Dåke har vert min inspirasjon til arbeidet. Ein ekstra tanke går til *dei gode hendene og mjuke potane*.

«Begynn med å gjøre det som er nødvendig, deretter det som er mulig, og plutselig greier du det umulige»

- Frans av Assisi

Innhold

Samandrag.....	
Føreord.....	
1.0 Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Definisjonar	2
1.5 Disposisjon.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Kva er metode?	4
2.2 Val av metode.....	4
2.3 Etske sider ved litteraturstudie	4
2.4 Metodevurdering og kjeldekritikk.....	4
2.5 Val av forskingsartiklar	5
2.5.1 Academic Search Premier, Medline og Cinahl	5
2.5.2 Sykepleien.....	5
2.5.3 Søk i litteraturlister	6
2.5.4 Tips frå andre.....	6
2.6 Val av sjukepleieteori	6
3.0 Teori.....	7
3.1 Sjukeheimspasientar og legemiddel.....	7
3.1.1 Kunnskap om aldring og farmakologi.....	7
3.1.1.2 Eldre og legemiddelbehandling.....	8
3.2 Forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim	10
3.2.1 Forsvarlegheit.....	10
3.2.2 Sjukepleieansvar.....	10
3.2.3 Sjukepleieteori.....	12
4.0 Drøfting.....	13
4.1 Sjukepleiarens kunnskap om eldre og legemiddel.....	13
4.2 Sjukepleiarens rolle i det tverrfaglege team	16
4.3 Forsvarleg legemiddelhandtering – sjukepleiars ansvar	17

5.0 Avslutning.....	20
Kjeldeliste.....	21
Vedlegg.....	

1.0 Innleiing

Dagens eldreomsorg pregast av ei gradvis realisering av samhandlingsreforma, og sjukepleiarane i kommunehelsetenesta er dermed stilt overfor nye utfordringar (Hagen, 2013). I framtida vil tal eldre auke (Statistisk sentralbyrå, 2014). Sjukeheimane har vanskar å rekruttere nok fagutdanna kompetanse (Gautun & Bratt, 2014). Legemiddelhandteringa ved norske sjukeheimar er mangelfull (Helsetilsynet, 2010), og minst 1 av 10 innleggingar av eldre på sjukehus, skuldast feil bruk av legemiddel (Hagesæther, Landmark, Neslein, & Granås, 2015). «*Riktig legemiddelbruk i sykehjem*» var eitt innsatsområda til pasientsikkerheitskampanjen og vart gjennomført frå 2011-2013. I ettertid har fleire pasientar fått jamleg legemiddelgjennomgang og fleire legemiddel nyttast meir målretta i behandlinga. Kampanjen er vidareført som eit nasjonalt program for pasientsikkerheit og skal virke ut 2018 (Meld. St. 11 (2014-2015), 2015). Regjeringa gav nyleg ut *legemiddelemeldinga* (Meld. St. 28 (2014-2015), 2015), som synleggjer eit ønske om å utvide og endre hovudmåla for norsk legemiddelpolitikk.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Mi interesse for eldreomsorga starta før eg byrja på sjukepleiarutdanninga. Som ufaglært og ung, opplevde eg fleire gongar å få medisinbegeret i handa. Eg var usikker på kva som var rett og galt, men oppfatta dette som dårleg praksis. Denne usikkerheita har på mange måtar prega mine erfaringar som sjukepleiarstudent. Legemiddelhandtering er noko «alle gjer», men likevel ikkje burde. I mine praksisperiodar har det gjennomgåande vort situasjonar der legemiddelhandtering har skilt seg ut som eit viktig tema. Det ligg eit stort ansvar i desse oppgåvene. Eg har kjent behovet for meir kunnskapar om eldre og legemiddel, enn kva eg kunne bidra med. Den eldre pasienten er ein av dei mest komplekse pasientane sjukepleiar møter. Dette krev at sjukepleiar er kompetent for rolla. I framtida ynskjer eg sjølve å jobbe på sjukeheim, og vil derav fordjupe meg på området.

1.2 Problemstilling

Eg ynskjer å få eit innblikk i korleis eg som sjukepleiar kan bidra til å førebygge legemiddelfeil og sikre god praksis for legemiddelbruk på sjukeheim. Difor har eg valt følgjande problemstilling:

«*Korleis kan sjukepleiar sikre forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim?*»

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Legemiddelhandtering er ei sentral, men stor sjukepleiaroppgåve. På grunn av oppgåvas omfang, kan eg ikkje fordjupe meg i alle ledd. Eg har valt å fokusere på sjukepleiarens ansvarsrolle, og kva kunnskapar og kompetanse om eldre og legemiddel kan ha å sei for å sikre forsvarleg legemiddelhandtering. Fokuset er eldre over 75-80 år, fordi mange eldre over denne alderen har utprega aldersendringar (Ranhoff A. H., 2014). Dei fleste sjukeheimsbebuarar er også over 80 år (Mørk, Sundby, & Otnes, 2014). Eg har ikkje avgrensa til ei spesifikk avdeling, fordi eg meiner sjukepleiars ansvar og krav til kunnskap, er fundamentalt lik uansett avdeling. Sjølv om fleire eldre er disponert for kognitiv svikt, ulike kroniske sjukdommar og moglege tvangshandlingar, vil eg ikkje gå spesifikt inn på dette.

1.4 Definisjonar

Biverknader: alle uønskete verknader legemiddel kan ha (Statens legemiddelverk, Utdatert).

Eldre: i oppgåva meiner eg personar frå 75 og oppover.

Farmakokinetikk: tyder korleis eit legemiddel beveger seg i kroppen. Det handlar om kva som hender med eit legemiddel frå det er tatt til det er ute av kroppen (Simonsen, Aarbakke, & Lysaa, 2010).

Farmakodynamikk: omhandlar legemidlas effektar og korleis legemidla verkar i kroppen (Simonsen et al., 2010).

Homøostase: handlar om kroppens likevektsmekanismer (Mensen, 2014).

Legemiddelgjennomgang: er ein systematisk metode for kvalitetssikring av den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerheit (Helsedirektoratet, 2012).

Legemiddelinteraksjonar: er samvirke mellom to eller fleire legemiddel som nyttast i nær tilslutning til kvarandre, og som fører til auka eller svekka effekt av eitt eller fleire av legemidla (Simonsen et al., 2010).

Legemiddelhandtering: alle typar legemiddelrelaterte oppgåver som utførast, ifrå eit legemiddel er ordinert eller rekvirert, til det er utdelt eller kassert (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008)

Polyfarmasi: i denne samanhengen; behandling med fleire legemiddel samstundes (Bjerrum, 2011).

Seponere: å avslutte eller stoppe med behandling (Vennerød, 2009).

Sjueheimspasient: viser her til den eldre pasient med sjukeheim som bustad. Pasienten kjenneteiknast av funksjonstap, fleire sjukdommar og behov for behandling, pleie og omsorg (Ranhoff, Schmidt, & Ånstad, 2007).

1.5 Disposisjon

Innleiinga utgjer første del av oppgåva. Her går eg igjennom bakgrunn for val av tema, problemstilling, avgrensing og definisjonar av relevante omgrep. Andre del omhandlar metode, som rommar min metode, etiske sider ved litteraturstudie, metodevurdering og kjeldekritikk, samt val av forskingsartiklar og sjukepleieteori. Eg legg ved framgangsmåte for artikkelsøk via eit eige skjema. I tredje del presenterer eg teorien, mens eg drøftar teori opp mot forskning og egne erfaringar i del fire. Del fem er avsluttande del, der eg søker å svare på problemstillinga mi.

2.0 Metode

2.1 Kva er metode?

Metode er ein måte å få fram ønskeleg informasjon eller data, og er eit verktøy for å nå eit mål (Dalland, 2012). Å velje ein bestemt metode før ein annan, er difor eit val basert på prioritering og forventingar. Vilhelm Aubert (sitert i Dalland 2012, s. 111) meiner metode er ein måte å komme fram til ny kunnskap på.

2.2 Val av metode

Denne oppgåva er eit litteraturstudium. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) kan vi forstå dette som ein systematisk framgangsmåte etter søk, vurdering og samanfatning av eksisterande litteratur på eit visst problemområde. Det krev ein kritisk gjennomgang og forskning av god kvalitet.

2.3 Ethiske sider ved litteraturstudie

Dette er ei studentoppgåve, og framgangsmåten skal spegle kriteria for det. Krav til arbeidet, skal sikre at arbeidet er i tråd med lovverk og etisk skikk. Helsepersonellova (2015, §3) viser at studentar er definert som helsepersonell. Lova skal bidra til sikkerheit for pasientar og kvalitet i helsetenesta. Eg opprettheld teieplikta, ved å anonymisere mine praksiseksempel. Ifølge Vetenskapsrådet (henta frå Forsberg og Wengström 2013), er det også eit krav at litteraturstudiet skal avstå frå fusk, plagiat, forfalsking av data eller misvising av data for å støtte opp under eige studie.

2.4 Metodevurdering og kjeldekritikk

Den systematiske framgangsmåten gjev moglegheit til å finne mykje forskning, men det kan også vere vanskeleg å få fram forskning av god kvalitet. Tolking av mine funn, vil sannsynlegvis basere seg på mi førforståing og mitt perspektiv. Eg trur difor at andre kan komme fram til ulik konklusjon enn min. Det kan vere ei styrke at mykje av litteraturen eg har funne er skrive av kjente fagpersonar. Samstundes må ein vere kritisk, og hugse at einkvar talsmann alltid vil vere farga av egne overbevisningar. Eg går ut i frå at forskinga eg har funne kan gje meg god oversikt på området. Likevel er det spørsmål om overføringsverdi frå utanlandske studier til norske forhold. Det er også ein sjanse for at oversetting frå engelsk til norsk kan føre til feiltolking.

2.5 Val av forskingsartiklar

Prosessen med å søke etter forskning, har vore krevjande og lærerik. Det har vore vanskeleg å finne gode søkeord, som igjen kunne få fram relevant forskning av god kvalitet. Eg valte difor å bruke PICO, eit kjent verktøy for å tydeleggjere og hjelpe meg å strukturere vidare arbeid (Senter for kunnskapsbasert praksis, 2012). Dette var hjelpsomt, og gjorde meg bevisst på relevante søkeord. Vidare har eg brukt SveMed+ for å oversetje norske nøkkelomgrep på bokmål til engelske nøkkelord. Eg har nytta ulike databaser, og har avgrensa artikkelsøka til dei siste 5 åra, for å kvalitetssikre mine funn. Eg har også leita i gjennom relevante artiklar for tips til gode, engelske søkeord og til relevant forskning. Rettleiar har gitt meg nyttige innspel, som har resultert i forskingsfunn. Detaljert søkeprosess og bruk av hjelpeskjemaet PICO, er vedlagt oppgåva.

2.5.1 Academic Search Premier, Medline og Cinahl

«*Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes*» (Dilles, Elseviers, Van Rompaey, Van Bortel, & Vander Stichele, 2011). Mål: Identifisere ulike hindringar sjukepleiarar på sjukeheim erfarer ved legemiddelhandtering, og få fram kva relevans dei ulike hindra har. Metode: Blanda studie, der både kvalitativ og kvantitativ metode er nytta. 12 sjukepleiarar samarbeida om å identifisere hindringar for optimal legemiddelhandtering. Med dette som basis, blei det utvikla ei spørjeundersøking som samanfatta desse hindra til tre hovudkategoriar. 20 sjukeheimar, 246 sjukepleiarar og 270, klassifisert som «sjukepleiar-assistentar», deltok.

«*Medication errors in elderly acute care – a systematic review*» (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Mål: Å undersøke kva legemiddelrelaterte feil som hender ved pleie av akutt sjuke eldre og kva forskinga seier om dette. Metode: Dette er eit systematisk oversiktsstudie. Hovudvekt av studier har opphav frå USA og Asia, nokre frå Europa og Norden.

2.5.2 Sykepleien

«*Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem*» (Wannebo & Sagmo, 2013). Mål: Kartlegge behovet for kunnskaps- og kompetanseheving innan legemiddelhandtering blant sjukepleiarar på sjukeheim, og undersøke kva områder ein har behov for meir kunnskap på. Forskarane var også ute etter korleis sjukepleiarar held seg oppdatert på legemiddelkunnskap. Metode: Studiet er ei spørjeskjemaundersøking, som inkluderte 28 av 29 sjukeheimar i Nord-Trøndelag. Spørjeskjemaet blei delt inn i 11 hovudtema, og romma 156 spørsmål.

2.5.3 Søk i litteraturlister

«*An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence*» (Sulosaari, Suhoonen, & Leino-Kilpi, 2011). Mål: Skildre sjukepleiaranes kompetanse om legemiddelhandtering. Metode: oversiktsartikkel, systematisk litteraturstudie med fem stadium; 1) Problemidentifisering. 2) Litteratursøk. 3) Dataevaluering. 4) Dataanalyse. 5) Presentasjon. 21 studier blei kvalifisert for vidare undersøking. Det blei identifisert 11 kompetanseområder som blei konkretisert i 3 hovudområder.

2.5.4 Tips frå andre

«*Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes*» (Halvorsen, Ruths, Granas, & Viktil, 2010). Mål: Teste ut ein tverrfagleg modell for å identifisere og løyse legemiddelrelaterte problem i norske sjukeheimar. Metode: Deskriptivt intervensjonsstudie, noko Howick (2013) seier er ei studieform av ikkje-analytisk karakter. Ved hjelp av farmasøytar, blei det utført ein systematisk legemiddelgjennomgang hjå 142 langtids pasientar på 3 sjukeheimar, i samarbeid med pasientanes lege og primærsjukepleiarar.

«*Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults Addressing Polypharmacy*» (Garfinkel & Mangin, 2010). Mål: Redusere polyfarmasi og unødvendig medisinbruk hjå eldre, ved hjelp av ein systematisk framgangsmåte. Metode: Dette var eit prospektivt kohortstudie, altså ein type kvantitativ studie (Forsberg & Wengström, 2013). 70 eldre pasientar, med gjennomsnittleg alder på 82,8 år og deira familie eller verge, deltok i studiet. Vidare blei eit verktøy for legemiddelgjennomgang og vurdering av seponering brukt.

2.6 Val av sjukepleieteori

Eg har valt å ankre oppgåva mi i Kari Martinsens omsorgsteori. Ho fremjar omsorg, kritisk tenking og ei praktisk erfaringsbasert tilnærming, noko som kan hjelpe å belyse mi problemstilling. Ho meiner omsorgsarbeidet særleg kan rettast mot sjuke eller pleietrengande pasientar (Martinsen, 2003). Dette samsvarar med «den sårbare eldre» sjukeheimspasient. Eg trur hennar tankar om moralen i sjukepleie, kan gje ei viktig rettesnor for sjukepleiarens tankar, handling og ansvar. Kirkevold (1998) peiker på at Martinsens teori kan opplevast noko utilgjengeleg. Eg deler nokon av desse tankane, og har valt å dra inn fleire forfattarar som delar hennar tankar, og gjev ei god innføring til hennar teori.

3.0 Teori

I denne delen vil eg presentere relevant teori som kan gjeva eit godt overblikk over situasjonen. Her vil eg halde meg sakleg og gjere greie for kva litteraturen seier. Eg har delt teoridelen i to: sjukeheimspasientar og legemiddel og forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim. Kvar del har tilhøyrande underkapittel.

3.1 Sjukeheimspasientar og legemiddel

3.1.1 Kunnskap om aldring og farmakologi

Ein naturleg konsekvens av å bli eldre, er fysiologiske endringar i kroppens organ. Typiske karakteristikkar, er redusert reservekapasitet og svekka evne til homøostase (Mensen, 2014). Det er store individuelle skilnader på kor prega ein blir av prosessane, og skilnadane aukar med alderen (Ranhoff & Engh, 2014). Aldersendringar kan påverke legemidlas farmakokinetiske- og farmakodynamiske endringar (Fastbom, 2002). Magen har ein tendens til å tømme seg saktare enn før, noko som både er ei aldersendring og ein konsekvens av alderdom. Dette kan føre til forsinka absorpsjon av legemiddel (Hagesæther et al., 2015).

Endringar i kroppens samansetning fører til endring i distribusjon, altså i omfordeling av legemiddel. Når ein blir eldre, tapar ein ofte vekt. Kroppens feittdepot aukar, mens mengde kroppsvatn reduserast (Sletvold & Nygaard, 2012). Feittløyselege legemiddel, som til dømes Acetylsalisylsyre, Furosemid og Diazepam, vil kunne fordele seg over eit større område. Om ein samanliknar med yngre pasientar, vil slike medisinar ha lengre effekt hjå eldre. Eksempelvis aukar halveringstida for Diazepam frå 20-50 timar til inntil 110 timar hjå eldre (Ruths & Straand, 2013). Tap av kroppsvatn, gjer at vassløyselege medikament, som Levodopa, Paracetamol og Thyroideahormon, har mindre områder å fordele seg på. Resultatet er sterkare effekt, høgare konsentrasjon og kortare virketid. Konsentrasjonen av protein som binder legemiddel i blodet endrast, noko som resulterer i at serumalbumin overtar. Legemiddel med sterke bindingar til albumin, som Marevan og antiepileptika, kan få større konsentrasjon i blodet (Hagesæther et al., 2015).

Fordi nyrenes evne til filtrasjon blir dårlegare, vil kroppens evne til å skilje ut legemiddel reduserast med alderen (Mensen, 2014). I tillegg, vil følgjene av anna sjukdom, ytterlegare forverre nyrenes føresetnad (Ruths, 2010). Nedsett nyrefunksjon er den viktigaste endringa som påverkar kroppens handtering av legemiddel (Simonsen et al., 2010). Ein bør difor unngå legemiddel med lav terapeutisk

indeks og som skiljast ut via nyrene, til dømes Aminoglykosider og Litium. Det skal nemleg lite til før overdosering. Legemiddel som skiljast ut i nyrene, krev nøye overvaking og dosejustering. Hjø eldre med nedsett nyrefunksjon, kan slike legemiddel bidra til ytterlegare forverring av nyrefunksjonen. Eksempel på desse, er ACE-hemmerer og diuretika (Ruths & Straand, 2013). Ei av dei vanlegaste nyreprøvene, serum-kreatinin, speglar dårleg eldres nyrefunksjon. Dette fordi eldre taper både muskelmasse og kreatininsyntese, som båd påverkar resultatet (Ruths & Straand, 2013).

Aldersendringar kan også føre til farmakodynamiske endringar, og ei endring i sjøve legemiddelresponsen. Den eldre vil gjerne ha auka sensitivitet for betablokkere og antipsykotika. Mange eldre vil også vere vare for effekten av sedative legemiddel, som benzodiazepiner og opioider, og sensitive for legemiddel som påverkar viktige neurotransmittarar eller kjemiske bindingar i hjernen (Hagesæther et al., 2015). Langvarig bruk av til dømes opiater, gjev gjerne svekka effekt. Slike endringane skuldast at reseptorane som legemidla binder seg til, minkar med alderen (Ruths og Strand, 2012). Ifølgje Fastbom (2002) skjer det vidare ei rekke endringar; aldersendringar fører til dårlegare blodtrykksregulering, og risiko for at den eldre blir svimmel, ustø eller uvel når ein røyser seg opp. Det fører til nedsett spyttproduksjon, som både er ei aldersendring og ein hyppig legemiddelbiverknad. Fastbom meiner dette gjer den eldre utsett for munntørtheit, og kan ha konsekvensar for legemiddel som skal løysast opp i munnhola eller svelgast. Han påpeikar vidare at peristaltikken, eller muskelsamantrekningane i fordøyingsystemet reduserast. Dette kan ha konsekvensar for evna til å svelgje tablettar og for transport og fordøying mat og medisinar. Han meiner det er viktig å kjenne til legemiddel som kan vere skadeleg for spiserøyrret. Sletvold og Nygaard (2012) hevdar at eldre er meir sårbare for legemiddel som irriterer magesekken, fordi magesekken til dei eldre, tapar dei slimproduserande cellene som beskyttar magesekken.

3.1.1.2 Eldre og legemiddelbehandling

Alderdom aukar risikoen for fleire sjukdommar. Fleire sjukdommar og plager, resulterer ofte i polyfarmasi (Wyller, 2012). Legemiddelbehandling har ei utprega rolle ved behandling av sjukdom og plager hjå eldre, og det førekjem både over- og underbehandling (Ruths & Straand, 2013). Bruken av fleire legemiddel samstundes, er forbunde med stor risiko for negative og uønskte verknadar (Bjerrum, 2011). Ruths (2010) meiner medikamentell behandling kan betre helsetilstand og livskvalitet, men òg føre til fleire legemiddelrelaterte problem. Polyfarmasi er problematisk fordi biverknader og interaksjonar aukar med tal medisinar. Eit studie viser at 1 av 4 sjukepleiarar ikkje ser på observasjon av biverknad som ein del av sitt ansvar (Dilles et al., 2011). Legemiddelbiverknadar

blir ikkje alltid oppdaga, men heller oppfatta som forverring av sjukdom, teikn på ny sjukdom eller som ei normal aldersendring (Ruths & Straand, 2013). Ofte gjev legemiddel sterkare effekt enn ønskeleg. Vanlege biverknadar hjå eldre, er til dømes svekka bevisstheit, forvirring, hjartebank, svimmelheit, dehydrering, magesår, urinretensjon, obstipasjon og trøyttheit (Ranhoff & Engh, 2014). Hjå gamle og skrøpelege, er det ofte liten skilnad mellom dose som framkallar ønska verknad og biverknad (Ranhoff et al., 2007). Særleg legemiddel med lav terapeutisk breidde, fører til interaksjonar, men også naturpreparat og andre legemiddel. Legemiddelinteraksjonar kan ha alvorlege konsekvensar (Ranhoff & Engh, 2014). Enkelte legemiddel er forbunde med større interaksjonsrisiko og enn andre, til dømes Warfarin, Digitalis og NSAIDs (Ranhoff et al., 2007). Det er utvikla fleire sjekklister, screeningverktøy og kriterielister til hjelp med å forskrive legemiddel. STOPP og START, eit internasjonalt vurderingsinstrument til hjelp for leger, er eitt (Ranhoff, et al., 2015). DRUID er eit interaktivt verktøy for å unngå eller oppdage moglege legemiddelinteraksjonar (Ruths, 2010). Sjukepleiaren kan bruke offentlege informasjonskjelder og oppslagsverk, som til dømes Norsk Legemiddelhåndbok og Felleskatalogen for å kontrollere legemiddel med tanke på biverknadar og interaksjonar (Bielecki & Børdahl, 2013). Eit studie viser at dei fleste sjukepleiarar brukar felleskatalogen aktivt, men at 50 % syns det er vanskeleg å finne eller forstå innhaldet (Wannebo & Sagmo, 2013).

Legemiddelrelaterte problem og hyppige endringar i helsetilstanden, er vanleg blant eldre sjukeheimspasientar (Ranhoff & Engh, 2014). Eit studie indikerer at mange eldre brukar unødvendige medisinar. Ved hjelp av eit etablert verktøy, «Good Palliative-Geriatric Practice», fekk 81 % av studiets deltakarar seponert ikkje-livsnødvendige legemiddel. 88 % oppgav også betring av helsetilstanden i ettertid. Studiet syntte liten risiko ved at fleire legemiddel blei seponert på same tid (Garfinkel & Mangin, 2010).

Helsetilsynet avdekkja store manglar ved rutinar for legemiddelgjennomgang på sjukeheim (Helsetilsynet, 2010). Legemiddelgjennomgang er eit viktig tiltak for å sikre betre kvalitet på legemiddelbehandlina. Den kan utførast av behandlande lege åleine, eller i eit tverrfagleg team, beståande av sjukepleiar, lege og eventuelt farmasøyt (Helsedirektoratet, 2012). Det bør mellom anna vurderast ein gjennomgang ved endring i pasientens tilstand, ved ny diagnostisering eller ny medisin, byte mellom omsorgsnivå og når pasienten blir innlagt på sjukeheimen (Helsedirektoratet, 2012). Ein treårig, nasjonal kampanje, romma fokusområdet «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» (I trygge hender 24-7, 2015). Kampanjen er vidareført til eit nasjonalt pasientsikkerheitsprogram, som

byggjer på internasjonale anbefalingar og tiltak frå kampanjen. Legemiddelgjennomgang viste seg å auke pasientsikkerheita, blant anna ved å betre legemiddellister, dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbruk, det tverrfaglege samarbeidet, dialog med pasient og pårørande og førte til auka kunnskap og bevisstheit på fokusområdet. Eit studie viser at det tverrfaglege teamet er viktig for å sikre legemiddelhandtering hjå eldre (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Andre studiar er inne på det same. Halvorsen et al. (2010) fann at tverrfagleg tilnærming og systemtisk legemiddelgjennomgang kan vege positivt for sjukeheimspasientars legemiddelbruk. Forskarane vektlegg farmasøytens rolle i det tverrfaglege teamet. 504 legemiddelrelaterte problem blei identifisert og sett i samanheng med unødvendig legemiddelbruk. 94 % av desse problema blei løyst på kort tid, noko som førte til at pasientane fekk redusert 1,5 legemiddel i snitt.

3.2 Forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim

3.2.1 Forsvarlegheit

Omgrepet «fagleg forsvarlegheit» rommar ei fagleg, etisk og rettsleg norm for den enkelte sjukepleiarens praksis. Forsvarligheit er eit krav som kan vurderast som ein rettsmessig minstestandard. Kva som reknast som forsvarleg, varierer ut i frå sjukepleiarens kvalifikasjonar, kompetanse og arbeidsforhold (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2013). Fagleg forsvarlegheit kan relaterast til våre forventningar til sjukepleiaren, noko som gjer at det er ankra både i fagutvikling og i sjukepleiarens holdningar og veremåte overfor pasienten (NSF, 2013).

3.2.2 Sjukepleieansvar

Sjukepleiaren er strafferettsleg ansvarleg for sitt arbeid (Bielecki & Børdahl, 2013). Forsvarleg legemiddelhandtering skal sørge for at pasienten ikkje utsettast for unødvendig belastning (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999 § 1-1). Sjukepleiaren har eit individuelt ansvar for at yrkesutøvinga er fagleg forsvarleg (Helsepersonellova [hlspl], 1999 § 4), noko som dei yrkesetiske retningslinjene fremjar (NSF, 2011). Dette inneber at sjukepleiaren må ha nødvendige kunnskapar om legemiddel og kjennskap til dei lokale retningslinjene på arbeidsplassen (Bielecki & Børdahl, 2013). Sjukepleiaren pliktar å halde seg fagleg oppdatert (hlspl, 1999 § 4). Ei undersøking viser at fagleg oppdatering sjeldan skjer på eige initiativ. Ca. 100 % av sjukepleiarane meiner alle tilsette med legemiddelhandteringsansvar bør få kurs, og at dette bør vere obligatorisk. 60-70 % melder behov for meir kunnskap om eldre og legemiddel (Wannebo & Sagmo, 2013). Eit anna studie fann at legemiddelfeil kan knytast til manglande sjukepleiarkompetanse (Metsälä & Vaherkoski, 2014).

Oppdateringsplikta er også eit systemansvar. Verksemdas leiar er ansvarleg for å tilpasse høva, så forsvarleg praksis er realiserbar (hlspl, 1999 § 16). Sjukeheimane utarbeider helsetenesta i tråd med kommunale forhold. Fagleg forsvarlegheit er difor også eit kommunalt ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 2-1). «*Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien*» er ein rapport som foreslår konkrete tiltak som kommunane kan bruke for å legge til rette for god legemiddelhandtering. Ifølgje rapporten er arbeidet avhengig av at leiinga er med, at det er klare ansvarsforhold, kompetanse og god samhandling (Helsedirektoratet, 2011). Sjølvbehandling er eit resultat av samarbeid mellom fleire profesjonar, noko som i regelen utløysar ulikt ansvar hjå kvar yrkesgruppe (hlspl, 1999 § 4). Verksemdas leiar har eit overordna ansvar for legemiddelhandteringa på arbeidsplassen, og avgjer kven som er skikka til bestemte oppgåver. Dette må også nedfelle skriftleg (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, 4). Bestemte oppgåver kan overlatast til andre, basert på fagleg forsvarlegheit og ei heilskapleg vurdering. Sjukepleiaren har ansvar for å leie avdelinga, samt rettleie og undervise anna helsepersonell og sjukepleiarstudentar (Hauge, 2014). Bielecki & Børdahl (2013) påpeikar også sjukepleiars ansvar for å informere og undervise pasient og pårørande på ein forståeleg måte.

Sjukepleiarutdanninga formar sjukepleiaren grunnleggande kunnskapsgrunnlag. Gjennom teori og praksis, lærer ein blant anna anatomi, fysiologi og sjukdomslære, farmakologi, medikamentrekning, handtering av legemiddel, etikk og helsejus. I punkt 3.3 i rammeplanen for sjukepleiarutdanninga, er målet at studiet skal føre til handlingskunnskap, evne til sjølvstendigheit og utvikling av ei reflektert, men kritisk holdning til faget (Kunnskapsdepartementet, 2008). Eit studie kom fram til kva kunnskapsområder sjukepleiaren bør ha for å kunne utøve forsvarleg legemiddelhandtering, og blei samanfatta i 11 kompetanseområder: Anatomi og psykologi, farmakologi, kommunikasjon, tverrfagleg samarbeid, informasjonssøking, matematikk og medikamentrekning, administrering av legemiddel, undervisning, kartlegging og evaluering, dokumentasjon og fremje forsvarleg legemiddelhandtering som ein del av pasientsikkerheita. Forskarane samla desse i 3 hovudområder (Sulosaari et al., 2011). I følgje rundskriv om legemiddelhandteringsforskrifta (Helsedirektoratet, 2015), er det forventa at helsepersonell med medisinsansvar har kompetanse og erfaring på fleire områder: legemidlas verknad og virkemåte, haldbarheit og oppbevaring, ulike legemiddelformer, bytbare legemiddel, interaksjonar, biverknader, medikamentrekning, kunnskap om dosering, aseptisk arbeidsteknikk, dokumentasjon og avvikshandtering. For å sikre riktig utdeling av legemiddel, må sjukepleiaren aktivt nytte dei «7-R-ane». Dette inneber å gje *rett legemiddel* til *rett pasient*, i *rett dose* og *rett legemiddelform*, på *rett måte* til *rett tid* og med *rett informasjon* (Holm & Notevarp,

2011). Sjukepleiaren har eit sjølvstendig ansvar for å vurdere verknad og eventuelle biverknader. Observasjonane skal journalførast og rapporterast vidare til legen (Bielecki & Børdahl, 2013).

Ein sjukeheim kan sjås som ein byttearena, der helsepersonell får betalt for å ta seg av andre, til fordel for positive goder for både pasienten og dei som jobbar der. Sentrale kjenneteikn ved sjukeheimen som arbeidsplass, er turnusarbeid, ressursknappheit, mangel på personale og fysisk og psykisk belastning. Det er både ein arbeidsstad og ein heim, der menneske er hovudfokus i arbeidskvardagen. Sjølv om ein søker likeverd mellom pasient og sjukepleiar, er det reelt eit asymmetrisk maktforhold (Garsjø, 2012). Sjukepleiarens ansvar rommar ein etisk og moralsk dimensjon. Dei yrkesetiske retningslinjene er eit viktig fundament for sjukepleiarens etiske og moralske grunnlag (NSF, 2011). Sjukepleiaren har meldeplikt om ein oppdagar uforsvarlege forhold eller ulovlegheiter kring arbeidsstadens legemiddel.

3.2.3 Sjukepleieteori

Kari Martinsen meiner omsorg er grunnleggande i sjukepleie (Martinsen, 2003). Ho seier vidare at omsorg er relasjonell og krev ein mellommenneskeleg relasjon. Martinsen meiner vidare omsorg er å finne som ein praktisk dimensjon. Dette ser ho i samband med ei vektlegging av sjukepleiarens praktiske ferdigheiter. Martinsen hevder sjukepleiaren må handle ut frå si faglege meirforståing, på ein måte som er mest mogleg fordelaktig for pasienten. Dette inneber at sjukepleiar er kritisk i sitt arbeid. Ho fremjar at det faglege skjønn og den praktisk-erfaringsbasert kunnskapen utgjer sjukepleiars viktigaste kunnskar. Samstundes er sjukepleiaren avhengig av teoretisk kunnskap og kompetanse og til å foreine kunnskapsområda (Kristoffersen, 2011). Ho er kritisk til å teoretisere sjukepleiarfaget og til kva overføringsverdi sjukepleievitskapen har til praksis (Kirkevold, 1998). Omsorg er også ein moralsk dimensjon. Martinsen seier vidare at alle sjukepleiesituasjonar er av moralsk karakter. Makt har potensiale til å brukast moralsk ansvarleg, og sjukepleiaren utviser ein svak eller mjuk paternalisme, som Martinsen meiner er nødvendig om sjukepleiaren skal kunne hjelpe pasienten (Austgard, 2007).

4.0 Drøfting

I den følgjande delen vil eg vise til ein episode frå praksis. Eg ynskjer å bruke den som utgangspunkt for mi drøfting, og vil ved hjelp av eigne meiningar og erfaringar, fagteori og forskning, belyse mi problemstilling. Drøftingsdelen er inndelt tre delar; kunnskapsgrunnlaget om eldre og legemiddel, sjukepleiars rolle i det tverrfaglege samarbeidet og forsvarleg legemiddelhandtering i relasjon til sjukepleiars ansvar.

«Eg hadde medisinansvar på ei avdeling der mitt personlege kjennskap til pasientane, var avgrensa til ei vakt på avdelinga nokre dagar i førekant, og det vesle eg hadde fått med meg sporadisk frå tidlegare morgonrapportar. Min kontaktsjukepleiar var i nærleiken om eg skulle trenge vegleiing, og det var også anna helsepersonell med medisinansvar tilstade. Eg var opptatt av å gjere det skikkeleg, og brukte lang tid på å slå opp og dele ut medisinane. Dette førte til at somme pasientar fekk morgonmedisinen sin seint, og at det blei for tett mellom morgon- og middagsdosen. Somme pasientar hadde medisinlister som var lange som vonde år, og romma medisinar eg ikkje hadde kjennskap til. Eg måtte bla opp annakvar medisin, men følte samstundes eg ikkje hadde tid til dette. Eg sat med ei todelt kjensle: behovet for å gjere det rette og presset til å bli fort ferdig. Mange av pasientane hadde stått på enkelte medisinar i årevis, og eg stilte meg undrande til om det framleis var nødvendig. Ein pasient hadde noko vanskar for å svelge sine tablettar, og eg rådførte meg med helsepersonell på avdelinga. Dei råda meg til å knuse tablettane, så pasienten lettare kunne svelge dei. Ved nærare kontroll, oppdaga eg at pasienten blant anna stod på Albyl-E».

4.1 Sjukepleiarens kunnskap om eldre og legemiddel

Sjukepleiaren skal ha generell kunnskap for å utføre forsvarleg legemiddelhandtering (Kunnskapsdepartementet, 2008). I eksempelet mitt, oppdaga eg at Albyl-E vart knust. Situasjonen kunne løysast ved hjelp av basiskunnskap, men samstundes kjenner eg eit stort behov for ytterlegare kunnskap. Dette samsvarar med forskning, som syner at mange sjukepleiarar treng oppdatering og meir kunnskap om eldre og legemiddel (Wannebo & Sagmo, 2013). Det er fleire årsaker til dette. For det første kan sjukeheimspasientane vere krevjande å pleie. Eldre kan i tillegg ha diffuse og ueinsarta symptom (Bondevik & Nygaard, 2012). Samspelet mellom aldersendringar, sjukdom og legemiddel gjer det vanskeleg å skilje de ulike tilstandane frå einannan. For det andre, kan manglande kunnskapar hjå eldre vere eit hinder for sikker legemiddelhandtering (Dilles et al., 2011). Helsepersonell kan gjere feil utan å vere klar over det sjølve (Holm & Notevarp, 2011). Å vere bevisst over eigen kompetanse, gjer gjerne at ein tenkjer seg om to gongar. For det tredje skjer

legemiddelfeil som ein konsekvens av sjukepleiars manglande kompetanse om eldre og legemiddel (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Det seier noko om kor viktig det er med kunnskaps- og kompetanseheving blant sjukepleiarar på sjukeheim. Kunnskapsmanglar kan sjåast som ein risiko for uforsvarleg legemiddelhandtering, og har difor potensiale til å påføre pasienten skader.

Det er mange forventningar til kva sjukepleiar skal kunne. Sjukepleiar skal mellom anna kunne differensiere mellom ulike legemiddel og påfølgjande eigenskapar og effektar knytt til legemiddelet (Helsedirektoratet, 2015). I praksis skulle eg handtere 10 dosettar fulle med medisinar. I følgje forskning, nyttar sjukeheimspasientar 11,5 legemiddel kvar i snitt (Halvorsen et al., 2010). Det blir fort komplisert å ha kjennskap til kvart enkelt legemiddel, særskild som ny og uerfaren. Samstundes er det viktig å strekke seg mot det ideelle, og ikkje avfeie det som urealistisk. Mykje kunnskap vil truleg komme gjennom det ein erfarer sjølv. Kjennskap til dei vanlegaste brukte legemidla på arbeidsstaden, kan tenkast å vere til god hjelp. Eg meiner det er urealistisk å hugse alt, men at ein gradvis opparbeider seg kunnskapar, i takt med erfaring som sjukepleiar. Sjølv om ein ikkje klarer å svare for seg der og då, bør ein få sjansen til å søke etter kunnskapen.

Kari Martinsen meiner lærebokkunnskapane ikkje nødvendigvis gjer sjukepleiaren fagleg flink og omsorgsfull. Ho fremjar den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen og fagleg skjønn som dei viktigaste kunnskapane (Martinsen, 2003). Slik eg tolkar Martinsen, må sjukepleiaren evne å omstille teori til praksis. Ho må bruke sine sansar og «vere-i-situasjonen». Det er på denne måten sjukepleiaren kan bli fagleg dyktig. Sjukepleiarane må ha kunnskapar på fleire områder, ikkje berre teoretisk. Ifølgje Sulosaari et al., (2011) bør sjukepleiaren ha kompetanse til å handle, teoretisere og praktisere sine kunnskapar, om ein skal vere i stand til å yte forsvarleg legemiddelhandtering. Har ikkje sjukepleiaren tilstrekkelege evner til å omstille teori til praksis, kan det påverke forsvarlegheita. Ser ein dette opp mot utdanningssystemet, har eg erfart ein liknande problematikk; ikkje alt ein lærer, er i samsvar med den reelle arbeidskvardagen. Den teoretiske kunnskapen ein lærer om eldre og legemiddel, kan vere vanskeleg å overføre til praksis. Er det eit tenkeleg forbettringspotensiale på utdanningsfronten? Eg meiner teori er viktig for bevisstgjerjing og refleksjon. Teorien gjer sjukepleiaren «knaggar» å henge kunnskapen på i møte med praksis.

Polyfarmasi er utbredt på sjukeheim. Dette disponerer den eldre for uønskede verknader (Bjerrum, 2011). Forsking viser at sjukepleiarar manglar kunnskap om biverknader (Wannebo & Sagmo, 2013). Det fins indikasjonar på at sjukepleiarar er usikre på sine ansvarsområder for legemiddelhandtering. Somme meiner at observasjon av biverknader ikkje er ei sjukepleiaroppgåve (Dilles et al., 2011). Dette bryt med sjukepleiarens faglege ansvar. Å gje medisinar til pasienten, utløyser ansvar for å kunne observere korleis eit legemiddelet verkar, og derav også registrere eventuelle biverknader som oppstår (Bielecki & Børdahl, 2013). Sjukepleiaren bør kjenne til dei vanlegaste legemiddelbiverknadane (Ranhoff & Engh, 2014). Likeeins må ein vite korleis den eldre føresetnader, kan gjere det vanskelegare å fange opp uønskede verknader. Mitt inntrykk frå praksis, er at pasientane følgast lite opp etter at legemiddelet er delt ut. Eg oppfatta difor registrering av verknad og biverknadar mangelfull. Biverknadar blei sjeldan nemnd som mogleg årsak om det oppstod noko nytt hjå pasientane. Kan dette vere eit uttrykk for kunnskapsmangel? Eller handlar det meir om fråvær av fokus? Ein må evne å tenke nytt, og ikkje gro fast i eit gitt tankemønster. Mellom anna, må ein kontinuerleg vurdere pasienten med tanke på effekt, sjølv om pasienten har nytta same dose og mengde av ein medisin i fleire år. Sjukepleiaren må vere obs på at endringar kan oppstå, sjølv om legemiddelbehandlinga er lik.

Stort legemiddelforbruk gjev også større sjanse for uønskede, og i verste fall alvorlege interaksjonar. Metsälä & Vaherkoski (2014) meiner manglande kunnskapar om legemiddelinteraksjonar fører til legemiddelfeil. Sjukepleiaren må bruke sine kunnskapar til å observere den eldre, men også mestre bruken av tilgjengelege verktøy for å avdekke både biverknader og interaksjonar. Studiet til Wannebo & Sabmo (2013) syner at dei fleste sjukepleiarar nyttar felleskatalogen til vanleg, men at mange opplev det vanskeleg å finne eller tolke den informasjonen ein treng. Om sjukepleiaren ikkje kan bruke desse verktøya, utsetter ein kanskje pasienten for feilbehandling? Både under- og overbehandling av eldre er vanleg (Ruths & Straand, 2013). Rett samansetning av legemiddel kan på ei side betre pasientens helsetilstand og livskvalitet (Ruths, 2010). Samstundes er det tenkeleg å føre til same effekt om ein seponerar legemiddel. Garfinkel & Mangin (2010) meiner målretta seponering kan ha slike positive effektar for pasienten. Det fins indikasjonar på at mange eldre brukar medisinar ein ikkje treng. Studier syner at det er mogleg å fjerne unødvendige legemiddel (Halvorsen et al., 2010). Dette krev kunnskapar og kompetanse hjå sjukepleiaren.

4.2 Sjukepleiarens rolle i det tverrfaglege team

Tverrfagleg team krev at arbeidet må anerkjennast og synleggjerast som betydingsfult, frå leiinga og nedover. Partane må kommunisere og samhandle, og samstundes vete kven som har ansvar for kva (Helsedirektoratet, 2011). Kan det tenkjast at ei tverrfagleg tilnærming, er nøkkelen til sikker legemiddelbruk hjå eldre? Forsking syner at tverrfagleg samarbeid kan bidra til å sikre forsvarleg legemiddelhandtering (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Eit studie viser at ei tverrfagleg tilnærming, kan bidra til å avdekkje overflødig medisinbruk (Halvorsen et al., 2010). Halvorsen et al. meiner lege, sjukepleiar og farmasøyt bør samarbeide meir for å forhindre og førebygge legemiddelrelaterte feil. Vidare understreker forskarane kor viktig farmasøytanes spisskompetanse er for det tverrfaglege teamet. Farmasøytar har gjerne eit engasjement og ein djupare kunnskap om eldre og legemiddel. Eit farmasøytisk tilsyn kan difor vere eit viktig tiltak for å sikre forsvarlegheit. Kva om ein ikkje har denne tilgangen? Ikkje alle sjukeheimar har tilgang på farmasøyt. Legen kan til dømes utføre legemiddelgjennomgang åleine. Samstundes ville ein få ei breiare tilnærming om sjukepleiar deltok i dette. Legemiddelgjennomgang har jo vist seg å vere eit viktig tiltak for å sikre god legemiddelbehandling (Meld. St. nr. 28 (2014-2015), 2015).

Sjukepleiaren har gjerne god oversikt over pasientens situasjon og kan ha ei viktig rolle som initiativtakar og informant i det tverrfaglege arbeidet (Hauge, 2014). Sjukepleiaren har gode moglegheiter å bli kjent med og observere pasienten kontinuerleg. Det gjev sjukepleiaren rask tilgang til kva som kan oppfattast som normalt og kva som er unormalt for pasienten. Gjennomføring av regelmessige observasjonar og vurderingar av legemiddelbehandling, er eit viktig tiltak for å sikre legemiddelbruk i sjukeheim (Helsedirektoratet, 2011). Dette krev at sjukepleiar er kvalifisert for arbeidet. Det krev også at ein har eit godt dokumentasjons- og samanlikningsgrunnlag. I mitt praksiseksempel vart eg merksam på at fleire pasientar nytta mange legemiddel. Mange hadde brukt dei same medisinane i årevis. Som sjukepleiar, kunne eg brukt min posisjon og tatt søkt ei tverrfagleg tilnærming til saken. Eg meiner likevel at sjukepleiaren bør ha ei viss grad av kontinuitet i relasjon til pasientane, i noko større grad enn eg hadde, for å utnytte det tverrfaglege arbeidet optimalt.

Sjukepleiaranes medarbeidarar må trekkast med i arbeidet. God kommunikasjon mellom sjukepleiar og resten av pleieteamet er viktig for å registrere endringar i pasientens tilstand. Pleieteamet er sjukepleiaranes næraste medarbeidarar, og er gjerne dei som kjenner pasientane best. I praksiseksempelen kunne manglande kjennskap til pasientane, utfyllast av pleieteamets kunnskap og observasjonar. Slik eg ser det, kan sjukepleiarens rolle verke meir distansert i forhold til pasienten,

enn det som er ideelt. Eg har erfart at sjukepleiaren ofte kan ha oppgåver, som fjernar ein frå pasientane. Ein skal gjere så mykje anna, ved å ta telefonar, ulike prøver, dokumentere og koordinere helsehjelpa. Dette er viktige oppgåver, men det er også viktig at det aldri får forrang for tid med pasienten. Det direkte møtet mellom pasient og sjukepleiar er uunnverleg og verdifullt.

4.3 Forsvarleg legemiddelhandtering – sjukepleiars ansvar

Sjukepleiar har eit overordna ansvar for kvaliteten på det samla tenestetilbodet til pasienten (Hauge, 2014). Sjukepleiarens individuelle ansvar for fagleg forsvarlegheit er regulert i lovverket (hlspl, 1999 § 4). Ifølgje Hauge (2014), kan sjukepleiar bidra til å fastsetje ein fagleg standard. Dette meiner eg er eit viktig tankekors, då sjukepleiar er ein viktig rollemodell for andre. Hauge snakkar vidare om sjukepleiars ansvar for kvalitetsarbeid og fagutvikling. Ved å vere kritisk og nøye med eiga framferd, kan ein bidra til dette ansvaret. Sjukepleiar må tenke på sitt eige arbeid, men skal også rettleie pleieteam (Bielecki & Børdahl, 2013). I praksisseksempelet mitt, forsøkte eg rettleie mine medarbeidarar. Eg var noko ubekvem i rolla fordi eg «berre» var ein sjukepleiarstudent og fleire var betre kjent på arbeidsstaden enn meg. Sjølv om ein kan lære mykje av sine medarbeidarar, må ein likevel evne å tenke sjølve og vere kritisk til tanke og handling. Det kan innebære å trampe på nokre tær. Samstundes kan det ha stor betydning for pasientane, som faktisk er i fokus for sjukepleiars virke.

Sjukepleiaren har eit krav om å halde seg fagleg oppdatert. Likevel viser forsking at dette blir gjort i liten grad på eiga hand (Wannebo & Sagmo, 2013). Mange sjukepleiarar bryt dermed god yrkesskikk og plikta til å halde seg fagleg oppdatert (NSF, 2011). Samstundes er ikkje sjukepleiaren åleine om dette ansvaret. Rammene må ligge til rette, om sjukepleiar skal kunne ta sitt ansvar på alvor. Leiinga må fokusere på kunnskaps- og kompetanseheving og prioritere legemiddelhandtering som fokusområde. Somme meiner sjukepleiar har ansvar for kvaliteten på helsetilbodet uavhengig av kor få sjukepleiarar som er til stades (Hauge, 2014). Eg meiner dette er rett i teorien, men blir gjerne problematisk i praksis. Er det mangel på kompetanse, vil det gå ut over kvaliteten. Er det mangel på tid, kan det tenkast at opplevinga av tidspress, fører til større risiko for å gjere feil under legemiddelhandteringa. Ein får mindre tid til pasientane, og dermed mindre tid til arbeidsoppgåva. I praksis erfarte eg at det var vanleg å sette i frå seg tablettane og gå, legitimert på grunnlag av lite tid. Korleis kan ein sikre forsvarleg legemiddelhandtering, om ein ikkje har tid til å sjå at pasienten faktisk tar medisinar?

Sjukeheimane som arbeidsstad står overfor fleire utfordringar. Ifølgje Gautun & Bratt (2014), er det vanskeleg å få vikar ved sjukdom. Det er difor sannsynleg at sjukepleiar vil møte situasjonar som eg gjorde i praksiseksempelet mitt. Om sjukepleiar har medisinsansvar eller legevisitt for pasientar ein knapt kjenner, kan ikkje det seiest å utgjere ein risiko for forsvarleg legemiddelhandtering? I relasjon til eksempelet, erfarte eg fleire negative ringverknadar av å ikkje kjenne pasientane. Det førte til lang tidsbruk, som vidare resulterte i at enkelte pasientar ikkje fekk medisinsane sine når dei skulle. Somme pasientar fekk difor dårleg legemiddelbehandling. Episoden seier også noko om grenser for eigen kompetanse. Det er lovpålagt at sjukepleiaren ikkje handlar utanfor det vedkommande meistrar. Sjukepleiaren må difor kjenne sitt ansvarsområde og kva følgjer det ansvaret har for gjeldande plikter og rettar (Bielecki & Børdahl, 2013). Det er truleg ein fordel at sjukepleiaren også kjenner til andre faggruppers ansvar. Samstundes må det vere mogleg å bidra med forsvarleg legemiddelhandtering, til tross for lite kjennskap til pasientane. Sjukepleiaren har utdanning og fagkompetanse. Dei 7 R-ane mogleggjer ein ekstra sikkerheit i relasjon til utdeling av legemiddel. Hadde eg vert meir erfaren, hadde eg nok jobba raskare og feilen vert unngått. Som student og ukjent på avdelinga erfarte eg å ha kunnskapar, men ikkje nok erfaring. Kari Martinsen meiner erfaring er viktig å ha som sjukepleiar. Det er noko ein får ved hjelp av eigne opplevingar og å jobbe som sjukepleiar. Det kan vere rimeleg å sei at det i stor grad er via praksis ein opparbeider seg skjønn og erfaring. Slik eg forstår Martinsen, handlar det fagleg skjønn om å kunne forstå situasjonar ved å vere «sansenleg tilstade», samstundes som ein nyttar fagkunnskapen i tråd med dette. Det er ei avgjersle basert på fornuft, kreativitet og godheit (Martinsen, 2003).

Sjukepleiaren har eit moralsk ansvar. Ein har meldeplikt oppdagar ulovlegheiter kring arbeidsstadens legemiddel. Meiner ein det føregår rutiner som utgjør ein risiko for legemiddelhandteringa, bør ein sei i frå. Sjukepleiaren må evne å handle ut i frå sine fagkunnskapar, med grunnlag i kritisk refleksjon, til det beste for pasienten (Bielecki & Børdahl, 2013). I møte med sjukeheimspasienten, står ein gjerne overfor svært sjuke eller gamle pasientar. Mange har av ulike årsaker, problem med å få i seg mat eller medisinar. Som gruppe, er dei i ein svak posisjon (Garsjø, 2012). Sjukepleiaren har mykje makt over pasienten. Dette er det viktig å vere bevisst på. Ifølgje Bielecki & Børdahl (2013), må sjukepleiaren bruke sine fagkunnskapar og kritiske blikk, til å handle til det beste for pasienten. På kva måte er dette mogleg? Dei yrkesetiske retningslinjene kan vegleie sjukepleiaren i å ta gode moralske val (NSF, 2011). Som sjukepleiar, vil ein møte mange vanskelege situasjonar i samband med medisiner, som krev etisk handlingsberedskap. Eg meiner ein må sjå på eitkvart møte med pasienten og kvar ei sjukepleiaroppgåve i lys av omsorg. Legemiddelhandtering er ei ansvarsfull oppgåve, men rommar også ein omsorgsrelasjon. Martinsen (2003) snakkar om omsorg som ein

sosial relasjon, og korleis holdningar spelar inn. Å møte pasienten der han er, handlar om å kunne forstå den andre. Ifølgje Martinsen, er denne forståinga grunnlagt i den felles skapte daglegverda. Eg har sjølv vert sjuk og avhengig av hjelp i frå andre, derav kan eg forstå korleis pasienten har det. Sjølv om ein kanskje aldri har erfart å vere totalt hjelpetrengande, handlar det også om at sjukepleiar har innlevingsevne og kan førestille seg den andres situasjon. Ein må sjå mennesket, ikkje blott prosedyrer og sjukdom. Slik kan sjukepleiar handle til det beste for pasienten.

5.0 Avslutning

«Korleis kan sjukepleiar sikre forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim?»

Mitt fokus for oppgåva, har vert å få innsikt i korleis sjukepleiars ansvar, kunnskapar og kompetanse kan bidra til forsvarleg legemiddelhandtering for eldre på sjukeheim. Å yte sjukepleie til eldre er komplisert og krevjande. Forsking og faglitteratur viser tydeleg at det fins konkrete tiltak som kan medføre målretta legemiddelbehandling, samt redusere risiko for uønskte verknader. Kontinuerleg observasjon, tverrfagleg tilnærming, farmasøytisk ekspertise og fast legemiddelgjennomgang er vurdert som nyttige framgangsmåtar for å få bukt med dette. Sjukepleiar kan bidra til eit godt tverrfagleg samarbeid, og har ei unik moglegheit til å observere og vurdere pasienten. Sjukepleiars medarbeidarar er viktige i denne prosessen. God kjennskap til pasienten, gjer sjukepleiaren betre stilt til å kjempe for pasienten. Via praksis har eg erfart at sjukepleiar er avhengig av god kommunikasjon- eller dokumentasjonsflyt mellom ein sjølve og medarbeidarane for å følgje eventuelle endringar i pasientens helsetilstand.

Ein har ansvar for si eiga forsvarlegheit, men også andres. Sjukepleiar må vere kritisk, tenke sjølve, og sei i frå om ein møter dårleg praksis. Det er viktig at sjukepleiar oppdaterer seg på forskning og faglitteratur, men leiinga må ta sin del av ansvaret. Kurs og vidareutdanning kan bidra til tryggare helsetenester og sikrare legemiddelhandtering. Samstundes må teorien kunne omsetjast til praktiske rammer, og sjukepleiar må lære via erfaring. Sjukepleiar må ha handlingskompetanse og bruke sine praktiske erfaringar, teori og faglege skjønn til å ta gode val. Dette krev at sjukepleiar er tilstade i augneblikket og brukar sine sansar i møte med pasienten. Å sjå sjukepleiarperspektivet via Kari Martinsens auger, har gjort meg bevisst på at sjukepleiar må tenke omsorg i alt ein gjer – også i oppgåver som legemiddelhandtering. Ein må vere bevisst si makt, og møte pasienten med forståing og aksept. Slik kan sjukepleiar ta gode val på pasientens vegne. Sjukepleiar må sjå personen, ikkje berre pasienten. I ein travel kvardag med mange prioriteringar, må ein likevel tenke i ideelle baner, og at «det umoglege faktisk kan bli moglege». Sjukepleiar kan utrette mykje for å sikre forsvarleg praksis.

Kjeldeliste

- Austgard, K. (2007). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Cappelen.
- Bielecki, T., & Børdahl. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjerrum, L. (2011). Sykdommer hos eldre . I H. Tuntland (Red.), *Sykdommer hos eldre* (s. 167-183). Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dilles, T., Elseviers, M. M., Van Rompaey, B., Van Bortel, L. M., & Vander Stichele, R. R. (2011). Barriers for Nurses to Safe Medication Management. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 171-180. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x
- Fastbom, J. (2002). *Eldre og legemidler*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur og Kultur.
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Henta April 23, 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Garfinkel, D., & Mangin, D. (2010). Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *JAMA Internal Medicine*, 170(18), 1648-1654. doi:10.1001/archinternmed.2010.355
- Garsjø, O. (2012). *Institusjonen som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 14/2014). Henta frå <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>
- Hagen, T. (2013, Oktober 20). *Økt press på kommunale tjenester*. Henta April 15, 2015 frå Norsk sykepleieforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1327749/539416/Okt-press-paa-kommunale-tjenester>

- Hagesæther, E., Landmark, C. J., Neslein, I.-L. F., & Granås, A. G. (2015). Legemidler og pasientsikkerhet - fokus på eldre. *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, 2015(1), 26-30. Henta 2015 frå <http://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/legemidler-pasientsikkerhet-fokus-pa-eldre>
- Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A., & Viktil, K. K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 82-88. doi:10.3109/02813431003765455
- 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. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Henta April 25, 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2011). *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien (Rapport nr. 2/2011)*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/255/Riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter-beboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-IS-1887.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder om legemiddelgjennomgang* (Veileder IS-1998/2012). Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/465/Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer.* (IS-7/2015). Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelh%C3%A5ndteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>
- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta April 26, 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2010). *Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010*. (Rapport fra Helsetilsynet 7/2010). Henta frå https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7_2010.pdf

- Holm, S., & Notevarp, J. (2011). *Klinisk legemiddelhåndtering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Howick, J. (2013). *Introduction to Study Design*. Henta Mai 7, 2015 frå Centre of Evidence-based Medicine: <http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-study-design-april-20131.pdf>
- I trygge hender 24-7. (2015). *Riktig legemiddelbruk i sykehjem*. Henta April 20, 2015 frå Pasientsikkerhetsprogrammet: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteori: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver. I N. J. Kristoffersen, & F. S.-A. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1 (2. utg.), (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Henta frå Regjeringen: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 11 (2014-2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4ebe7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 28 (2014-2015). (2015). *Legemiddelmeldingen*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>
- Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.), (s. 52-57). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Metsälä, E., & Vaherkoski, U. (2014). Medication errors mentioned in the studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 12-28. doi:DOI: 10.1111/scs.12034

- Mørk, E., Sundby, B., & Otnes, B. W. (2014). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Rapporter 2014/33). Statistisk sentralbyrå. Henta frå Statistisk Sentralbyrå: http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/201126?_ts=14ac9071bf0
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Det du bør du vite om faglig forsvarlighet*. Henta frå https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Henta April 24, 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, & K. Brodtkob, & 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.
- Ranhoff, A. H., Bakken, M. S., Granås, A. G., Langørgen, A., Spigset, O., & Ruths, S. (2015). *Bedre legemiddelbehandling av eldre*. doi:10.4045/tidsskr.14.1618
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G., & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin: For sykepleiere og leger*. (Red.) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ruths, S. (2010). Praktisk legemiddelhåndtering i sykehjem. *Utpostenstiftelsen*, (5). Henta April 29, 2015 frå Utposten stiftelsen: http://www.utpostenstiftelsen.no/Portals/14/Utposten10/UP10_05/06_09_Alm_Betr_Utp_5_2010w.pdf
- Ruths, S., & Straand, J. (2013). *Eldre og legemidler*. Henta April 27, 2015 frå Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/153198?expand=1>
- Senter for kunnskapsbasert praksis. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Henta April 26, 2012 frå Spørsmålsformulering PICO: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

- Simonsen, T., Aarbakke, J., & Lysaa, R. (2010). *Illustrert farmakologi*. Bind 1 (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sletvold, O., & Nygaard, H. A. (2012). Biologisk aldring. I M. Bondevik, & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (s. 17-22). Bergen: Fagbokforlaget.
- Statens legemiddelverk. (Utdatert). *Spørsmål og svar om bivirkninger av legemidler*. Henta Mai 5, 2015 frå Legemiddelverket:
http://www.legemiddelverket.no/Bivirkninger/sporsmaal_og_svar_bivirkninger/Sider/default.aspx
- Statistisk sentralbyrå. (2014). *Befolkningsframskrivinger, 2014-2100*. Henta April 23, 2015 frå Webområde for Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/folkfram/>
- Sulosaari, V., Suhoonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2011). An integrative review of the literature on registered nurses' medication. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 464-478. doi:DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x
- Vennerød, A. M. (2009). I *Store medisinske leksikon*. Henta frå <https://sml.snl.no/seponere>
- Wannebo, W., & Sagmo, L. (2013). Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forsking* 2013, 8(1), 26-34. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0006
- Wyller, T. B. (2012). Eldre og legemidler. I B. Margareth, & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (s. 131-141). Bergen: Fagbokforlaget.

Hjelpeskjema til å finne aktuelle søkeord:

Vedlegg 1

Sett problemstillingen din inn i PICO skjemaet: «Korleis kan sjukepleiar sikre forsvarleg legemiddelhandtering på sjukeheim?»

Patient/Problem:	Intervention/Tiltak:	Comparison/Sammenligning:	Outcome/Resultat:
Eldre, Sjukeheim, Sjukepleiar	Rutiner, Legemiddelgjennomgang Kunnskap		Sikre, forsvarleg, legemiddelhandtering

Finne engelske søkeord og synonymord:

Søk i Svemed+. Søk ett og ett av de norske ordene i skjema over, gå inn på en artikkel du får som treff, skroll ned til MeSH terms og se hva ordet du søkte på heter på engelsk. Gjenta på minst 3 artikler for å sjekke om det finnes flere synonymord. Skriv opp alle relevante ord.

Patient/Problem		
Norsk ord:	Engelsk ord	Synonymord
Eldre	Aged	Elderly
Sykehjem	Nursing homes	
Sykepleier	Nursing	

Intervention		
Norsk ord:	Engelsk ord	Synonymord
Rutiner	Routines	

Vedlegg 2

Legemiddelgjennomgang	Medication reconciliation	
Kunnskap	Knowledge	

Comparison		
Norsk ord	Engelsk ord	Synonymord

Outcome		
Norsk ord	Engelsk ord	Synonymord
Sikre → pasientsikkerhet	Patient Safety	Defendable, proper, responsible
Forsvarlig	Justifiable	
Legemiddelhåndtering *		

* Ordet «legemiddelhandtering» var komplisert å finne eit felles omgrep på, då samtlege forfattarar nytta ulike ordkombinasjonar her (om dei i det heile inkluderte dette som søkeord). Eg tydde difor til tidlegare artiklar på området, og fann følgande engelske termar:

- Medication management (det ordet som eg fann gjekk mest igjen)
- Medication eller drug administration
- Medication eller drug handling

Vedlegg 3

Nøkkelord: Eg har hovudsakleg nytta SveMed+ til å oversette norske omgrep (bokmål) til engelsk.

Eg hadde I byrjinga eit tjuetals søkeord, men endte opp med dei eg har nytta i skjemaet under. Har altså kun inkludert dei eg har fått treff på i mi oversikt:

Artikkelsøk

Database/metode for funn av artiklar	Valt kombinasjon av søkeord	Antal treff	Avgrensing	Treff etter avgrensing	Kva eg gjorde	Valt artikkel	Type artikkel
Academic Search Premier + Cinahl + Medline	elderly AND medication administration AND nursing homes	17	Artiklar frå 2010-2015	17	Las abstracta eg fann relevante for tema. Fleire abstract ekskluderte seg sjølve pga artikkelens tittel	« <i>Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes</i> » (Dilles, Elseviers, Van Rompaey, Van Bortel, & Vander Stichele, Barriers for Nurses to Safe Medication Management, 2011).	Blanda studie; kvalitativ og kvantitativ metode
Academic Search Premier + Cinahl + Medline	aged AND patient safety AND medication management	11	Artiklar frå 2010-2015	7	Las alle abstracta	« <i>Medication errors in elderly acute care – a systematic review</i> » (Metsälä & Vaherkoski, Medication errors mentioned in the studies, 2014)	Systematisk oversiktsstudie
Sykepleien.no	Medisiner, legemiddelhåndtering, medikamenthåndtering					« <i>Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant</i>	Spørjeskjemaundersøking; kvantitativ metode

						<p><i>sykepleiere i sykehjem»</i> (Wannebo & Sagmo, Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem, 2013)</p>	Vedlegg 4
Litteraturliste/via studiet til Wannebo og Sagmo (2013)					Gjekk gjennom litteraturlista på fleire artiklar. Fann dermed denne artikkelen	«An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence” (Sulosaari, Suhoon, & Leino-Kilpi, An integrative review of the literature on registered nurses' medication, 2011)	Oversiktsstudie
Tips frå rettleiar						«Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes” (Halvorsen, Ruths, Granas, & Viktil, Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes, 2010)	Deskriptivt intervensjonsstudie.

<p>Tips frå master-student</p>					<p>Vart opplyst om fleire artiklar som studenten hadde nytta i si oppgåve. Søkte så opp desse, og las alle abstracta eg blei tipsa om. Endte så med dette studiet.</p>	<p><i>“Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults Addressing Polypharmacy»</i> (Garfinkel & Mangin, 2010)</p>	<p style="text-align: right;">Vedlegg 5</p> <p>Prospektivt kohortstudie</p>
--------------------------------	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------