

HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr: 78

Antall ord: 7360

Sammendrag

Sykehjemspasienten har gjennomsnittlig mellom tre til fem ulike medisinske diagnoser, og det handler i stor grad om lidelser som kan holdes i sjakk eller lindres ved hjelp av medikamentell behandling. Det er likevel en hårfin balanse mellom hva som gir ønsket effekt og feilbehandling eller skade hos sykehjemspasienter. Bivirkninger og interaksjoner kan gi plager for eldre, og i verste tilfelle være livstruende. Sykepleier har med bakgrunn i sin utdanning ansvar for legemiddelhåndtering på sykehjem, og administrering av legemidler en viktig arbeidsoppgave de gjennomfører. Legen er ikke til stede på sykehjemmene på døgnbasis, og er derfor avhengig av sykepleierens observasjoner og faglige vurderinger for å kunne gi god medisinsk behandling.

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleier kan bidra til sikker legemiddelhåndtering på langtidsavdeling på sykehjem, med fokus på observasjon og dokumentasjon. Metoden som er brukt i oppgaven er inspirert av det systematiske litteraturstudiet.

Forskning og faglitteratur konkluderer i store trekk med det samme. Sykepleiers observasjoner og dokumentasjon er viktig for andre tverrfaglige samarbeidsparter i legemiddelhåndteringsprosessen, grunnet sykepleierens spesielle kjentskap til pasienten. Kunnskap og kompetanse er viktig for at sykepleier skal kunne observere og vurdere virkning og bivirkning av sykehjemspasienten. Til slutt er det i sykehjem mye fokus på kontroll i legemiddelhåndteringsprosessen, og grunnet utbredelsen av demens og kognitiv svikt er pasientene lite involvert i avgjørelser angående egne medisiner. Derav blir sykepleiers samhandling med pasienten spesielt viktig, da pasientens behov kan oppdages gjennom kommunikasjon og observasjon.

Abstract

The nursing home patient has in average three to five different medical diagnoses, largely diseases which can be held under control or alleviated by the use of medical treatment. Still, there is a thin line between wanted effect and incorrect treatment or damage in nursing home patients. Adverce effects and interactions can give ailments for the elderly, and in worst case be lethal. Nureses have, based on their educational background, responsebility for the medication management in nursing homes, and administering medications is an important work task they conduct. Doctors are not present in nursing homes on a daily basis, therefore they are depending on nurses observations and professional judgement to be able to give good medical treatment.

The purpose of this paper is to explore how nurses can contribute to a safe medication management in long term departments in nursing homes, focusing on observation and documentation. The method used in this paper is inspired by the method systematic literary review.

Research and literature largely conclude with the same results. Nurses' observations and documentation are important for other multidisciplinary collaborators in the medication management process, because of their special knowledge of the patients. Knowledge and competence are important for nurses to be able to observe and evaluate effect and adverce effects in nursing home patients. Finally, there is much focus on controll in nursing homes, and because of the prevalence of dementia and cognitive decline patients are little involved in decitions regarding their own medications. Therefore, nurses interaction with the patient become especially important, because the patients needs can be discovered through communication and observation.

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning av problemstilling.....	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk.....	3
2.1 Sykehjemspasienten.....	3
2.2 Legemiddelhåndtering.....	4
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv på sykepleie.....	5
3.0 Metode.....	7
3.1 Hva er metode.....	7
3.2 Litteraturstudie.....	7
3.3 Etikk ved litteraturstudie.....	8
3.4 Sterke og svake sider ved litteraturstudie.....	8
3.5 Litteratursøk.....	8
3.6 Valg av forskningsartikler og kildekritikk.....	10
4.0 Funn.....	15
4.1 Sykepleieren i det tverrfaglige samarbeid.....	15
4.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse.....	16
4.3 Sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten.....	16
5.0 Diskusjon.....	17
5.1 Sykepleieren i det tverrfaglige samarbeid.....	17
5.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse.....	19
5.3 Sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten.....	21
6.0 Avslutning.....	24
Litteraturliste.....	25

Figurliste

Figur 1 – Legemiddelhåndteringsprosessen.....	4
Tabell 1 – Fremgangsmåte for søk i Cinahl.....	9
Tabell 2 – Fremgangsmåte for søk i SveMed+.....	10

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn i norske sykehjem i perioden 2008 til 2010. I rapporten som ble utarbeidet etter tilsynet konkluderes det med at pasientsikkerheten er truet av legemiddelbehandling som ikke er god nok (Helsetilsynet, 2010). Pasientsikkerhet handler i praksis om å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skade som følge av prosesser i helsetjenesten som gis (Aase, 2010, s. 26).

Det er en trussel mot pasientsikkerheten dersom legemiddelbehandlingen på sykehjem ikke følges godt nok opp (Helsetilsynet, 2010). Sykehjemspasienten har gjennomsnittlig mellom tre til fem ulike medisinske diagnoser, og det handler i stor grad om lidelser som kan holdes i sjakk eller lindres ved hjelp av medikamentell behandling. Det er likevel en hårfin balanse mellom hva som gir ønsket effekt og feilbehandling eller skade hos sykehjemspasienter. Aldring og sykdom gjør kroppen deres meget sårbar ovenfor moderne legemidler. Uhensiktsmessig medisinbruk, polyfarmasi og feildosering kan gi bivirkninger og interaksjoner hos eldre. Bivirkninger og interaksjoner kan gi plager for eldre, og i verste tilfelle være livstruende (Straand, 2007, s. 160-167).

I helsetilsynets rapport *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenster* (2002) er det beskrevet hva som går galt i legemiddelhåndteringsprosessen. Her kommer det frem at feilene som fører til feilmedisinering for det meste skjer i forskrivnings og administrasjonsfasen av legemiddelhåndteringen. Ufullstendige registreringer av effekt og bivirkning har ført til feil i vurdering av dose. Feil i dosejusteringer har igjen ført til feil i forskrivninger, som igjen har resultert i dødsfall. I deres rapport *sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging* (2010) påpekes det også svakheter i samarbeidet mellom lege og pleiepersonell, og i journalføringen hvor det ikke rapporteres godt nok om virkning og bivirkning av legemiddelbehandlingen som er rekvirert. For å kunne bidra til en sikker legemiddelhåndtering når jeg går ut i jobb som ferdigutdannet sykepleier, vil jeg lære mer om dette emnet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Sykepleier har med bakgrunn i sin utdanning ansvar for legemiddelhåndtering på sykehjem, og administrering av legemidler en viktig arbeidsoppgave de gjennomfører (Bielecki og Børdahl, 2008, s. 14). Legen er ikke til stede på sykehjemmene på døgnbasis, og er derfor avhengig av sykepleierens observasjoner og faglige vurderinger for å kunne gi god medisinsk behandling (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 17). Av denne grunn har jeg laget min problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til sikker legemiddelhåndtering på langtidsavdeling på sykehjem?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å skrive sikker legemiddelhåndtering. Jeg vil avgrense problemstillingen ved å fokusere på legemiddelhåndtering på langtidsavdeling. utfordringene på avdeling for demens, korttids-, mottaks-, lindrende- og rehabiliteringsavdeling kan være av annen art. Sykepleieren er en av flere yrkesgrupper som må samarbeide i legemiddelhåndteringen på sykehjem. Jeg vil fokusere på deres «bidrag», deres rolle og deres ansvar i dette arbeidet. For å avgrense oppgaven min enda mer vil jeg fokusere på den administrative delen av legemiddelhåndteringen, og velger å fokusere på observasjon og dokumentasjon. Dette ser jeg på som meget viktig for at legemiddelhåndteringsprosessen skal foregå på en sikker måte.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

I dette kapittelet vil jeg se nærmere og beskrive hva som menes med begrepene sykehjemspasienten og legemiddelhåndtering.

2.1 Sykehjemspasienten

I *Helse og omsorgstjenesteloven* (2011) §3-1 står det at kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg der. For å kunne gjennomføre dette ansvaret må kommunen kunne tilby blant annet hjemmetjeneste og sykehjem, som beskrevet under §3-2. Pasienter som ønsker plass på sykehjem må søke om dette (Hauge, 2010, s. 225). For å få tildelt pleie- og omsorgstjenester i kommunen skal dette skje i form av et skriftlig vedtak, som skal beskrive innholdet og omfanget av tjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2010). Dersom vi ser på Haugesund kommune, skriver de på sine nettsider at sykehjem er en institusjon for pasienter som ikke greier seg i eget hjem, med hjemmesykepleie eller annen hjelp (Haugesund kommune, 2012).

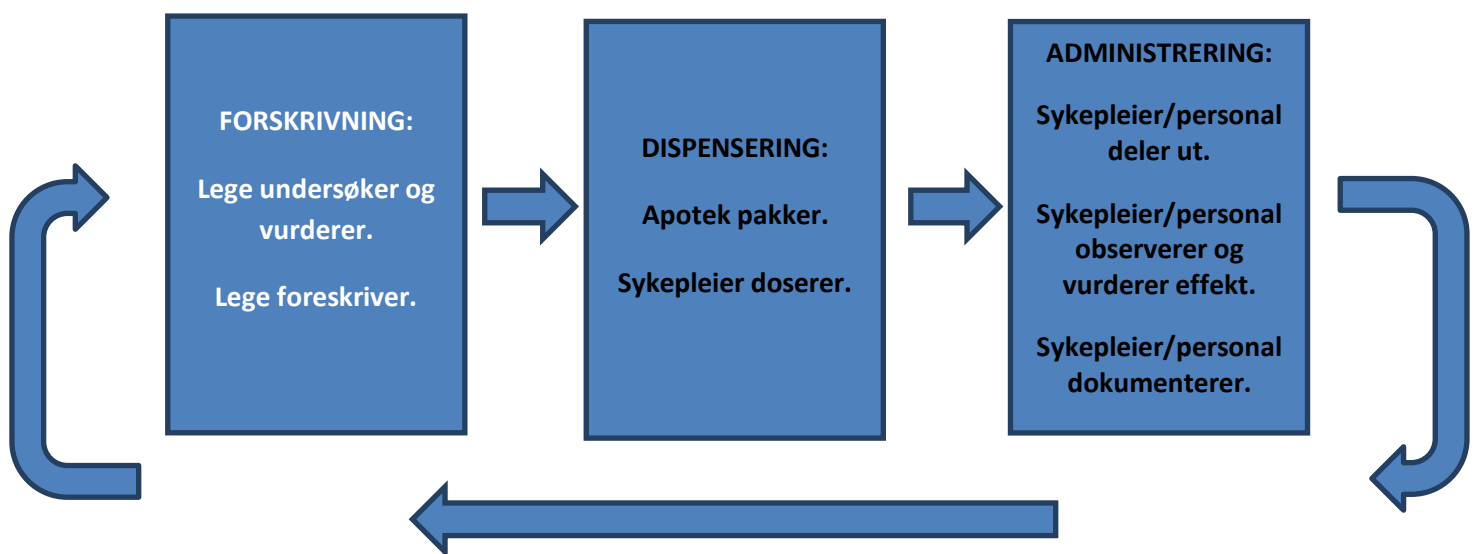
Sykehjemspasienter har statistisk sett et lavt funksjonsnivå, og uavhengig av avdelingstype er demens, hukommelsessvikt og nedsatt kognitiv funksjon meget utbredt. De somatiske lidelsene som dominerer på sykehjemmene i Norge i dag er hjerneslag, hjertesykdom og lungesykdom (Romøren, 2010, s. 30 - 31). Beboerne i sykehjem får stadig dårligere helsetilstand. ADL (Aktiviteter i dagliglivet) funksjonen blir dårligere og dårligere, de trenger hjelp til personlige hygiene, måltider og forflytning (Hauge, 2010, s. 225).

I *forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (1988) står det under §2-1 listet hvilke oppgaver boformen skal være innrettet på. Eksempler er avdeling med hovedoppgaver som medisinsk attføring med tilbakeføring til hjemmet (rehabilitering), avlastning, permanent opphold, skjermet enhet for senil demente og terminalpleie. Avdelingene med permanent opphold er det vi kaller langtidsavdeling. Langtidsavdelingene er beregnet for opphold i den siste fasen av livet. Sykehjemmets overordnede oppgave er å gi en god bolig, sykepleie og omsorg, og optimal medisinsk behandling (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 9).

Det er pasienter med vedtak om opphold i langtidsavdeling, og med overnevnte karakteristika, jeg referer til når jeg bruker begrepet sykehjemspasient i min oppgave.

2.2 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering består av handlinger som foregår i kronologisk rekkefølge, og kan derfor ses på som en prosess. Prosessen innebærer til dels å kommunisere og dokumentere informasjon, til dels å forflytte medikamenter. Den kjennetegnes videre av at den gjennomføres av personell som ser lite til hverandre, som lege, pleiepersonell og apotek. Dette gjør at den er sårbar for misforståelser og feil når informasjon overføres fra et prosessledd til det andre. Legemiddelhåndteringen består videre av leddene forskrivning, dispensering (porsjonere legemidler) og administrering (Helstilsynet, 2002). Figur 1 er konstruert for å illustrere prosessen.



Figur 1 – Legemiddelhåndteringsprosessen.

Forskriving er et legeansvar. Sykepleiers legemiddelhåndteringsoppgaver ligger i dispensering og administrering. I dispenseringen har sykepleier ansvar for istandgjøring av legemidler, mens administrering innebærer utdeling, observering, vurdering av effekt og til slutt dokumentasjon (Helstilsynet, 2002).

For å kunne gjennomføre legemiddelhåndteringsoppgaver som istandgjøring forventes det at helsepersonalet har faglig kompetanse og erfaring om legemiddelets virkning og virkemåte, holdbarhet og oppbevaring, ulike legemiddelformer, byttbare legemidler, interaksjoner, bivirkninger, medikamentregning, viten om dosering, aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetning og dokumentasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette er en oppgave autorisert sykepleier har lov til å gjennomføre, med bakgrunn i sin utdanning (Bielecki og Børdahl, 2008, s. 14 - 15).

Administrering av istandgjort legemiddel kan gjennomføres av helsepersonell som har fått nødvendig opplæring (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), og kan derfor gjennomføres av annet helsepersonell enn sykepleier. Likevel påbyr forskriftene om legemiddelhåndtering at disse oppgavene vanligvis skal utføres av autorisert sykepleier. Helsepersonell som deler ut medikamenter skal sørge for at riktig legemiddel skal gis til riktig pasient, det skal gis riktig dose, det skal gis til riktig tid og på riktig måte (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). At legemidler skal gis på riktig måte, innebærer også at pasienten skal ha informasjon om virkning og administrasjonsmåte, men også etter legemiddelet er gitt skal pasienten observeres for virkning og bivirkning av legemiddelet (Bielecki og Børdahl, 2008, s. 15)

I §8 i *Forskrift om pasientjournal* (2000) gis det utfyllende veiledning om hva som skal dokumenteres her. Pasientjournalen skal blant annet redegjøre for observasjoner, vurderinger og tiltak som er iverksatt. Med pasientjournal menes de systematiske nedtegnelser som gjøres om pasientens tilstand, diagnose og behandlingstiltak. Pasientjournalen skal være et arbeids- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell, i tilknytning til undersøkelse, utredning, diagnose, behandling og pleie. Journalens formål er blant annet å bidra til pasientens sikkerhet ved å sikre tilgang til informasjon om behandling og pleie, og å ivareta kommunikasjon mellom helsepersonell for å kunne gi kontinuitet i pasientbehandlingen. (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 172 – 173). Plikten til å journalføre er nedtegnet i *Helsepersonelloven* §39 (1999).

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv på sykepleie

I dette kapitlet vil jeg presentere teoretikeren Joyce Travelbee og hennes definisjon av sykepleiens mål og hensikt. Videre vil jeg presentere hennes tanker om kommunikasjon, observasjon og sikkerhet i sykepleier – pasient forholdet.

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleans, USA, og døde 47 år gammel i 1973. Som sykepleier arbeidet hun i psykiatri, og senere som lærer i sykepleierutdanning. Hun presenterer i sin bok sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hun er opptatt av at mennesket er et unikt individ, som er både likt og ulikt andre. Sykepleie skal handle om mennesker, og sykepleiehandlinger er ikke et mål, men et middel for å kunne hjelpe andre (Jensen, 2001, s. 5)

Travelbee definerer sykepleiens mål og hensikt som å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Dette oppnås gjennom å etablere et menneske til menneske forhold. Det er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleier og den som er syk som er kjernen i dette forholdet (Travelbee, 2001, s. 41). Sykepleie er videre en mellommenneskelig prosess fordi det dreier seg alltid om mennesker. Det er mennesker sykepleieren jobber med, syke eller friske (Travelbee, 2001, s. 53). Begrepet prosess refererer til erfaringer og hendelser som inntreffer mellom sykepleier og individet. Erfaringer og hendelser foregår i tid og rom, og er dynamiske og alltid i utvikling (Travelbee, 2001, s. 30).

Kommunikasjon beskrives som en prosess som kan gjøre sykepleier i stand til å etablere et menneske til menneske forhold, og dermed til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Kommunikasjon er adferd fordi det innebærer fysisk og mental aktivitet hos både avsender og mottaker, men også en prosess fordi det innebærer utveksling av meninger. Begge parter er involverte i det som kalles kommunikasjon. Kommunikasjonen kan forgå verbalt gjennom ord, eller non verbalt gjennom gjester, ansiktuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee, 2001, s. 136 – 139).

Det er gjennom kommunikasjon og observasjon at sykepleier kan fastslå hva som er den sykes behov. Hensikten med observasjon er ikke å observere sykdomstegnene, men å observere det syke mennesket. Observasjon er en prosess som brukes for å lære den syke å kjenne som individ, og for å samle data som skal tolkes og underbygges for å bestemme hvilke sykepleietiltak som skal iverksettes. Datasamlingen er nødvendig for å kunne planlegge, strukturere, gi og evaluere sykepleie. Hensikten med observasjonen av den syke kan være forskjellig, det kan for eksempel dreie seg om vurdering av virkning av et bestemt legemiddel. Prosessen er likevel alltid den samme, sykepleieren begynner med å samle data (Travelbee, 2001, s. 142 – 144).

Hva som er den sykes behov kan variere etter hvilken situasjon de er i. Travelbee skriver om menneskets behov for informasjon og sikkerhet. Behovet for informasjon og sikkerhet beskrives som to grunnleggende behov. At et menneske har behov for informasjon referer til den enkeltes behov for forståelse for hva som skjer med ham. Behovet for sikkerhet bruker hun synonymt med behovet for trygghet. Behovet for sikkerhet er den enkeltes behov for å tro at ting vil gå bra, at en vil overleve, og at en vil få god og kyndig pleie. Sykepleiers rolle er

her å gi god og kyndig omsorg, og å ivareta den sykes behov for informasjon og sikkerhet best mulig (Travelbee, 2010, s. 262 – 263).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Hvordan vi bør gå til verks for skaffe, eller for å etterprøve kunnskap, kalles metode. Vi velger da en metode som vi mener kan gi oss gode data. Metoden vi velger skal også belyse spørsmålet vi søker svar på. Det er et redskap vi bruker når vi skal undersøke noe, den hjelper oss å samle inn relevant data. Data er den informasjonen vi trenger for å svare på spørsmålet vårt (Dalland, 2012, s. 111 - 112).

Det er to hovedretninger innen metode, den kvalitative og kvantitative. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser, som ikke kan måles eller tallfestes. Den skjer i direkte kontakt med det feltet som skal undersøkes, datasamlingen foregår her. Det er et jeg-du forhold mellom forsker og undersøkelsesperson. Intervju og ustrukturerte observasjoner er eksempler på undersøkelsesmetoder. Kvantitativ metode derimot tar sikte på å gjøre informasjonen målbar. Den vil få frem det gjennomsnittlige, og datasamlingen foregår uten direkte kontakt med feltet. Spørreskjema og strukturerte observasjoner er eksempler på undersøkelsesmetoder her. Det er et jeg-det forhold mellom forsker og undersøkelsespersoner (Dalland, 2012, s. 112 – 113). I denne oppgaven vil jeg bruke fem forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative.

3.2 Litteraturstudie

Det finnes tre ulike typer litteraturstudier, allment litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og begrepsanalyse (Forsberg og Wengström, 2008, s. 29-37). Bacheloroppgaven jeg skal skrive, er inspirert av metoden som kalles systematisk litteraturstudie.

Det systematiske litteraturstudiet er et studie som utgår fra en tydelig formulert problemstilling, og som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere

relevant forskning. En tar da utgangspunkt i allerede eksisterende forskning og litteratur. I lys av den valgte problemstillingen vi ønsker å besvare, går vi systematisk og kritisk gjennom forskningen og litteraturen. Det er nødvendig å finne forskning av god kvalitet på området, så mange relevante artikler som mulig skal brukes. Det finnes ikke noen krav til hvor mange studier som skal brukes (Forsberg og Wengström, 2008, s. 31 - 35).

3.3 Etikk ved litteraturstudie

Ved arbeid med litteraturstudie skal det gjennomføres etiske overveielser. Det skal ikke forekomme fabrikasjon, plagiat eller stjeling av data for å fremstille eget litteraturstudie. Videre skal en vurdere utvalg og presentasjon av resultater med fokus på etikk. Flere synspunkter skal inkluderes, ikke bare forskerens egne. Til slutt kan kvalitet sikres ved å bruke studier som er godkjent av etiske komiteer (Forsberg og Wengström, 2008, s. 77). Personvern, anonymitet, taushetsplikt, informert samtykke, frivillig samtykke, og hvordan en formidler resultater er også viktige kjernepunkter i forskningsetikk (Dalland, 2012, s. 100-107).

3.4 Sterke og svake sider ved litteraturstudie.

En sterk side ved litteraturstudie er det at en bruker et stort datamateriell som analyseres for å belyse et tema. Likevel er det svakheter i at en kun har tilgang til en begrenset mengde forskning og det gjennomføres et selektivt utvalg som skal støtte forskerens egne standpunkter. Ulike eksperter innenfor samme område kan derfor komme frem til helt ulike beslutninger (Forsberg og Wengström, 2008, s. 31 – 33).

3.5 Litteratursøk

I dette kapittelet vil presentere hvordan jeg har gått frem for å finne forskning og faglitteratur. Tre av forskningsartiklene jeg vil bruke er funnet i søkedatabasene Cinahl og SveMed+, og to av artiklene er en del av en doktorgradsavhandling av Kjell H. Halvorsen (2012). Jeg vil først forklare hvordan jeg har funnet doktorgradsavhandlingen, og deretter vise fremgangsmåten bak søkene i Cinahl og SveMed+ i tabell 1 og tabell 2. Til slutt vil jeg gi noen eksempler på hvordan jeg har funnet faglitteratur som ikke er inkludert i pensum.

Jeg søkte informasjon om legemiddelbehandling på sykehjem på nettsiden til prosjektet *I trygge hender*. Dette er en nasjonal sikkerhetskampanje, som har foregått i Norge fra 2011 til 2013. De sykehjemmene som har deltatt har gjennomgått tiltak som skal optimalisere legemiddelbehandlingen på sykehjem og dermed redusere pasientskader (I trygge hender – nasjonal sikkerhetskampanje, 2012). Her fant jeg referanser til doktorgradsavhandlingen som er publisert i BORA (Bergen open research archive). Jeg fant også henvisninger til rapportene *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester* (2002) og *Sårbare pasienter – Utrygg tilrettelegging* (2010), som er utgitt av helsetilsynet.

Tabell 1 og tabell 2 er laget for å illustrere fremgangsmåten for søkene i Cinahl og SveMed+, med avgrensning, søkeord og antall treff.

Søkemotor Cinahl	Avgrensning	Søkeord	treff	Artikler i metodedel
Nytt søk	Peer reviewed + Research article + 2005 - 2012	Medical treatment	15 500	
		+ Nursing home + Nurse	36	
Nytt søk	Peer reviewed + Research article + 2005 - 2012	Information seeking	1467	
		+ nursing home	13	1
Nytt søk	Peer reviewed + Research article + 2005 - 2012	Adherence	7180	
		+ Nursing home	118	1
Nytt søk	Peer reviewed + Research article + 2005 - 2012	Prescribing + Nursing home	70	

Tabell 1 – Framgangsmåte for søk i Cinahl

Søkemotor SveMed+	Avgrensning	Søkeord	Treff	Artikler i metodedel
Nytt søk	Peer reviewed + Les online	Medical treatment	698	
		+ nursing home	23	
Nytt søk	Peer reviewed + Les online	Nurse + Drug treatment	43	1

Tabell 2 – Framgangsmåte for søk i SveMed+

For å finne faglitteratur har jeg brukt kildehenvisningene i bøker vi har i pensum. I kapittelet Eldre og legemidler (Ranhoff og Børdahl, 2010) fant jeg referanser til boken *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger* (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007). Boken brukte jeg Bibsys for å finne. Bibsys brukte jeg også for å finne bøkene *Pasientsikkerhet – Teori og praksis i helsevesenet* (Aase, 2010) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001), som jeg fikk anbefalt av veileder.

3.6 Valg av forskningsartikler og kildekritikk

I dette kapitlet vil jeg først beskrive hva litteraturen sier om begrepet kildekritikk. Deretter vil jeg skrive litt om den generelle kildekritikken jeg har brukt ved valg av artikler og faglitteratur. Til slutt vil jeg presentere hensikt, metode og kildekritikk av hver artikkel jeg har valgt å bruke i min oppgave.

For å fastslå om en kilde er sann brukes metoden kildekritikk. En skal da vurdere og karakterisere kildene som brukes. Metoden har til hensikt å gi leseren et bilde på hvilke refleksjoner som er gjort rundt kildenes relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen. Kildekritikk handler om hjelp til å finne frem til relevant litteratur, og å kunne gjøre rede for den litteraturen som er valgt (Dalland, 2012, s. 67-68).

Jeg ville ikke bruke faglitteratur eller forskning som var mer enn ti år gammelt. Artiklene jeg har valgt å bruke, er fra 2009 til 2011, disse er bevisst valgt ut for å kunne skrive om en problemstilling som er aktuell i dag og i fremtiden. Likevel har jeg valgt å bruke en rapport fra helsetilsynet som er fra 2002, fordi denne blir hyppig referert til når jeg leser om legemiddelhåndtering på sykehjem. Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*

(2001) er også mer enn ti år gammel, men dette er sykepleieteori som jeg mener er like aktuell i dag. Jeg ville at forskningen skulle kunne relateres til norske forhold, og jeg ekskluderte da forskning jeg ikke følte hadde overføringsverdi til forholdene her. Ved å bruke anerkjente søkedatabaser, og artikler som er publisert i gode tidsskrifter vil jeg sikre kvalitet på mine artikler. Doktorgradsavhandlingen er hentet fra BORA, som er et arkiv over forskning gjennomført ved Universitetet i Bergen (BORA-UiB, u.å.). Artikkene i doktorgradsavhandlingen er igjen publisert enkeltvis i gode tidsskrifter. Artikkene er også godkjent av etisk komite, utenom den som er gjennomført i Belgia. Der er det ikke behov for etisk godkjenning når individuelle pasientopplysninger ikke brukes (Dilles, Stichele, Rompaey, Bortel og Elseviers, 2010). For å se på kvaliteten på forskningsartikkene har jeg brukt sjekklister for vurdering forskning (Kunnskapssenteret, 2008).

Dilles, Stichele, Rompaey, Bortel og Elseviers (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with education level. *Journal of advanced nursing* 66(5), 1072 – 1079. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x

Funnet i Cinahl. Avgrensning: Peer reviewed + research article + 2005-2012. Søkeord: Information seeking + Nursing home.

Hensikt: Å studere sammenhengen mellom utdanningsnivå og sykepleiers involvering i farmakaterapeutisk aktivitet.

Metode: Dette er en kvantitativt tverrsnittstudie, men spørsmål utformet med ja/nei svarmulighet. 260 sykepleiere fra sykehjem, 82 sykepleiere fra samfunnsomsorgssektoren, og 1070 sykepleiere fra sykehus deltok. Det ble valgt sykepleiere fra 57 sykehjem, og sykepleiere fra 28 sykehus fra kirurgisk, intensiv og medisinsk avdeling. Studiet forgikk i Belgia.

Kildekritikk: En kan diskutere overføringsverdien til norske forhold i dette studiet, fordi de i Belgia har sykepleiere med utdanning som gir diploma (utdanning med fokus på kun sykepleieoppgaver), og utdanning som gir bachelor (utdanning med fokus på sykepleieoppgaver, kliniske, teoretiske og vitenskapelige aspekter). Innholdet i utdanningene er beskrevet i artikkelen, og en kan dermed sammenligne disse med utdanningen i Norge. Studiet konkluderer med forskjeller i hva sykepleiere med diploma og bachelor deltar i når det

gjelder farmakoterapeutisk aktivitet, og dette viser til viktigheten av innholdet i bachelor utdanningen i sykepleie.

Wekre, Melby og Grimsmo (2011). Early experiences with the multidose drug dispensing system – a matter of trust? *Scandinavian journal of primary health care* 29, 45 – 50. doi: 10.3109/02813432.2011.554002

Funnet i SweMed+. Avgrensning: Peer reviewed + Les online. Søkeord: Nurse + Drug treatment.

Hensikt: Å studere tidlige erfaringer med multidose dispensering blant forskjellige grupper av helsepersonell.

Metode: Dette er et kvalitativt studie. Fire fokusgruppeintervju ble gjennomført i primærhelsetjenesten i Trondheim, Norge. Seks sykepleiere fra hjemmetjenesten, fire farmasøyter, seks helsesekretærer og syv leger ble intervjuet. Informantene hadde forskjellig grad av erfaring med multidosesystemet.

Kildekritikk: Studiet tar utgangspunkt i sykepleiere fra hjemmetjenesten. Jeg tror likevel de utfordringene de opplevde ved innføring av multidose kan overføres til sykehjem og valgte derfor å bruke denne. Sykepleierne gir en veldig god forklaring på hva de mener er positivt og negativt med bruk av multidose.

Hughes og Goldie (2009). «I just take what I am given»: Adherence and residents involvement in decision making on medicines in nursing homes for older people: a qualitative survey. *Drugs aging* 26 (6), 515 – 517. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/00002512-200926060-00007>

Funnet i Cinahl. Avgrensning: Peer reviewed + research article + 2005-2012. Søkeord: Adherence + Nursing home.

Hensikt: Å studere etterlevelse av medisinformordninger og pasientinvolvering i forskrivning og avgjørelser i forhold til medisiner i sykehjem.

Metode: Dette er et kvalitativt studie. Åtte leger og sytten sykehjemsbeboere deltok i semistrukturerte intervju, mens ni sykepleiere deltok i to fokusgruppeintervju. Studiet ble gjennomført i Nord Irland. Legene providerte behandling til sykehjemspasienter, og sykepleierne som ble intervjuet var involvert i legemiddel forskrivning og administrasjon til

sykehjemspasientene. Pasientene måtte være orientert om seg selv, tid, sted og rom, og ha faste medikamenter de brukte.

Kildekritikk: I studiet er det valg å intervju pasienter som er orientert om seg selv, tid, sted og rom, og ha faste medikamenter de bruker. Dermed er det en stor gruppe pasienter i sykehjem som ikke blir representert, da de har kognitiv svikt eller demens, jf punkt. 2.1. Forskningen viser likevel til resultater som er lett gjenkjennelige fra praksis, og derfor vil jeg bruke denne.

Halvorsen, Ruths, Granas, og Viktil (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of primary health care* 28, 82-88. doi: 10.3109/02813431003765455

Hensikt: Å teste en tverrfaglig modell for å identifisere og løse medisin relaterte problemer i sykehjem.

Metode: Metoden som ble brukt i dette studiet var statistisk analyse, før og etter et beskrivende intervensjonsstudie. Dette er en kvantitativ metode. Tre sykehjem i Bergen ble valgt ut, til sammen 142 pasienter deltok. 65% av pasientene hadde demenssykdom, 35% hadde høyt blodtrykk og 34% led av depresjoner. Pasientene måtte være over 65 år gamle, og bruke minst et medikament fast for å bli inkludert i studiet. Før intervensjonen samlet sykepleiere med ansvar for pasientene en datasamling av vekt, blodtrykk og puls hos pasientene, mens tre farmasøyer samlet data om alder, kjønn, diagnoser og medikamentbruk. Deretter ble det opprettet team bestående av lege, farmasøyt og sykepleier. Data ble til slutt analysert etter hvor mange medisinrelaterte problemer som ble oppdaget av farmasøyt, og medisinrelaterte problemer som ble tatt opp/diskutert/ikke tatt videre/lagt til i teamet. Det ble registrert hvilke medikamenter som var involvert i medisinrelaterte problemer og hvilke tiltak som ble satt i gang i forhold til dette. Totalt antall medikamenter i bruk hos pasientene ble registrert før og etter intervensjonen.

Kildekritikk: Studiet har en intervensjon i metodedelen hvor de har gått inn og gjennomført tiltak over tid på et utvalg av institusjoner. Av den grunn kan vi ikke si at resultatene viser til fakta som gjelder for alle sykehjem. Resultatene gir likevel en pekepinn på hva en bør jobbe med generelt for å øke kvaliteten på den medisinske behandlingen på sykehjem.

Halvorsen, Stensland og Granas (2011). Physicians and nurses experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists at case conferences – a qualitative study. *International journal of pharmacy practice* 19, 350-357. doi: 10.1111/j.2042-7174.2011.00129.x

Hensikt: Å utforske hvordan leger og sykepleier i sykehjem og sykehus opplevde å arbeide tverrfaglig med farmasøyt for å optimalisere medisin behandling til eldre pasienter.

Metode: Kvalitativ metode, med bruk av fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer for å besvare problemstillingen. Utvalget av intervjuobjekter til fokusgruppeintervjuet ble valgt blant leger og sykepleiere som deltok i studiet beskrevet over. Fem sykepleiere og tre leger ble intervjuet. De individuelle intervjuene ble hentet fra to sykehus, som pleier å bruke team med farmasøyt i sitt arbeid. Her ble tre sykepleiere og en lege fra revmatisk og geriatrik avdeling intervjuet.

Kildekritikk: I dette studiet er det valgt å intervju leger og sykepleiere fra både sykehjem og sykehus. Fra sykehjemmet var det fem sykepleiere som deltok, fra sykehuset tre sykepleiere. Det er et meget lite utvalg av sykepleiere fra sykehus, og sammenligning mellom sykehjem og sykehus kan påvirkes av dette. Jeg vil likevel bruke artikkelen, fordi jeg skal skrive om sykehjem. Funnene som er hentet herifra er av bedre kvalitet enn de som er hentet fra sykehus.

4.0 Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra artiklene jeg vil benytte i min oppgave. På grunn av artiklenes omfang vil jeg kun presentere de funnene som kan være relevante for min problemstilling. Jeg vil dele funnene i kategorier, som jeg mener er viktige for at sykepleier skal kunne bidra til en sikker legemiddelhåndtering i sykehjem. Kategoriene er sykepleieren i det tverrfaglige samarbeid, sykepleierens kunnskap og kompetanse og sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten.

4.1 Sykepleieren i det tverrfaglige samarbeid

Halvorsen et al. (2011) skriver i sin studie om lege og sykepleiers opplevelse av å arbeide i tverrfaglig team med farmasøyt. Sykepleier opplevde i samarbeidet at fokuset ble tatt vekk fra sykepleieroppgaver, men at oppmerksomheten rundt kvalitet i forskrivninger og kvalitetsforbedring ble større, og dette veide mer enn de negative sidene. Sykepleiere i sykehjem følte at deres tilstedeværelse var viktig i dette samarbeidet, på grunn av deres spesielle kjentskap til pasientene.

Etter å ha arbeidet i tverrfaglig team med farmasøyt, lege og sykepleier på sykehjem, kommer det frem i artikkelen til Halvorsen et al. (2010) at «behov for overvåkning» var et av to problemer som gjentok seg ved legemiddelgjennomgang på sykehjem i Norge.

Legene i studiet til Hughes og Goldie (2009), var avhengige av at sykepleier overvåket og rapporterte ugunstig effekt av legemidler for å kunne gjøre noe med sine forskrivninger. Her kommer det også frem at sykepleierne mente at det å gjennomgå og oppdatere medisinlistene til pasientene var viktig for å unngå polyfarmasi og medisinrelaterte problemer. Dette ble likevel ikke gjennomført ofte nok. Det ble ofte forskrevet nye medikamenter, men ikke revurdert og seponert medikamenter som allerede var i bruk.

Dilles et al. (2010) skriver i sin artikkel at sykepleiers deltagelse i farmakoterapeutisk aktivitet burde anerkjennes. Sykepleier selv, andre medlemmer av tverrfaglig team, pasienten og pårørende burde være bevisst sykepleiers rolle. Farmakoterapeutisk aktivitet beskrives i artikkelen som et begrep som gir et vidt bilde av hva sykepleier deltar i når det gjelder legemidler, det innebærer både det å bestille, lagre, dispensere, administrere, å evaluere effekt av legemiddelbehandling og til slutt å veilede pasienten i legemiddelbruk.

4.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse

Wekre et al. (2011) skriver i sin artikkel at multidose blir mer og mer vanlig å bruke i hjemmetjenesten og i sykehjem i Norge. Det blir anbefalt av helsemyndighetene for å redusere feil i dispenseringsfasen av legemiddelhåndteringen. Leger, farmasøyter, helsesekretærer og sykepleiere stolte på at dette systemet ville gi bedre legemiddelhåndtering og færre dispenseringsfeil. Sykepleierne var likevel bekymret for at det å ta vekk manuell legging av dosett ville føre til redusert kunnskap om pasientens medisinbruk hos dem selv. De reflekterte mye over pasienten og hvordan medisinene fungerte for ham/henne når de dispenserte medisiner manuelt. Hvilke medisiner som burde sjekkes, og hva som egentlig var nødvendig for pasienten å bruke ble lite reflektert over etter at de begynte med multidose. Sykepleierne var videre bekymret for egen evne til å gjøre gode observasjoner av pasientene, og følte fokuset på medisiner ble mindre.

Dilles et al. (2010) skriver i sin artikkel at det er 35% større mulighet for at sykepleiere med bachelorgrad vil oppdage ugunstige medisin reaksjoner enn sykepleiere med diploma. Bachelorutdanningen her har fokus på kliniske, teoretiske og vitenskapelige aspekter, i tillegg til fokus på sykepleieroppgaver. Diplomautdanningen har kun fokus på sykepleieroppgaver.

4.3 Sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten

Hughes og Goldie (2009) har intervjuet sykehjemspasienter, sykepleiere og leger for å undersøke etterlevelse av medisinforordninger og sykehjemspasientens involvering i forordning og avgjørelser angående medikamenter. Resultatene viser til at etterlevelse av forordninger ikke er et problem i sykehjemmene som ble brukt i denne forskningen, men pasientene var lite involvert i egen medisinbehandling. Et av hovedtemaene som oppstod under intervjuene var kontroll. For legen var det viktig med kontroll i forordningen, og for sykepleieren var det viktig med kontroll i administrasjonsfasen. Kontrollen var viktig for å kunne gi en sikker behandling og kontinuitet i behandlingen. Alle pasientene aksepterte dette aspektet ved kontroll over medikamenter, og flere av dem sa at de stolte på at lege og sykepleier visste hva de gjorde. I artikkelen kommer det fra at det i sykehjem kan oppstå situasjoner hvor medisinadministrasjon foregår på en veldig fastlåst måte, fordi en skal møte krav og regler. Dette kan gå utover pasientens mulighet til å delta og gjøre bestemmelser angående egen medisinbehandling

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg funnene i studiene jeg har valgt ut, og drøfte dem sammen med litteratur fra oppgaven og supplerende litteratur. Jeg har valgt å dele funnene i tre hovedtema, som var sentrale i forskningsartiklene jeg vil bruke. Temaene var sykepleieren i det tverrfaglige arbeid, sykepleierens kunnskap og kompetanse og sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten.

5.1 Sykepleieren i det tverrfaglige arbeid

Halvorsen et al. (2011) skriver i sin studie om lege og sykepleiers opplevelse av å arbeide i tverrfaglig team med farmasøyt. Sykepleier opplevde i samarbeidet at fokuset ble tatt vekk fra sykepleieroppgaver, men oppmerksomheten rundt kvalitet i forskrivninger og kvalitetsforbedring ble større. Dette veide mer enn de negative sidene. Sykepleiere i sykehjem følte at deres tilstedeværelse var viktig i det tverrfaglige arbeidet, grunnet deres spesielle kjenskap til pasienten. I det tverrfaglige samarbeidet samles yrkesgrupper som har sitt spesielle ansvar og myndighet, for å samarbeide slik at pasienten skal kunne få et effektivt og helhetlig tilbud (Birkeland og Flovik, 2011, s. 167). Dilles et al. (2010) skriver i sin artikkel at sykepleiers deltagelse i farmakoterapeutisk aktivitet burde anerkjennes, og at sykepleier selv, andre medlemmer av tverrfaglige team, pasienten og pårørende burde være bevisst sykepleiers rolle. Farmakoterapeutisk aktivitet beskrives i artikkelen som et begrep som gir et vidt bilde av hva sykepleier deltar i når det gjelder legemidler. Det innebærer både det å bestille, lagre, dispensere, administrere, å evaluere effekt av legemiddelbehandling og til slutt å veilede pasienten i legemiddelbruk. Helsetilsynet (2010) skriver også i sin rapport *Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging* at pasientsikkerheten kan trues av uklarhet i hvordan lege og pleiepersonal skal samarbeide om legemiddelbehandling. Dette viser viktigheten av å vite hvem som har hvilket ansvar, og hvem som har hvilken myndighet.

Bevissthet om seg selv som en del av et tverrfaglig arbeid, og bevissthet om egen og andres roller og i det tverrfaglige arbeidet er altså viktig. Men det er også viktig å se på dette arbeidet som en prosess, slik legemiddelhåndteringen bør ses på som en prosess. Studiet av Hughes og Goldie (2009) viser at sykepleierne mente at det å gjennomgå og oppdatere medisinlistene til pasientene var viktig for å unngå polyfarmasi og medisinrelaterte problemer. Dette ble likevel ikke gjennomført ofte nok. Nye medikamenter ble forskrevet, men medikamenter som

allerede var i bruk ble ikke revurdert og seponert medikamenter. Legene var igjen avhengige av sykepleiernes overvåkning og rapportering av ugunstige effekter av legemidler for å kunne gjøre noe med sine forskrivninger. Legemiddelhåndteringsprosessen innebærer at sykepleier skal vurdere effekt og dokumentere, mens lege undersøker og vurderer, som illustrert i figur 1 - Legemiddelhåndteringsprosessen. Travelbee (2001) skriver om den sykes behov i ulike situasjoner, og at pasientens behov er noe sykepleier kan finne frem til gjennom observasjon og kommunikasjon med den syke, jf punkt. 2.3. Det at pasienten vil ha ulike behov i ulike situasjoner må en være bevisst, og av denne grunn er det viktig å tenke at en i det tverrfaglige arbeidet og i legemiddelhåndteringen arbeider med en prosess. Det er ikke slik at pasienten alltid vil ha de samme behovene, og det er pasientens behov som skal være utgangspunktet for behandlingsvalg som tas i det tverrfaglige arbeidet og legemiddelhåndteringen.

For å bidra til et godt tverrfaglig samarbeid er det videre en viktig oppgave for sykepleier å gjøre et godt arbeid i journalføringen i administrasjonsfasen av legemiddelhåndteringen. Dette for at lege skal kunne gjøre et godt arbeid i forskrivningsfasen. Sykepleiers observasjoner og faglige vurderinger er essensielle data som lege må ha tilgang til for å kunne gi god medisinsk behandling (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 17). Dette kommer også frem i helsetilsynets rapport *Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging* (2010), hvor mangelfull dokumentasjon av nødvendige og relevante opplysninger om legemiddelbehandling påpekes som et problem som kan påvirke pasientens sikkerhet i legemiddelbehandlingen. Sykepleier må ha kjentskap til hva som er hensikten med en pasientjournal, og hva denne skal inneholde for å kunne sikre en god journalføring. Plikten til å journalføre er nedtegnet i *Lov om helsepersonell* §3 (1999), og i §8 i *Forskrift om pasientjournal* (2000) gis det en detaljert veiledning i hva som skal dokumenteres i pasientjournal. Journalens formål er blant annet å bidra til pasientens sikkerhet ved å sikre tilgang til informasjon om behandling mellom helsepersonell for å kunne gi kontinuitet i pasientbehandlingen (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 172-173).

Etter å ha arbeidet i tverrfaglig team med farmasøyt, lege og sykepleier på sykehjem, kommer det frem i artikkelen til Halvorsen et al. (2010) at «behov for overvåkning» var et problem som gjentok seg ved legemiddelgjennomgang på sykehjem i Norge. Legene i studiet til Hughes et al. (2009), var avhengige av at sykepleier overvåket og rapporterte ugunstig effekt av legemidler for å kunne vurdere sine forskrivninger. Det må være avklart hva pleiepersonalet skal observere og gjennomføre av tiltak når lege ikke er tilstede, dersom

legemiddelbehandlingen skal kunne foregå på forsvarlig måte (Helsetilsynet, 2010). For å kunne gi god overvåking av legemidler burde derfor aktuelle prosedyrer og observasjoner beskrives kort i pasientjournal, slik at personalet som gjennomfører observasjoner og tiltak vet hva det er viktig å observere, og hvordan eventuelle tiltak (som for eksempel blodtrykksmåling) skal gjennomføres. Pasientjournalen er en naturlig plass å dokumentere slik informasjon, og sykepleier er med å utarbeide denne. Det er flere grunner til at det kan være nyttig å presisere i pasientjournal hvilke observasjoner som bør gjennomføres når en skal overvåke effekt av legemidler. Legemiddelbivirkninger hos eldre kan imitere nye sykdommer, eller forverring av eksisterende sykdommer. Ofte blir bivirkninger heller ikke erkjent som bivirkninger, fordi de kan mistolkes som plager som følger naturlig aldring. Eksempler er blodtrykksmedisiner som kan gi svimmelhet, diuretika som kan føre til dehydrering, psykofarmaka som kan gi svekket kognisjon og forvirring, smertestillende som kan gi obstipasjon eller hypnotika, antihistaminer og psykofarmaka som kan føre til konstant tretthet (Straand, 2007, s. 166).

For å kunne samle observasjoner i journal, og gjøre dette lett tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell, burde det til slutt i pasientjournal opprettes et eget punkt for observasjon av virkning og bivirkning av legemidler. Dette er et av tiltakene sykehjemmene som har deltatt i prosjektet *I Trygge Hender* har gjennomført. Der ble det først opprettet et eget punkt for legemiddelgjennomgang i pasientjournal, hvor legens faglige vurderinger og forordninger i tilknytning til legemiddel gjennomgang skulle journalføres. Deretter ble dette overført til sykepleieplan med mål, tiltak og evaluering, hvor aktuelle observasjoner skulle dokumenteres (I trygge hender - nasjonal sikkerhetskampanje, 2012).

5.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse.

Wekre et al. (2011) skriver i sin artikkel at multidose blir mer og mer vanlig å bruke i hjemmetjenesten og i sykehjem i Norge, og at dette blir anbefalt av helsemyndighetene for å redusere feil i dispenseringsfasen av legemiddelhåndteringen. Leger, farmasøyter, helsesekretærer og sykepleiere stolte på at dette systemet ville gi bedre legemiddelhåndtering og færre dispenseringsfeil. Sykepleierne var på sin side bekymret for at det å ta vekk manuell legging av dosett ville føre til redusert kunnskap om pasientens medisinbruk hos dem selv. Mangel på kunnskap og kompetanse til å kunne følge opp legemiddelbehandling på en sikker

måte når lege ikke er til stede, er blitt påpekt som et problem i norske sykehjem (Helsetilsynet, 2010). I bachelorutdanningen er det fokus på klinisk, teoretisk og vitenskapelig kunnskap, i tillegg til kunnskap om sykepleieoppgaver. I studiet til Dilles et al. (2010) kommer det frem at det er 35% større sannsynlig at de med denne utdanningen vil oppdage reaksjoner på medisiner som er ugunstige, enn de med utdanning med kun fokus på sykepleieroppgaver. Dette sier noe om hvor viktig det er å ha klinisk, teoretisk og vitenskapelig kunnskap for å kunne gjøre gode observasjoner av pasienten. For å kunne gjennomføre legemiddelhåndteringsoppgaver er det forventet at sykepleier har faglig kompetanse og erfaring med blant annet legemidlers virkning og virkemåte, ulike legemiddelformer, interaksjoner, bivirkninger og dokumentasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Sykepleierne i studie til Wekre et al (2011) var bekymret for egen evne til å gjøre gode observasjoner av sine pasienter, og at fokuser på medisiner ble mindre etter at de begynte med multidose. Hvordan medisiner fungert for den enkelte pasient, hvilke medisiner som burde sjekkes og hva som egentlig var nødvendig for pasienten å bruke var noe de reflekterte over når de dispenserte medisiner manuelt. Dette viser til at sykepleierne opplevde det som nødvendig å ha faglig kompetanse, men også at det å ha god kjentskap til den enkelte pasient er viktig for å kunne gjøre gode observasjoner.

Dersom bruk av multidose frigjør tid på arbeidsplassen, kan tiden eventuelt brukes til å holde seg oppdatert. Sykepleier har et faglig ansvar, et ansvar for at legemiddelhåndteringen skal forgå på faglig forsvarlig måte. Dette innebærer blant annet at sykepleier skal ha nødvendige kunnskaper om legemidler, men også at en har ansvar for egen etterutdanning og for å holde seg faglig oppdatert. Sykepleieren har ansvar for å vurdere om egen kompetanse er tilstrekkelig for å kunne utføre de oppgavene en gjennomfører, uten å sette pasientens sikkerhet på spill. Faglig ansvar innebærer å kunne observere virkning og bivirkning av legemidler (Bielecki og Børdahl, 2008, s. 17-18). Det er sykepleier som ser pasienten de fleste timene i døgnet, og evnen til å gjøre korrekte observasjoner er avgjørende for å kunne gi god legemiddelbehandling (Ranhoff, Schmidt og Ånstad, 2007, s. 17). Sykepleier har også et formelt ansvar, og står strafferettslig ansvarlig for det arbeidet de utfører. Virksomhetsleder har ansvar for at forholdene er lagt til rette for at alle kan utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte (Bielecki og Børdahl, 2008, s. 16). Av dette ser vi at sykepleier som tidligere nevnt har ansvar for seg selv, og for å holde seg faglig oppdatert, men ettersom virksomhetsleder også

har et ansvar kan sykepleier også etterspør undervisning og veiledning der det mangler kompetanse.

5.3 Sykepleieren og samhandling med sykehjemspasienten

Hughes og Goldie (2009) har i sitt studie intervjuet sykehjemspasienter, sykepleiere og leger for å undersøke etterlevelse av medisinforskrivninger og sykehjemspasientens involvering i forskrivning og avgjørelser angående medikamenter. Resultatene viser at etterlevelse av forskrivninger ikke er et problem i sykehjemmene som ble brukt i denne forskningen. Pasientene var likevel lite involvert i egen medisinbehandling. Et av hovedtemaene som oppstod under intervjuene var kontroll. For legen var det viktig med kontroll i forskrivningen, og for sykepleieren var det viktig med kontroll i administrasjonsfasen. Kontroll ble sett på som viktig for å kunne gi sikker behandling og kontinuitet i behandlingen. Alle pasientene aksepterte dette aspektet ved kontroll over medikamenter. Flere av dem sa at de stolte på at lege og sykepleier visste hva de gjorde. I artikkelen kommer det frem at det i sykehjem kan oppstå situasjoner hvor medisinaladministrasjon foregår på en veldig fastlåst måte, fordi en skal møte krav og regler. Dette kan gå utover pasientens mulighet til å delta og gjøre bestemmelser angående egen medisinbehandling.

Utfordringen med å involvere pasienter i sykehjem i medisinbehandlingen, henger sammen med utbredelsen av kognitiv svikt og demens. Prevalensen av demens i sykehjem i Storbritannia ligger på rundt 50% (Hughes og Goldie, 2009), mens i Norge er moderat til alvorlig demens utbredt blant ca. 80% av pasientene på sykehjem (Halvorsen, 2012). Derfor er dette en større utfordring i Norge enn i Storbritannia hvor studiet ble gjennomført. I *Pasient og brukerrettighetsloven* (1999) står det i §3-1 og §3-2 om pasientens rettigheter i forhold til medvirkning og retten til informasjon. Pasienten har rett til å medvirke i gjennomførelsen av helse- og omsorgstjenester, og rett til å medvirke i valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten har også rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som gis. Dersom pasienten likevel ikke har samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. I §4-2 står det at samtykkekompetansen kan bortfalle dersom pasienten har fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens og ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter.

Lovens krav til informert samtykke når behandling og tiltak settes i gang må i sykehjem ofte tilpasses den ikke samtykkekompetente pasientens antatte ønsker og vilje. Samarbeid med pårørende er viktig, med det medisinske personellet (spesielt legen) har det avgjørende ansvaret når viktige beslutninger fattes (Ranhoff et al. 2007, s. 10).

Det at pasientene i sykehjem ofte mangler samtykkekompetanse, gjør sykepleiers samhandling med pasienten og de observasjonene som blir gjort i denne samhandlingen spesielt viktige, men også utfordrende grunnet kognitiv svikt og demens hos pasientene. Hva som er pasientens antatte ønsker og vilje, henger sammen med hva som er pasientens behov. Hva som er pasientens behov er noe Travelbee mener sykepleier kan finne frem til gjennom observasjon og kommunikasjon med pasienten. Den profesjonelle sykepleieren skal kunne skille egne behov og ønsker fra behovene som omsorgsmottakerens. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren forsøke å finne fram til hva som er den enkeltes behov, hvert menneske er forskjellig og takler påkjenninger på ulik måte. Sykepleieren skal videre observere det syke mennesket, ikke sykdomstegnene (Travelbee, 2001, s. 140-144). Ved kognitiv svikt og demens er det veldig viktig at sykepleier kan oppdage hva den eldre forteller, selv om han eller hun ikke kan sette ord på det selv. Å kjenne pasienten gjør dette mye lettere, da kan en lettere oppdage små endringer i sinnsstemning og uttrykksmåte (Berentsen, 2010, s. 353).

Travelbee skriver at for å bli kjent med pasienten, må en bli kjent med mennesket det handler om. Man må møte mennesket, oppfatte og respondere på det unike ved han eller henne (Travelbee, 2001, s. 140). Menneske til menneske relasjon er noe Travelbee mener er veldig viktig for å kunne oppnå sykepleiers mål og hensikt, jf punkt 2.3. Hun mener at det å se på mennesket som en «pasient» kan bidra til at mennesket blir oppfattet og behandles som et objekt. Begrepet «pasient» er en abstraksjon, et sett av forventninger personifisert ved oppgaver som skal utføres, behandling som skal gjennomføres eller en sykdom. Et menneske derimot er noe unikt og uerstattelig, lik og samtidig ulik alle andre mennesker (Travelbee, 2001, s. 54-64). Hvilket syn en har på mennesket kan påvirke hvordan en oppfatter sykdom, helse, behandling, pleie, pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse over eget liv og egen helse (Odland, 2008, s. 25). Om et menneske ikke er i stand til å ta autonome beslutninger, har de likevel krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert. En må være var for forholdet mellom autonomi, sårbarhet og integritet. I noen situasjoner vet kanskje helsepersonell bedre enn pasienten selv hva som er til hans/hennes beste. Målet må likevel

være at pasientens integritet ikke skal krenkes. Paternalisme er en holdning som preges av at helsepersonell, særlig legen, vet hva som er det beste for pasienten, og overstyrer pasientens egne ønsker med egne bestemmelser. I dag blir paternalisme sett på som noe negativt (Brinchmann, 2008, s. 91-91).

Med paternalisme som eksempel, ser vi hvordan menneskesynet vårt kan påvirke hvilke handlinger vi velger å igangsette. Bevissthet om eget menneskesyn er derfor viktig når en samhandler med sykehjemspasienter. Hvilke handlinger en velger å igangsette, må på sykehjem som tidligere nevnt ofte velges med tanke på hva en tror er pasientens antatte ønsker og vilje, da kognitiv svikt og demens er så utbredt. I legemiddelhåndteringen, blir det da videre viktig at sykepleiere med sin kompetanse og sin myndighet er bevisst hvilke etiske prinsipper som ligger til grunn for deres avgjørelser og vurderinger. Velgjørenhetsprinsippet omhandler plikten å gjøre godt mot andre, mens ikke skade prinsippet omhandler plikten å ikke skade andre (Brinchmann, 2008, s. 85). Legemiddelhåndteringen bør gjennomføres med bakgrunn i ønsket om å ville gjøre godt mot pasienten. Mange eldre trenger legemidler for å dempe lidelser og symptomer, og riktig legemiddelbehandling er viktig for den gamles helse og livskvalitet (Ranhoff og Børdahl, 2010, s. 157,). Mennesket har også et grunnleggende behov for sikkerhet, et behov for å tro at alt vil gå bra, at en vil overleve og at en vil få god og kyndig pleie (Travelbee, 2001, s. 262-263). For å kunne gjøre godt mot andre må en være bevisst dette. Til slutt er det viktig å tenke pasientsikkerhet, for å kunne legge vekt på plikten å ikke skade andre. Her handler det om å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skade, som kan følge av de helsetjenenesteprosesser som gis (Aase, 2010, s. 26). Feil bruk av legemidler kan gi nye plager, forsterkede symptomer, redusert funksjonsevne og redusere den eldre pasientens leveutsikter (Ranhoff og Børdahl, 2010, s. 157).

6.0 Avslutning

For at sykepleier skal kunne bidra til sikker legemiddelhåndtering i langtidsavdelinger på sykehjem, er det viktig å være bevisst egen og andres roller og ansvar i det tverrfaglige arbeidet i legemiddelhåndteringen. Legemiddelhåndteringen og samarbeidet bør ses på som en prosess, fordi det er pasientens behov skal være utgangspunkt for behandlingsvalg som tas. Hva som er pasientens behov vil ikke alltid være de samme.

For å kunne bidra til et godt tverrfaglig samarbeid er det en viktig sykepleieroppgave å gjøre et godt arbeid i journalføringen. Sykepleieren har en spesiell kjentskap til pasienten, som gjør deres observasjoner og vurderinger verdifulle for andre i det tverrfaglige arbeidet i legemiddelhåndteringen. For å kunne gjennomføre en god journalføring må sykepleier ha kjentskap til journalens hensikt, og hva denne skal inneholde. Ved behov for overvåking av legemidler burde også aktuelle prosedyrer og observasjoner bør nedtegnes i journal, for å avklare hva pleiepersonalet skal gjøre når lege ikke er til stede. Sykepleier bør opprette et eget punkt i journal for observasjon av virkning og bivirkning av legemidler, for å kunne samle denne informasjonen og gjøre den lett tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell.

Sykepleier må ha klinisk, teoretisk og vitenskapelig kunnskap for å kunne gjøre gode observasjoner av pasienten. Å ha god kjentskap til den enkelte pasient er også viktig for å kunne gjøre dette. Som sykepleier har en ansvar for å holde seg selv faglig oppdatert, men også å etterspør undervisning og veiledning hos ledelsen dersom det mangler kompetanse.

Til slutt er det en utfordring å involvere pasienter i sykehjem i medisinbehandling, grunnet kognitiv svikt og demens. Dermed blir sykepleierens samhandling med pasienten viktig. Gjennom observasjon og kommunikasjon kan en oppdage hvilke behov pasienten har, noe de kan ha problemer med å uttrykke selv. Å være godt kjent med disse pasientene kan gjøre det enklere å oppdage endringer i uttrykksmåte. Det viktig å være bevisst eget menneskesyn, og hvilke etiske prinsipper som ligger til grunn for avgjørelser og vurderinger som gjennomføres når en arbeider med sykehjemspasienter.

Litteraturliste

- Aase, K. (Red.) (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet, teori og praksis i helsevesenet* (s. 17-29) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bielecki, T. og Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- BORA-UiB. (u.å). *Open research at the University of Bergen*. Hentet 2. februar 2013 fra <https://bora.uib.no/>
- Brinchmann, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dilles, T., Stichele, R. V., Rompaey, B. V., Bortel, L. V. og Elseviers, M. (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with education level. *Journal of advanced nursing* 66(5), 1072 – 1079. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x
- Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet 26. januar 2013 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html>
- Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om journalføring*. Hentet 30. januar 2013 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html>

Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp*. Hentet 25. januar 2013 fra <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20080403-0320.html>

Halvorsen, K. H. (2012). *Drug prescribing quality for older patients, explicit indicators and multidisciplinary medication reviews* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra: https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5820/43131%20Halvorsen%20main_thesis.pdf?sequence=1

Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A. G. og Viktil, K. K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of primary health care* 28, 82-88. doi: 10.3109/02813431003765455

Halvorsen, K.H., Stensland, P. og Granas, A. G. (2011). Physicians and nurses experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists at case conferences – a qualitative study. *International journal of pharmacy practice* 19, 350-357. doi: 10.1111/j.2042-7174.2011.00129.x

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Haugesund kommune. (2012, 16. august). *Sykehjem*. Hentet 26. januar 2013 fra <http://www.haugesund.kommune.no/tema/helse/helsetjenester/item/sykehjem>

Helse og omsorgsdepartementet. (2010, 7. januar). *Tildeling av kommunale tjenester og klageadgang*. Hentet 26. januar 2013 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/tildeling-av-tjenester-og-klageadgang.html?id=426487

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24, juni 2011 nr. 30* Hentet 26. januar 2013 fra

<http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2, juli 1999 nr. 64* Hentet 15. januar 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Helsetilsynet. (2002, november). *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra helsetilsynet 11, 2002.* Hentet 26. januar 2013 fra

http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/sikrere_legemiddelhaandtering_pleie_omsorgstjenester_rapport_112002.pdf

Helsetilsynet. (2010, juli). *Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008-2010. Rapport fra helsetilsynet, 7, 2010.*

Hentet 26. januar 2013 fra

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7_2010.pdf

Hughes, C. M. og Goldie, R. (2009). «I just take what I am given»: Adherence and residents involvement in decision making on medicines in nursing homes for older people: a qualitative survey. *Drugs aging* 26 (6), 515 – 517. doi:

<http://dx.doi.org/10.2165/00002512-200926060-00007>

I trygge hender – nasjonal pasientsikkerhetskampanje. (2012, 21. mars). *Tiltakspakke – Riktig legemiddelbruk i sykehjem.* Hentet 24. januar 2013 fra

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/attachment/926?ts=1363fff0a14>

I trygge hender – nasjonal pasientsikkerhetskampanje. (2012, 23. november). *Riktig legemiddelbruk i sykehjem.* Hentet 28. januar 2013 fra

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms>

- Jensen, K. O. (2001). Norsk forord. I Travelbee, J, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 5 – 6). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapssenteret. (2008, 14. mai). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 2. februar 2013 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Odland, L.H. (2008). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 23-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Parsons, C., Lapane, K., Kerse, N. og Hughes, C. (2011). Prescribing for older people in nursing homes: a review of key issues. *International journal of older people nursing* 6, 45-54. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00264.x
- Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63* hentet 15. januar 2013 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. og Ånstad, U. (Red.). (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ranhoff, A. H. og Børdahl, B. (2010). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s.157-161). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s.29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial og Helsedirektoratet. (2008, september). *Legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, rundskriv IS-9/2008*. Hentet 26. januar 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandtering-for-virksomheter-og-helsepersonell-som-yter-helsehjelp/Publikasjoner/legemiddelhandtering-for-virksomheter-og-helsepersonell-som-yter-helsehjelp.pdf>

Straand, J. (2007). Bedre legemiddelbruk i sykehjem. I A. H. Ranhoff, G. Schmidt og U. Ånstad (Red.), *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger* (s. 160-169). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wekre, L. J., Melby, L. og Grimsmo, A. (2011). Early experiences with the multidose drug dispensing system – a matter of trust? *Scandinavian journal of primary health care* 29, 45 – 50. doi: 10.3109/02813432.2011.554002