



BACHELOROPPGAVE:

TITTEL

*”Hvordan kan sykepleier bidra til å
begrense medikamentrelaterte problemer
hos pasienter som mottar
hjemmesykepleie?”*

FORFATTERE: MARI FOSSHOLM OG GUDRUN ELISE
KVENDBØ.

Dato: 6. mai 2012

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Hvordan kan sykepleier bidra til å begrense medikamentrelaterte problemer hos pasienter som mottar hjemmesykepleie?</u>	Dato : 06.05.12.
Deltakere:	<u>Mari Fossholm</u> <u>Gudrun Elise Kvendbø</u>	
Veileder:	<u>Kari H. Hugsted</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Eldre, medisiner, hjemmesykepleien og kvalitetssikring av medikamenthåndtering.</u>	
Antall ord: 10203	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: nei

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Det forventes en sterk økning i antall eldre framover mot 2035 (ssb.no). Antallet som trenger hjemmesykepleie er økende.

Eldre er den gruppen som har flest sykdommer, og størst forbruk av legemidler. Vi har lagt vekt på gruppen over 75 år. Det er denne gruppen som oftest legges inn på sykehus, og overføres igjen til kommunehelsetjenesten, med endret pleiebehov. Mange skrives ut til hjemmet, og trenger hjelp til blant annet medisinadministrering.

Legemiddelrelaterte problemer hos eldre kan ha flere årsaker. Feil dosering, feil ved utdeling, ukorrekte opplysninger om pasientens medisiner kan bidra til at pasienten får uønskete problemer. I tillegg kan bruk av flere legemidler samtidig og pasientens sviktende evne til riktig medisinbruk, gi større risiko for interaksjoner, bivirkninger og forgiftninger.

Hjemmesykepleien har en utfordring med å kartlegge pasientenes medisinbruk, og finne gode løsninger for å begrense medikamentrelaterte problemer hos eldre. Det finnes flere nyttige verktøy for å sikre legemiddelhåndteringen. I hvor stor utstrekning disse brukes, er usikkert. Sykepleieren har en viktig oppgave med å sikre kvaliteten i medikamenthåndteringen, og bidra til at riktige pasientopplysninger utveksles mellom behandlingsnivåene.

Økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell synes å være nødvendig, samt tilstrekkelige personellressurser.

ABSTRACT

Title:	How can a nurse helping to curb drug-related problems in patients who receive home care?	Date : 06.05.12.
Participants:	Mari Fossholm Gudrun Elise Kvendbø	
Supervisor:	Kari H. Hugsted	
Employer:		
Keywords (3-5)	Elderly, medication, home care and quality of safe medication management.	
Number of words: 10203	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential):

Short description of the bachelor thesis:

The numbers of elderly people is expected to increase among year 2035(ssb.no). There are also an increasing number who needs home care assistance.

It is this group of the population which comes down with most diseases, and they are also great consumers of drugs. We have focused on elderly above 75 year. This is the group of the population who most often entered in the hospital, and transferred to the municipal health service, with a changed care need. Many patients need help managing medicine, among others.

There are several reasons of drug- related problems among elderly people. It could be mistakes in the administration of dosages, the delivery of the drugs and incorrect information of the patient's medication. The use of several drugs at the same time, and the patients ability of manage their medication, is major risk areas for interactions, side effects and poisoning.

The district nurses have a challenge in screening the patient's medication management, and discover useful solutions to reduce drug- related problems. There are several valuable tools for safe medication management. It is uncertain in how great amount this tool is being used. The nurse has an important task of ensuring quality in drug dealing, and help ensure that the right patient information exchanged between management level.

Increased knowledge and expertise among health professionals seem to be needed, as well as sufficient personnel resources.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1.0. INNLEDNING OG AVGRENsing.	s.	7-8
1.1. Oppgavens disposisjon.	s.	8
1.2. Presentasjon av problemstilling.	s.	9
1.3. Begrepsavklaringer.	s.	9
2.0. METODE.	s.	9-12
3.0. TEORI OG DRØFTING.	s.	12
3.1. Eldre og aldersrelaterte sykdommer.	s.	12-13
3.2. Farmakokenitikk, forskjeller i alder og kjønn.	s.	14-16
3.2.1. Compliance	s.	16-17
3.3. Polyfarmasi, bivirkninger, interaksjoner.	s.	17-18
3.3.1. Delirium.	s.	18-20
4.0. LOVVERKET.	s.	21-22
5.0. SYKEPLEIERENS FUNKSJONER I HJEMMESYKEPLEIEN.	s.	22
5.1. Sykepleieteori.	s.	22-24
5.2. Hjemmesykepleien.	s.	24-25
5.2.1. Oppgaver og utfordringer i hjemmesykepleien.	s.	26-28
5.3. Sykepleiers kompetanse og yrkesfaglig oppdatering.	s.	28-30
6.0. KVALITETSSIKRING AV MEDIKAMENTBRUK.	s.	30
6.1 Kvalitetssikring	s.	30-32
6.2 Sikker legemiddelhåndtering.	s.	32-36
7.0. KONKLUSJON	s.	36
8.0. ETTERORD	s.	37
LITTERATURLISTE	s.	38-42

1.0 INNLEDNING OG AVGRENSING.

Kurs i tema eldre og legemidler ga oss ideen til denne oppgaven. Hjemmesykepleien møter mange eldre og deres utfordringer når det gjelder å håndtere legemidler.

Legemiddelproblemer forekommer hyppigst blant de eldre som har flest sykdommer og symptomer. Eldre har kontakt med forskjellige pleiere og leger, de har flest innleggelses og utskrivelser, og stort forbruk av legemidler. Iflg en artikkel av Rognstad & Straand (2004), var det i 60 % av tilfellene i en kommune ikke samsvar mellom fastlegens og hjemmesykepleiens medisinliste!

Det kan være vanskelig å observere og holde kontroll på pasientenes medikamenthåndtering i hjemmesykepleien, da sykepleieren som regel er tilstede hos pasientene i svært begrensede tidsrom. Likevel er det gjerne hjemmesykepleieren som har mest kontakt med pasienten.

For å sikre at pasientene får riktig medisiner, er god kommunikasjon med fastlegen en viktig faktor. Ofte oppstår over- eller feilmedisiner, i situasjoner der pasienten har oppsøkt legevakt utenom fastlegens kontortid, og det blir rekvirert et nytt medikament. Eller medisinendringer som skjer under et sykehusopphold, og pasienten blir utskrevet rett til hjemmet. Hvordan kan vi som sykepleiere følge opp dette slik at det ikke oppstår interaksjoner eller feilmedisiner? Forgiftninger eller delirium?

Kvalitetssikring av medikamenthåndtering, gjennom kompetanse og pasientinformasjon, er her et sentralt tema. Fra det oppstår et behov for legemiddel til pasienten er rett medisinert, er det flere nivå hvor det kan forekomme feil: fra legens forskrivning, bestilling av medikamentet, apotekets vurdering og valg, til sykepleierens dosering og utdeling av medikamentet. Hvordan viktige opplysninger angående den eldre pasientens sykdommer og medisiner utveksles mellom behandlingsnivåene, har stor betydning for risikoen for legemiddelproblemer.

Polyfarmasi hos eldre øker faren for legemiddelproblemer. Vi vil nevne de vanligste aldersrelaterte sykdommene, samt de vanligste medikamentene i forhold til disse. For øvrig går vi ikke i dybden på medikamentene, men som et eksempel nevnes risikoen for uheldige bivirkninger ved Eldres bruk av benzodiazepiner, spesielt ved bruk av flere samtidig. Det nevnes også nyere resultater av forskning på enkelte medikamenter for hjertesykdommer, som er mye anvendt.

Pasientgruppen avgrenses til hjemmeboende over 75 år som mottar hjemmesykepleie, da det er denne gruppen som har størst skrøpeligheit (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, s. 77). Vi vektlegger pasienter som trenger hjelp til medisinhandling.

Hovedårsaken til at hjemmeboende trenger denne bistanden, er som regel en form for kognitiv svikt. Imidlertid nevnes også eldre som mottar annen form for hjemmesykepleie, da bistandsbehovet ofte endrer seg. Utfordringen for hjemmesykepleien er å observere og kartlegge pasientens behov for hjelp til legemiddelhandling. Problemet er ikke alltid direkte synlig, og samtidig må pasientens autonomi ivaretas.

Utfordringer framover er økende antall som mottakere av hjemmesykepleie, både som følge av Eldrebølgen og Samhandlingsreformen. I 2040 forventes en fordobling i gruppen over 80 år (Birkeland & Flovik, 2011, kap. 14). Flere og sykere pasienter vil ha behov for hjelp i eget hjem, og et mer sammensatt sykdomsbilde krever økt legemiddelbruk. Dette medfører et økende behov for relevant kompetanse angående eldre og legemidler blant sykepleiere.

1.1. Oppgavens disposisjon.

Oppgaven begynner med en presentasjon av problemstillingen. I begrepsavklaringen forklarer vi begreper som ikke nødvendigvis er kjent av alle. Siden dette er en bacheloroppgave i sykepleie, forutsettes det at de fleste begreper innen sykepleie og farmakologi er kjent. Visse begreper forklares underveis.

Kapittel 2, metodedelen, forteller hvordan vi har gått fram for å finne svar på oppgaven, og hvilken litteratur vi har valgt.

Vi har valgt å drøfte litteraturen underveis i oppgaven. I kapittel 3 tar vi for oss pasientgruppen, de eldre, og alderdomsforandringer, samt legemidlenes virkning i forhold til dette. Delirium omtales da dette er en vanlig tilstand blant eldre, som kan utløses av medikamentbruk.

Kap. 4 tar for seg hva lovverket sier om kommunens helsetjenester.

I kap. 5 ser vi på sykepleierens funksjoner og krav i hjemmesykepleien. Her presenteres Hendersons sykepleieteori, sett i sammenheng med sykepleieteorien til Orem. Så følger kap. 6 med kvalitetssikring av medikamenthandling som tema. Konklusjonen kommer i kap. 7 og til slutt etterord.

1.2. Presentasjon av problemstilling.

”Hvordan kan sykepleier bidra til å begrense medikamentrelaterte problemer hos pasienter som mottar hjemmesykepleie?”

1.3. Begrepsavklaringer.

Et legemiddels terapeutisk bredde vil si den avstanden mellom den dosen som gir ønsket effekt, og den dosen som gir bivirkninger. Hvis det er liten forskjell på denne dosen, har legemidlet liten terapeutisk bredde. Er forskjellen stor, har legemidlet stor terapeutisk bredde. Legemidler med *liten terapeutisk bredde* kan gi svært alvorlige bivirkninger. (Nordeng & Spigset, 2007, s. 54)

Antikolinerge bivirkninger kan være munntørrehet, obstipasjon, urinretensjon og problemer med syn. Forvirring og nedsatt kognitiv funksjon kan forekomme. Eldre med nedsatt kognitiv har størst risiko for slike bivirkninger. (Nordeng & Spigset, 2007, s. 395)

IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse – og omsorgssektoren. Hensikten er å ha kunnskap for å planlegge framtidens utfordringer når det gjelder økende behov for helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig.(Helsedirektoratet.no)

2.0. METODE.

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap”
(Dalland, 2007, s. 83)

Oppgaven er en litteraturstudie, da den i hovedsak baserer seg på gjennomgang av allerede eksisterende litteratur. Av tidsmessige årsaker var det ikke aktuelt med en empirisk studie. Svakheten ved litteraturstudie er at man går gjennom litteratur som andre har bearbeidet, og det blir vår tolkning som kommer til uttrykk i oppgaven. For å få konstruktiv kritikk, har vi fått en til å lese oppgaven. Vedkommende er vernepleier, som har noe av samme fagkunnskapen som sykepleiere, og har dermed grunnlag for å forstå oppgavens faglige innhold. Noen fagområder er imidlertid forskjellige, og tilbakemeldinger hjelper en til å tilstrebe og få oppgavens innhold og oppbygging forståelig for leseren.(Dalland, 2007, kap.1)

Problematikken med legemiddelbruk blant eldre er svært aktuell i vår yrkeshverdag. Jørund Straand, belyser dette i sitt kurs (Rognstad & Straand, 2004). Straand er professor i allmennmedisin og leder av Allmennmedisinsk Forskningsenhet, UiO, og har blant annet forsket på forhold som kan bedre kvaliteten i legemiddelbehandlingen til eldre. (Uio.no, Institutt for helse og samfunn.)

I oppgaven refereres noe til stoff fra hans kurs, men kun som opplysninger og idegrunnlag for videre søken etter temaet. Et foredragsdokument inneholder informasjon fra flere kilder, uten at kilden nødvendigvis alltid er oppgitt. Imidlertid har Straand skrevet, eller er medforfatter av flere forskningsartikler, utgitt av Tidsskrift for Den norske legeforening. Dette er fagfellevurdert stoff, og derfor pålitelig litteratur som vi anvender i oppgaven. Det må imidlertid tas hensyn til at noen av undersøkelsene artiklene baserer seg på, er utført innenfor begrensede områder, og representerer derfor ikke nødvendigvis allmenngyldighet.

Vi har brukt mye tid på å søke etter relevant litteratur i ulike databaser, og søkeportaler som Aldring og helse - Nasjonalt kompetansesenter, UiO(Universitetet i Oslo) og Sykepleien.no. I disse søkeportalene har vi funnet referanser til andre relevante kilder som Sykepleien Forskning, Tidsskrift for Den norske legeforening, Dagens Medisin.no. Fra egen praksis har vi erfart at pasienter har fått delirium eller alvorlige komplikasjoner, som følge av polyfarmasi. Situasjonene tas med som eksempler, og vi er kritiske til å dra konklusjoner ut fra disse, da de representerer et beskjedent omfang. Informasjonen her kan være upresis, og representerer en subjektiv vurdering, som innebærer muligheter for feilkilder, ulike tolkninger og konklusjoner. Men vår førforståelse, med hensyn til opplevelser fra egen praksis og litteratur som bekrefter problemet, har gjort sitt preg på oppgavens innhold og disposisjon.

Oppgaven har i hovedsak en kvalitativ tilnærming, da hensikten er å få mer kunnskap og forståelse for problemstillingen. Økt kompetanse kan gi oss større muligheter til å kunne begrense medikamentrelaterte problemer blant eldre.

I henhold til dette går oppgaven mer i dybden på enkelte tema, blant annet problemer knyttet til noen utvalgte medikamenter, som blir mye brukt av eldre. Her viser nyere forskning og rapporter mye aktuelt materiale. Oppgaven inneholder også noen kvantitative innslag, da vi har søkt etter tallmateriale for å belyse omfanget av problemet. Her har vi brukt Statistisk sentralbyrå, IPLOS m.m. Vi har opplysninger som

er hentet fra landsbasis, mens noe er fra kommunen vi hadde vår praksis i kommunehelsetjenesten.

Den utvalgte litteraturen er blitt sammenliknet, for å stadfeste allerede eksisterende kunnskap, og for å finne ny, som kan hjelpe oss å finne svar på problemet. Som utgangspunkt har vi brukt en del pensumlitteratur, og søkt relevant litteratur på internett. I tillegg til pensumlitteraturen, brukte vi Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell, som kilde for faktakunnskap. Pensumlitteratur er en kilde for teoretisk kunnskap, men det vil ofte finnes nyere referanser om temaet i databaser (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 40). Imidlertid krever søk i databaser at man er kritisk til artiklenes innhold, da omfanget er stort. All forskning vil være preget av verdiladete antakelser og forutsetninger, som til en grad vil påvirke arbeidet (ibid). Ved å bruke databaser som er å finne i BIBSYS, anser vi litteraturen som relevant og pålitelig.

Databaser vi brukte var blant annet Academic Search Elite, PubMed, Clinical Evidence, SveMed, Helsebiblioteket.no.

Vi forsøkte å bruke pico-skjema, og ved å søke på *elderly people, medications og home care*, fikk vi mange treff, men ikke alle var aktuelle. Imidlertid syntes vi ikke pico-skjema var til hjelp, og valgte dette bort. Flere av artikler omhandlet eldre på institusjon eller sykehus og legemiddelbehandling, men det er lite forskning på eldre hjemmeboende og legemiddelproblematikk. Via Academic Search Elite, fant vi referanser til Scandinavian Journal of Public Health. En artikkel fra Sverige, omhandlet hvordan sykepleiere trenger et verktøy for å kunne vurdere risiko for medikamentrelaterte problemer hos eldre hjemmeboende. Denne fant vi svært aktuell. Vi tok kontakt med en av forfatterne, for å få tilsendt mer informasjon. Dette verktøyet, SMA, Safe Medication Assessment, brukes i større utstrekning i Sverige, og er godt likt. SMA var nå under oppdatering, og vi fikk det tilsendt ny-oppdaterert sammen med veileder til verktøyet, og vi bruker dette som et drøftingsmoment i kapittel 5.

I databasen helsebiblioteket.no fant vi relevant litteratur ved søk i emneregisteret på eldre, legemidler og sykepleie. Tidsskriftet Den norske legeforening hadde mange artikler om emnet, og vi valgte ut enkelte for å belyse temaet, da disse syntes aktuelle og troverdige.

Ellers har vi brukt nasjonale databaser som Lovdata.no., Regjeringen.no og Helsedirektoratet.no., for å belyse problemet fra lovverket, hva ulike Stortingsmeldinger

sier og tatt med innslag fra pressemeldinger som drøftingsmomenter. Pressemeldinger er aktuelt fordi det har med allmenn interesse å gjøre, og setter fokus på enkeltsaker.

I Aftenposten fant vi en artikkel angående et legemiddel som har forårsaket et dødsfall i Norge. Dagsaviser er ikke akademisk litteratur fordi den leses av mange, men pga samme opplysning fra databasen Helsebiblioteket.no, fant vi troverdighet i artikkelen. Den setter søkelys på noe av problematikken man møter i hjemmesykepleien, bl.a. engstelse forbundet med slike oppslag, og dermed fare for legemiddelproblemer ved å unnlate bruk av legemiddelet.

Hensikten med oppgaven er i første omgang å bevisstgjøre oss selv og andre sykepleiere angående problemer med legemiddelbruk blant eldre, og øke vår kunnskap om temaet. Med dette ønsker vi å skape engasjement når det gjelder løsninger av problemet.

3.0. TEORI OG DRØFTING.

3.1. Eldre og aldersrelaterte sykdommer.

Antallet som mottok hjemmebaserte tjenester var i 2010 ca 175000, iflg Statistisk sentralbyrå. Dette tallet vil stige som følger av Eldrebølgen og Samhandlingsreformen. Hjelpenebehovene kan være av ulik karakter, men ofte er det behov for hjelp til legemiddeladministrering. Noen pasienter kommer direkte fra sykehus, og er avhengig av at hjemmesykepleier gjør observasjoner og faglige vurderinger i forhold til medikamentbruk, i tillegg til de andre oppgavene som vedkommende har krav på ut fra vedtak om hjemmesykepleie (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, s. 207). Som et eksempel nevner vi vår sykepleiepraksis i kommunehelsetjenesten, en kommune med ca 3500 innbyggere, der ca 180 personer mottok hjemmesykepleie. Av disse mottok ca 85 hjelp til medisinaladministrering, av ulik karakter. Dette tallet har gått ned de siste årene, mest pga naturlig avgang, da eldrebølgen her ser ut til å være nedadgående.

Eldre har ofte sammensatte sykdomstilstander. Hjerter – og karsykdommer, diabetes og lungesykdommer er noen av de aldersrelaterte sykdommene. I tillegg er søvnvansker og kroniske smertetilstander vanlig i denne pasientgruppen. Mange har kognitiv svikt som følge av demens. Disse sammensatte tilstandene fordrer en økende medikamentbruk.

De vanligste medikamentene i forhold til aldersrelaterte sykdommer, er ulike hjerte- og karmidler, for eksempel legemidler mot hypertensjon og warfarin for å forebygge blodpropp. Dessuten brukes en del antidiabetika, og på grunn av økende forekomst av

demens, brukes en del legemidler mot denne sykdommen. Smertestillende midler som paracetamol, noen ganger kombinert med kodein (eks. Paralgin Forte) og ulike opioidanalgetika er vanlig. I tillegg brukes en del medikamenter mot søvnproblemer, og antipsykotika mot uro eller depresjon (Nordeng & Spigseth, 2007, kap. 27).

Vi ser at behovet for hjelp til legemiddelhåndtering som regel oppstår ved begynnende kognitiv svikt av ulike årsaker. Det kan være alt fra hjelp til å forstå hensikten med medikamentet, få det utlevert i dosett eller multidose, eventuelt enkeltdoser. Svekket syn gir også behov for hjelp til medisinhåndtering fra hjemmesykepleien.

De eldres levealder har økt de siste 20 – 30 årene, ifølge Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2008, s. 37). Dette skyldes for en stor del bedre levekår generelt, men også utvikling av medikamenter mot sykdommene som for en tid tilbake forkortet levetiden. Når det gjelder behov for bistand til medisinhåndtering, kan denne utviklingen bety at flere eldre vil trenge slik hjelp over en lengre periode. Vi ser et økende behov i vår praksis i hjemmesykepleien i dag. Det er heller ikke bare personer med kognitiv svikt som ønsker hjelp, men også pasienter der hjelpebehovet primært har oppstått av andre årsaker, for eksempel etter kirurgi, brudd osv.

Ulik forskning har ingen entydig svar på hvordan utviklingen angående hjelpebehovet hos den eldre befolkning blir. James Fries lanserte i 1980 uttrykket ”sammentrengt sykkelighet”, ifølge (ibid). Det vil si den perioden der sykdommer har en tendens til å hope seg opp en tid før personen dør. Fries mente at denne perioden med helsesvikt og hjelpebehov hos eldre ville bli kortere, men senere forskning har ikke kunne bekrefte dette. Trolig vil dette variere innen den enkelte befolkning, mellom land og ulike perioder. (ibid)

Noe av årsakene til at flere trenger hjelp til medisinhåndtering, mener vi er at markedet for medikamenter har blitt så enormt. Apotekene er pålagt å utlevere det billigste alternativet til legens foreskrivning, dvs synonympreparat. En person som har brukt et fåtall medikamenter over tid, kjenner disse godt. Når det så oppstår endring i helsetilstanden som krever tilleggsmedisiner, øker det totale medikamentforbruket hos pasienten. Pasienten får nye medisiner å forholde seg til, og i tillegg er dette ofte synonympreparater som kan variere ut fra hvilket farmasøytisk distribusjonsfirma som velges. Vi har erfart at dette kan skape usikkerhet og utrygghet hos pasienten, og et nytt hjelpebehov oppstår.

3.2. Farmakokenitikk, forskjeller i alder og kjønn.

Farmakokenitikk vil si hva som skjer med et legemiddel på vei gjennom kroppen, til det er ute igjen. Det vil si absorpsjon av legemidlet, distribusjon og eliminasjon.

Eliminasjon vil si nedbryting og utskilling av legemidlet fra kroppen.

Normal aldringsprosess og sykdom har stor betydning for hvordan dette skjer.

Med alderen skjer det en del normale aldringsprosesser, som fører til fysiologiske forandringer i kroppen, og i tillegg øker sykdomsfrekvensen (Nordeng & Spigseth, 2007, kap. 27). I følge Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2008, s. 53) har en frisk 70-åring kun 70% av normal nyrefunksjon. De fleste legemidler brytes ned i lever og nyrer. Når mange i tillegg har sykdommer i hjerte, lever og nyrer, vil denne nedbrytingen reduseres ytterligere, noe som må tas med i betraktningen ved bruk av legemidler hos eldre. Kroppsvekten er ofte sterkt nedsatt, noe som har betydning for doseringen av legemidler, særlig de med lav terapeutisk bredde (Norsk legemiddelhandbok, 2010, kap. G10).

Fordelingen av vann, fett og muskulatur endres også med alderen. Mengden vann reduseres med 10-15 %, og fettmengden øker med 30-45 %. Dette har betydning for omsetningen av legemidler (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, s. 52-53).

Nedsatt spyttproduksjon og nedsatt peristaltikk i spiserøret kan gi henholdsvis manglende effekt eller skader i spiserøret. Det er derfor viktig å følge anbefalingen som følger det enkelte legemiddel. På grunn av nedsatt enzymproduksjon og eventuelt nedsatt blodtilførsel til leveren hos eldre, er nedbrytingen av legemidler nedsatt. (Nordeng & Spigseth, 2007, kap. 27).

Imidlertid er nyrenes reduserte funksjon, den mest betydningsfulle årsaken til nedsatt utskilling av legemidler. Spesielt ved bruk av legemidler med liten terapeutisk bredde, er det fare for økt plasmakonsentrasjon og større risiko for bivirkninger (ibid).

Legemidler med liten terapeutisk bredde og som skilles ut renalt, bør derfor unngås dersom det finnes alternativer. Eksempler på dette er digoksin(ved hjerterytmier) og litium(ved psykiske lidelser). Justering av dosen er påkrevd ved bruk av legemidler som i hovedsak utskilles via nyrene, og eksempler på slike legemidler er ACE-hemmere(ved hjertesvikt, hypertensjon), metformin(ved diabetes), allopurinol(ved urinsyregikt), spironolakton(ved hjertesvikt, hypertensjon) og sotalol(ved hjerterytmier). (Norsk legemiddelhandbok, 2010, s. 1785).

De ovennevnte medikamentene, er som vi ser, indikerte for de vanligste aldersrelaterte sykdommene. Medisinering hos eldre krever derfor ekstra forsiktighet, og observasjon av bivirkninger blir derfor svært viktig. Det er som oftest sykepleieren som har mulighet til å observere hjemmeboende pasienter. For å begrense legemiddelproblemer hos de eldre, er det avgjørende for sykepleieren å ha tilstrekkelig kunnskap om hva man skal observere. Kunnskap om de normale aldersforandringene er nødvendig. Samtidig er det viktig å kunne noe om farmakokenitikk, og hva som forandres med alderen. En forutsetning er kjennskap til den enkelte pasients diagnose og eventuelle svikt. Norsk legemiddelhåndbok (2010, s.1785) sier at enkelte legemidler som ACE-hemmere, diuretika og NSAID kan hos eldre forverre en allerede nedsatt nyrefunksjon. Bruken av disse legemidlene krever nøye overvåking, særlig den første tiden etter behandlingen starter, ved endringer i klinisk tilstand eller i øvrig medisinering. Tegn på nyresvikt kan komme fra nær sagt alle organsystemer, men slapphet, hudkløe, vekttap, kvalme og oppkast er vanlig. Ødemer kan oppstå som følge av svikt i nyrenes filtrasjonsevne. (Jacobsen et al., 2001, s. 177)

Som nevnt har endringer i vann- og fettinnholdet i kroppen betydning for legemiddelomsetningen. Økt fettinnhold vil si at fettløselige legemidler får et større distribusjonsvolum som gjør at utskillelsen forsinkes og virketiden forlenges, og dermed halveringstiden. (Norsk legemiddelhåndbok, 2010, s. 1786)

Et eksempel er diazepam (benzodiazepiner, mot angst og søvnvansker); hos unge voksne har den en halveringstid på 20-50 timer, mens hos eldre er den på inntil 110 timer. Et vanlig medikament mot søvnproblemer hos eldre er Zopiclone eller Imovane, som er et benzodiazepinliknende hypnotika. Det har samme egenskaper som benzodiazepiner, men kortere halveringstid. Bivirkningene er de samme som for benzodiazepiner, som blant annet er forvirring, ustøhet og svimmelhet. (Nordeng & Spigseth, 2007, kap.17).

En studie viser at det er stor fare for at pasienter får foreskrevet begge disse typer medikamenter samtidig. Da virkningsmekanismene i disse legemidlene i hovedsak er like, vil kombinasjon derfor ha mange uheldige konsekvenser på lik linje med to benzodiazepiner (Handal et al., 2012, s. 529). Studien viste at antallet kvinner over 70 år var høyere enn yngre grupper når det gjaldt forskrivning av 2 ulike benzodiazepiner. Når vi vet at den økte fettandelen hos eldre vil forlenge virketid og halveringstid, er dette

skremmende. Det viser seg at det er kjønnsforskjeller ved bruk av psykofarmaka, iflg en annen studie av Bøgwald et al.(2012). Kvinner hadde en høyere serumkonsentrasjon av antidepressiva på tross av lavere dosering. Fra egen praksis ser vi at mange eldre står på Imovane eller Zopiklone fast, uten at det blir forsøkt seponert. Her kan vi som sykepleiere bli flinkere til å stille kritiske spørsmål om nødvendigheten, eventuelt forsøke finne alternativer til bruk av sedativa. Alle sederende midler kan ha økt effekt hos gamle, og kan i verste fall føre til blant annet forvirring og fall. Ved reduksjon av legemidler er det vist en reduksjon i falltendenser. (Norsk legemiddelhåndbok, 2010, s. 1787)

Ved bruk av vannløselige legemidler, vil forholdet bli motsatt; plasmakonsentrasjonen stiger raskere, og virketiden reduseres. Eksempler på dette er paracetamol(smertestillende) og enalapril(ACE-hemmer mot hypertensjon). Som nevnt er dette vanlige legemidler blant eldre. Vi har erfart at det kan være vanskelig å smertestille eldre, til tross for maks dose av paracetamol. Ved utprøving av andre analgetika, for eksempel opioider, forekommer det ofte bivirkninger i form av forvirring, svimmelhet, søvnighet og ustøhet, med påfølgende fare for fall.

3.2.1. Compliance

Compliance kan oversettes med etterlevelse, det vil si evnen til å ta et legemiddel slik det er foreskrevet fra legen. I følge Nordeng & Spigseth (2007, s. 37-38) er det god etterlevelse dersom pasienten tar 80% av dosene slik det er forskrevet. Tar pasienten for mye eller lite av legemidlet, tar det til feil tid eller unnlater å ta det, er det dårlig etterlevelse, eller non-compliance. Dette kan være mer eller mindre ubevisst. Årsaker til ubevisst non-compliance kan være nedsatt hukommelse, nedsatt syn og misforståelse angående bruken. Bevisst non-compliance kan skyldes redsel for forgiftninger eller avhengighet, og feil oppfatning om nødvendigheten av legemidlet. Uakseptable bivirkninger, uopnådd effekt og høye kostnader for den enkelte, kan være bevisste årsaker. Praktiske forhold som nedsatt fysisk kraft i hendene eller svelgeproblemer, kan resultere i non-compliance (ibid). Legen bør være oppmerksom på dette, og dette understreker betydningen av et velfungerende samarbeid mellom fastlegen, pasient og hjemmesykepleien (Norsk legemiddelhåndbok, 2010, s. 1788).

Det er svært viktig at legen får informasjon om dårlig etterlevelse, for å unngå unødvendig doseøkning eller bytte av legemiddel, som da kan få uheldige konsekvenser. I tilfeller med dårlig etterlevelse på grunn av pasientens sviktende ressurser, er det nødvendig at sykepleier bistår legemiddelhåndteringen. Da er det nødvendig med en god dialog mellom lege, sykepleier og pasient (Nordeng & Spigseth 2007, s. 37-38).

3.3. Polyfarmasi, bivirkninger, interaksjoner.

Interaksjoner vil si at legemidler påvirker hverandre slik at effekten kan forsterkes eller hemmes. Polyfarmasi vil si at man behandles med flere legemidler samtidig. Dette skaper større fare for bivirkninger og interaksjoner (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff 2008, s. 159). Bivirkninger hos eldre kan være vanskelig å stadfeste, da symptomer ofte kan tolkes som forverring av eksisterende sykdom, tegn på ny sykdom eller normale aldersforandringer. Symptomene hos eldre er ofte lite uttalte. For eksempel kan delirium forveksles med symptomer på forverring av demenssykdom. (Delirium omtales senere i oppgaven.) Stivhet i kroppen, funksjonsvikt og tremor kan skyldes antipsykotikainduisert parkinsonisme, men kan feiltolkes som alderdomsplager generelt. En tankevekker er at ca. hver tiende sykehusinnleggelse av eldre pasienter er relatert til legemiddelbruk (Norsk legemiddelhåndbok, 2010, s. 1786). Utilsiktede bivirkninger er gjerne elektrolyttforstyrrelser, forstyrrelser i nyrefunksjon, mage- og tarmforstyrrelser, forstyrrelser i blodfunksjonen og stoffskiftet (Birkeland & Flovik, 2011, kap. 9). Nedsatt hjerte-, lever-, og nyrefunksjon øker risikoen for interaksjoner, og derfor er eldre mer utsatt (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff 2008, s. 159). Igjen er legemidler med liten terapeutisk bredde mest utsatt, da en *liten reduksjon* av effekten ikke vil gi ønsket behandling, og en *liten økning* i effekten kan føre til intoksinasjoner. Konsekvensene kan være uønskete bivirkninger og i verste fall døden (Nordeng & Spigseth, 2007, s. 54). Derfor er det viktig å måle serumkonsentrasjonen av slike legemidler. Det kan også være aktuelt ved manglende effekt eller mistanke om bivirkninger, spesielt hos pasienter som er i en risikogruppe med for eksempel nedsatt nyre, - og leverfunksjon (ibid, s. 92-93).

Digitoksin, digoksin og Marevan er eksempler på medikamenter med liten terapeutisk bredde. Det er legen som har det medisinske ansvaret, og dermed oppfølgingen av dosering og serumkonsentrasjonen. Artikkelen i Aftenposten (10.03.12), forteller at en

pasient døde etter forgiftning ved bytte av hjertemedisin. Digitoksin avregistreres i Norge, og mange må bytte til digoksin. Dette er medikamenter med tilnærmet lik effekt, men forskjell i kinetikk, interaksjoner og dosering, sier Skjerdal i en artikkel (Helsebiblioteket.no, 06.03.12). Viktigst er ulikhetene knyttet til utskillelse og halveringstid. Digitoksin har lang halveringstid, som derfor krever et opphold på 7 dager før oppstart med digoksin. Spesielt utsatt er personer med nedsatt nyrefunksjon. Som nevnt er det legens ansvar med medikamentforskrivning, mens sykepleier har ansvaret for at pasienten får den riktige dosen slik den er foreskrevet. Sykepleieren trenger tiltrekkelige kunnskaper, for å administrere dette riktig. I hjemmesykepleien er utfordringen ofte at pasienten får ukesdosett, og administrerer fra denne selv. God observasjon overfor symptomer på bivirkninger og forgiftning er nødvendig. Tegn på forgiftning av digitoksin kan være mage- og tarmreaksjoner, uspesifikke symptomer fra sentralnervesystemet og ofte synsforstyrrelser i form av endret fargesyn, - gjenstander blir gulaktige (ibid).

Marevan(warfarin) er som nevnt forbundet med risiko for farlige bivirkninger, og er i den gruppen legemidler som har stått for flest dødsfall i Norge. Mange eldre står på dette legemiddelet, og det er viktig at serumkonsentrasjonen kontrolleres nøye, ved å måle INR(International Normalized Ratio), som er et mål på koagulasjonstiden (Lindskog,2003, s. 244). Legene har som nevnt, et klart ansvar for følge opp nødvendig medisinsk tilsyn og kontroll. Imidlertid er de avhengig av at hjemmesykepleien sørger for at pasientene får utført sine kontroller til rett tid, og ved behov, ta nødvendige blodprøver hjemme hos pasienten (Birkeland & Flovik, 2011, s. 116-117). Det er legen som gjør eventuelle doseendringer i pasientens medisiner, mens sykepleier er ansvarlig for at korrekte doseringer gis ut. Her kan det oppstå feil i overføringen fra lege til hjemmesykepleien, og i selve doseringen. Dobbeltsjekkning av doseringer er påbudt, noe som er svært nødvendig for pasientens sikkerhet, jf. Forskrift om legemiddelhåndtering(2008, § 3h).

3.3.1. Delirium.

Delirium kan ha ulike årsaker, men kan oppstå som en følge av non-compliance av legemidler, og polyfarmasi. Dette er en tilstand som ofte forveksles med demens, men

som i motsetning, kan oppstå akutt (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff 2008, s. 395). Ofte forbindes tilstanden med delirium tremens, som er alkoholutløst delirium.

14-24 % av eldre har delirium ved sykehusinnleggelse, mens opptil 50 % utvikler det etter en operasjon. Blant eldre innlagt i en intensivenhet utvikler ca 70-87 % delirium. Konsekvenser av delirium er funksjonssvikt, forlenget liggetid på sykehus, økt dødelighet og økte kostnader (Juliebø, 2009).

Symptomer på delirium er forstyrret bevisshetsnivå, redusert hukommelse og oppmerksomhet, endret søvn- og våkenhetsrytme, endret motorisk adferd og psykotiske symptomer. Eldre er mest utsatt i forbindelse med akutt somatisk sykdom eller som bivirkning av legemiddelbehandling (Norsk legemiddelhåndbok, 2010, s. 236).

Et eksempel fra egen praksis var en eldre dame, moderat dement, som fikk antipsykotika pga. synshallusinasjoner. Konsekvensen var i første rekke økende psykotiske symptomer, og etter kort tid svært redusert fysisk funksjonssvikt. Fra å være en oppegående dame, fikk hun problemer med å gå, måtte mates og pleiebehovet tiltok raskt. Da medikasjonen ble endret, kom hun gradvis mer tilbake til den tilstanden hun opprinnelig var i. Utviklingen av demenssykdommen må tas i betraktning her. Som følge av sykdommen hadde pasienten et daglig pleiebehov, og hjelp til blant annet medisinaladministrering. Her var det altså hjemmesykepleien som var ansvarlig for all medisinhåndtering, og observasjoner.

Det er gjerne sykepleiere eller andre pleiere som kjenner pasienten best, og er mest egnet til å vurdere endringer i pasientens kognitive funksjon. Endringer som følge av delirium kan komme i løpet av timer eller dager, og kan ha et svingende forløp med uoppmerksomhet, desorientering og endret bevissthet. Årsaken er ofte flerfaktorell, der kroniske sykdommer, polyfarmasi og sansesvikt kan være utløsende årsaker. Hos disse pasientene kan en liten belastning utløse deliriet, for eksempel en urinveisinfeksjon. Av legemidler kan spesielt nevnes de med sterk antikolinerg effekt, for eksempel trisykliske antidepressiva, som Surmontil og Sarotex, eller høydoseantipsykotika, som Nozinan og Largactil. Ellers kan vanlige legemidler som furosemid, morfin og antihistaminer bidra til å utløse eller vedlikeholde et delirium (Juliebø, 2009). I følge Juliebø, bør alltid pasienter med delirium utredes i sykehus. Behandlingen består i at utløsende årsak behandles, sørge for tilstrekkelig oksygenering av hjernen, seponering av alle medikamenter som ikke er nødvendige, og god pleie. For å forebygge delirium er det

viktig å sørge for riktig og god medisinerings, god ernæring, smertelindring, mobilisering og generelt god pleie (ibid).

En annen eldre, hjemmeboende mann, som ble behandlet for infeksjoner, fikk delirium. Han administrerte medisinene selv, med hjelp av kona, og hadde kun tilsyn fra hjemmesykepleien av varierende grad. Medisineringsen bestod blant annet av 3 – 4 ulike typer psykofarmaka. Dette ble seponert, og etter en periode på sykehjem, kom han tilbake til hjemmet i samme tilstand som før delirium ble utløst. Problemet nå er å oppnå tilfredsstillende medisinerings, da pasienten sliter med uro, angst og søvnproblemer. Årsaken til pasientens delirium er usikker, non-compliance eller interaksjoner, av medikamenter, tilbakevendende infeksjoner eller en kombinasjon. Imidlertid stod han på Surmontil, et trisyklisk antidepressiva, som i følge Nordeng & Spigset(2007, s. 397) bør unngås i størst mulig grad hos eldre, da risikoen for uheldige bivirkninger er større enn de positive effektene. I tillegg var Imovane og Sobril foreskrevet, og som tidligere nevnt, er dette en uheldig kombinasjon av benzodiazepin og benzodiazepin-liknende medikament. Bedre kartlegging av pasientenes medisinbehandling i hjemmesykepleien, vil være en viktig faktor for å redusere slike konsekvenser som i dette tilfellet. Et annet moment er at i følge Juliebø(2009), burde denne pasienten vært utredet på sykehus.

Pasienten stod også på Atenolol, som er en betablokker, og Cipralax, (antidepressiva). Disse medikamentene har ingen interaksjonsfare, men i følge Straand, (kursforelesning 29.09.11) er det interaksjonsfare mellom metoprolol, en annen type betablokker, og Cipralax. Disse står også oppført på interaksjonslisten i Norsk legemiddelhandbok, (2010, s. 1491), og faren er økt konsentrasjon av metoprolol, dvs. risiko for hypotensjon. Mange eldre har sykdommer som gjør at slike medikamenter forskrives. Ved at sykepleiere oppdaterer seg om medikamenter og deres effekt, kan kvaliteten i medisinbehandlingen for pasienter som bor hjemme, bedres. Overføring av medisinlister ved eventuelle innleggelse eller henvendelse utenom fastlegens kontortid er nødvendig, noe vi kommer tilbake til senere i oppgava.

4.0. LOVVERKET.

Lovverket fastslår kommunens plikter i forhold til hvem som har rett til helsehjelp, hva slags hjelp, og pasientenes rettigheter.

Kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse – og omsorgstjenester. Dette er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1, og innebærer blant annet tilbud om tjenester i hjemmet, § 3-2, 6a.

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp jf. Pasientrettighetsloven (1999), § 2-1.

Hjemmesykepleie må ses som en del av innholdet i ”nødvendig helsehjelp” (Molven, 2009, s. 122-124), og vil si handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende og helsebevarende mål, jf § 3, 3.ledd i Helsepersonelloven(1999). Helsehjelpen utføres av helsepersonell (ibid). Bistand til administrering av legemidler er en del av den nødvendige helsehjelpen. Krav om forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet er hjemlet i Helse- og omsorgstjenestelovens(2011) kapittel 4, §4-1 og 4-2. Den sier blant annet at tjenesten skal gi pasienten et verdig tjenestetilbud, og personell skal ha tilstrekkelig kompetanse. Alle som yter helsehjelp skal bidra til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 (2011) er det kommunelegen som er medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

Legemiddelhåndtering reguleres etter Forskrift om legemiddelhåndtering (2008), der formålet er riktig og god legemiddelhåndtering til pasienten. Forsvarlig legemiddelhåndtering oppnås ved nødvendig og tilstrekkelig kompetanse, tydelige prosedyrer, gode rutiner, nødvendig opplæring, kontroll og tilsyn, §1. Forskriftens § 4, pålegger virksomheten å ha kjente og oppdaterte prosedyrer for legemiddelhåndtering, samt for evaluering, kontroll og risikovurdering. Avvik skal rapporteres, da feil eller nesten feil, gir et godt grunnlag for forbedringsarbeide.

Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger, og har rett til å bli informert om eventuelle påførte feil eller komplikasjoner, og muligheten for å søke om erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, jf. Pasientrettighetsloven (1999) § 3-2.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal være en veileder til sykepleieres vurdering av hva som er faglig og etisk forsvarlig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005b, s. 156). I den sist reviderte utgaven av retningslinjene (Sykepleierforbundet.no,

2011) legges det vekt på sykepleiers ansvar for å oppdatere seg innen forskning og ny fagkunnskap(punkt1.4). Det skal settes av rom for fagutvikling og etisk refleksjon(punkt 1.5). Vår erfaring fra praksis er at faglige møter forsterker kunnskapsnivået, samt skaper felles forståelse og holdninger overfor ulike problemstillinger, som legemiddelrelaterte spørsmål.

5.0. SYKEPLEIERENS FUNKSJONER I HJEMMESYKEPLEIEN.

5.1. Sykepleieteori.

Det finnes ulike syn på sykepleie. Virginia Henderson's teori handler om den enkelte persons behov for hjelp til ivaretagelse av grunnleggende behov, der han selv mangler kunnskap, krefter eller vilje til å tilfredsstille disse. Sykepleierens rolle er da å assistere personen, sykt eller friskt, i situasjoner der vedkommende mangler disse egenskapene, slik at behovene opprettholdes (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005d, kap. 23).

Henderson peker på 14 behovsområder, inndelt i fysiske og psykososiale behov, der pasienten kan trenge hjelp. Det vil si hjelp til daglige aktiviteter som er nødvendig for å opprettholde god helse, hvor medisinbehandling er en nødvendighet i manges hverdag. På hvilket tidspunkt, og hva slags form for assistanse den enkelte trenger, varierer ut fra blant annet alder, grad av kognitiv svikt, sykdomsbilde og legebep. med påfølgende medisinendringer. Når det gjelder medisinbehandling, er problemet avklart i enkelte situasjoner, der pasientens behov for hjelp fremtrer tydelig. Dette dreier seg for en stor del om tap av kognitive funksjoner, som hukommelse, evne til å lære nye ting, oppmerksomhet og evne til å utføre praktiske handlinger (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, s. 351).

I andre situasjoner er problemet mer uavklart, for eksempel der pasienten administrerer sine medisiner selv, men som har hjelp til andre omsorgsbehov. Her har hjemmesykepleieren en viktig oppgave ved å observere eventuelle endringer i pasientens helse, som kan være svikt i kognisjon eller tegn som kan tyde på legemiddelbivirkninger, blant annet tretthet eller forvirring. Kan for eksempel pasientens artrose ha forverret seg, slik at vedkommende mangler krefter til å ta ut medikamentene? Eller oppleves pasienten dehydrert, noe som kan føre til forvirring, slik at kunnskapene om medisinbehandling svekkes? Og kanskje pasientens manglende

vilje til å ta medisinene beror på tidligere negative erfaringer, eller opplysninger som kan være misforstått? Ved at sykepleieren stiller seg slike spørsmål og reflekterer over dem, anvendes Hendersons teori i praksis.

Oppslag i aviser, som nevnt tidligere, kan skape angst og utrygghet med fare for at pasienten ikke tar sin livsnødvendige medisin. Sykepleierens oppgave blir da å innhente og gi riktig informasjon til pasienten. Ofte blir resultatet at hjemmesykepleien overtar medisinadministreringen, etter ønske fra pasienten eller ut fra andre behov.

Beslutningsprosessen i sykepleie er en metode for å imøtekomme pasientens helseproblem. Samhandlingen mellom pasient og sykepleier er ofte avgjørende for kvaliteten på hjelpen pasienten mottar, og det handler om pasientens opplevelse av å bli sett, forstått, respektert og følelse av trygghet. Sykepleierens evne til empati er nødvendig for å oppnå tillit hos pasienten. Dette er viktig for å innhente opplysninger, datainnsamling, som igjen gir grunnlag for å identifisere problem og behov. Når sykepleieproblemene er fastsatt, kan mål og relevante tiltak opprettes. Tiltakene må evalueres, og eventuelt nye, - eller endring av tiltak, kan bli nødvendig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005d, kap. 6). For å få et godt resultat ved bruk av beslutningsprosessen, er det avhengig av sykepleierens holdninger, verdier, kunnskaper og ferdigheter, det vil si sykepleierens samlede kompetanse.

Eldre hjemmeboende er i større grad enn sykehjemspasienter, avhengig av å være i stand til å ivareta sin egen helse. Dorothea Orem sier at sykepleier må kompensere der det oppstår svikt i pasientens egenomsorgskapasitet. Det kan være helt kompenserende, eller delvis slik at pasient og sykepleier deltar i pasientens egenomsorg. Dette innebærer at sykepleieren må finne ut om det er forhold hos pasienten som kan føre til helsesvikt, og krever at sykepleieren har fagkunnskaper på ulike områder (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, kap. 23). Når det gjelder legemiddelhåndtering, er det viktig å ha kunnskaper om de ulike medikamentgruppene, hvordan de virker i forhold til sykdommen, vanlige bivirkninger eller spesielle farer angående et spesielt medikament eller gruppe. Andre forhold som kan ha betydning for pasientens medisinerings må kartlegges, for eksempel ernæring og væskeinntak, forhold mellom aktivitet og hvile, smerter. Er pasienten obstipert? Hva slags smertestillende medikamenter bruker vedkommende? Pasientens aktivitetsnivå? Hvordan er væskeinntaket? Sykepleieren må se at dette har en sammenheng. Utfordringen er å anvende kunnskapen slik at pasientens

egenomsorg blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Orem hevder også i følge Kirkevold(1992, kap. 7) at pårørende står i en særstilling i den grad de overtar pasientens egenomsorg. De pårørende er en viktig ressurs både for pasienten, og for sykepleieren i arbeidet med kartlegging og tilrettelegging av pasientens egenomsorgsbehov og – kapasitet.

5.2. Hjemmesykepleien.

Alle kommuner er pålagt å drive hjemmesykepleie, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven(2011), § 3-2. Denne tjenesten har hatt en voldsom utvikling siden starten rundt 1970- tallet, og er i dag den største deltjenesten i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste(Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, kap.17). I motsetning til flere andre land i Europa, er omsorg, velferd og eldreomsorg fortsatt et offentlig ansvar i Norge, men privatisering og konkurranseutsetting av eldreomsorgstjenester utprøves til en viss grad(ibid).

Organiseringen av hjemmesykepleien har endret seg siden 1990-tallet, og i dag er hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenesten hovedsakelig slått sammen til en tjeneste. Betegnelsen varierer mellom for eksempel hjemmesykepleie, åpen omsorg eller hjemmebaserte tjenester. Tjenesten er som regel inndelt geografisk i soner, distrikt eller bydeler. Organiseringsmodellene varierer fra kommune til kommune. Noen har egne ”bestillerkontor” der vedtak om hjemmetjenester besluttes, andre steder behandles dette på det lokale hjemmesykepleiekontoret,(ibid) hvilket var tilfelle i kommunen vi hadde kommunehelsetjenestep praksis. En viktig yrkeskompetanse for sykepleiere er å ha god oversikt over tjenestetilbudene og deres organisering i kommunen, for å kunne hjelpe pasienter og pårørende (ibid).

Overordnet mål er at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Hjelpen må tilpasses individuelt ut fra den enkeltes behov, og krever kunnskap om hvordan sykdom og funksjonsnedsettelse virker inn på pasienten. Kunnskap og erfaring hjelper sykepleieren å sette inn tiltak før det oppstår alvorlige problemsituasjoner. Det er en fordel at en sykepleier følger opp alle nye pasienter, for å sikre at helsehjelpen blir gitt ut fra faglig kompetanse (Birkeland & Flovik, 2011, kap. 1).

Forespørsel om hjemmesykepleie kan komme fra pasienten selv, pårørende eller fastlegen. Vi har erfart at det ofte er fastlegen som henvender seg til hjemmesykepleien, og ber om hjelp til medisinadministrering for sine pasienter.

For å motta hjemmesykepleie, kreves et innvilget skriftlig enkeltvedtak som er faglig og juridisk begrunnet. Vedtaket skal inneholde tjenester som er innvilget, hvor ofte hjelpen gis og hvor lenge vedtaket varer. Tjenesten evalueres før vedtaket opphører, og nytt vedtak innvilges hvis behovet fortsatt er der. Dette gir forutsigbarhet for pasienten, og innebærer også klagerett (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, kap.17). Vedtaket er veiledende for hjemmesykepleien, men ikke bindende. Dette innebærer at vedtaket ikke er til hinder dersom pasientens situasjon endrer seg, og trenger ytterligere tiltak (Birkeland & Flovik, 2011, kap.1). Det kan være aktuelt ved for eksempel medisinendringer, som medfører at pasienten ikke lenger mestrer administreringen selv.

Det har vært en økning i antallet som mottar pleie- og omsorgstjenester på ca. 5 % i perioden 2007-2010. Tallet innbefatter institusjonsplasser, hjemmebaserte tjenester, mottakere av trygghetsalarmer, omsorgslønn, avlasting, støttekontakt eller dagsenter. I 2010 mottok 130119 personer hjemmesykepleie. Av disse var 80696 i aldersgruppen over 67 år. Av 89219 mottakere av pleie- og omsorgstjenester i aldersgruppen 80-89 år, mottok 19 % hjemmesykepleie. I samme aldersgruppe mottok vel 50 % av brukerne under 2 timer hjemmesykepleie i uken (IPLoS, 2010). Med tanke på økt sykkelighet og medikamentbruk blant de eldre, er sykepleierens tid hos pasienten svært begrenset i henhold til kartlegging og observasjon av legemiddelbruk.

I sammenheng med den forventede økte veksten i helsetjenesten framover, vektlegger Samhandlingsreformen at dette skal løses hovedsakelig i kommunene. Dette innebærer en helhetlig tenkning av pasientforløpet med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostisering, behandling og oppfølging. Pasientene skal behandles innenfor beste effektive omsorgsnivå, BEON-prinsippet. Hjemmesykepleiens kapasitet vil her være avgjørende, noe som gjør rekruttering og ivaretagelse av sykepleiere nødvendig, i følge Samhandlingsreformen (Birkeland & Flovik, 2011, kap 14).

5.2.1.Oppgaver og utfordringer i hjemmesykepleien.

Arbeidet i hjemmesykepleien skiller seg vesentlig fra sykehus og sykehjem, ved at pasientgruppen og situasjonene er svært varierte, og selvstendighet preger mye av sykepleierens hverdag (Fjørtoft, 2006, kap. 1).

Det varierer hva pasienten trenger hjelp til, og hvor mye eller omfattende hjelpen er. Noen trenger hjelp flere ganger i døgnet, mens andre ukentlig eller sjeldnere.

Hjemmesykepleiens oppgaver kan være hjelp til personlig hygiene, påkledning og matlaging. Hjelp til medikamenthåndtering er en vesentlig del av tjenesten, og dreier seg blant annet om istandgjøring av ukesdosetter, utdeling av enkeltdoser og gi injeksjoner(ibid). Fra praksis vet vi at sykepleieren skal sørge for ajourføring av medisinalister og tilfredsstillende medikamentbeholdning. I tillegg er samarbeid med fastlegen, eventuelt legevakt eller andre behandlingsinstanser, en viktig del av arbeidet. Kommuner kan inngå samarbeidsavtaler, med målsetning om et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven(2011) kap.6. I hjemmesykepleien har pasientene forskjellige fastleger, som innebærer samarbeid med mange leger(Birkeland & Flovik, 201, kap.9). Som eksempel fra praksis, nevner vi at dette kan til tider være problematisk, der pasientens fastlege har begrenset kontortid. Og med fastlege i et annet fylke, byr dette på problemer ved henvendelse til legevakten som opererer fylkesvis. Her kan det lett oppstå feil i forbindelse med overføring av medisinerendringer.

Hvis pasienter i hjemmesykepleien mottar feil medisiner, kan det skyldes feil forskrivning, ved utdelingen, eller i informasjonsutveksling mellom lege og de som gjør i stand og deler ut medisiner(Rognstad & Straand, 2004). Det kan også skyldes sviktende kommunikasjonsrutiner, slik at fastlegen ikke er oppmerksom på endringer gjort av andre leger. I undersøkelsen til Rognstad & Straand(2004), hadde hjemmesykepleien ca. 25 % flere medikamenter på sin liste enn fastlegene. Det skyldes trolig at det er kun hjemmesykepleien som fanger opp legemiddelordinasjoner fra legevakter, sykehusleger og andre leger. En annen forklaring kan være at legene ikke oppdaterer medisinalister for sine pasienter ved mottatte epikriser.(ibid). Dette viser at samarbeide mellom hjemmesykepleien og fastlegen bør forbedres, noe som har stor betydning for den enkelte pasients sikkerhet. Undersøkelsen hevder at det bør etableres enkle, entydige og sikre hverdagsrutiner når det gjelder informasjon om pasientenes

medisinering(ibid). I følge Birkeland & Flovik(2011, kap. 9) er det hjemmesykepleiens ansvar at opplysninger om pasientens legebruk blir formidlet til fastlegen, når andre leger har vært involvert. I Forskrift om legemiddelhåndtering(2008), § 5 presiseres dette tydelig. Akutte innleggelser på sykehus skjer ofte i helger eller på kveldstid, noe som øker risikoen for unøyaktig oversikt over pasientens legemiddelbruk. Det bør derfor følge en skriftlig rapport med pasienten, og oversikt over pasientens medisinbruk.(Birkeland & Flovik, 2011, kap. 9)

Samhandlingsreformen vil føre til at flere og sykere pasienter utskrives fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere. For at pasienten skal bli ivaretatt på en forsvarlig måte i hjemmet, kreves det god kommunikasjon mellom linjetjenestene. En undersøkelse utført av Bollig, Ester & Landro(2010), viser at en av fem pasienter hadde feilaktig dokumentasjon om medisinering ved innkomst på sykehjem. Undersøkelsen var foretatt på bare ett sykehjem, og er derfor ikke nødvendigvis representativ andre steder, men peker på en svakhet i systemet. Som nevnt bør informasjon om pasientens helsetilstand, medisinering og oppfølging følge pasienten ved overflytting mellom forskjellige omsorgsnivå(ibid). Av egen erfaring ser vi dette er særlig aktuelt ved utskriving fra sykehus mot helg, spesielt i smådistriktene der tilgang på apotek er begrenset. Tidlig informasjon om forventet utskrivelse og opplysninger om pasienten, gjør at sykepleieren har større mulighet til å følge opp videre behandling og pleie. Her er det forskjell i behandlingsnivåene. En artikkel av Danielsen & Fjær(2010) viser at helsepersonell i sykehus er bekymret for mangelfull oppfølging etter utskriving. Kommunens helsepersonell derimot, opplever press om å gi det tilbudet om hjelp som sykehuset hadde forespeilet pasienten. Oppfatningen blant sykepleierne var at presset mot helg har økt de siste årene. Raske utskrivelser kan medføre at viktig informasjon og legemiddelforskrivninger uteblir. Uoversiktlige og sårbare kommunikasjonssystemer og ulik beredskap, gjorde planleggingen vanskelig. Elektronisk overføring av pasientdata kunne forbedret kommunikasjonen, men lå sannsynligvis langt fram i tid (ibid). Som nevnt, mottar pasienten, i følge IPLOS-registreringer, 2 timer hjemmesykepleie i uken, dvs. ca 20 minutter pr. dag. Hos noen pasienter kan dette bety 3 – 4 besøk med utdeling av enkeltdoser pr. dag, altså ca. 5 minutter pr. besøk. I tillegg trenger mange hjelp til for eksempel måltider, og sykepleieren har flere pasienter som venter. Situasjonen blir sårbar med tanke på fare for feilmedisinering, og gjør at nødvendige

observasjoner i henhold til effekt eller bivirkninger, kanskje overses. Samarbeid med andre helsearbeidere, for eksempel hjemmehjelpen, som tilbringer mer tid hos pasienten, kan gi nyttige opplysninger angående helsetilstanden.

Helsepersonelloven(1999) § 39 gir den som yter helsehjelp dokumentasjonsplikt.

Hjemmehjelp må anses som personer som yter helsehjelp jf. § 3, 1. ledd, og Helse-og omsorgstjenestelovens(2011) §3-1 og 3-2. Selv om det er et nært samarbeid mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpen, er vår erfaring at hjemmehjelpens opplysninger ofte gis muntlig. Viktige opplysninger om pasienten risikerer å forbli uregistrert.

Pårørende er ofte en ressurs i forhold til pasientopplysninger, da dette er personer som kjenner pasienten godt, og som pasienten har tillit til. Men pårørende er også en uensartet gruppe, både når det gjelder ressurser og ønske om å delta i behandlingen.

Hjemmesykepleien må forholde seg til de forskjellige relasjonene man møter, og være profesjonelle i forhold til sin rolle (Birkeland & Flovik, kap 11). Fra praksiserfaring har vi sett at hjemmesykepleien kan komme i konflikt med pårørende, der det er ulike oppfatninger om for eksempel pasientens medisinbruk.

I framtiden vil pasientgruppen i hjemmesykepleien forandre seg ved at de vil være mer ressurssterke, grunnet høyere utdanning og bedre økonomi. Følgene menes å bli høyere krav til helsetjenesten, og hjemmesykepleien må innstille seg på store endringer.

Samhandlingsreformen peker på et behov for kompetanseheving i kommunehelsetjenestene (Birkeland & Flovik, 2011, kap. 14).

5.3. Sykepleiers kompetanse og yrkesfaglig oppdatering.

Helsepersonellovens(1999) § 4 sier at helsepersonell skal yte faglig og forsvarlig hjelp ut fra ”den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” Den enkelte har ansvar for å vurdere sin egen kompetanse, og innhente hjelp eller henvise til annet kvalifisert personell når pasientens behov tilsier det(Kristoffersen,Nortvedt & Skaug, 2005a, kap. 7).

Hjemmesykepleieren er ofte alene i situasjoner som krever rask vurdering, og må stole på sine egne vurderinger og avgjørelser. Dette krever god klinisk kompetanse, som vil si sykepleierens samlede kompetanse, og innebærer bruk av intuisjon og faglig skjønn. Å ha kompetanse vil si at man er i stand til å håndtere problemer innenfor et aktuelt

område, på en adekvat måte. Teoretisk kunnskap brukes om tilegnet vitenskap utviklet innenfor ulike fag (ibid).

Kunnskaper innenfor ulike fagområder er nødvendig for å vurdere pasientsituasjoner. Når det gjelder å vurdere om en pasient har problemer relatert til legemidler, er det nødvendig med kunnskap om sykdomslære, normale aldersforandringer, farmakokenitikk og farmakodynamikk (hvordan legemidler virker i kroppen). I tillegg er kunnskaper om etiske prinsipper og verdier, menneskets selvbestemmelsesrett og psykiske reaksjoner grunnleggende kunnskap som hjelper sykepleierens handlinger (ibid).

Erfaringer må opparbeides, men erfaringskunnskap fra andre sykepleiere eller andre faggrupper er nyttig å ta med seg. Slik sett kan vi bruke forskning, som bygger på erfaringer gjort av sykepleiere eller andre, i sykepleieprosessen. En studie utført av Gusdal et al. (2011) viste at svenske sykepleiere trengte et verktøy for å kartlegge legemiddelproblemer hos pasienter som fikk hjemmesykepleie. De testet SMA, - Safe Medication Assessment, og fant dette som et virkningsfullt verktøy for å registrere usikker legemiddelbruk blant de eldre. Det gir blant annet oversikt over pasientens legemidler, pasientens forståelse for sykdommen og legemiddelet, evne til å ta medisinen som forskrevet, fysiske svakheter, omfang og grad av bivirkninger m.m. SMA brukes i Sverige i stor utstrekning i dag (ibid).

Sykepleierens kompetanse handler om respekt for andre mennesker, deres liv og helse. I hjemmesykepleien dreier det seg i tillegg om å ha respekt for andres hjem, den enkeltes normer og verdier, regler og rutiner. Det betyr utfordringer både for giver og mottaker av tjenesten, da skillet mellom det private og det offentlige kan oppleves uklart. (Fjørtoft, 2006, kap.2)

Som nevnt, er pasienten sikret forsvarlig hjelp ut fra lovverket. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier at kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at det sikres tilstrekkelig kompetanse i tjenestene, § 4-1d. Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, samt påkrevd videre- og etterutdanning jf. kap. 8, (ibid). Samtidig skal sykepleier, iflg. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (punkt 1.4)

Arbeidsgiver og den ansatte har altså et felles ansvar for den faglige utførelsen av tjenesten. Tilgangen på teoretisk kunnskap er i dag enorm, og problemet er å finne relevans i informasjonen. Mange databaser krever tilgang for å kunne anvendes. Helsebiblioteket.no er etablert med sikte på å gi helsepersonell tilgang til oppdatert fagkunnskap, og er et offentlig finansiert nettsted.

Praktiske prosedyrer i sykepleie (PPS) er et norsk nettsted med tilgang til de nyeste forskningsbaserte prosedyrene innen sykepleiefag. Den enkelte arbeidsgiver må finansiere dette, men det gir til gjengjeld en sikkerhet innenfor forsvarlig pasientbehandling. Det vil styrke sykepleierens kompetanse. I henhold til problemstillingen med eldre og legemiddelproblemer, er det spesielt viktig å ha fagkunnskap om ulike medikamentgrupper, og forhold i aldringsprosessen som har betydning for legemidlers virkning, bivirkninger eller uteblitt effekt.

Her kan nevnes som et eksempel kunnskap om fettløselige og vannløselige medikamenter, og fare for serumkonsentrasjon spesielt hos kvinner, som omtalt i kap 3.1. i oppgaven. Bivirkninger som ustøhet og svimmelhet resulterer ofte med fall, med ytterligere komplikasjoner for pasienten.

Yrkesfaglig oppdatering er som nevnt et felles ansvar mellom arbeidsgiver og ansatte. Ved å arrangere kurs der mange deltar, har vi tro på at ny kunnskap lettere får rotfeste. Jo flere som mottar samme informasjon, jo større er muligheten for at kunnskapen tas i bruk. Kan vi begrunne og argumentere for nødvendigheten av å ta i bruk nye måter å sikre legemiddelhåndteringen blant eldre, er det større sjanser for å "få satt det ut i livet". Eksempel kan være mobilt rapporteringssystem, samt elektronisk overføring av pasientopplysninger som kan sikre tilstrekkelig informasjon når pasienten må på legevakt eller overføres mellom linjetjenestene (Danielsen & Fjær, 2010).

6.0. KVALITETSSIKRING AV MEDIKAMENTBRUK.

6.1 Kvalitetssikring

I følge Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005d, s. 158-159) skulle det innføres kvalitetssystemer i helsetjenesten innen år 2000. Et kvalitetssystem beskriver organisering, ansvarsforhold, skriftlige prosedyrer, prosesser og ressurser.

Virksomhetene har ulike måter å organisere dette på, med håndbøker, for eksempel kvalitetshåndbok, prosedyrehåndbok, klinisk håndbok. I de fleste virksomheter har

helsepersonellet tilgang på kvalitetssystemene elektronisk via intranett.

Kvalitetssystemenes mål er blant annet å sikre faglig styring av virksomheten og at pasienten får forsvarlige helsetjenester. Sykepleierne har en viktig rolle i å utforme kvalitetssystemet som skal brukes sykepleiefaglig, på deres tjeneste sted. De har også en viktig rolle i utformingen av tverrfaglige prosedyrer og retningslinjer. Faglige kvalitetssystemer for medikamenthåndtering er viktige for å kunne utøve god og sikker sykepleie. (ibid)

For at sykepleier skal kunne ivareta en riktig legemiddelhåndtering, er det viktig at virksomheten legger til rette, slik at det blir tid til å utføre legemiddelhåndteringen på en forsvarlig måte, etter gjeldende lover og forskrifter.(Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 1 og §4.) Erfaringer fra egen praksis viser at det kan være vanskelig på grunn av for lite resurser.

Det skal i følge Forskrift om legemiddelhåndtering(2008) § 4 være virksomhetsleder som vurderer behovet for, og eventuelt sørge for ekstern kvalitetskontroll av virksomhetens legemiddelhåndtering. Hensikten er å vurdere innholdet i prosedyrer/rutiner i medikamenthåndteringen, og at disse etterleves. Dette er det personer med medisinsk eller farmasøytisk kompetanse som utfører. Kontroll kan bidra til å sikre kvaliteten på skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndteringen, system for opplæring av personalet og rutiner for avviksmeldinger (ibid).

Som tidligere nevnt er helsepersonell forpliktet til å føre journal. Helsedirektoratet (2006) har utgitt en veileder for dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten (Birkeland & Flovik, 2011, kap. 13). Formålet med dokumentasjon er å vise hva som er gjort, hva som skal gjøres av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete tiltak. Det skal også fungere som kommunikasjon med andre som arbeider i helsetjenesten, og dokumentere det som faktisk har skjedd (ibid). Det finnes flere dokumentasjonsprogrammer, og erfaring fra praksis viser at Profil og Gericia brukes mest i hjemmesykepleien. Disse systemene har mange muligheter for sikker dokumentasjon. Mangel på tilgang til enkelte deler av programmene, samt utilstrekkelig opplæring av helsepersonell, gjør at mulighetene ikke utnyttes fullstendig. Forskrift om pasientjournal (2000) § 6 jf. Helsepersonellovens(1999) § 39, sier at det skal være en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Videreutvikling av

journalssystemer er kommunens ansvar, i følge Helse- og omsorgstjenesteloven(2011) § 5-10.

I følge PPS(Dokumentasjon) er det Helsetilsynet i fylke som utfører tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester. Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt og følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen(ibid)

6.2 Sikker legemiddelhåndtering.

Det er legen som har hovedansvaret for rekvirering av legemidler. I følge Helsepersonelloven (1999) § 5, kan legen delegerer legemiddelhåndteringen til annet helsepersonell som er kvalifiserte for oppgaven.

Kommunelegen har det medisinske ansvaret. Virksomhetsleder er gitt ansvar for å gi bemyndigelse til sine ansatte, ved å sørge for tilstrekkelig kompetanse når det gjelder legemiddelhåndtering. Hvis virksomhetsleder ikke selv har legemiddelkompetanse, skal det pekes ut faglig rådgiver med slik kompetanse, jf Forskrift om legemiddelhåndtering, (2008) § 4. Personer som ikke har formell helsefaglig kompetanse, skal ha et mer omfattende kurs enn det som gis til for eksempel hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere (PPS, Legemiddelhåndtering). Medikamenthåndtering omfatter også observasjoner av effekter, bivirkninger og kunne forstå interaksjoner mellom legemidler. Med tanke på bruk av ufaglært arbeidskraft i hjemmesykepleien, er det viktig at gode prosedyrer etterleves og avvik rapporteres (Birkeland & Flovik, 2011, kap.9).

I en artikkel i Sykepleien(2012,nr.5), fortelles det om en ufaglært som gav hurtigvirkende insulin i stedet for langtidsvirkende, til en pasient. Hun visste ikke at det fantes flere typer insulin. Resultatet ble at pasienten falt i koma, og hendelsen ble dysset ned uten rapport eller avviksmelding. Leder av Rådet for sykepleieetikk, Berit Daae Hustad, hevder at sykepleieledere ofte kjenner seg skviset mellom faglig forsvarlighet og kravet om å ikke overskride budsjettet. Her er det forskjell fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Det er ikke vanlig med ufaglærte i spesialisthelsetjenesten, mens i kommunehelsetjenesten kan hvem som helst utføre sykepleieprosedyrer. Med tanke på Samhandlingsformen, som vil øke antallet syke og behandlingstrengende i kommunehelsetjenesten, stilles spørsmålet om dette er faglig forsvarlig. ”All sykepleie skal være kunnskapsbasert”, - dette er selve grunnlaget i

Yrkesetiske retningslinjer. Hustad (2012) påpeker nødvendigheten av flere sykepleierstillinger, slik at vi opprettholder vår profesjon.

I følge Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) § 6 skal oppbevaring av legemidler skje etter produsentens anvisninger i preparatomtalen. Produsentens anvisninger vil vanligvis omhandle forhold som riktig temperatur, lysømfintlighet og holdbarhetsbegrensning etter anbrudd av legemiddelpakninger. Legemidler skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende. Adgang til legemiddellageret begrenses til dem som er tildelt oppgaver med istandgjøring og kontroll av legemidlene (ibid). Når det gjelder medikamenters holdbarhet, kan det være vanskelig å holde kontroll over dette i hjemmesykepleien. Som eksempel har øyedråper kort holdbarhetstid. Erfaringsmessig blir ikke disse alltid er merket med åpningsdato, og virkningen blir da usikker. Dette gjelder også andre legemidler som nitroglyserin mot angina, som kan føre til livsviktige konsekvenser ved utgått holdbarhet.

Riktig håndtering av legemidler er viktig for å oppnå ønsket virkning. Dette innebærer at legemiddelet gis til riktig pasient, riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 7)

Erfaring fra praksis viser at mange medisiner rom er små og det er mange som er tilstede samtidig for å dosere, noe som medfører forstyrrelser og kan gi feildosering. For å redusere risikoen for feilmedisinerings kan man informere medarbeidere om at man ikke vil forstyrres under doseringen, uttaler Pedersen mfl. (2002, referert i Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, s. 162).

Det viser seg at det er betydelig vanskeligere å administrere legemidler til pasient i egen bolig enn i institusjon. I hjemmesykepleien er det mer tidkrevende da pasientene bor spredt utover et stort geografisk område. Hjemmesykepleien løser ofte dette ved å administrere medisinene fra hjemmesykepleiekontoret, der medisinene doseres og deretter kjøres ut til pasientene. Først må det foreligge et vedtak på at hjemmesykepleien skal ha det hele og fulle ansvar for tjenesten. Legemidlene kunne ha vært oppbevart hos pasientene, men hjemmesykepleien kan ikke ta ansvar for A-preparater som oppbevares hjemme hos pasientene, det skal føres regnskap for pasientens forbruk. B-preparater skal også overvåkes nøye fordi de er vanedannende og kan misbrukes. (Birkeland & Flovik, 2011, kapittel 9.)

Kvalitetssikring og medikamenthåndtering i hjemmesykepleien, blir praktisert med hjelp av ulike verktøy. Multidosepakkede legemidler har blitt vanlig i hjemmesykepleien. Ut fra en kommunal undersøkelse fra 2004, hadde 470 av 527 pasienter i hjemmesykepleien multidoser, (Heier et al.,2007).

Det er et eget firma som står for tillagingen av multidosene, der det er maskiner som legger medikamentene. Dosene blir pakket i små poser merket med pasientens navn, fødselsdato, tidspunkt og legemiddelnavn. Det er det lokale apotek som får multidosepakkene tilsendt, og som leverer dem ut til pasientene eller hjemmesykepleiens kontor. Pasientene har gjerne en plasholder som multidoserullene settes inn i, sånn at de kan rive av en dosepakke når de skal ta medisinen til det angitte tidspunkt (Birkeland & Flovik, 2011, kapitel 9). Formålet med multidoser er å kvalitetssikre legemiddelrutinene hos pasienter som har problemer med å administrere dette selv, og i tillegg har flere legemidler som skal tas til ulike tider. Maskinell medisindosering skal være et sikrere alternativ enn manuell dosettfylling. Dette kan friggi sykepleierens tid, som kan nyttes til andre oppgaver. Når legemidler skal seponeres, er det mindre medikamenter som må kastes. Multidosepakkede legemidler bidrar til klarere rutiner mellom fastlege, apotek og hjemmesykepleie (ibid). Det er ulike meninger om hvor sikkert dette systemet er. Ofte må dosetter legges parallelt med multidoser, pga medisinendringer. Studier har vist at maskinell dosepakking i seg selv ikke er nok for å sikre samsvar mellom legemiddelopplysninger hos legen og hos hjemmesykepleien(Heier et al.,2007). Undersøkelsen viste imidlertid at multidosebruk har synliggjort mangelfulle rutiner for samhandling rundt legemiddelhåndtering. Det at sykepleierne får mindre kjennskap til medikamentene, og dermed mindre oversikt, er en annen utfordring, i følge Birkeland & Flovik(2011, kap.9)

DRUID, Drug Information Database, er en database med legemiddelinteraksjoner, underlagt Statens legemiddelverk. Her kan man søke etter interaksjoner ved å bruke preparatnavn, virkestoff, ATC-koder eller en kombinasjon av disse.(Felleskatalogen.no) Fra praksis vet vi at dette brukes som et hjelpemiddel ved at medisiner legges inn i programmet, og oppdateres med eventuelle interaksjoner. Legen går gjennom listene, og foretar nødvendige seponeringer.

Et hjelpemiddel som kan forbedre kommunikasjon og dokumentasjon i hjemmesykepleien, er PDA(personlig digital assistent). Det er en kombinasjon av mobil

og datamaskin som kan inneholde felles telefonlister, arbeidslister, opplysninger om pasient og pårørende, og oppdaterte legemiddellister. Mange kommuner har positiv erfaring med dette, ved at tidsbruk reduseres og dokumentasjon kvalitetssikres bedre. (Birkeland & Flovik, 2011, s. 178)

I følge Pedersen mfl. (2002, referert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008, s. 161) vil et felles medisinkort for alle deler av helsetjenesten, være et virkemiddel for å redusere feilmedisinering i omsorgstjenesten.

Dette kan sees i samsvar med St. meld. nr. 16 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011, kap. 8) der målet er at alle virksomheter skal være tilknyttet ett felles sikkert elektronisk helsenett. Dette er ikke lovpålagt, noe som fører til at utviklingen tar tid. Målet er å etablere et sikret nettverk for samhandling i helse- og omsorgssektoren i Norge. Det skal bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for både pasienter og befolkningen for øvrig (ibid). Norsk Helsenett er et statlig foretak, og er en elektronisk samhandlingsarena for hele helse- og sosialsektoren - både offentlig og privat sektor. Kunder kan være kommuner, privatpraktiserende leger og spesialister, tannleger og sykehus eller helseforetak(norskhelsenett, nhn.no). Norsk Helsenett SF ble etablert 1. juli 2009, i følge pressemelding nr. 42/09 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, *I trygge hender*, gjennomføres i helsetjenesten i perioden 2011-2013. Kampanjen startet i januar 2011, og målsetningen er å forbedre pasientsikkerheten i Norge (pasientsikkerhetskampanjen.no).

Pasientsikkerhetskampanjen tilbyr konkrete verktøy og tiltak for ledere på alle nivåer for å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen, i følge pressemelding 18.01.12(Helse – og omsorgsdepartementet). Pasientsikkerhetskampanjen har flere tiltak for å redusere pasientskader i primærhelsetjenesten. Et av tiltakene er samstemming av medisinlister i form av ferdig oppsatte maler, laget av kampanjen *Trygge hender*. Hensikten er at alle som omgås pasientens medisinering, skal ha lik informasjon om pasientens faste medisiner. Listene skal følge pasienten ut og inn av sykehus, og inneholder oversikt over faste medisiner, endringer og nye medisiner. Årsaken til medisineringen skal også føres opp (pasientsikkerhetskampanjen.no).

Dette er noen eksempler på verktøy som kan bidra til sikrere medikamenthåndtering. For å begrense legemiddelrelaterte problemer hos eldre hjemmeboende, mener vi det er

et poeng at slike verktøy tas i bruk. Siden felles elektroniske helsenett ikke er lovpålagt, (St.meld. nr. 16) og må finansieres av virksomheten, kan det være noe av grunnen til at utbredelsen er begrenset. Det må være vilje, kunnskap og økonomitilgang fra virksomhetens side til å iverksette slike tiltak.

7.0. KONKLUSJON.

Statistikk peker mot at antallet eldre vil øke i framtiden, som med stor sannsynlighet vil trenge hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Med Samhandlingsreformens ikrafttredelse kan vi forvente at flere og sykere pasienter skrives ut til hjemmene, med større behov for avansert hjelp. Medisinadministrering er, og vil fortsatt være, en omfattende oppgave for hjemmesykepleien. For å begrense omfanget av medikamentrelaterte problemer blant eldre, peker studier på et behov for mer kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Bedre samhandling og kommunikasjon mellom tjenestene er også nødvendig for å sikre kvaliteten på medikamenthåndteringen, og for å ivareta pasientens sikkerhet.

Ut fra vår studie, mener vi det kan det tyde at det er behov for mer forskning angående hjemmeboende eldre og deres egenomsorg. Sykepleieren trenger egnede hjelpemidler for å bedre kvaliteten i medikamenthåndteringen. Her har sykepleier et ansvar med å være pådriver for å ta i bruk ulike verktøy, for eksempel Safe Medication Assessment (SMA) og investeringer som Norsk Helsenett. Økonomi spiller en stor rolle, derfor kan den faglige vurderingen som helsepersonell gjør, være avgjørende for hva den enkelte virksomhet beslutter. Avviksføring er også en viktig faktor som påvirker økonomiske beslutninger i den offentlige helsesektoren. Sykepleiere og annet helsepersonell har, sammen med virksomhetsleder et ansvar for å opprette gode systemer og rutiner for medisinhåndtering, og avviksregistreringer.

Ved å innføre etiske faglige refleksjoner i yrkeshverdagen, kan sykepleiere og annet personell i hjemmesykepleien, bidra til å sikre kvaliteten i tjenesten.

En annen problemstilling det kunne vært interessant å arbeide videre med er hvordan hjemmesykepleien kan sikre kvalitet og verdighet for hjemmeboende døende pasienter, sett i forhold til Samhandlingsreformens utfordringer.

ETTERORD.

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerikt. Vi har lært mye om aldersforandringer, medikamenters virkning og hvor viktig det er å ha gode metoder for å kunne sikre god kvalitet i medikamenthåndteringen til de eldre.

Vi fant mye litteratur, men ikke så mye om hjemmeboende pasienter. Det må tas i betraktning at det sikkert finnes mer stoff om temaet enn det vi har brukt. Imidlertid synes vi det var oppløftende at det finnes et hjelpemiddel for å kartlegge medikamentrelaterte problemer hos hjemmeboende, som ut fra vår kjennskap, ikke brukes i Norge. Dette skaper engasjement til å introdusere det, og ta verktøyet i bruk på våre arbeidsplasser. Vår erfaring er at vi med fordel kunne ha startet tidligere med prosessen, for eksempel å samle stoff og tenke ut problemstilling. Det ble mye arbeid mot slutten av oppgava.

I ettertid ser vi at sykepleieprosessen kunne vært mer framtrødende i oppgava. Temaene vi har valgt er med tanke på å samle data om pasienten, vite hva vi skal observere og opprette tiltak ut fra dette. Evaluering av pasientens medisinbruk må foregå som en kontinuerlig prosess. Sykepleieren må sammen med pasienten samhandle for å oppnå en tilfredsstillende medikamentbehandling. Derfor mener vi det er viktig å vite hvilke områder som kan skape risiko for medikamentproblemer.

LITTERATURLISTE:

*Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo, Akribe AS.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1.utg. Oslo, Akribe AS

*Bollig, G., Ester, A. & Sandro, I.S. (2010) Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, nr. 4(5), s. 304-311.

*Bøggwald, K. P., Rudberg, I., Refsum, H. & Tanum, L. (2012) Kjønn- og aldersforskjeller ved bruk av psykofarmaka. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 2012, 3(132): s. 288-91.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.) Oslo, Gyldendal Akademisk.

*Danielsen, B.V. & Fjær, S. (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, nr. 1(4), s. 28-34.

*Dommerud, T. (2012) Pasient døde etter bytte av hjertemedisin. *Aftenposten*, 10.mars 2012 (internett). Tilgjengelig fra: < <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Pasient-dode-etter-bytte-av-hjertemedisin-6781345.html#.T4rGUtl8Y6A> (Nedlasta 3. april 2012)

*Felleskatalogen.no. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/druid> (nedlasta 5.mai 2012)

Fjørtoft, A.K. (2006): *Hjemmesykepleie, ansvar og muligheter*. Bergen, Fagbokforlaget.

*Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Fastsatt av Helse – og omsorgsdepartementet 3.april 2008 med hjemmel i lov 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080403-0320.html> (nedlasta 13.april 2012)

*Forskrift om pasientjournal (2000) *Forskrift om pasientjournal*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html> (nedlasta 05.05.12)

* Gabrielsen,B., Otnes, B., Sundby,B., Kalcic, M. & Strand, P. (2011) *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*
Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201133/rapp_201133.pdf (nedlasta 5.mai 2012.)

*Gusdal, A.K., Beckman, C., Wahlstrøm, R. & Tornkvist, L. (2011) District nurses' use for an assessment tool in their daily work with elderly patients' medication management. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39(4), 354-360. Tilgjengelig fra: <http://sjp.sagepub.com/content/39/4/354.full.pdf+html> (nedlasta 10. april 2012)

*Handal, M., Skurtveit, S., Mørland, J.G. (2012) Samtidig bruk av ulike benzodiazepiner. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr.5(132)*, s. 526-30.
Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2223363> (nedlasta 14.april 2012)

*Heier, K.F., Olsen,V.K., Toverud, E.-L., Rognstad, S. & Straand, J. (2007) Riktig legemiddelopplysninger og farvel til dosettene? *Sykepleien Forskning*, 2(3), s. 166-170.
Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/118275/riktig-legemiddelopplysninger-og-farvel-til-dosettene?> (Nedlasta 12 .april 2012)

*Helse – og omsorgsdepartementet. (2009) *Norsk Helsenet SF etableres 1.juli 2009*.
Pressemelding nr. 42/09. (01.07.2009). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/presSESenter/pressemeldinger/2009/norsk-helsenett-sf-etableres-1-juli-2009.html?id=570545> (Nedlasta 12. april 2012)

*Helse – og omsorgsdepartementet. (2012) *Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen deltar på ettårsjubileet til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender*. Pressemelding 18.01.12.
Tilgjengelig fra.:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/presSESenter/pressemeldinger/2012/helse--og-omsorgsminister-anne-grete-str.html?id=670008> (Nedlasta 12. april 2012)

Helse-og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-20110624-030.html>
(Nedlasta 15. april 2012)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*.
Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#5> (Nedlasta 19.april 2012)

*Hustad, Daae Berit (2012). Når lederen tier om avvik. *Sykepleien* .5(4), s. 70-71.

*I trygge hender – 24/7. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. (17.04.12) *Samstemming av medisinalister*. Tilgjengelig fra :
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Samstemming+av+legemiddellister.16.cms> (nedlasta 6. mai 2012)

Jacobsen, D., S.E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund, og K. Solheim (2001)
Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi. (1.utg. 2001, 5. oppl. 2006). Oslo,
Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Juliebø, Vibeke (2009) Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens & Alderspsykiatri*. 13(1), s. 13-16. Tilgjengelig fra:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=2525> (Nedlasta 11. april 2012)

*Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier, - analyse og evaluering*. (2.utg.1998) Oslo, Ad Notam Gyldendal A/S.

Kirkevold, M., Brodtkorb K., & Ranhoff A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2005) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1 og 4. (1. utg. 2006) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

*Lindskog, B. I.(2003) *Gyldendals store medisinske ordbok*. 2.utg. 2003, (3.oppl. 2007) Oslo, Gyldendal Akademisk.

Nordeng, H., O.Spigset (2007) *Legemidler og bruken av dem*. (1.utg). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

*NorskHelsenett. *Om oss*. (internett) Trondheim, Norsk Helsenett. Tilgjengelig fra: <http://www.nhn.no/om-oss> (Nedlasta 30.april 2012)

*Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2010. Kap. G6 – Interaksjoner, kap. G10 – Eldre og legemidler. Bergen, Fagbokforlaget.

*Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (Nedlasta 16. april 2012)

PPS, Praktiske prosedyrer i sykepleien, digitaldokumentasjonsbase med tilgang via Classfrontier, Akribe.

*Rognstad, S., & Straand, J. (2004) Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr.6(124), s 810-812.

Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/994172> (Nedlasta 16. april 2012)

*Skjerdal, J. W. (2012) Forgiftningsfare ved overgang fra digitoksin til digoksin.

Helsebiblioteket.no 06.03.2012. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Aktuelt+%28arkiv%29/Forgiftningsfare+ved+overgang+fra+digitoksin+til+digoksin.142520.cms> (Nedlasta 14. april 2012)

*Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/pleie/> (nedlasta 20. april

2012)

*Sykepleierforbundet.no (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig

fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (nedlasta 20. april 2012)

*Uio.no: *UiO - Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet*. Tilgjengelig fra:

<http://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/jorunds/index.html> (nedlasta 29. april 2012)

