



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Polyfarmasi og den eldre
heimebuande pasienten

Polypharmacy and the elderly
patient receiving home care

Robert Thoresen Saghaug

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/institutt for

helse- og omsorgsvitenskap/sjukepleie Førde

Rettleiar: Runar Tengel Hovland

Innleveringsdato 07.12.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel: Polyfarmasi og den eldre heimebuande pasienten

Bakgrunn for val av tema: Erfaring frå praksis tilseier at polyfarmasi er ei utfordring for sjukepleiar og ikkje minst den eldre pasienten. Den eldre heimebuande pasienten skil seg frå pasienten som er på institusjon, fordi det her ikkje er like gode rutinar i forhold til observasjon, dokumentasjon og legemiddelgjennomgang. Desse faktorane har stor betydning, og gjer pasienten meir utsett for polyfarmasi med negative helsekonsekvensar.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar med sitt ansvar bidra til å redusera polyfarmasi hos den eldre heimebuande pasienten?»

Metode: Studien er ei litteraturstudie. Databasane som er brukt for å finne relevant forskning er Cinahl, Ovid Nursing, SveMed+, Cochrane og Sykepleien.no. Søkeorda «polypharmacy», «elderly», «medication», «medication review» og «home care» har blitt brukt for å finne den forskinga som var mest relevant for å besvara mi problemstilling. Funna i forskinga vert drøfta opp mot andre relevante kjelder samt mi eiga erfaring frå praksis.

Resultat: Det kjem fram i forskingsartiklane at det er dårleg observasjon og dokumentasjon i forhold til legemiddelbehandling hos den eldre pasienten. I tillegg er legemiddelrelaterte problem ei større utfordring hos eldre heimebuande, enn på institusjon. Vidare vert det gjort funn på at retningslinjer som vurdering av legemiddel etter avvik, ikkje vert følgt i praksis. I tillegg viser forskinga til at pasientinformasjon frå sjukepleiar er ein viktig og positiv faktor i legemiddelgjennomgang.

Oppsummering: Den eldre heimebuande pasienten står i større risiko for polyfarmasi grunna manglande rutinar på observasjon og dokumentasjon. Endringar i dei fysiologiske funksjonane, gjer det også meir utfordrande å skilje mellom legemiddelrelaterte problem og anna sjukdom. Sjukepleiar kan bidra til å redusera polyfarmasi ved å gjera grundige observasjonar, systematisk dokumentasjon og regelmessig legemiddelgjennomgang der sjukepleiar vert inkludert. På denne måten kan pasienten unngå dei negative konsekvensar polyfarmasi har.

Nøkkelord: Polyfarmasi, eldre, heimebuande, legemiddel, legemiddelgjennomgang.

Abstract

Title: Polypharmacy and the elderly patient receiving home care

Background for choice of topic: Experience from work practice indicates that polypharmacy is a challenge for the nurse, as well as the older patient. The at-home elderly patient receiving home care is distinct from the patient at an institution. Staying at home, there is a lack of proper routine in the terms of observation, documentation, and medication review. These factors are impactful, and can make the patient more exposed to polypharmacy with negative consequences for their health.

Research question: «How can a nurse with their responsibilities contribute to the reduction of polypharmacy among elderly patients receiving home care?».

Method: This is a study of literature. The databases I have used to find relevant research are Cinahl, Ovid Nursing, SveMed+, Cochrane and Sykepleien.no. The search words «polypharmacy», «elderly», «medication», «medication review» and «home care» were used to find previous research that would be relevant to answering my research question. The findings of these studies were juxtaposed with other relevant sources as well as my own experience from nursing practice.

Results: What can be seen from the previous studies is that there is poor observation and documentation in relation to medication review for the elderly patient. Additionally, medication-related issues are a bigger challenge for elderly patients receiving home care than those at an institution. Furthermore, there have been results indicating that guidelines as review of medication after deviations are not properly followed. The research also shows that information about the patient from nurses is an important and positive factor in medication review.

Summary: The elderly patient receiving home care has a bigger risk of polypharmacy due to lack of routines of observation and documentation. Changes in physiological functions also makes it more challenging to distinguish between medication-related complications and other health problems. Nurses can contribute to reducing polypharmacy through performing thorough observations, systematic documentations, and regular medications review where the nurse is included. In this way the patient may avoid the negative consequences of polypharmacy.

Keywords: Polypharmacy, elderly, home care, medication, medication review.

Innhold

1 Innleiing	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensingar	2
1.4 Definisjonar	2
2. Metode	4
2.1 Litteraturstudie.....	4
2.2 Framgangsmåte	4
2.2.1 Søk	5
2.2.2 Søkeord.....	5
2.2.3 Inkluderingskriterier	5
2.2.4 Søketablellar.....	6
2.3 Resultat.....	7
2.3 Mine funn	10
2.4 Kjeldekritikk.....	11
3 Teori.....	12
3.1 Kven er den eldre heimebuande pasienten?	12
3.1.1 Den eldre pasienten og legemiddelbruk	12
3.1.2 Heimen til den eldre pasienten	14
3.2 Sjukepleiar si rolle ved polyfarmasi.....	14
3.2.1 Polyfarmasi	14
3.2.2 Sjukepleie & sjukepleiar	14
3.2.3 Legemiddelhandtering	16
3.2.4 Legemiddelgjennomgang	17
4 Drøfting.....	18
4.1 Polyfarmasi – fordel eller ulempe?	18
4.1.1 Polyfarmasi	18
4.1.2. Konsekvensar ved polyfarmasi	18
4.2 God sjukepleie ved polyfarmasi	20
4.2.1 Sjukepleiar si rolle ved legemiddelgjennomgang.....	20
4.2.2 Observasjon og dokumentasjon.....	21
5 Konklusjon	23
Kjelder	24

1 Innleiing

Tema i denne studien er polyfarmasi – med fokus på å belyse sjukepleiarar sitt ansvar kring dette. Vidare korleis sjukepleiar kan førebyggje ei slik utfordring. Eg vil knytte polyfarmasi til eldre heimebuande, då eg opplever at det stadig er ei auke av eldre heimebuande. Samt ei auke i bruk av legemiddel hos den eldre heimebuande. Romøren (2010, s.29-30) hevdar at i tidsrommet 2010-2050 vil sannsynlegvis talet på eldre stiga til kring 25% av befolkninga. Om lag 200 000 får i dag hjelp av kommunen i form av pleie- og omsorgstjenester. Kring 75% av desse er eldre. Blant desse får 110 000 eldre heimebuande hjelp frå heimetjenesta.

Frå mi erfaring heimesjukepleia både i arbeid og praksis, opplever eg at fleire og fleire eldre som bur heime treng hjelp. Det kan sjå ut som om det er press på sjukehus, og at dei må skrive alvorleg sjuke eldre heim eller på sjukeheim? Aukar dette igjen presset på sjukeheimar som må sende pasientar heim? Dette betyr at mange instansar er involvert i pasienten. Det blir svekka kontinuitet for pasienten, samstundes er det ofte i slike situasjonar det vert gjort legemiddelendringar. I tillegg vert observasjon og kartlegging av biverknadar og symptom ei større utfordring når pasienten blir ein såkalla «svingdørpatient», ut og inn av sjukehus. Hagen (2013) påpeiker at kommunane tidleg tek i mot pasientar frå sjukehusa for å unngå dagsbøter etter samhandlingsreforma. Resultatet vert auka press på sjukepleiarar i kommunen og dårlegare tilbod for pasienten.

Bakgrunnen for val av tema er som nemnt eiga erfaring. Vidare opplever eg at det ofte dukkar opp i sjukepleielitteratur at polyfarmasi er ei utfordring for dagens sjukepleiarar og ikkje minst pasienten. Eg opplever ofte at dosetten til eldre heimebuande, er stappfulle og kan minna om eit heilt måltid. Men svært sjeldan opplever eg at antal legemiddel vert redusert, snarare tvert i mot vert det ofte lagt til legemiddel. Dette ser eg på som eit problem, nettopp grunna polyfarmasi, som kan knyttast til «for mange legemiddel samstundes». I følgje Ranhoff og Bør Dahl (2010, s.159) aukar polyfarmasi faren for biverknadar. Samt kan biverknadar hos eldre er lett å tolke som symptom på anna sjukdom, som igjen kan føre til nye legemiddel?

Hensikta med denne litteraturstudien er auka kunnskap om polyfarmasi og sjukepleiar sitt ansvar hos den eldre heimebuande pasienten. Vidare ynskjer eg å belyse viktigheita av eit kritisk blikk hos sjukepleiar samt drøfta forskning opp mot fagkunnskap. I tillegg vil mine egne tankar og refleksjonar bli belyst. Eg tenkjer at dette temaet har behov for større merksemd, då det kan spare sjukepleiar for ressursar som både økonomi og tid. Og enda viktigare, bidra til at pasienten kan oppnå betre livskvalitet, med mindre plagsame symptom og tilstandar.

Denne litteraturstudia er delt in i 5 kapittel. Innleiing, teori, metode, diskusjon og konklusjon. I kapittel 3, metode, vert også resultat og funn frå forskning presentert.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar med sitt ansvar bidra til å redusera polyfarmasi hos den eldre heimebuande pasienten?»

1.3 Avgrensingar

Problemstillinga i denne litteraturstudia vil bli avgrensa til å dreie seg om årsakar rundt polyfarmasi hos den eldre heimebuande pasienten. Samt ha fokus på faktorar som har betydning i forhold til å redusera polyfarmasi: observasjon, dokumentasjon, legemiddelgjennomgang og auka kunnskap.

1.4 Definisjonar

Eldre: Ein person som vert kalla «eldre» vert rekna som ein person som er over fylte 60 år (Romøren, 2010, s.32).

pasient: For verta kalla pasient må ein anten søkje helsehjelp sjølv, eller komme i ein situasjon der ein akutt treng helsehjelp, for eksempel ved sjukehusinnlegging etter ei ulukke i følge pasient- og brukerrettighetslova (2001, §1-3). Andre ord for pasient kan for eksempel vera «brukar av tenesta» eller «bebuarar på sjukeheim¹» (Hauge, 2010, s. 220).

Sjukepleie: I følge Norsk Sykepleierforbund (2016) er sjukepleie grunnlagt på omsorg, barmhjertigheit, og respekt for menneskerettighetane. Sjølve grunnmuren i sjukepleie er respekten for enkeltmenneskets liv og verdi. Vidare skal sjukepleie byggast på forskning og erfaringsbasert kompetanse. Sjukepleie skal fremme helse og førebyggja sjukdom.

Heimesjukepleie: Sjukepleiar hjelper pasienten i heimen deira med eit vidt spekter. Frå fysiske hjelpeoppgåver til psykiske oppgåver, som å auke livsmot og styrke ressursar (Fjørtoft, 2009, s.10). Med andre ord er heimesjukepleie eit uttrykk for all sjukepleie som vert utført i pasienten sin eigen heim, uavhengig om dette er hjelp frå sjukepleiar eller anna helsepersonell.

Ansvar: Ein definisjon på ansvar kan i følge Orvik (2017, s.292) vera ein samansetning av det å ta følgjene av eigne handlingar, samt kunne grensesette andre. Eit eksempel på dette er at helsepersonell pliktar å melde i frå dersom det skjer uansvarlege hendingar i pasientarbeidet. Å ha ansvar gir ansvarlig sjukepleiar forventinga om å bidra til god kvalitet i pasientbehandling, medan å ta ansvar er noko som er nødvendig dersom det skjer noko uheldig.

¹ Ein sjukeheim er helsetjenestar gjennom heile døgn. Det er ein institusjon for pleietrengande (Hauge, 2010, s.219)

Legemiddel: Eit legemiddel er eit stoff, droge eller preparat som kan brukast til å behandla eller førebyggja sjukdom, gjennom å endre, virka inn på eller rette opp igjen fysiologiske funksjonar. Samt kan det vera eit produkt som ein trur kan ha innverknad på fysiologiske funksjonar. Altså kan også eit produkt utan bevist fysiologisk effekt brukast som eit legemiddel dersom det er påstandar om at det har medisinsk effekt (Legemiddelverket, 2016).

Polyfarmasi: I følgje Ranhoff og Børdahl er polyfarmasi ein definisjon på mange legemiddel samtidig (2010, s.159). Medan Wyller (2015, s.222-223) skriv at det ikkje er noko rett definisjon på polyfarmasi, men at det ofte kan knyttast til eit tall, som for eksempel at pasienten tek meir enn fem legemiddel samstundes.

2. Metode

I denne delen av litteraturstudia vil det bli belyst framgangsmåte med søk, søkeord, inklusjonskriteriar og søketabellar. Vidare kjem resultat, mine egne funn forskingsartiklar og kjeldekritikk for artiklane eg har nytta i dette litteraturstudiet.

2.1 Litteraturstudie

I følge Fosberg og Wengström, 2013, s.27-28) skal forskar i eit litteraturstudie ha ein søkestrategi som inneheld eksklusjons- og inklusjonskriteriar. Dette for å analysa og kritisk vurdere artiklane, for å presentera dei med metode og resultat. Ein systematisk litteraturstudie har ei fastsatt oppskrift når det gjeld søking av litteratur, kritisk vurdering og resultatanalyse, og skil seg difor frå dei generelle litteraturstudia. I tillegg skal studia som vert ekskludert også presenterast kort om kvifor dei ikkje vart inkludert. Mulrow og Oxman (sitert i Fosberg & Wengström, 2013, s. 27) skriv at eit litteraturstudie kan definerast med at den systematisk svarar på eit konkret formulert spørsmål, gjennom å identifisera, vurdere, velja og analysa. Eg har søkt etter både kvalitativ- og kvantitativ forskning, men fann dei kvantitative mest hensiktsmessig i forhold til mi problemstilling. I analyse og vurdering av desse artiklane vil det bli brukt sjekklister frå Helsebiblioteket, henta frå Helsebiblioteket.no (Helsebiblioteket, 2018).

2.2 Framgangsmåte

Problemstillinga er «korleis kan sjukepleiar med sitt ansvar bidra til å redusera polyfarmasi hos den eldre heimebuande pasienten?». Problemstillinga skal følge heile litteraturstudiet, og skal samsvara med all teori og forskning som vert teken i bruk. For å kunne gjere eit best mogleg litteratursøk i forhold til problemstillinga nytta eg eit verkøy/ein tabell, som vert kalla PICO.

P	«Patient /population/problem» -Kva gruppe omhandlar dette?	Den eldre heimebuande pasienten
I	«Intervention» -Kva ønsker du å få til i pasientgruppa? -Må det settast i gong tiltak?	Redusere polyfarmasi i pasientgruppa Tiltak 1: belyse viktigheita av kunnskap rundt biverknadar, som framstår som symptom på anna sjukdom.

C	«Comparison» -Samanlikne to tiltak? -I så fall, føy til det andre tiltaket her.	Tiltak 2: Rett observasjon, og god dokumentasjon.
O	«Outcome» -Kva er du interessert i som resultat av tiltaket/tiltaka?	Den eldre heimebuande pasienten får ei trygg legemiddelhandtering, og får ei betre legemiddelbehandling.

(Skjema henta 10.oktober 2018 frå Helsebiblioteket, 2016)

Etter kvart som eg søkte fann eg ut at det ville vera relevant å ta med polyfarmasi, legemiddelhandtering og legemiddelgjennomgang i heimesjukepleie eller på sjukeheimar, då det er dei same legemiddela som vert brukt av pasientar både eigne heimar og på sjukeheim. Bakgrunnen av litteraturstudiet er at polyfarmasi er eit tema som interesserer og engasjerer meg. Vidare har mi erfaring frå både heimesjukepleie og sjukeheim gjort meg merksam på visse skilnadar i forhold til institusjon og open omsorg når det gjeld legemiddelhandtering.

2.2.1 Søk

Søk av forskingsartiklar er gjort gjennom HVL (Høgskulen på Vestlandet) sine nettsider, i søkebasar som Cinahl, SveMed+ og Ovid nursing. I tillegg har eg søkt etter relevant forskning på Cochrane og Sykepleien sine nettsider. Eg fann ut under skriveprosessen at det var hensiktsmessig å bruka fire forskingsartiklar, då dei var relevante i forhold til problemstillinga mi. Alle artikkane handla ikkje nødvendigvis om polyfarmasi i seg sjølv, men heller om legemiddel, bruk av legemiddel, observasjon rundt legemiddel og dokumentasjon. Samt at praksis ikkje nødvendigvis følgjer retningslinjene.

2.2.2 Søkeord

Eg brukte norske og engelske søkeord med utgangspunkt i problemstillinga mi. Ord kunne kombinerast med OR(eller) og AND(og). Søkeorda eg brukte var «Polypharmacy», kombinert med OR «medication» og «multiple drugs». «Elderly», kombinert med OR «aged», «old», «Elder» og «geriatric». Desse søkeorda vart kombinert med AND, og ord som skulle sikte søket enda nærare problemstillinga var «Home care» og «medication review». Desse orda vart også kombinert med AND. I tillegg søkte eg på norsk i sykepleien.no med orda «Polyfarmasi» og «Eldre».

2.2.3 Inkluderingskriterier

Søkeprosessen var avgrensa med 2013-2018, slik at eg skulle få den nyaste forskinga, med ferskast kunnskap. Vidare avgrensa eg søka med «full tekst», og var merksam på at forskingsartikkelen skulle innehalde IMRoD-kriteria: introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Målet var å finne forskning

som kunne svare på problemstillinga, vera så lokal som mogleg, kanskje peika på retningslinjer og forskrifter innan tema i problemstillinga.

2.2.4 Søketablellar

Artikkel 1:

Nummer	søkeord	Avgrensing	Antal funn
S1	Polypharmacy OR multiple drugs OR Medication		85 761
S2	Elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric		541 428
S3	Home care		39 412
S4	S1 + S2 + S3	«Full text» + 2013-2018	41

Artikkel 2:

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Antall funn
S1	Polyfarmasi Eldre	2013 – 2018 Forsking	4

Artikkel 3:

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Antall funn
S1	Polypharmacy OR multiple drugs OR Medication	Full text + 2013-2018	5 382
S2	Medication review	Full text + 2013-2018	154
S3	Elderly OR aged OR older OR geriatric	Full text + 2013-2018	33 434

S4	S1 + S2 + S3		55
----	--------------	--	----

Artikkel 4:

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Antall funn
S1	Polyfarmasi eldre	2013-2018 Forsking	4

2.3 Resultat

Artikkel 1: «Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care» (Devik, Olsen, Fiskvik, Halbostad, Tone, Kuzina & Enmarker, 2018).

Søket var gjort i CINAHL 11.10.2018. Av 41 treff vart artikkel nummer 2 valt. Artikkelen vart valt då «drug-related problems» eller legemiddelrelaterte problem (Seinare omtalt som LRP) er ein svært viktig faktor for å besvara mi problemstilling. Dette er eit kvantitativt studie med hensikt å beskriva og samanlikna LRP hos den eldre. Og sjå på forskjellane i legemiddelhandtering på sjukeheim og i heimesjukepleie i Noreg.

Samandrag

Allereie veit vi at det er LRP på sjukeheimar. Men det ein ikkje har like god oversikt over, er korleis dette er i heimesjukepleia. Denne studien hadde som hensikt å greie ut LRP i eldreomsorga i Noreg, og samanlikna heimesjukepleia med sjukeheimar i 9 forskjellige kommunar. Dette var eit tverrsnittstudie som involverte 154 pasientar. 47 menn og 107 kvinner. Deltakarane var mellom 65 og 102 år, og brukte alle mellom 2 og 16 legemiddel.

Hovudfunn

I alt vart det funne 740 LRP, av desse var 227 av tilfella på sjukeheimar, og 513 i heimesjukepleie. Det er alarmerande at det er så uklar dokumentasjon og så hyppige biverknadar i heimesjukepleia. Dei konkluderer med at dette er eit svært viktig tema då det stadig aukar med eldre heimebuande, og at dei skal forske vidare korleis dei ulike instansane i den eldre heimebuande sin legemiddelbehandling kan ha innverknad i nettopp dette med å redusere LRP.

Artikkel 2: «Samsvar mellom praksis og retningslinje for førebygging av fall og vurdering av medikamentordinasjon på sjukeheim» (Øygard, Nortvedt, Espehaug & Aasekjær, 2013).

Søket var gjort i Sykepleien - Forsking 22.10.2018. Av 4 treff vart artikkel nummer 2 valt. Artikkelen vart valt då den samanliknar retningslinjene med praksis når det gjeld vurdering av legemiddel og legemiddelgjennomgang etter fall, samt kva legemiddel som fører til fall på sjukeheim . Fall er ein av risikoane ved polyfarmasi, og vurdering av legemiddelgjennomgang er naudsynt ved slike hendingar/avvik. Dette er eit kvantitativt studie med hensikt å belyse førebygging av fall samt viktigheita av vurdering av legemiddelordinasjon, ved klinisk evaluering. Grunna at denne artikkelen trekk fram legemiddel som også er vanlig i heimesjukepleia, har eg valt å bruke denne artikkelen. Slik at eg kan samanlikna praksis og retningslinjer.

Samandrag

Studia vart gjennomført ved tre sjukeheimar i ein stor norsk kommune. Studien gjekk gjennom systematisk vurdering av behandling mot kunnskapsbaserte praksisar. Forskjellane på teori og praksis. Det vart i løpet av eit år gjennomført ei kartlegging av pasientjournalar og kurve, som var retrospektiv. Dette året vart 652 pasientar over 65 år kartlagt. Dette var eldre pasientar som hadde dokumenterte fall. I tidsperioden av studiet hadde 208 av dei 652 pasientane fall. Heile 556 fallelisodar i løpet av tidsperioden.

Hovedfunn

Psykotropiske legemiddel vart nytta i 88% av falla. Diuretika 33% og hjerteglykosider i 12% av falla. Vurdering av legemiddelordinasjon vart gjort ved 28% av falla innan 14 dagar etter falla eller utskrivning. Av desse var 24% vurdert av spesialist. I tillegg såg ein at bare 11% av falla var gjort etter sjukeheimen sine rutinar. Studia konkluderer at retningslinjer for vurdering og førebygging av fall på desse sjukeheimane ikkje blir følgt i praksis. Desse retningslinjene seier at alle pasientar som har hatt eit fall på sjukeheim skal få legemiddelordinasjonen sin vurdert.

Artikkel 3: «Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study» (Milos, Rekman, Bondesson, Eriksson, Jakobsson, Westerlund & Midlöv, 2013).

Søket var gjort i CINAHL 14.10.2018. Av 55 treff vart artikkel nummer 7 valt. Artikkelen omhandlar legemiddelgjennomgang av ei gruppe eldre pasientar både ved sjukeheim og heimesjukepleie. Legemiddelgjennomgang er svært viktig i forhold til polyfarmasi, samt LRP. Legemiddelgjennomgang

er eit av dei viktigaste tiltaka for trygg legemiddelhandtering. Denne artikkelen er eit randomisert kontrollert studie, med hensikt å vurdere ein struktur brukt i pleie- og omsorg i sør-Sverige, der farmasøyt er delaktig ved legemiddelgjennomgang.

Samandrag

Sverige har prioritert forskning polyfarmasi og reduksjon av potensielt upassande legemiddel. Denne studien gikk ut på å vurdere farmasøytleda legemiddelgjennomgangar i sør-Sverige. Dette var ein randomisert men kontrollert spørjeundersøking av pasientar over 75 år, som anten budde på sjukeheimar, eller hadde kommunal helsehjelp med meir enn 10 legemiddel.

Legemiddelgjennomgangane var leda av farmasøytar og var basert på informasjon frå sjukepleiar. Data som blei samla inn vart kontrollert gjennom pasientane sine elektroniske journalar.

Hovudfunn

Det kjem fram i forskinga at det er ei upassande ordinerings av legemiddel hos den eldre pasienten. Vidare kjem det fram at dette mogleg kan betrast ved legemiddelgjennomgang i tverrfaglege team, leda av farmasøyt. Samt at dette skal ta utgangspunkt i observasjonar frå sjukepleiar. Dette for å redusera LRP, og vidare betra legemiddelbehandlninga hos den eldre pasienten.

Artikkel 4: «Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt» (Rønningen, Bakken & Granås, 2013).

Søket var gjort i Sykepleien - Forsking 24.10.2018. Av 4 treff vart artikkel 4 valt. Artikkelen vart valt då den omhandlar pasientar som får legemiddel ved behov som dei mulig ikkje har behov for lengre. Og den har med statistikk over kor mange legemiddel pasientane i gruppa hadde i gjennomsnitt. Denne artikkelen er kvantitativ, og omhandlar 108 pasientar på ein sjukeheim i Bergen, og har som hensikt å kartlegge dokumentasjon av effekt av behovslegemiddel. Samt at den som utleverer har kunnskap om legemiddela som vert utlevert. Konklusjonen i denne artikkelen er tydelig på at legemiddelgjennomgang er heilt naudsynt for at pasienten skal får ei god legemiddelbehandling.

Samandrag

Dette er ein forskingsartikkel rundt kunnskap om bruk, effekt og dokumentasjon, samt kor mange som er involvert i forskring av eit legemiddel. I tillegg går forskinga inn på uheldigheita av manglande kontinuitet rundt den som tek legemiddelet og skal observerast. Denne studia er utført på ein sjukeheim i Bergen og tar utgangspunkt i ordinerings, og dokumentert effekt av behovslegemiddel. Det var 108 pasientar, som alle var over 65 år. Av desse var det totalt ordinert 445 legemiddel ved behov. 4,1 legemiddel pr. pasient i gjennomsnitt.

Hovudfunn

Av alle dei 445 legemiddela vart bare 30%, 135 legemiddel utlevert. Ved dokumentasjon var dokumentert med dårleg, liten, middels eller god effekt. Nokre spesifikke beskrivingar, samt ein god del dokumentasjon som kunne tydst på fleire måtar. Studia konkluderer med at gjennomgang og korrigering av behovslegemiddel er naudsynt for å få ei best mogleg legemiddelbehandling av den eldre pasienten.

2.3 Mine funn

I søk av relevant data kjem det fram alle dei fira studia som eg har inkludert i litteraturstudiet at det ved legemiddelhandtering er dårleg observasjon, og spesielt dårleg dokumentasjon. Vidare skal eg presentera dei andre relevante funna som var ein avgjerande faktor til at kvart studie vart inkludert.

Artikkel 1: «Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care» (Devik et al, 2018).

I denne artikkelen kjem det fram kva som er sjukdomsbilete for den eldre pasienten, og ikkje minst kva som er vanleg av legemiddelbruk, som polyfarmasi. Eg har inkludert dette med tanke på lowverk og forskrift om legemiddelgjennomgang.

Artikkel 2: «Samsvar mellom praksis og retningslinje for førebygging av fall og vurdering av medikamentordinasjon på sjukeheim» (Øygard et al, 2013).

Denne forskingsartikkelen går inn i djupna angående førebygging av fall og vurdering av legemiddel etter fall. Den kjem med relevante funn som ulike typar legemiddel som aukar faren for alvorlege biverknadar som fall. Dette er ei studie gjort på tre sjukeheimar, og er svært relevant då det omhandlar legemiddel som også er brukt i heimesjukepleia.

Artikkel 3: «Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study» (Milos et al, 2013).

I denne forskingsartikkelen kjem viktigheita av legemiddelgjennomgang fram. Og viktigheita av å ha farmasøyt til stades, samt den viktige pasientinformasjonen frå sjukepleiar til stades for å auke effektiviteten av legemiddelgjennomgangen. Denne artikkelen seier også noko om relevansen av sjukepleiaren si kunnskap og kompetanse.

Artikkel 4: «Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt» (Rønningen et al, 2013).

Eit viktig funn i denne studia er statistikk over legemiddel bruk, og polyfarmasi hos den eldre pasienten. I tillegg kjem det fram viktige funn blant LRP hos den eldre pasienten.

2.4 Kjeldekritikk

Forskingsartiklane som er inkludert i denne litteraturstudia er alle av kvantitativ metode. Sjølv om desse har vore hensiktsmessig å nytta for å svare på problemstillinga mi, kunne det også vore nyttig å inkludera kvalitative artiklar. Dette for å få fram eit meir beskrivande materiale, spesielt med tanke på å belysa pasientens og sjukepleiars egne erfaringar.

3 Teori

I denne delen av litteraturstudiet skal eg belyse teori rundt 3.1 «Kven er den eldre pasienten?» med underpunkta: den eldre pasienten, heimen til den eldre. Og 3.2 «Sjukepleiar si rolle ved polyfarmasi» med underpunkta: polyfarmasi, sjukepleie og sjukepleiar, legemiddelhandtering og legemiddelgjennomgang.

3.1 Kven er den eldre heimebuande pasienten?

3.1.1 Den eldre pasienten og legemiddelbruk

Ein person over 60 år er i følgje Romøren (2010, s. 32) definert som eldre. Den eldre alderen kan delast inn i to stadia i same gruppe: den «yngre eldre» er 60 – 80 år, og den «eldre eldre» er over 80 år.

Blant dei eldre som bur heime er det fleire helseproblem. Den eldre heimebuande pasienten er ofte plaga med høgt blodtrykk, hjartesyjukdom og/eller muskel- og skjelettplagar. I tillegg til dette kjem det andre plagar som psykiske lidingar eller lungesyjukdom. Nokre av desse plagene er samstundes dei viktigaste grunnane til sjukehusinnlegging: hjartesyjukdom, lungebetennelse, mage- og tarmsjukdom, eller brot. I tillegg til dette kjem hjerneslag og kreftsyjukdom som nokre av dei viktigaste grunnane til sjukehusinnlegging (Romøren, 2010, s. 32).

Endringar av fysiologiske funksjonar hos den eldre pasienten (Mensen, 2010, s. 53-54):

Huda vert tynnare då den eldre pasienten mistar underhudsfett. Dette fører vidare til reduksjon av evne til å lagre vatn, som igjen fører til at den eldre pasienten har auka risiko for dehydrering. I tillegg vert den eldre pasienten kaldare då underhudsfeittet ikkje lengre bidrar like godt til isolasjon av kroppsvarme.

Nyrefunksjonen vert etter fylte 50 år gradvis redusert. For eksempel vil ein 70-åring ha 70% normal nyrefunksjon. Dette resulterer i at den eldre pasienten vil ha ei hyppigare trong for urinering, som igjen fører til auka risiko for dehydrering.

Alderen i seg sjølv skapar eigentleg ikkje noko endring i fordøyelsessystemet. Men reduksjon av aktivitet som ofte går hand i hand med høg alderdom fører til svekking av tarmfunksjon. Dette aukar også risiko for dehydrering, samt at blodgjennomstrøyming og levermasse vert redusert. Nedsett tarmfunksjon bremser også enzymsystemet som fører til at det vert dårlegare nedbryting av legemiddel. Dårlegare nedbryting kan vidare føra til opphoping og overdose av legemiddel.

Ved auka alder kan tap av nevronar, og reduksjon i neurotransmitterar føra til dårlegare motorikk, finmotorikk og merksamheit. I tillegg kan også hukommelsen verta redusert. Den eldre vert meir mottakeleg for infeksjonar då kroppens eiga forsvar mot mikroorganismar vert svekka med alderen. Samt vert også antistoffresponen svekka, som gjer det vanskelegare å holde infeksjonssjukdommar borte med vaksiner, grunna den dårlege responen av antistoff fører til ein dårlegare og meir kortvarig effekt.

Etter ein viss grad vert også hjartemuskelceller etter kvart erstatta av fibrøst vev med alderen. Det fibrøse vevet gjer hjarta stivare, og mindre elastisk. Dette kan igjen føre til at hjarta i sin heilheit eller delar av det aukar i storleik. Slike ulikheiter kan igjen føra til atrielflimmer. Med alderen er også moglegheita for blodtrykksfall ein aukande risiko, då mekanismene for blodtrykksregulering vert mindre funksjonelle. Dette kan også føre til at hjartefrekvensen vert redusert både i aktivitet og kvile. Svekka hjartefrekvens fører til svekka gassutveksling, og oksygenopptaket vert difor påverka i ein dårleg retning, som gjer pasienten tungpusta ved stress eller fysiske oppgåver. I tillegg vert oksygenopptaket redusert på grunn av svekka elastisitet og mindre volum i lungene. Dårligare oksygenopptak fører til dårlegare utveksling, og opphoping av karbondioksid.

«I snitt brukar eldre heimebuande mellom 70 og 74 år om lag 3 legemiddel fast» (Ranhoff & Børdahl, 2010, s.157). Eit legemiddel har ei verknad, eller ei truleg verknad på førebygging, læging eller lindring av smerter, symptom og/eller sjukdom (Bieleckie & Børdahl, 2017, s. 96).

Indikasjon: Gode argument for kvifor pasienten bør bruke eit legemiddel (Wyller, 2015, s.223).

Kontraindikasjon: Gode argument for kvifor pasienten ikkje bør bruke eit legemiddel (Wyller, 2015, s.223).

Biverknad: Ein skadeleg/ikkje ynskjeleg reaksjon ved eit legemiddel (Myhr, 2017). Biverknaden skuldast i hovudsak legemiddelet si meinte effekt (Wyller, 2015, s.228).

Interaksjon: Ein effekt som er uønska eller kan vera skadeleg, grunna at det vert kombinert med eit anna legemiddel. Altså vert det ein uønskt eller skadeleg reaksjon mellom to eller fleire legemiddel, gjennom styrking eller svekking av verkestoff som vert farleg for pasienten (Felleskatalogen u.å.). Som ved biverknad, skyldast også interaksjonar legemiddelet sitt meinte effekt (Wyller, 2015, s.228).

Den eldre pasienten brukar mange legemiddel, polyfarmasi, og står difor i fare for risikoar som biverknadar og interaksjonar (Wyller, 2015, s.223-228). Samt at kroppen til den eldre pasienten reagera på ein lite gunstig måte grunna aldersforandringar i fysiologiske funksjonar, ved bruk av forskjellige legemiddel. For eksempel ved at den eldre pasienten anten har dårlegare absorpsjon av legemiddelet, eller motsett at den eldre pasienten er meir sårbar for legemiddelet, grunna desse fysiologiske funksjonsendringane (Wyller, 2015, s.224-229).

3.1.2 Heimen til den eldre pasienten

Omsorg og helsehjelp som vert utført mellom pasienten sitt daglege liv i heimen og det offentlege, vert kalla heimesjukepleie, og er ein definisjon på all sjukepleie som vert utført i pasienten sin eigen heim (Birkeland & Flovik 2018, s.13). Vidare skriv Birkeland og Flovik (2018, s.13) at heimesjukepleia stadig er i endring då dei står for utfordringa med at stadig fleire eldre som treng hjelp i heimane sine, og at talet for den eldre pasienten stadig aukar generelt. I heimesjukepleia er det den eldre pasienten sjølv som eig legemiddela som er tekne i bruk, sjølv om det blir tillaga av sjukepleiar, då det er den eldre pasienten sjølv som betaler for dette (Birkeland & Folvik, 2018, s. 130).

3.2 Sjukepleiar si rolle ved polyfarmasi

3.2.1 Polyfarmasi

Stadig fleire vert behandla med legemiddel på grunn av auka alder og sjukdom. På grunn av dette er det vanleg at eldre brukar fleire legemiddel samstundes. Dei har eit større sjukdomsbilde med fleire sjukdommar (Ranhoff & Børdahl, 2010, s. 157-159).

Ranhoff og Børdahl (2010, s.157-159) skriv at polyfarmasi er ein definisjon på bruk av fleire legemiddel samstundes, medan Wyller (2015, s.223) skriv at det ikkje er noko konkret definisjon på polyfarmasi, men hevdar at det kan knyttast til ei definert grense som 5 eller fleire legemiddel samstundes. Vidare hevdar Wyller (2015, s.223) at det ikkje nødvendigvis er uheldig med bruk av mange legemiddel. Kvant legemiddel som vert ordinert eller utlevert er ei vurdering der ein vektlegg indikasjonar og kontraindikasjonar. Wyller (2015, s.223) legg også til at det ikkje er tvil om at det er alt for mange eldre pasientar som har ein kombinasjon av legemiddel som skapar problem.

3.2.2 Sjukepleie & sjukepleiar

Sjukepleie er pleie, omsorg, helsefremmande og førebyggjande arbeid. Grunnlaget for sjukepleie er respekt, verdighet. Sjukepleie skal baserast på grunnleggjande menneskerettigheit som barmhjertigheit, omsorg og respekt. Pasientane skal ha moglegheit for betre helse, bli sjølvstendige att, eller får ein verdig død gjennom god sjukepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

Sjukepleiar utøvar helsefremmande arbeid. Og utfører hjelp til personar som har eller er i ferd med å utsettast for sjukdom. Samt skal sjukepleiar ivareta pasienten sine grunnleggjande behov. Dette vert gjort ved *«å bidra til at pasienten kan leva vidare med konsekvensane ved sin helsesvikt og/eller behandling»* (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

Sjukepleiar - Førebyggjande funksjon

Sjukepleiar har ansvar for å førebyggje sjukdom og fremme helse hos pasienten, samt lindra lidningar og gi omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Sjukepleiar sitt hovudfokus for den eldre pasienten må vera førebygging. I form av fysisk psykisk aktivitet, samt ernæring for å unngå at den eldre pasienten vert skrøpeleg. Og i form av å førebyggja hendingar som sjukdom, funksjonssvikt og død (Ranhoff, 2010, s.80). Studien rettar seg mot følgjene av polyfarmasi, og førebyggjande arbeid vert difor belyst nærare i «sjukepleiar sitt ansvar – legemiddelbehandling» med grunnlag i observasjon og kunnskap rundt legemiddel og legemiddelbehandling.

Sjukepleiar - Undervisande funksjon

Sjukepleiar, den eldre pasienten og pårørnde bør ha ei god relasjon for å ivareta pasienten og pårørnde på ein god måte og skapa gode relasjonar. For at relasjon og omsorgsarbeid skal bli best mogleg, er det samstundes viktig å tilpassa hjelpetilbodet til den eldre pasienten og pårørnde. I tillegg til å undervise, vegleie, støtte og avlaste pårørnde (Kirkevold, 2010, s.125).

Sjukepleiar sitt ansvar – legemiddelhandtering

«Sykepleiarar er generelt strafferettsligansvarlige for det arbeidet dei utførar» (Bielecki & Børdahl, 2017, s. 16). Det kan skiljast mellom tre ulike sider av sjukepleiar sitt ansvar ved legemiddelhandtering. Eit formelt ansvar, eit fagleg ansvar og eit moralsk ansvar (Bielecki & Børdahl, 2017, s.15).

Det formelle ansvaret går ut på at dersom den som er leiar for verksamheita har delegert ansvaret for legemiddelhandtering til sjukepleiar, er sjukepleiaren sjølv ansvarleg for dei aktuelle oppgåvene det måtte gjelde. Dette vil sei at sjukepleiar har eit ansvar som å følge legen si ordinerings/bestilling, og sjå etter at legemiddelbehandlinga skjer korrekt. Samt har sjukepleiaren ansvar når det gjeld observasjon av pasienten i samanheng med legemiddelbehandlinga. Vidare har sjukepleiar ansvar for å snarast melde i frå til lege dersom noko er unormalt, og deretter starta dei naudsynte tiltaka som legen ordinerar vidare (Bielecki & Børdahl, 2017, s.16-17).

Sjukepleiaren sitt faglege ansvar går ut på at legemiddelhandteringa skjer på eit fagleg grunnlag, og forsvarleg nivå. Dette går ut på kunnskap om legemiddel, samt kjennskap til, og utføring av oppgåve i tråd med retningslinjer som er gitt i forhold til legemiddelhandtering. I tillegg til dette kjem faglig oppdatering inn under det faglege ansvaret. At sjukepleiar sjølv skal holde seg oppdatert i forhold til ny kunnskap og forskning (Bielecki & Børdahl, 2017, s. 17). Sjukepleiaren er den som har hyppigast

kontakt med pasienten. Evnene og kunnskapen til sjukepleiaren rundt observasjon av verknad og biverknad av legemiddel er difor avgjerande (Bielecki og Børdahl, 2017, s.18-19).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiar er grunnleggande i sjukepleiar sitt moralske ansvar. Desse retningslinjene seier at pasienten er skal bli beskytta av sjukepleiar mot ulovleg eller uforsvarleg behandling (Bielecki & Børdahl, 2017, s.21). I tillegg skal sjukepleiar sjølv vurdere eiga kompetanse når det gjeld verknad biverknad og eventuelle interaksjonar av legemiddel (Bielecki & Børdahl, 2017, s.27).

3.2.3 Legemiddelhandtering

Legemiddelhandtering er alle oppgåver som inneber legemiddel, frå det er rekvirert til utdelt (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 3).

Ufullstendig opplæring, uklar ansvarsfordeling og mangel på rutinar som kvalitetssikrar legemiddelhandtering er nokre av grunnane til at feil legemiddelhandtering er utbredt (Ranhoff & Børdahl, 2010, s. 161). Vidare skriv Ranhoff og Børdahl (2010, 161) at det truleg skjer mange feil i det pasienten vert overført frå ein instans i helsevesenet til ein annan. Som ved overgangen mellom sjukehusinnlegging til heimesjukepleia.

For autorisert helsepersonell med legemiddelhandtering som oppgåve, vert det forventa å ha tilstrekkelig erfaring og fagleg kompetanse når det gjeld: legemiddelet si verknad og virkemåte, holdbarhet og oppbevaring, ulike legemiddelformer, synonyme legemiddel som kan nyttast, interaksjonar, biverknadar, medikamentrekning, rett dosering, hygienisk arbeidsteknikk ved tilsetningar og dokumentasjon (Bielecki & Børdahl, 2017, s. 14). Vidare skriv Bielecki og Børdahl (2017, s. 14) at sjukepleiar sin bakgrunn for legemiddelhandtering er fagleg kunnskap frå sjukdomslære, anatomi, fysiologi, farmakologi og legemiddelhandtering. Samt trening og erfaring frå praksis gjennom utdanningsperioden.

Det er nokre kontrollpunkt som skal sikra korrekt legemiddelhandtering. Dette vert kalla «**Dei 7 R-ane**» (Bielecki & Børdahl, 2017, s. 15):

- Rett pasient
- Rett legemiddel
- Rett legemiddelform
- Rett styrke
- Rett dose
- Rett måte
- Rett tid

3.2.4 Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er ein gjennomgang der ein går grundig gjennom heile legemiddellista til pasienten, med eit kritisk blikk. Dette skal vera ein del av behandlingssopplegget til den eldre pasienten, og Wyller (2015, s. 198) hevdar at det som vert kjenneteikna ved god geriatrisk behandling, er regelmessige og hyppige revurderingar av den farmakologiske behandlinga. Legemiddelgjennomgang skal utførast årleg for pasientar som nyttar meir enn 3 legemiddel. Dette er for å få ei hensiktsmessig bruk, samt førebyggje skadeverknadar (Wyller, 2015, s. 223).

I forskrifta om legemiddelhandtering (2008, §5a) står det at legemiddelgjennomgang bidreg til kvalitetssikring og betre legemiddelbehandling i sjukeheimar. Samt at verksemda står ansvarleg for å halda ei systematisk legemiddelgjennomgang for pasientar med langtidsopphald på sjukeheim. I tillegg til at dette skal utførast av lege, aleine eller med anna helsepersonell.

4 Drøfting

I denne delen av litteraturstudiet skal eg drøfta funna i forskning opp mot teori og egne erfaringar.

4.1 Polyfarmasi – fordel eller ulempe?

4.1.1 Polyfarmasi

Ni av ti nordmenn over 65 år fekk i 2011 eit eller fleire legemiddel på resept. 57 % av personane over 65 år som hadde legemiddel på resept hadde meir enn 5 legemiddel samstundes (Rønningen et. al, 2013). Devik et al (2018) viser til at det er dobbelt så mange LRP i heimesjukepleia enn på sjukeheim på ei studie gjort i Noreg.

I forskinga til Rønningen et al (2013) kjem det fram at risikoen for LRP er auka ved polyfarmasi. Dette støttar Ranhoff og Børdahl (2010, s.159), som skriv at faren for biverknadar og legemiddelinteraksjon er aukande dersom pasienten tek fleire legemiddel samstundes. På den eine sida hevdar Wyller (2015, s.223) at polyfarmasi ikkje nødvendigvis er uheldig, då fleire legemiddel som verkar førebyggjande, kan ha god nytteverdi. På den andre sida er det likevel vanleg at den eldre pasienten har kombinasjonar av fleire legemiddel, som skapar fleire problem enn løysingar.

Sett i lys av dette, har altså polyfarmasi både fordeler og ulemper. Men slik eg ser det, må polyfarmasi knyttast til gode observasjonar og tett oppfølging for at den skal kunne ha ei positiv effekt. Mi erfaring tilseier at det i dei fleste tilfella, ikkje er slik i praksis. Det er heller vanleg at den eldre pasienten tek dei same legemidla år etter år. Og i somme tilfelle verkar det tilfeldig dersom det blir gjort større endringar i legemiddelbehandlinga. I forhold til dette hevdar Wyller (2015, s. 223) at dette er ei utfordring då den eldre pasienten si legemiddeliste har lett for å bli lang, grunna at det ofte er ein god indikasjon for kvart legemiddel. Men, som sjukepleiar bør ein ha med seg risikoen ved polyfarmasi og bruka sitt kliniske blikk i det daglege møtet. Å inkludera LRP som potensiell årsak til negative endringar i helse til pasienten, blir eit viktig tiltak for å redusera polyfarmasi.

4.1.2. Konsekvensar ved polyfarmasi

Psykotropiske legemiddel aukar hyppigheit av fall. Med psykotropiske legemiddel reknast legemiddel som psykotiske midlar, antidepressiva, sedativa, anxiolytika og hypnotika. Andre legemiddel som har forbindelse med fall er diuretika, Type 1a antiarytmika og hjerteglykosider (Øygard et. al, 2013).

I studia til Øygard et. al. (2013) som var utført mellom 2010 og 2011 kom det fram viktige data angående fall relatert til legemiddel. Av 652 personar over 65år hadde 208 falle ein eller fleire gongar, og vart inkludert i studia. Av desse 208 personane vart det registrert 556 fall i tidsperioden studiet vart gjennomført. 6% av desse personane hadde fleire fall, og det høgaste registrerte talet var

27 fall. Ved 88% av alle falla vart det nytta psykotropiske legemiddel. 33% - diuretika. 12% - hjerteglykosider. Type 1a antiarytmika var ikkje nytta ved nokre av falla.

Psykotropiske legemiddel som benzodiazepiner, for eksempel Sobril eller Valium har døsigheit som vanleg biverknad, og svimmelheit som mindre vanleg (Felleskatalogen, u.å.). Diuretika som Furix kan føre til blodtrykksfall, som kan føre til fall (Felleskatalogen, u.å.). Hjerteglykosider som digoxin har døsigheit som vanleg biverknad, som kan føra til fall (Felleskatalogen, u.å.). I følge Wyller (2015, s.227) er dei vanlegaste eksempela på typiske biverknadar: fall grunna blodtrykksenkande legemiddel, døsigheit av benzodiazepiner, dehydrering av diuretika, og biverknadar som er parkinson-aktig grunna legemiddel som lavdoseantipsykotika. Wyller (2015, s.229) legg til at interaksjonar mellom fleire slike legemiddel har farlege biverknadar. For eksempel benzodiazepiner kombinert med psykofarmaka og/eller opioidanalgetika som fører til døsigheit, ustøheit og fall. Sjølv tenkjer eg at alle desse biverknadane kan føre til fall.

Eg har sjølv positive og negative erfaringar med legemiddel som benzodiazepiner, og tenkjer nesten på det som ei slags «bjørneteneste». Sobril blir brukt mot redsel og uro, men eg erfarar at seineffektane som døsigheit og ustøheit ofte resultera i fall. Dette vil igjen uroa pasienten enda meir, og skapa ny redsel.

Sett frå ein anna vinkel kan biverknadar forvekslast med symptom på sjukdom, som igjen kan føra til at pasienten får meir legemiddel (Ranhoff & Børdahl, 2010, s. 159). Dette har eg sjølv tenkt og reflektert gjennom som vikar i eldreomsorga og på sjukepleiarstudiet. Eg ser det ofte vert rapportert fall og andre biverknadar. Samt ser eg at legemiddel som benzodiazepiner og sovemedisiner vert teke fast. Eg erfarar at desse har store biverknadar som svimmelheit og fall. Dette er legemiddel meint for korttidsbruk for å få pasienten tilbake til det vanlege mønsteret.

Eg ser sjølv at det ofte er mangelfull dokumentasjon, spesielt dersom det er observert av ufaglærte. Eg tenkjer at det er heilt naudsynt med god dokumentasjon, der ein tek med kva som har skjedd og ikkje minst i kva situasjon dette skjedde? Ikkje «Olga hadde eit fall i dag». Fordi her tenkjer dei fleste på behandling, i staden for årsak, er mi erfaring. Og med det så blir det vanskeleg å førebyggje ei ny uheldig hending. Dersom polyfarmasi får eit større fokus, med tanke på ei negativ helseutvikling hos den eldre, kan me lettare fange opp symptoma og tilstandane som biverknadar, og tiltak kan setjast i verk?

4.2 God sjukepleie ved polyfarmasi

4.2.1 Sjukepleiar si rolle ved legemiddelgjennomgang

Fleirtalet av eldre pasientar har fleire kroniske sjukdommar og har polyfarmasi, kjem det fram i forskinga til Devik et al. (2018, s. 292). I følgje forskrift om fastlegeordning i kommunane (2012, §25) skal det dersom det er naudsynt, sett frå ei medisinsk vurdering, utførast ein legemiddelgjennomgang dersom pasienten tek meir enn 4 legemiddel per dag.

«Legemiddelgjennomgang vert utført av lege, aleine eller i samarbeid med anna helsepersonell» (Forskrift om legemiddelhandsøring, 2008, §5a). Og hadde dette fungert i praksis, hadde polyfarmasi truleg ikkje vore like lett å knytte til noko negativt, slik eg sjølv erfarer at det lett kan gjere hos dei eldre heimebuande. Min tanke er at så lenge den eldre pasienten held seg på institusjon, sjukehus eller sjukeheim, treng polyfarmasi ikkje vera ei ulempe, fordi her opplever eg gode observasjonar og regelmessig legemiddelgjennomgang, gjerne fleire gongar i året. I heimetenesta derimot, erfarer eg at legemiddelgjennomgang er fråverande hos dei fleste eldre. Difor undrast eg kvifor det ikkje er noko forskrift som krev det her?

Frå 27.april 2012 til 11.desember 2018 var det gjennomført eit pilotprosjekt der heimesjukepleia i Eidsberg kommune har følgd opp 20 pasientar. Pilotprosjektet var i regi av prosjektet «I trygge hender 24/7» av Pasientsikkerhetsprogrammet(2017). Her vart det etablert praksis der sjukepleiar var i samarbeid gjennom tverrfaglege møter med fastlegar, for å gjennomføra legemiddelgjennomgang – samstemming av legemiddellister, avdekka LRP, legemiddelbruk og legemiddelhandsøring. Vidare erfarte deltakarkommunane i prosjektet at samarbeid med farmasøyt, for gode faglege innspel og bistand ved start av legemiddel var nyttig for å kunna hindra LRP. Eit viktig funn i dette prosjektet var at verken heimesjukepleia eller fastlegane til dei 20 pasientane var klar over kva legemiddel desse pasientane tok i det daglege. Birkeland og Flovik (2018, s.129) anbefaler at alle kommunar bør rette seg etter dette prosjektet.

Vidare hevdar Birkeland og Flovik (2018, s.129) at det bør vera eit system i heimesjukepleia på legemiddelgjennomgang i eit tverrfagleg nivå. På bakgrunn av dette tenkjer eg at det er naudsynt å ha tverrfaglege møter for å dela kompetanse og erfaringar, for å sikra god legemiddelhandsøring i heimesjukepleia. Dette tenkjer eg spesielt på då eg erfara at den eldre heimebuande pasienten ikkje sjeldan har over 10 legemiddel per dag.

I forskinga til Milos (2018, s. 235 og s. 244) kjem det også fram at det er gunstig å ha legemiddelgjennomgang med farmasøyt til stades. Og at legemiddelgjennomgangen skal ta utgangspunkt i informasjon innhenta av sjukepleiar. På ei side er informasjon angående den eldre

pasienten noko sjukepleiar har størst tilgang til, då det er sjukepleiar som ser pasienten mesteparten av tida og i dei ulike situasjonane som oppstår (Ranhoff & Børdahl, 2010, s.165). Dette er Wyller (2015, s197) samd i og skriv at sjukepleiar er den som i det tverrfaglege samarbeidet har mest informasjon om allmenntilstand, funksjonsnivå, symptom, smerter, ernæring og eliminasjon. Sjukepleiar har på ei anna side ikkje like god innsikt i legemiddel og legemiddelbruk som lege eller farmasøyt, men har eit unikt innblikk i pasienten sin helsetilstand. Sett i lys av dette meiner eg at sjukepleiar har svært viktig informasjon som er grunnleggjande for ei god legemiddelbehandling. Vidare tenkjer eg at sjukepleiar bør ha ei meir aktiv rolle når det gjeld legemiddelgjennomgang. Og eg stiller meg spørsmålet om den grunnleggjande sjukepleiarutdanninga er god nok til å gjera sjukepleiar merksam på polyfarmasi og dei negative legemiddeleffektane kring dette. Har vi nok kunnskap om legemiddel, observasjonar, konsekvensar og tiltak?

I følgje resultatane til Milos et. al. (2018) er sjukepleiar si aktive rolle god nok for anskaffing av naudsynt informasjon. Dette støttar Bielecki og Børdahl (2017, s. 14) som skriv at sjukepleiar har fagleg kunnskap og ei erfaringsbasert bakgrunn for legemiddelhandtering og observasjonar kring dette, gjennom ulike fag og praksisar. Eg tenkjer at sjukepleiar er den som har det beste utgangspunktet for observasjon, spesielt ved endring og oppstart av legemiddel. Difor bør han ha ei sentral rolle i legemiddelgjennomgang hos den eldre pasienten som bur heime. Og dette bør skje regelmessig, og på ein god systematisk måte.

4.2.2 Observasjon og dokumentasjon

Det kjem fram i alle dei fire forskingsartiklane som er nytta i dette studiet, at det ved legemiddelbehandling at observasjon, og spesielt dokumentasjon er dei faktorane som har mest forbettringspotensiale (Devik et. al 2018; Milos et. al 2013; Rønningen et. al 2013; Øygard et. al 2013).

I forskinga til Øygard et. al. (2013) viser det seg at praksis ved tre sjukeheimar i ein stor norsk kommune ikkje følgjer standarden for retningslinjene om vurdering og førebygging av fall. Forskinga konkluderer med dårleg dokumentasjon, og manglande vurdering av legemiddelordinasjon etter slike avvik. Samt at då dette er tilfelle ved desse sjukeheimane, er det mogleg at det er slik for andre sjukeheimar, kanskje over heile landet. Wyller (2015, s. 227) skriv at dersom den eldre pasienten har polyfarmasi, og sjukepleiar skal observera moglege biverknadar som fall, skal dette gjennomførast ved hjelp av solide kunnskapar om dei eventuelle biverknadane. Men dersom det oppstår endringar, eller biverknadar som fall vert observert, skal i følgje Ranhoff og Børdahl (2010, s. 165) sjukepleiar tenkje over om dette har samanheng med ulike legemiddel den eldre pasienten tek. Vidare skal dette

dokumenterast på ein god måte, for så å informera lege, slik at han kan vurdere om det er behov for å gjere endringar i legemiddelbehandlinga til den eldre pasienten.

I følgje Devik et. al. (2018) er hyppigheita av uklar dokumentasjon og dårleg dokumentering av biverknadar urovekkande, med tanke på at det stadig er ei auke av den eldre delen av befolkninga som føretrekk pleie og omsorg i eigne heimar. Difor er det heilt naudsynt å raskt forbetra dokumentasjonsavvika i heimesjukepleia. Dette støttar Bielecki og Børdahl (2017, s.51) som skriv at det skriftlege grunnlaget for legemiddelutdeling, og dokumentasjon av arbeidet som er gjort, er eit viktig element i forbetningsarbeidet. På ei side skriv Ranhoff (2010, s.78) sjukepleiar må vera observant og ha ei systematisk kartlegging i den eldre pasienten sin funksjon og tilstand. Dette for å kunne dokumentera på ein god måte, som blir viktig for lege og kollegaer som seinare skal ha forbindelse med pasienten. Sjølv tenkjer eg at dette ikkje minst er eit viktig tiltak for pasienten sjølv. På den andre sida skriv Ranhoff (2010, s. 78) at det på grunn av aldersforandringar kan verta vanskelegare å observera pasienten si tilstand, og ikkje minst når det gjeld vurdering av alvorlegheitsgrad. Sett i lys av dette ser ein viktigheita av utdanningsfaga og praksisen i grunnutdanninga til sjukepleiar, og spesielt på sjukepleieprosessen² som er ein viktig faktor for sjukepleiar. Dette for å auka kunnskap om observasjon og dokumentasjon.

² Sjukepleieprosessen er ein systematisk og dynamisk problemløysingsmodell. Denne omhandlar datainnsamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering (Rotegård & Solhaug, 2011, s.191-192)

5 Konklusjon

Målet med denne studia har vore å drøfte korleis sjukepleiar med sitt ansvar kan bidra til reduksjon av polyfarmasi hos den eldre heimebuande pasienten. I forkinga som er brukt i denne studia, kjem det fram at sjukepleiar bør gjera gode observasjonar og systematisk dokumentasjon. Observasjonar i den grad at sjukepleiar må vera observant på om dette er symptom på sjukdom eller om det er bivirknad av legemiddel. I tillegg skal observasjonane dokumenterast på ein god måte, som gjer lege eit godt innblikk i tilstanden til pasienten. Det kjem også fram at praksis ikkje nødvendigvis fører retningsslinjene som er vedtatt. På denne måten kan sjukepleiar bidra til å redusera polyfarmasi.

Det er mykje forking om polyfarmasi og legemiddelgjennomgang med lege, farmasøyt og tverrfaglege team. Men det er lite om sjukepleiar si rolle ved legemiddelgjennomgang og polyfarmasi i seg sjølv. Samt at det ikkje er noko krav frå forskrift om sjukepleiar til stades. Eg tenkjer sjølv at sjukepleiar her ei enormt stor innverknad i polyfarmasi, legemiddelbehandling og gjennomgang av legemiddel, då der er sjukepleiar som ser pasienten den største tida av døgnet. Samt har sjukepleiar fagleg bakgrunn for observasjon og å ytre meiningar om temaet. Eg tenkjer at det er rom for meir forking på dette området. Både for forbetningsarbeid og implementering. Sjukepleiar må opp og fram, og inkluderast meir i forhold til legemiddelgjennomgang.

Kjelder

- Bielecki, T., & Bør Dahl, B. (2017) *Legemiddelhåndtering* (7.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018) *Sykepleie i hjemmet* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Devik, S. A., Olsen, R. M., Fisvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N. & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian journal of primary health care*, 36 (3), 291-299. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>
- Felleskatalogen (u.å.). *Bruk av flere medisiner samtidig*. Henta 29.oktober 2018 frå <https://www.felleskatalogen.no/medisin/nyttig-om/samtidig-bruk>
- Felleskatalogen (u.å.) *Digoxin Takeda*. Henta 20.november 2018 frå <https://www.felleskatalogen.no/medisin/digoxin-takeda-takeda-575240>
- Felleskatalogen (u.å.) *Furix – Furix Retard*. Henta 20.november 2018 frå <https://www.felleskatalogen.no/medisin/furix-furix-retard-takeda-559469>
- Felleskatalogen (u.å.) *Sobril*. Henta 20.november 2018 frå <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sobril-pfizer-563995>
- Fjørtoft, A.-K. (2009) *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: John Grieg AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-20012-08-29-842). Henta 15.November 2018, frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=legemiddelgjennomgang>
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Henta 24. oktober 2018, frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Hagen, T. (2013, 20. oktober) *Økt press på kommunale helsetjenester*. Henta 04. oktober 2018, frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1327749/539416/Okt-press-paa-kommunale-tjenester>

- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helbostad, J. L. (2010). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.287-304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *PICO*. Henta 10.oktober 2018. frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Kirkevold, M. (2010) Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.123-136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Legemiddelverket (2018, 24. juli) *Kva er et legemiddel?* Henta 09. oktober 2018 frå <https://legemiddelverket.no/godkjenning/klassifisering/hva-er-et-legemiddel->
- Milos, V., Rekman, E., Bondesson, Å., Eriksson, T., Jakobsson, U., Westerlund, T. & Midlöv, P. (2013). Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs Aging*, 30, 235-246
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1007/s40266-013-0057-0>
- Myhr, K. (2017, 25. oktober) *G5 Bivirkninger og legemiddelovervåking*. Henta 29. oktober 2018 frå <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/93635>
- Norsk Sykepleierforbund (2013, 16.april). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Henta 25. oktober 2018 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/17036/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Norsk Sykepleierforbund (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. henta 09. oktober 2018 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – Funksjon og ansvar. I. H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s.17-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2017) *Organisatorisk Kompetanse – Innføring i profesjonskunnskap og klinisk lidelse* (2.Utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63). Henta 10.oktober frå

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasientsikkerhetsprogrammet (2017) *Sluttrapport: Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesta*. Henta 19. november frå <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/1720?download=false&ts=13c815355b9>

Ranhoff, A. H. (2010) Den gamle pasienten. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.75-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A. H. & Børdahl, B. (2010). Eldre og legemidler. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.157-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevol, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s.29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I.M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken* (s.190-211).Oslo: Akribe AS.

Wyller, T. B. (2015) *Geriatri – En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ødegard, S. H., Nortvedt, M. W., Espehaug, B. & Aaseskjær, K. (2013) Samsvar mellom praksis og retningslinjer for førebygging av fall og vurdering av medikamentordinasjon på sjukeheim. *Forskning* 8, 242-248. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0095>