

10052

# Hvordan kan sykepleiere bidra i identifiseringen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7571

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Januar 2022



10052

# **Hvordan kan sykepleiere bidra i identifiseringen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7571

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Sammenlignet med 2007, forventes det at antall eldre over 67 år vil fordobles frem mot 2050. Dette medfører en økt forekomst av en rekke aldersrelaterte sykdommer. Legemiddelbehandling har en sentral rolle i behandlingen av sykdommer og plager hos eldre. Samtidig som legemidler forhindrer sykdomsutvikling, kan det også oppstå bivirkninger, noe eldre er særlig utsatt for. Med hensyn til mengden legemidler som forskrives, er det tankevekkende hvor lite oppmerksomhet som rettes mot legemidlenes effekt og bivirkning. På grunn av hjemmesykepleierens daglige kontakt med pasienter, har sykepleierne en sentral rolle i å observere og vurdere endringer hos pasienten.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å identifisere bivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten.

**Metode:** Et systematisk litteraturstudium basert på åtte artikler.

**Resultat:** Risikofaktorer for bivirkninger, og symptomer som indikerer bivirkninger nevnes som nødvendig kunnskap for identifisering av bivirkninger. Både sykepleiere og pasienter manglet kunnskap på dette området. Videre viste kartleggingsverktøy og målinger av vitale parametere seg å være nyttige for å oppdage bivirkninger. Dårlig tid i hjemmesykepleien førte til mindre pasientkontakt, dårligere sykepleier-pasient-relasjon og mangelfull tid til observasjoner. Dette påvirket identifiseringen av bivirkninger negativt.

**Konklusjon:** Sykepleiere kjenner på et stort ansvar i legemiddelhåndteringen og etterlyser rutiner, opplæring og tettere samhandling med lege. Kommunen må ta sitt ansvar på alvor og gi sykepleiere nødvendige ressurser og verktøy for å bedre kunne bidra i identifiseringen av legemidler hos eldre. Sykepleierne må på sin side ta ansvaret om faglig forsvarlighet på alvor. Kartleggingsverktøy kan med fordel tas i bruk, og pasientene behøver informasjon for å kunne medvirke i legemiddelbehandlingen og identifiseringen av bivirkninger.

**Nøkkelord:** bivirkninger, eldre, hjemmesykepleien, identifisere, observere, sykepleier-pasient-relasjon

# Abstract

**Background:** Compared to 2007, it is expected that the number of older people over the age of 67 will double by 2050. This leads to an increased incidence of age-related diseases. Medication treatment has an important role in the treatment of diseases and ailments in the elderly. In addition to improve the patient's health and prevent disease development, medication can cause side effects, and the elderly are particularly vulnerable. With regard to the amount of drugs that are prescribed, it is thought-provoking how little attention is paid to the drugs' effects and side effects. Due to the home care nurse's daily contact with patients, the nurses have an important role in observing and assessing changes in the patient.

**Aim:** The purpose of the thesis is to investigate how a nurse can contribute to identifying side effects in the elderly in the home care service.

**Method:** A systematic literature study based on eight articles.

**Result:** Risk factors for side effects, and symptoms indicating adverse reactions are mentioned as necessary knowledge to identify side effects. Both nurses and patients lacked knowledge in this area. Furthermore, assessment tools and measurements of vital parameters proved to be useful for detecting side effects. Poor time in home nursing led to less patient contact, poorer nurse-patient-relationship and insufficient time for observations. This negatively affected the identification of side effects.

**Conclusion:** Nurses feel a great responsibility in the handling of medicines and call for routines, education and closer interaction with the doctor. The municipality must take its responsibility seriously and provide the nurse with the necessary resources and tools to better contribute to the identification of medicines in the elderly. The nurse, for her part, must take the responsibility for professional soundness seriously. Assessment tools may be used, and patients need information to participate in drug treatment and the identification of side effects.

**Keywords:** side effects, adverse drug effects, elderly, home nursing, identify, observe, nurse-patient-relationship

«Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiersker, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere; hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som tyder på det motsatte; hvilke som er nyttige, og hvilke som ikke er det (...)»

(Florence Nightingale, 1997, s. 149).

# Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1.	Introduksjon og bakgrunn til tema .....	1
1.2.	Teoretisk perspektiv/begreper .....	2
1.2.1.	Legemiddelbivirkninger .....	2
1.2.2.	Eldre og bivirkninger .....	2
1.2.3.	Sykepleiers rolle og lovverk knyttet til legemiddelprosessen .....	3
1.2.4.	Florence Nightingale .....	4
1.3.	Hensikt, problemstilling og avgrensning .....	4
2.	Metode .....	5
2.1.	Beskrivelse av metode .....	5
2.2.	Søkehistorikk/søkestrategi .....	5
2.3.	Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler .....	10
2.4.	Analyse.....	10
3.	Resultater .....	12
3.1.	Artikkelmatriser .....	12
3.2.	Tematisk resultat .....	16
3.2.1.	Risikolegemidler og symptomer som indikerer bivirkninger.....	16
3.2.2.	Verktøy til hjelp i identifiseringen .....	17
3.2.3.	Behov for økt kunnskap hos sykepleiere.....	17
3.2.4.	Pasientens opplevelse av informasjonsflyt og relasjon til helsepersonell ....	17
3.2.5.	Tverrprofesjonell samhandling og organisatoriske utfordringer.....	18
4.	Diskusjon .....	19
4.1.1.	Nødvendig kunnskap og ferdigheter for identifisering av bivirkninger .....	19
4.1.2.	Behov for kompetanseheving og bedre rutiner .....	20
4.1.3.	Pasienten som ressurs .....	21
4.1.4.	Tid med pasienten – en forutsetning for å kunne observere.....	23
4.2.	Implikasjoner for sykepleie.....	24
4.3.	Styrker og svakheter med litteraturstudiet .....	25
4.4.	Konklusjon .....	26
	Referanser.....	27



# Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	5
Tabell 2.2 PICO-skjema.....	6
Tabell 2.3 Søketabell .....	6
Tabell 2.4 Hovedtema og nøkkelfunn .....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise A .....	12
Tabell 3.2 Artikkelmatrise B .....	12
Tabell 3.3 Artikkelmatrise C .....	13
Tabell 3.4 Artikkelmatrise D.....	13
Tabell 3.5 Artikkelmatrise E .....	14
Tabell 3.6 Artikkelmatrise F .....	14
Tabell 3.7 Artikkelmatrise G.....	15
Tabell 3.8 Artikkelmatrise H.....	15

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon og bakgrunn til tema

Et karakteristisk trekk ved moderne samfunn er at andelen eldre i befolkningen øker. I Norge så man denne utviklingen allerede rundt 1950 (Romøren, 2016). Det forventes en ny økning frem mot 2050, der antall eldre over 67 år vil fordobles sammenlignet med 2007 (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Med et økt antall eldre i befolkningen, øker også forekomsten av en rekke aldersrelaterte sykdommer som kols, kreft, demens, diabetes og hjertesvikt. Dette medfører store utfordringer for helsetjenesten, som får ansvar for et økt antall eldre og syke pasienter. Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)), tar opp disse utfordringene og vektlegger at den økte forekomsten av eldre med aldersrelaterte sykdommer, i størst mulig grad skal løses i kommunene. Videre skal kommunene sørge for tidlig diagnostisering og intervensjon, oppfølging og behandling, samt forebygging av sykdom. For å hindre sykdomsutvikling bør behov identifiseres slik at tjenester kan settes inn så tidlig som mulig (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Av de som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2016, fikk 63 % helsetjenester i hjemmet (Næss, 2020). Tendensen ser ut til å være at antall pasienter som mottar hjemmesykepleie øker, mens sykehjemsplasser og omsorgsboliger holder seg noenlunde stabile (Bergsagel, 2020).

I forebyggingen og behandlingen av sykdommer og plager hos eldre, har moderne legemiddelbehandling en viktig rolle (Romskaug & Bakken, 2022). Tall fra 2016 viser at 90 % av eldre over 65 år fikk ett eller flere legemidler på resept, mot 65 % av de under 65 år (Engdahl et al., 2018). Videre viser rapporten at 67 % av eldre legemiddelbrukere brukte fem eller flere legemidler og 28 % brukte 10 eller flere. 60 % av befolkningen over 65 år hadde altså polyfarmasi, som ofte defineres som daglig bruk av fem eller flere legemidler (Masnoon et al., 2017).

Samtidig som legemidler kan bidra til å dempe lidelser og symptomer hos eldre, er eldre av flere grunner spesielt utsatt for legemiddelbivirkninger. Biologiske aldersforandringer hos eldre fører til redusert organkapasitet og svekkede reguleringsmekanismer, som igjen påvirker effekt og omsetning av legemidler (Ranhoff & Engh, 2020). I tillegg fører komorbiditet og polyfarmasi til en mer uforutsigbar legemiddelrespons og øker risikoen for legemiddelinteraksjoner og bivirkninger. Legemiddelbivirkninger medvirker trolig til rundt 10-20 % av alle sykehusinnleggelse blant eldre (Romskaug & Bakken, 2022), og er et stort folkehelseproblem (Nordeng & Spigset, 2018).

Sykepleiere har flere viktige oppgaver i legemiddelhåndteringen som innebærer mer enn bare administrasjon og utdeling av legemidler. Informasjon, opplæring, observasjon og oppfølging av legemiddelbruk er like fullt deler av legemiddelhåndteringsprosessen (Andberg et al., 2020). På grunn av den hyppige pasientkontakten, står sykepleierne i en særlig god posisjon for å kunne observere endringer hos pasienten (Jeppestøl, 2017; Ranhoff & Engh, 2020). Dette gjør at sykepleiere har et spesielt ansvar i observasjonen og vurderingen av legemidlenes virkning og bivirkning (Andberg et al., 2020). Jeg ønsker å se nærmere på dette ansvaret, og tilegne meg kunnskap om hvordan sykepleiere kan bruke sine ferdigheter og sin posisjon til klinisk observasjon og oppfølging av legemiddelbruk blant eldre i hjemmetjenesten.

## 1.2. Teoretisk perspektiv/begreper

I dette kapitlet presenteres teoretiske begreper som er sentrale i problemstillingen. Teorien belyser problemstillingen og danner det faglige grunnlaget for oppgaven.

### 1.2.1. Legemiddelbivirkninger

Alle legemidler med terapeutisk effekt kan også medføre uønskede effekter og bivirkninger (Myhr, 2017). En bivirkning defineres som «en skadelig og utilsiktet virkning av et legemiddel.» (legemiddelforskriften, 2009, § 10-1) Definisjonen omfatter både bivirkninger ved korrekt og feil bruk, som ved overdose eller medisineringsfeil. En bivirkning kan for eksempel være et utslett, hodepine eller blodtrykksendringer (Reuther et al., 2017). Bivirkninger kan deles inn i doseavhengige og doseuavhengige bivirkninger (Reuther et al., 2017). Det er også vanlig å dele bivirkninger inn i følgende seks hovedtyper:

- a. Forutsigbare
- b. Ikke forutsigbare
- c. Legemiddelbivirkninger som følge av langvarig bruk
- d. Senbivirkninger
- e. Bivirkninger som følge av seponering
- f. Uventet terapivikt. (Myhr, 2017).

Også legemiddelinteraksjoner går inn under denne definisjonen og er ofte årsaken til f.; uventet terapivikt (Myhr, 2017). De forutsigbare bivirkningene er den største gruppen og utgjør ca. 80 % av alle bivirkninger. Disse er doserelaterte og kan i prinsippet forekomme hos alle, dersom dosen økes tilstrekkelig (Nordeng & Spigset, 2018). Forutsigbare bivirkninger kommer av legemidlets kjente og forutsigbare virkningsmekanismer, og kan komme til uttrykk både som en forsterket effekt av legemiddelet, eller som en sidevirkning (Reuther et al., 2017). Denne typen bivirkninger avdekkes ofte under de kliniske utprøvingene, før medikamentet kommer i salg (Myhr, 2017).

### 1.2.2. Eldre og bivirkninger

Eldre bruker ofte flere legemidler enn yngre, noe som øker risikoen for legemiddelinteraksjoner og bivirkninger. I tillegg har eldre mindre evne til å kompensere når legemidlene gir sterkere effekt enn ønsket, og er mer sårbare ovenfor uhensiktsmessige legemiddeleffekter (Ranhoff & Engh, 2020). Dette skyldes økt grad av komorbiditet, kroniske sykdommer, skrøpelighet og funksjonstap, samt naturlige aldersforandringer som bidrar til endret omsetning og effekt av legemidler (Romskaug & Bakken, 2020).

Eldre har, i større grad enn yngre, uspesifikke bivirkninger som kan være vanskelig å oppdage. Legemiddelbivirkninger kan også feilaktig tolkes som et nytt symptom på en allerede eksisterende sykdom, en nyoppstått sykdom, eller naturlige aldersendringer hos pasienten (Romskaug & Bakken, 2020). Slik kan det oppstå en såkalt forskrivningskaskade, hvor en behandler bivirkningen av et legemiddel med et nytt legemiddel, som igjen kan gi nye bivirkninger. For å unngå dette, er det viktig at alle aktørene som håndterer pasientens medisiner har tilstrekkelig kunnskap om farmakologi og legemidler (Reuther et al., 2017). Forvirring, svimmelhet, falltendens, dårlig matlyst og obstipasjon er eksempler på symptomer hos eldre som kan skyldes

legemiddelbivirkninger, men også tolkes som forverring av eksisterende, eller nyoppstått sykdom, eller normale aldersforandringer (Romskaug & Bakken, 2020).

I likhet med bivirkninger generelt, skyldes de fleste bivirkninger blant eldre forutsigbare bivirkninger. De oppstår fordi en ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til fysiologiske aldersforandringer og svekkede homeostatiske mekanismer hos eldre. Eksempler på slike forutsigbare legemiddelbivirkninger er fall og ortostatisk hypotensjon som følge av blodtrykksenkende medikamenter; dehydrering forårsaket av diuretika; hypoglykemi av insulin; sedasjon av benzodiazepiner og blødninger av for eksempel warfarin (Wyller, 2020). Eldre har økt følsomhet for flere typer legemidler. Enkelte legemidler betraktes derfor som risikolegemidler og bør unngås, eller brukes med stor forsiktighet. I hvor stor grad aldersendringer og sykdom påvirker legemiddeleffekten, varierer fra person til person. I tillegg blir de individuelle forskjellene større med økende alder. Det er heller ikke uvanlig at eldre går ned i vekt, og dermed har behov for justeringer av legemiddeldosene (Ranhoff & Engh, 2020). Tett oppfølging og dynamisk legemiddelbruk er nødvendig hos eldre. Oppfølging både ved oppstart og seponering av legemidler og å ta pasient og pårørende med på beslutninger, er eksempler på generelle retningslinjer for legemiddelbehandling hos eldre (Romskaug & Bakken, 2020).

### 1.2.3. Sykepleiers rolle og lovverk knyttet til legemiddelprosessen

Medisinering hos eldre i hjemmetjenesten er en utfordrende oppgave som krever kompetanse og tid hos sykepleiere (Jeppestøl, 2017). På grunn av vage symptomer hos eldre, og usikkerheten rundt hva symptomene kommer av, må en aktivt se etter mulige bivirkninger. Kunnskap om hvilke bivirkninger de ulike legemiddelgruppene kan forårsake må ligge til grunn for observasjonene (Wyller, 2020). Sykepleiere i eldreomsorgen behøver spesielt kunnskap om legemiddelbehandling til eldre. De bør også kjenne til pasientenes diagnoser, og hvorfor de ulike legemidlene er forskrevet, for å kunne observere effekt og eventuelle bivirkninger, samt gi rett informasjon til pasienten (Ranhoff & Engh, 2020). Regelmessige observasjoner av pasientene er en forutsetning for forsvarlig legemiddelbehandling (Andberg et al., 2020), og sykepleiere skal aktivt observere, og følge opp eventuelle bivirkninger ved å spørre ut pasienten om disse (Nordeng & Spigset, 2018). Når en sykepleier oppdager endringer i pasientens tilstand, bør han/hun alltid vurdere om endringen kan skyldes legemiddelbivirkninger. Endringene skal rapporteres til lege slik at legemiddelbehandlingen kan justeres (Ranhoff & Engh, 2020).

Sykepleiere har plikt til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I dette ligger også ansvaret for å vurdere egen kompetanse og holde seg faglig oppdatert på det fagfeltet en arbeider med (Helsedirektoratet, 2018). Virksomhetsleder har ansvar for å utarbeide rutiner og prosedyrer for sikker legemiddelhåndtering og sørge for kompetanseheving og opplæring av personell når det anses nødvendig (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 4). Pasienten har rett til informasjon om sin egen helsetilstand og helsehjelpen som gis, samt mulighet til å medvirke i behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 og § 3-2). Det innebærer også informasjon om legemidler og mulige risikoer eller bivirkninger. Sykepleiere skal, så langt som mulig, forsikre seg om at innholdet i informasjonen som blir gitt også blir forstått av pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

### 1.2.4. Florence Nightingale

Sykepleieteoretikeren Florence Nightingale var blant annet opptatt av sykepleieres evne til observasjon av syke (Nightingale, 1997). Hun mente at observasjonsevnen til sykepleiere var av så stor betydning, at en like gjerne kunne gi opp å bli sykepleier dersom en ikke klarte å venne seg til å observere. Korrekt og tilstrekkelig observasjon blir trukket frem som avgjørende for å kunne vite om pasientens helse er i bedring eller ikke. Det understrekes også klart at god observasjon ikke er nødvendig for observasjonens skyld, men for å fremme helse hos pasienten (Nightingale, 1997).

Nightingale legger vekt på å ha kunnskap om det som skal observeres og å vite hvordan en kan observere. Videre behøver sykepleiere evne til å sortere hvilke observasjoner som er nyttige og hvilke som ikke er det, og evne til å vurdere hva de ulike observasjonene kan tyde på. Nightingale peker også på viktigheten av å observere legemidlers virkning og trekker frem legemiddelet kinin som eksempel. Videre nevner hun at hukommelsestap er en vanlig bivirkning ved dette legemiddelet, men at kun en observant sykepleier vil være klar over det (Nightingale, 1997).

### 1.3. Hensikt, problemstilling og avgrensning

Målet med oppgaven er å belyse sykepleiers rolle i oppfølgingen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmesykepleien. Jeg vil legge vekt på de forutsigbare og doseavhengige bivirkningene, som utgjør 80 % av alle bivirkninger. Oppgaven kommenterer ikke legemiddelbivirkninger ved feil bruk, som ved utilstrekkelig etterlevelse, overdose eller medisineringsfeil.

Noen av forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven skiller mellom begrepene tegn og symptom, andre gjør ikke. Jeg har derfor valgt å bruke begrepet symptom om både symptomer og tegn.

Oppgavens hovedfokus vil dreie seg om hvordan sykepleiere kan identifisere og oppdage bivirkninger, og på denne måten redusere forekomsten av bivirkninger. Oppgaven har et tydelig sykepleieperspektiv, men vil i noen grad berøre sykepleiers samhandling mellom fastlege og andre ansatte i hjemmetjenesten. Systematiske legemiddelgjennomganger er utelatt fra oppgaven.

På bakgrunn av dette har jeg utformet følgende problemstilling:

**Hvordan kan sykepleiere bidra i identifiseringen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten?**

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

En metode er en fremgangsmåte som benyttes for å innhente ny kunnskap (Aubert, 1985). I denne oppgaven benytter jeg litteraturstudium som metode. Denne metoden går ut på å innhente data fra allerede eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2017). Eksisterende kunnskap er innhentet gjennom systematiske litteratursøk i ulike databaser, offentlige dokumenter som lovverk og stortingsmeldinger, samt fagbøker og pensumlitteratur. Den innhentede kunnskapen skal sammen bidra til å belyse identifiseringen av bivirkninger i hjemmetjenesten.

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede hvordan jeg har gått frem i de systematiske søkene, og hvordan jeg har kommet frem til valgte forskningsartikler og resultat. For å få oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier er disse presentert i en tabell. Søkehistorikk med valgte artikler er presentert i en søketabell. I metodedelens to siste kapitler forklares kvalitetsvurderingen og utvelgelsen av de valgte artiklene, samt hvordan artiklene er analysert for å komme frem til relevante hovedtema og nøkkelfunn.

**Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: Norsk, dansk, svensk og engelsk	Artikler publisert før år 2012.
Fagfelleurderte forskningsartikler	Artikler som primært omhandler legemiddel-etterlevelse eller medisineringsfeil.
Artikler publisert i tidsrommet 2012 til og med 2022 (siste 10 år)	Artikler som primært omhandler farmasøyt.
Geografisk: Studier fra vesten (Vest-Europa, USA, Canada og Oseania)	Artikler som primært omhandler legemiddelgjennomganger.
Pasienter > 65 år	
Artikler som omhandler legemiddelbivirkning	

### 2.2. Søkehistorikk/søkestrategi

Det ble gjort flere usystematiske søk før jeg begynte å søke systematisk. Dette ble gjort for å tilegne meg kunnskap på området, kartlegge hvilken, og hvor mye forskning som fantes og få hjelp til å bestemme retning for problemstillingen. Det ble i første omgang søkt med søkeord som «side effects», «drug effect», «medication» «risk assessment», «knowledge», «home care», «older people» og «polypharmacy». Etter hvert bestemte jeg meg for å begrense temaet til bivirkninger og utelate effekt. Gjennom denne prosessen fant jeg flere synonyme søkeord for blant annet bivirkninger som jeg inkluderte for å få flere treff.

De systematiske søkene ble gjort i Chinal, PubMed og Idunn med søkeord fra PICO-skjemaet. Ordene i samme rute i PICO-skjemaet ble kombinert med «OR» og de ulike rutene med «AND». I Chinal ble \* benyttet for å inkludere alle endinger på nurs\*, identif\*, observe\* og recogni\*.

**Tabell 2.2 PICO-skjema**

<b>P (Patient/population)</b> <i>Hvem ønsker vi å få vite noe om? Pasientgruppe, diagnose, problem</i>	<b>I (Intervention)</b> <i>Hvilke tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å få vite noe om?</i>	<b>C (Comparison)</b> <i>Brukes i de tilfellene hvor vi sammenlignes to forskjellige tiltak</i>	<b>O (Outcome)</b> <i>Hvilke utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i?</i>
Pasienter i hjemmesykepleien (home care OR home health care)	Kunnskap (knowledge)		Identifisering (identify OR observe OR recognition)
Bivirkninger (Side effects, adverse drug reactions OR adverse drug events OR adverse drug effects OR Drug-related problems)			
Sykepleier (nurs*)			

**Tabell 2.3 Søketablell**

<b>Database</b>	<b>Dato</b>	<b>Søk</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Valgte artikler</b>
Chinal	25.04.22	S1	"home care" OR (MH "Home Health Care+")		62.139	
		S2	Nurs*		1.002.727	
		S3	Drug-related problems OR side effects OR adverse drug reactions OR adverse drug events OR adverse drug effects		85.789	
		S4	Identif* OR recogni* OR observe*		1.198.769	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		58	

		S6		2012-2021. aged: 65+ years	17	1 (A)
PubMed	28.04.22	S1	<p>((identify) OR (observe) OR (Recognition)) AND (("home care"[Title/abstract]) OR ("homecare"[Title/abstract]) OR ("home healthcare"[Title/abstract])) AND (("adverse drug reaction"[Title/abstract]) OR ("adverse drug reactions"[Title/abstract]) OR ("side effects"[Title/abstract]) OR ("side effect"[Title/abstract]) OR ("adverse drug events"[Title/abstract]) OR ("adverse effects"[Title/abstract]) AND (medication[Title/abstract]))) NOT ((pharmacist[Title/abstract]) OR (palliative[Title/abstract]))</p>	Last 10 years	41	2 (B, C)
PubMed	28.04.22	S1	<p>((("nurse") OR ("nurses") OR ("nursing")) AND ("knowledge") AND ((("home care") OR ("home healthcare")) AND (("adverse drug reaction") OR ("side effect") OR ("side effects"))</p>	Last 10 years	13	1 (D)



Idunn	02.05.22	S1	Hjemmetjenesten, bivirkning, eldre		14	
		S2		Forsknings- artikkel	5	1 (E)

#### Hånd søk:

I tillegg til strukturerte søk ble det funnet tre artikler via andre artikler (Sino et al., 2013; Grasbekk et al., 2017; Al-Jumaili et al., 2018).

#### Inkluderte artikler:

- A. Dimitrow, M., Puustinen, J., Viikari, P., Puumalainen, E., Vahlberg, T., Airaksinen, M. S., & Kivelä, S. L. (2018). Can practical nurses identify older home care clients at risk of drug-related problems–Geriatricians’ appraisal of their risk screenings: a pilot study. *Journal of Pharmacy Technology*, 34(3), 99-108. <https://doi.org/10.1177/87551225187563>
- B. Sino, C. G., Bouvy, M. L., Jansen, P. A., Schop, I. M., Egberts, T. C., & Schuurmans, M. J. (2013). Signs and symptoms indicative of potential adverse drug reactions in homecare patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(12), 920-925. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.014>
- C. Dijkstra, N. E., Sino, C. G., Schuurmans, M. J., Schoonhoven, L., & Heerdink, E. R. (2020). Medication self-management: Considerations and decisions by older people living at home. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 18(3), 2410-2423. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.004>
- D. Dijkstra, N. E., Vervloet, M., Sino, C. G., Heerdink, E. R., Nelissen-Vrancken, M., Bleijenbergh, N., Bruin, M. D & Schoonhoven, L. (2021). Home Care Patients’ Experiences with Home Care Nurses’ Support in Medication Adherence. *Patient preference and adherence*, 15, 1929-1940. <https://doi.org/10.2147/PPA.S302818>

- E. Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Formanek, M. N., & Halvorsen, T. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende-brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(1), 20-31. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03>
- F. Sino, C. G., van Dooren, A., Haverkamp, A., & Schuurmans, M. J. (2013). Recognition of Drug Related Problems by Home healthcare Employees. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8), 41-49. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n8p41>
- G. Grasbekk, K., Halvorsrun, L. & Debesay, J. (2017). Mer kompetanse og bedre rutiner. *Geriatrisk sykepleie*, 9(1), 18-25. [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2017-02-16\\_0.pdf#Page=18](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017-02-16_0.pdf#Page=18)
- H. Al-Jumaili, A. A., & Doucette, W. R. (2018). A systems approach to identify factors influencing adverse drug events in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(7), 1420-1427. <https://doi.org/10.1111/jgs.15389>

## 2.3. Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler

De ulike søkene ga flere treff. I første omgang leste jeg kun overskriftene for å utelukke irrelevante artikler. Blant annet ble artikler med overskrift som omhandlet farmasøytis betydning i legemiddelhåndteringen luket ut. Deretter leste jeg gjennom sammendragene og forsøkte å få tak på den sentrale informasjonen. Artiklene ble vurdert ut ifra om de hadde et tydelig formål og resultat, om de svarte på problemstillingen og hvor relevante de var for min oppgave (Helsebiblioteket, 2016). Både kvalitative og kvantitative artikler ble vurdert som aktuelle for å besvare problemstillingen. Implikasjonene for sykepleiefaget ble også vurdert. I tillegg til strukturerte søk ble det funnet noen artikler via andre artikler. Tre av disse ble inkludert.

At artiklene var fagfellevurderte, hadde en tydelig IMRAD-struktur og var yngre enn ti år var en forutsetning for å ta de med i oppgaven. Det ble også tatt hensyn til hvor studiene ble gjennomført. Det er i all hovedsak inkludert studier fra Europa. Av disse er fire fra Nederland, to fra Norge og en fra Finland. En studie fra USA er også inkludert. Av de åtte artiklene er syv fra hjemmetjenesten. Det ble tatt med en artikkel fra sykehjem da jeg anså flere av resultatene som overførbare til hjemmetjenesten og relevante for drøftingen. Jeg fant ikke tilsvarende forskning gjort i hjemmetjenesten.

## 2.4. Analyse

De utvalgte artiklene ble analysert, inspirert av Evans' (2002) innholdsanalyse. Modellen består av fire trinn og innebærer å finne et utvalg artikler, identifisere hovedfunnene, gjenkjenne temaer på tvers av studiene og sette funnene sammen for å beskrive et fenomen. Så langt i metodekapittelet er trinn 1; funn av artikler, presentert og forklart. Fremgangsmåte i trinn 2-4 forklares derfor her.

### **Trinn 2:**

Artiklene ble lest nøye og resultatene fra hver enkelt artikkel ble identifisert. Jeg brukte programmet «Foxit reader» for å lese gjennom, og markerte funn som var relevante for problemstillingen i ulike fargekoder. En sammenfatning av resultatene ble i første omgang skrevet inn i artikkelmatrisene til hver enkelt artikkel.

### **Trinn 3:**

Gjennom prosessen i trinn 2, gjorde jeg meg noen tanker om hvilke temaer som gikk igjen i de ulike artiklene. Jeg satte opp en tabell med fire hovedtemaer; Kartleggingsverktøy; nødvendig kunnskap og ferdigheter; organisatoriske utfordringer; tverrfaglig samarbeid og sykepleier-pasient-relasjon. Jeg forsøkte deretter å plassere de relevante funnene under disse temaene. Resultater som ikke bidro til å besvare problemstillingen ble utelatt. I denne prosessen ble et hovedtema lagt til og to slått sammen. Ordlyden i hovedtemaene ble også endret for å tydeligere fortelle noe om innholdet. Jeg ente opp med fem hovedtemaer som var relevante for problemstillingen. Videre ble resultatene slått sammen og samlet i ulike nøkkelfunn. Denne inndelingen av hovedtema og nøkkelfunn er vist i tabell 2.4.; *Hovedtema med nøkkelfunn*.

### **Trinn 4:**

Med utgangspunkt i tabellen, ble resultatene utdypet og presentert i en sammenhengende tekst. Presentasjonen er plassert i neste kapittel under 3.2.; *Tematisk resultat*.

**Tabell 2.4 Hovedtema og nøkkelfunn**

Hovedtema	Nøkkelfunn/undertema	Knyttet til artikkel
<b>Risikolegemidler og symptomer som indikerer bivirkninger</b>	• Risikolegemidler økte faren for bivirkninger.	A, H
	• Mange pasienter hadde symptomer som kunne skyldes legemiddelbivirkninger.	A, B, C, H
	• Vanlige symptomer på bivirkninger (eks.; blødninger, blåmerker, forvirring og svimmelhet).	A, B, H
	• 50 – 85 % av fallene ble antatt å kunne skyldes legemiddelbivirkninger.	A, H
<b>Verktøy til hjelp i identifisering av bivirkninger</b>	• Kartleggingsverktøy kan bidra i identifisering.	A, B
	• Kartlegging/måling av vitale parametere	A, H
<b>Behov for økt kunnskap</b>	• Sykepleiere opplevde at det var vanskelig å tolke kroppsspråk og verbale uttrykk og gjenkjenne symptomer.	F, G
	• Sykepleiere behøver økt kunnskap om legemidler, bivirkninger, symptomer og risikofaktorer for bivirkninger.	D, F, G
	• Sykepleiere hadde mer kunnskap om bivirkninger enn assistentene.	F
<b>Pasientens opplevelse av informasjonsflyt og relasjon til helsepersonell</b>	• Pasientenes åpenhet i møte med ulikt helsepersonell	D, E, F
	• Pasienter opplevde at sykepleiere hadde dårlig tid.	D, E
	• Pasienter manglet beskjed om medikamentelle endringer.	C, E
	• Pasientene fikk mangelfull og dårlig tilpasset informasjon.	C, E
<b>Tverrprofesjonell samhandling og organisatoriske utfordringer</b>	• Tverrprofesjonell samhandling påvirket forekomsten og identifisering av bivirkninger.	A, F, G, H
	• Mangelfulle rutiner.	E, G
	• Mangel på tid i hjemmetjenesten.	D E, G

## 3. Resultater

### 3.1. Artikkelmatiser

Tabell 3.1 Artikkelmatiser A

<b>Referanse</b>	<b>A) Dimitrow et al. (2018). Can Practical Nurses Identify Older Home Care Clients at Risk of Drug-Related Problems- Geriatricians' Appraisal of Their Risk Screenings: A Pilot Study. <i>Journal of Pharmacy Technology</i>, 34(3), 99-108. <a href="https://doi.org/10.1177/87551225187563">https://doi.org/10.1177/87551225187563</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Undersøke hvor sensitivt et sykepleieradministrert risikoverktøy for legemiddelrelaterte problemer (DRP-RAT) er, sammenlignet med en geriaters vurdering av journalen. Studien ville også identifisere de mest klinisk signifikante legemiddelrelaterte problemene.
<b>Metode</b>	Kvantitativ, deskriptiv studie. En geriatr gjennomgikk medisinene til 45 eldre pasienter (64-96 år) i hjemmetjenesten i Finland ved hjelp av 3 metoder.
<b>Resultat</b>	93 % (42/45) av pasientene ble klassifisert som «risikopasienter» basert på sykepleierens utfylte risikovurderingsskjemaer og medisinlistene. De to andre gjennomgangsmetodene ga 45/45 risikopasienter. Den mest signifikante risikopredikerende faktoren var symptomer som tydet på bivirkninger. Sykepleierne var i stand til å komme med nyttig og klinisk viktig informasjon gjennom risikovurderingsverktøyet.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Bruk av risikovurderingsverktøy kan gjøre det lettere å involvere sykepleiere i medisinrisikohåndteringen og identifiseringen av bivirkninger blant eldre hjemmeboende.

Tabell 3.2 Artikkelmatiser B

<b>Referanse</b>	<b>B) Sino et al. (2013a). Signs and symptoms indicative of potential adverse drug reactions in homecare patients. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>, 14(12), 920-925. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.014">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.014</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Å undersøke om ansatte i hjemmetjenesten, ved hjelp av en standardisert observasjonsliste, er i stand til å oppdage symptomer som indikerer mulige legemiddelbivirkninger.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Observasjonsstudium. Involverte 115 eldre pasienter (medianalder: 79.3 år) fra hjemmetjenesten i Nederland.
<b>Resultat</b>	De ansatte i hjemmetjenesten observerte totalt 234 symptomer som indikerte mulige legemiddelbivirkninger. 116 av disse ble vurdert til å være legemiddelrelaterte av eksperter. Nøyaktigheten til den standardiserte observasjonslisten var høy.

<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Helsearbeideres registrering av symptomer som indikerer potensielle bivirkninger ved hjelp av en standardisert observasjonsliste kan føre til tidligere gjenkjennelse av bivirkninger hos eldre hjemmeboende.
--	---

**Tabell 3.3 Artikkelmatrise C**

<b>Referanse</b>	<b>C) Dijkstra et al. (2020). Medication self-management: Considerations and decisions by older people living at home. <i>Research in Social and Administrative Pharmacy</i>. 18(3), 2410-2423. <a href="https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.004">https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.004</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Å undersøke hvordan eldre hjemmeboende administrerer medisinene sine og hvilke vurderinger og beslutninger som ligger til grunn for adferden.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. 60 personer over 65 år deltok (medianalder: 86,5 år).
<b>Resultat</b>	Bruksproblemer ble diskutert med helsepersonell, mens reseptfrie legemidler og bivirkninger sjelden eller aldri ble diskutert. Pasientene manglet informasjon om bivirkninger og interaksjoner og tok beslutninger basert på egne opplevelser. Noen pasienter bestemte seg for å seponere legemiddel eller endre doser på egenhånd.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien belyser vurderinger og beslutninger tatt av hjemmeboende eldre og deres kommunikasjon med helsepersonell.</li> <li>• Manglende kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og mangel på kunnskap hos pasientene, kan være til hinder for identifiseringen av bivirkninger.</li> </ul>

**Tabell 3.4 Artikkelmatrise D**

<b>Referanse</b>	<b>D) Dijkstra et al. (2021). Home Care Patients' Experiences with Home Care Nurses' Support in Medication Adherence. <i>Patient preference and adherence</i>, 15, 1929-1940. <a href="https://doi.org/10.2147/PPA.S302818">https://doi.org/10.2147/PPA.S302818</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Å beskrive sykepleiers støttende intervensjoner for medisinoverholdelse, og pasientenes erfaring og ønskede forbedringsområder med denne tjenesten.
<b>Metode</b>	Forklarende kombinerte metoder. Kvantitative data ble samlet gjennom spørreskjema og kvalitativ data ble deretter innhentet gjennom intervju. 59 nederlandske eldre pasienter (medianalder: 68 år) fylte ut spørreskjemaet og 14 av disse ble intervjuet.
<b>Resultat</b>	De fleste av pasientene som deltok var fornøyde og få ønsket endringer. Forbedringsforslag innebar å komme presist, mer tid til å veilede pasientene i bruk av medisin og mer kunnskap

	om bivirkninger og medisinerer.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien tilfører relevant kunnskap om pasientens opplevelse av sykepleier-pasient-relasjonen og legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten.</li> <li>• Noen pasienter opplevde sykepleierne som forhastede. En slik opplevelse kan føre til at pasienter ikke tar opp bekymringer om legemiddelrelaterte problemer med sykepleier, slik at sykepleierne går glipp av nyttig og relevant informasjon om mulige bivirkninger.</li> <li>• På grunn av flere relevante funn for oppgaven, er studien inkludert på tross av at den primært omhandler legemiddel-etterlevelse.</li> </ul>

**Tabell 3.5 Artikkelmatrise E**

<b>Referanse</b>	<b>E) Holbø et al. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende – brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. <i>Nordisk välfärdsvetenskap   Nordic Welfare Research</i>, 4(1), 20-31. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03">https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Undersøke hvilke erfaringer og utfordringer hjemmeboende tjenestemottakere av multidosetjenesten opplever.
<b>Metode</b>	I hovedsak benyttes deskriptiv, kvalitativ og samskapende forskningsmetodikk. Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble utført kombinert med observasjoner hjemme hos 16 brukere av hjemmetjenester i to norske kommuner.
<b>Resultat</b>	Det er stort forbedringspotensial for multidosetjenestene og den tilhørende tjenesten. Bedre tilgang til informasjon, brukervennlig utforming av multidosetjenesten og individuell tilpassing av tjenesten, vil kunne føre til større selvstendighet hos brukerne og mindre arbeidsbelastningen til hjemmesykepleierne.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilfører interessante pasient-perspektiver fra brukere av multidosetjenesten i hjemmetjenesten i Norge.</li> <li>• Flere etterlyste informasjon, blant annet om bivirkninger.</li> <li>• Tidspres og helsepersonells utdanningsnivå kommenteres som utfordringer.</li> </ul>

**Tabell 3.6 Artikkelmatrise F**

<b>Referanse</b>	<b>F) Sino et al. (2013b). Recognition of drug related problems by home healthcare employees: A Dutch observational study with self reports. <i>Journal of Nursing Education and Practice</i>, 3(8), 41-49. <a href="https://doi.org/10.5430/jnep.v3n8p41">https://doi.org/10.5430/jnep.v3n8p41</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Beskrive hvordan ansatte i hjemmetjenesten med ulike utdanningsnivåer vurderte sin egen kunnskap, overvåkningsferdighet og evne til å gjenkjenne legemiddelbivirkninger og interaksjoner, av de mest brukte medisinerne i Nederland hos eldre over 75 år.

<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Observasjonsstudium. Spørreskjemaet ble besvart av 280 ansatte i hjemmetjenesten i Nederland.
<b>Resultat</b>	Helsearbeidere kjente lettere igjen bivirkninger som forvirring, dødsighet og fatigue enn gastrointestinale lidelser og svimmelhet. Sykepleierne hadde større sannsynlighet for å gjenkjenne og rapporterte symptomer som følge av bivirkninger enn assistentene.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad av utdanningsnivå hadde betydning for mengden gjenkjente og rapporterte symptomer. Gjennom å ha fullført sykepleieutdanningen har sykepleiere en bedre forutsetning for å gjenkjenne legemiddelbivirkninger.</li> <li>• Helsearbeiderne hadde hatt bedre mulighet til å følge med på mulige legemiddelbivirkninger dersom de hadde blitt informert om pasientenes legemiddelendringer.</li> </ul>

**Tabell 3.7 Artikkelmatrise G**

<b>Referanse</b>	<b>G) Grasbeek et al. (2017). Mer kompetanse og bedre rutiner. <i>Geriatrisk sykepleie</i>, 9(1), 18-25. <a href="https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017-02-16_0.pdf#Page=18">https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017-02-16_0.pdf#Page=18</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Undersøke hvilken erfaring sykepleiere har med legemiddelhåndtering til hjemmeboende eldre.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med datainnsamling basert på semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål. Studien har en hermeneutisk tilnærming. 6 kvinnelige sykepleiere mellom 23 og 55 år fra tre hjemmesykepleiedistrikter i Norge deltok.
<b>Resultat</b>	Pasientenes legemiddelbruk opplevdes som et stort og komplekst ansvar for sykepleierne. De ønsket bedre rutiner og økt kompetanse. Utfordringer i arbeidet var også tidspress og tverrfaglig samhandling.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien gir et innblikk i sykepleiers tanker rundt eget arbeid og utfordringer rundt legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten.

**Tabell 3.8 Artikkelmatrise H**

<b>Referanse</b>	<b>H) Al-Jumaili &amp; Doucette (2018). A Systems Approach to Identify Factors Influencing Adverse Drug Events in Nursing Homes. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 66(7), 1420-1427. <a href="https://doi.org/10.1111/jgs.15389">https://doi.org/10.1111/jgs.15389</a></b>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Identifisere forekomsten av og karakteristikk ved bivirkninger i sykehjem, samt å vurdere relasjonen mellom forekomsten av bivirkninger og pasient og arbeidssystemfaktorer ved hjelp av SEIPS(System Engineering Initiative for Patient Safety)-modellen.



<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Observasjonsstudium. 755 pasienter (medianalder: 81,5 år) fra 11 sykehjem i Iowa ble inkludert i studien.
<b>Resultat</b>	Det ble funnet 6,13 bivirkninger per 100 beboer per måned. Av disse var 51,1 % fallrelaterte. Det ble funnet signifikant assosiasjon mellom bivirkninger og psykotrope legemidler, warfarin, opioidanalgetika, faglært pleie, sykepleier-lege-samarbeid, antall legebesøk, tilgjengeligheten til farmasøyt, sykepleiers vurderingsferdigheter av vitale parameter, sykepleiers arbeidsmengde og elektroniske helsejournaler.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funnene fra studien gir kunnskap om ulike risikofaktorer for bivirkninger. Noen faktorer virker også å ha direkte innvirkning på identifiseringen av bivirkninger.</li> <li>• Enkelte legemidler og legemiddelgrupper ga oftere bivirkninger, noe sykepleiere bør være observant på.</li> <li>• Det var færre bivirkninger der sykepleierne hadde gode ferdigheter i å måle vitale parameter.</li> <li>• Mindre samarbeid med lege og færre legebesøk på avdelingene økte sjansen for bivirkninger.</li> </ul>

## 3.2. Tematisk resultat

### 3.2.1. Risikolegemidler og symptomer som indikerer bivirkninger

Dimitrow et al. (2018) klassifiserte symptomer på mulige bivirkninger som den viktigste indikatoren for å oppdage legemiddelrelaterte problemer. 91 % av pasientene i denne studien hadde hatt ett eller flere av symptomene som var listet opp i kartleggingsverktøyet. Mer enn ett fall de siste tolv månedene, flere forskrivere og bruk av risikolegemidler, ble også regnet blant de viktigste risikofaktorene (Dimitrow et al., 2018). Al-Jumaili & Doucette (2018) fant at pasienter i sykehjem som brukte warfarin, opioider eller psykotrope legemidler, hadde økt risiko for bivirkninger.

Sino et al. (2013a) fant symptomer som indikerer elektrolyttforstyrrelser hos 83 (72 %) pasienter og gastrointestinale symptomer og andre blødninger hos 68 (59 %) pasienter. Blåmerker var vanligst, med 53 tilfeller, og mer en halvparten av disse kunne være forårsaket av legemidler. 20 (17 %) av pasientene rapporterte om fall de siste fire ukene og 17 (85 %) av disse ble antatt å være legemiddelinduserte (Sino et al., 2013a). Hos Al-Jumaili & Doucette (2018) var halvparten av bivirkningene fallinduserte, og halvparten av disse igjen skyldtes hypotensjon. Andre vanlige bivirkninger i denne studien var psykotropisk-indusert forvirring, svimmelhet eller døsigheit (6,5 %); antibiotika indisert diare (4,2 %); blødning som følge av antikoagulanter (3,9 %) og hypoglykemi ved bruk av antidiabetika (3,2 %).

På tross av kunnskap om vanlige legemiddelinduserte symptomer, rapporterte flere sykepleiere at de ikke klarte å gjenkjenne symptomene i klinisk praksis (Sino et al., 2013b). Sykepleierne rapporterte likevel at de gjenkjente flere tilfeller av gastrointestinale forstyrrelser, diare, kvalme, forvirring, døsigheit og fatigue enn assistentene. Andre sykepleiere oppga at det var vanskelig å tolke pasientens

kroppsspråk og verbale uttrykk for å vurdere hvilke medikamenter pasienten hadde behov for (Grasbeek et al., 2017). Flere pasienter oppga symptomer som indikerte bivirkninger, men flesteparten var ikke klar over at symptomene de hadde kunne skyldes legemidler (Dijkstra et al., 2020).

### 3.2.2. Verktøy til hjelp i identifiseringen

To artikler omhandlet evalueringen av to ulike typer kartleggingsverktøy (Sino et al., 2013a; Dimitrow et al., 2018). Det ene var et risikovurderingsverktøy for å identifisere pasienter i risiko for legemiddelrelaterte problemer (Dimitrow et al., 2018). Kartleggingsverktøyet inneholdt blant annet spørsmål om vanlige legemiddelinduserte symptomer, etterlevelse, polyfarmasi, multimorbiditet, oppstart av nye medisiner og endringer i pasientens tilstand. Det andre verktøyet var en observasjonsliste med symptomer som kunne være legemiddelrelaterte. Sykepleierne fylte ut observasjonsskjemaet basert på de observasjonene som ble gjort under vanlig pleie (Sino et al., 2013a). Begge kartleggingsverktøyene viste seg å være nyttige redskap for å identifisere pasienter med risiko for legemiddelbivirkninger.

To studier indikerte også at måling av vitale parametere kunne bidra til å identifisere flere legemiddelbivirkninger (Dimitrow et al., 2018; Al-Jumaili & Doucette, 2018)

### 3.2.3. Behov for økt kunnskap hos sykepleiere

Flere studier etterlyser mer kunnskap hos sykepleier om blant annet legemidler og bivirkninger (Sino et al., 2013b; Grasbeek et al., 2017; Dijkstra et al., 2021). Sino et al. (2013b) viser til at sykepleiere behøver kunnskap om spesifikke symptomer som indikerer bivirkninger. Grasbeek et al. (2017) fant at sykepleierne ønsket økt kompetanse om legemidler. Alle informantene i studien opplevde oppstarten i hjemmetjenesten som utfordrende på grunn av liten eller ingen opplæring rundt legemiddeladministrasjon. Flere pasienter mente også at sykepleierne hadde for lite kunnskap om blant annet bivirkninger, og noen av pasientene ønsket kompetanseheving hos sykepleierne gjennom videreutdanning (Dijkstra et al., 2021). Grasbeek et al. (2017) fant at sykepleierne tilegnet seg ny kunnskap om legemiddelbruk gjennom diskusjoner og erfaringsutvekslinger med andre kollegaer, samt gjennom ambulerende sykepleieteam. Ansatte i hjemmesykepleien foreslo selv strukturert medisino-plæring, informasjon fra farmasøyt og informasjon om bivirkninger i en liten pocketbok som tre verktøy som kunne bidra til tidligere gjenkjenning av bivirkninger og interaksjoner (Sino et al., 2013b).

### 3.2.4. Pasientens opplevelse av informasjonsflyt og relasjon til helsepersonell

Pasienter som fikk multidose, opplevde at de fikk for dårlig skriftlig og muntlig informasjon (Holbø et al., 2019). Flere av pasientene søkte opp informasjon på egenhånd og tok avgjørelser basert på informasjon fra internett. Dijkstra et al. (2020) fant at de fleste pasientene, av ulike grunner, ikke brukte eller tok vare på informasjonsheftet som

fulgte med medisinene de kjøpte. To studier nevner at pasientene opplevde å ikke få beskjed om at medikamenter ble byttet ut med synonympreparater (Holbø et al., 2019; Dijkstra et al., 2020)

Flere pasienter som ble intervjuet av Dijkstra et al. (2021) opplevde å ha en profesjonell sykepleier-pasient-relasjon, hvor åpenhet og jevnlig kontakt med sykepleieren ble betraktet som viktig. Noen opplevde også sykepleierne som travle. De fleste informantene i Holbø og medarbeideres (2019) studie hadde bare kontakt med hjemmesykepleien ved utlevering av multidoser. Gjennom et spørreskjema fant Dijkstra et al. (2021) at pasientene rapporterte følgende intervensjon som minst benyttet av sykepleierne: «spør regelmessig om jeg er bekymret for medisinene mine». Sino et al., (2013b) oppdaget at pasientene oftere nevnte klager og bekymringer til assistenter enn til sykepleierne.

### 3.2.5. Tverrprofesjonell samhandling og organisatoriske utfordringer

Sykepleierne fikk mye av ansvaret for å vurdere sykdom, bivirkning og effekt av legemidler, siden mange pasienter sjelden var hos lege (Grasbekk et al., 2017). Sykepleierne ønsket derfor tettere kommunikasjon med legene, men opplevde at legene var lite tilgjengelige og vanskelig å få tak i på kort varsel. Ansatte i hjemmesykepleien var også dårlig informert om medisinendringer hos pasientene (Sino et al., 2013b; Grasbekk et al., 2017).

Flere studier nevner at også assistenter, eller annet helsepersonell med lavere utdanning enn sykepleier, tar del i legemiddelhåndteringen, blant annet ved å levere ut multidoser (Grasbekk et al., 2017; Holbø et al., 2019). Sino et al. (2013b) peker på viktigheten av at assistenter får opplæring og rapporterer observerte endringer hos pasienten til ansvarlig sykepleier.

Både sykepleiere og pasienter påpekte mangelen på tid i hjemmetjenesten (Grasbekk et al., 2017; Holbø et al., 2019; Dijkstra et al., 2021). Tidsnød var et hinder for både gode kliniske observasjoner (Grasbekk et al., 2017) og god pasientkontakt (Holbø et al., 2019). To studier pekte også på mangelfulle prosedyrer og rutiner med tanke på medisinadministrasjon og informasjon (Grasbekk et al., 2017; Holbø et al., 2019).

## 4. Diskusjon

I dette kapitlet drøftes problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere bidra i identifiseringen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten?*

For å få bedre flyt og drøfting i teksten, har jeg valgt å bruke andre overskrifter enn hovedtemaene som er benyttet i resultatdelen. Innholdet er likevel det samme.

### 4.1.1. Nødvendig kunnskap og ferdigheter for identifisering av bivirkninger

Eldre pasienter kan ha vage symptomer på bivirkninger som er vanskelige å oppdage og skille fra sykdomsprosesser eller aldersendringer (Wyller, 2020). På bakgrunn av dette påpeker Wyller (2020) at kunnskap om hvilke bivirkninger de ulike legemiddelgruppene kan forårsake må ligge til grunn for identifiseringen av bivirkninger hos eldre. Dimitrow et al., (2018) fant at symptomer som indikerte bivirkninger var den viktigste faktoren for å oppdage legemiddelrelaterte problemer. Risikolegemidler ble også regnet blant de viktigste risikofaktorene (Dimitrow et al., 2018). De som brukte warfarin hadde blant annet to ganger så stor sjanse for å få bivirkninger som de som ikke tok dette medikamentet (Al-Jumaili & Doucette, 2018). Disse funnene indikerer nettopp det Wyller (2020) påpeker; at kunnskap om legemidler og bivirkninger står helt sentralt i identifiseringen av legemiddelbivirkninger. Sino et al. (2013b) foreslår at symptomer kan fungere som «røde flagg» og være et faresignal om en mulig bivirkning. Wyller (2020) kommer med flere eksempler på hva slike «røde flagg» eller forutsigbare bivirkninger kan være. Han nevner både fall og ortostatisk hypotensjon som følge av blodtrykksenkende medikamenter, dehydrering forårsaket av diuretika, hypoglykemi av insulin, sedasjon av benzodiazepiner og blødninger av for eksempel warfarin. Disse symptomene ble også funnet i flere av de inkluderte artiklene (Sino et al., 2013a; Dimitrow et al., 2018; Al-Jumaili & Doucette, 2018). Ved å ha kunnskap om slike «røde flagg», vil sykepleiere trolig ha bedre evne til å gjenkjenne symptomene og avdekke legemiddelbivirkninger.

På den andre siden rapporterte helsepersonell at de på tross av kunnskap om at fatigue, svimmelhet, forvirring og gastrointestinale forstyrrelser kan være legemiddelbivirkninger, ofte ikke gjenkjente denne typen symptomer i daglig praksis (Sino et al, 2013b). Som sykepleieteoretikeren Florence Nightingale (1997) så tydelig poengterer, er det helt nødvendig for en sykepleier å besitte gode observasjonsferdigheter. I likhet med faglitteratur og forskning som foreløpig er drøftet, legger hun vekt på at sykepleiere behøver kunnskap om *hva* som skal observeres. Videre konstaterer Nightingale viktigheten av at sykepleiere lærer *hvordan* dette kan observeres (Nightingale, 1997). Det kan tenkes at det var denne kunnskapen helsepersonell manglet for å klare å gjenkjenne symptomene. Her kan systematisering av symptomer og risikofaktorer i ulike skjema være til hjelp. Gjennom risikovurderingsverktøyet DRP-RAT kom det frem at så mye som 91 % av pasientene hadde hatt symptomer som kunne skyldes legemiddelbivirkninger i løpet av de siste fire ukene (Dimitrow et al., 2018). Det viste seg at helsepersonell ved hjelp av dette risikovurderingsverktøyet, og en standardisert observasjonsliste, var i stand til å observere symptomer som indikerte legemiddelbivirkninger og identifisere pasienter med risiko for legemiddelbivirkninger (Sino et al., 2013a; Dimitrow et al., 2018). På denne måten bidro verktøyene til identifisering av legemiddelbivirkninger i hjemmetjenesten. Ved å systematisere kunnskapen i ulike skjema til rutinemessig bruk i klinisk praksis, kan det tenkes at

sykepleierne får hjelp til å huske hva de skal se etter og at flere symptomer blir oppdaget. Dersom verktøyene også inneholder informasjon om hvilke opplysninger som bør formidles videre til lege, kan dette støtte opp under sykepleiers vurderingsevne og eventuelt senke terskelen for å ta kontakt med fastlegen. Som Nightingale (1997) påpeker, er hensikten med observasjonene å fremme helse hos pasienten. Når en sykepleier oppdager endringer i pasientens tilstand, skal han/hun derfor rapportere dette til lege, slik at medikamentbehandlingen eventuelt kan justeres (Ranhoff og Engh, 2020). Informasjonen fra sykepleieren vil igjen kunne bidra til økt helse for pasientene, ved at fastlegen har et bedre grunnlag for å ta beslutninger rundt pasientenes legemiddelbehandling.

Geriatere i studien til Dimitrow et al. (2018) opplevde at sykepleierne gjennom risikovurderingsverktøyet kom med nyttig og viktig informasjon for å kunne vurdere pasientenes legemiddelbehandling. Bare 4 % av de utfylte verktøyene bidro ikke med nyttig informasjon. Likevel savnet geriatere målinger av vitale parametere som blodtrykk, puls, bukromfang, vekt og vektendringer. Ved å inkludere slike målinger i verktøyet vil en kunne fange opp enda flere pasienter med risiko for legemiddelbivirkninger (Dimitrow et al., 2018). Det samme kom frem hos Al-Jumaili & Doucette (2018), som fant at bivirkninger forekom sjeldnere jo dyktigere sykepleierne var i å måle vitale parametere. Over halvparten av bivirkningene i denne studien var fallinduserte, og halvparten av disse igjen skyldtes hypotensjon (Al-Jumaili & Doucette, 2018). Andre eksempler på forutsigbare bivirkninger hos eldre er vekttap som følge av metformin og bradykardi ved bruk av betablokkere og digoksin (Wyller, 2020). Ved hjelp av rutinemessige målinger av puls, blodtrykk og vekt, kan trolig flere av disse bivirkningene oppdages og behandles på et tidlig stadium, slik at videre sykdomsutvikling forhindres. I tillegg til at vekttap kan ses som en legemiddelbivirkning, er det ikke uvanlig at eldre taper vekt av andre grunner. Endringer i pasientenes vekt kan medføre behov for dosereduksjon for å unngå bivirkninger (Ranhoff & Engh, 2020). Kartlegging av pasientens vekt er derfor relevant for å unngå bivirkninger, uavhengig av hvilke medikamenter pasienten bruker.

#### 4.1.2. Behov for kompetanseheving og bedre rutiner

Helsepersonell har ifølge helsepersonelloven paragraf 4, plikt til å yte helsehjelp i tråd med det som er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, § 4) og holde seg faglig oppdatert (Helsedirektoratet, 2018). Tidligere har jeg belyst hvordan risikolegemidler og vanlige bivirkninger hos eldre er nødvendige kompetanseområder for sykepleier. Sykepleiere selv oppga også relevant kompetanse på dette feltet som en avgjørende faktor for god legemiddelbehandling til eldre i hjemmetjenesten (Grasbekk et al., 2017). Likevel uttrykte de at de hadde manglende kunnskap om farmakologi og fysiologiske forandringer hos eldre (Grasbekk et al., 2017). Flere pasienter mente også at sykepleierens kompetanse rundt bivirkninger ikke var tilstrekkelig, og at sykepleierne hadde behov for økt kompetanse på dette området (Dijkstra et al., 2021). Det kan med andre ord se ut som at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ikke tar kravet om faglig forsvarlighet på alvor, ved å ikke tilegne seg kunnskap på området. På den andre siden har sykepleiere behov for verktøy og avsatt tid, til å drive med faglig utvikling (Grasbekk et al., 2017).

Etter forskrift om legemiddelhåndtering (2008, § 4) har virksomhetsleder ansvar for å sørge for kompetanseheving og opplæring av personell når det anses nødvendig. Virksomhetsleder har også ansvar for å utarbeide skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndteringen og legge til rette for bruk av disse (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 4). Likevel opplevde alle informantene i studien utført av Grasbekk et al. (2017) at oppstarten i hjemmetjenesten var spesielt utfordrende på grunn av liten eller ingen opplæring i rutinene rundt legemiddelhåndteringen. Flere etterspurte også nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, og uttrykte bekymring for de mangelfulle rutinene ved legemiddelhåndteringen. Her kan det se ut som at virksomhetsleder har sviktet i sitt ansvar i å vurdere helsepersonells kompetanse og sørge for tilstrekkelig opplæring og rutiner i legemiddelprosessen. En må samtidig spørre seg om opplevelsene til disse seks sykepleierne er representative for flertallet av sykepleierne i hjemmetjenesten. Det er naturlig å tenke at det vil kunne være store variasjoner mellom ulike enheter og kommuner. Min erfaring fra praksis er likevel at det i liten grad tilrettelegges for økt kunnskap om legemidler. Systematisering av observasjoner og bruk av kartleggingsverktøy til oppfølging av legemidler er erfaringsmessig lite benyttet. Med tanke på at lederen i stor grad påvirker sykepleiers faglige utvikling, er det viktig for den enkelte ansatte at leder ser behovet for kontinuerlig fagutvikling (Grasbekk et al., 2017).

Selv om sykepleierne i Grasbekk og medarbeideres (2017) studie fikk liten opplæring, opplevde de at det var stort rom for å spørre kolleger om hjelp angående legemidler. Slike erfaringsutvekslinger kunne blant annet finne sted under rapportmøter når pasientene ble diskutert. Det kan tenkes at virksomhetsleder ved å rette oppmerksomhet mot faglig oppdatering, og sette av tid til kunnskapsutveksling mellom kollegaer, kan bidra til et slikt lærevillig arbeidsmiljø. Samtidig vil opplæring, rutiner og nedskrevne prosedyrer for legemiddeloppfølgingen, samt jevnlig bruk av kartleggingsverktøy, trolig kunne bidra til bedre legemiddeloppfølging. Slik kan leder tilrettelegge for at identifiseringen av bivirkninger i mindre grad hviler på hver enkelt sykepleiers kunnskap og initiativ. Systematisering av legemiddelobservasjoner vil trolig føre til likere og bedre behandling for pasientene og færre bivirkninger.

#### 4.1.3. Pasienten som ressurs

Så langt har jeg drøftet hvordan kunnskap og observasjonsferdigheter er av betydning for identifiseringen av legemiddelbivirkninger, hvordan kartleggingsverktøy kan bidra til systematisering og hvem som har ansvar for kompetanseheving og utarbeiding av rutiner. En annen viktig side som ikke har blitt belyst, er pasienten som ressurs. Sykepleiere kan og skal tilegne seg viktig informasjon gjennom observasjon, men er også avhengig av å få informasjonen fra primærkilden: pasienten selv. Sino et al. (2013b) oppdaget at gastrointestinale forstyrrelser og svimmelhet sjeldnere ble gjenkjent av helsepersonell enn bivirkninger som forvirring, døsighet og tretthet. Studien antyder at denne forskjellen kan komme av at pasientene sjelden klager over symptomene sine og at symptomer som forvirring, døsighet og fatigue er enklere å observere enn gastrointestinale forstyrrelser og svimmelhet. Dijkstra et al., (2020) fant også at flere av pasientene hadde symptomer som kunne være forårsaket av legemidler, men at pasientene ikke hadde tatt dette opp med helsepersonell. Ifølge Nightingale (1997) burde sykepleiere evne å observere forverringer hos pasientene, uten at pasientene behøver å fortelle sykepleierne det. Her kan det hende at Nightingale er vel

bastant i sin uttalelse, med tanke på at enkelte symptomer ikke kommer synlig til uttrykk, men bare kan oppleves av pasienten selv. Dersom pasienten ikke opplyser om eksempelvis magesmerter, kvalme eller svimmelhet, og heller ikke gir uttrykk for dette med kroppsspråk, vil ikke sykepleierne kunne tilegne seg denne informasjonen gjennom observasjon. Dessuten virker det som at sykepleierne selv har en vei å gå når det gjelder å ta opp slike temaer med pasienten (Dijkstra et al., 2021). Mange pasienter i studien til Dijkstra et al. (2021) opplevde at sykepleierne ikke spurte dem om de hadde bekymringer knyttet til medisinene de tok. Av de 40 pasientene som oppgav dette, uttrykte syv pasienter ønske om å bli spurt om dette jevnlig. Dette indikerer at sykepleierne i større grad kan være den aktive parten i samtalen og spørre pasienten om bekymringer og bivirkninger knyttet til legemidlene. På denne måten kan sykepleieren få nyttig informasjon som er til direkte eller indirekte hjelp i identifiseringen av bivirkninger.

Pasientene som ikke rapportere om symptomer var på den andre siden ikke klar over at symptomene kunne være legemiddelrelaterte (Dijkstra et al., 2020). Noen trodde de hadde brukt legemidlene så lenge at de ikke lenger kunne få bivirkninger, mens andre antok at symptomene var et resultat av aldringsprosessen. Wyller (2020) nevner også manglende evne til å skille bivirkninger fra aldersforandringer og sykdom som en årsak til at eldre ikke spontant melder ifra om bivirkninger. Dette er imidlertid ikke pasientens oppgave. Selv erfarne sykepleiere kan ha store vansker med å sortere ut hvilke symptomer som skyldes *hva* hos multisyke eldre. I dette ligger en risiko for den såkalte forskrivningskaskaden, med påfølgende økt risiko for nye bivirkninger. Det er derfor viktig å ha tilstrekkelig kunnskap om farmakologi og legemidler (Reuther et al., 2017), og alltid vurderer om endringer i pasientens tilstand kan skyldes legemiddelbivirkninger (Ranhoff & Engh, 2020). Det er derimot ikke forventet at pasienten innehar en slik kompetanse. Likevel bør pasienten oppfordres til å dele sine bekymringer om opplevde symptomer og forandringer. Nightingale (1997), kommenterer på den andre siden viktigheten av å lære sykepleiere å skille mellom nyttige og unyttige observasjoner. Det blir altså sykepleiers oppgave å sortere ut hvilken informasjon som er av betydning og vurdere hva som skal videreformidles til lege.

Som nevnt, kan bivirkninger komme til uttrykk som subjektive opplevelser, som ikke er synlige for andre rundt. Det bør derfor være åpenbart at pasienten skal involveres i identifiseringen av mulige bivirkninger. Generelle retningslinjer for legemiddelbehandling blant eldre, anbefaler å ta pasienten med i beslutninger rundt legemiddelbehandlingen (Romskaug & Bakken, 2020). I tillegg har pasienten lovfestet rett til å medvirke i behandlingen og få tilstrekkelig informasjon til dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 og § 3-2). Flere studier indikerer imidlertid at pasientenes rolle i legemiddelbehandlingen ikke blir tatt til følge, og at pasientene mangler verktøy for å kunne bidra i identifiseringen av bivirkninger. Flere brukere av multidosetjenesten i Norge manglet informasjon om hvorfor de tok medisinene sine (Holbø et al., 2019). De hadde heller ikke fått med noe pakningsvedlegg med oversikt over vanlige bivirkninger. På den andre siden var det få av pasientene som tok vare på eller brukte informasjonsheftet som fulgte med medisinene de kjøpte (Dijkstra et al., 2020). Det var ulike grunner til dette. En pasient nevnte at det var for mye informasjon og at skriften var for liten. Dette peker på viktigheten av å tilpasse informasjonen til mottakeren, noe også pasient- og brukerrettighetsloven pålegger sykepleiere å gjøre (pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5).

Flere pasienter hadde opplevd at legemidler ble byttet ut med synonympreparater uten at de fikk beskjed om det (Holbø et al., 2019; Dijkstra et al., 2021). De uttrykte at de ble

forvirret når tablettene endret form eller farge (Dijkstra et al., 2021). Disse funnene viser tydelig hvordan pasienter ikke blir inkludert i sin egen legemiddelbehandling. Hvis pasientene derimot hadde fått beskjed når et preparat ble erstattet med et annet, samt informasjon om mulige bivirkninger, ville de i større grad vært rustet til å legge merke til nyoppståtte symptomer. Den manglende informasjonen setter pasienten ut av stand til å delta i egen behandling og selv være observant på både forutsigbare og uforutsigbare bivirkninger. Det var imidlertid ikke bare pasienter som etterlyste informasjon om legemiddelendringer. Også ansatte i hjemmesykepleien var dårlig informert om medisinendringer hos pasientene (Sino et al., 2013b; Grasbekk et al., 2017). I likhet med pasientene, ville sykepleierne hatt bedre muligheter til å følge med på mulige bivirkninger, dersom de hadde blitt gjort oppmerksom på pasientenes medikamentendringer (Sino et al., 2013b). Dersom sykepleierne mangler informasjon om pasientenes behandling, vil dette igjen kunne føre til at det blir vanskelig å inkludere pasientene i legemiddelbehandlingen og gi nødvendig informasjon.

#### 4.1.4. Tid med pasienten – en forutsetning for å kunne observere

En informant sa at han foretrakk å fortelle om medisinerrelaterte problemer til sykepleieren fremfor lege, og begrunnet dette med den gode og jevnlige kontakten han hadde med sykepleieren (Dijkstra et al., 2021). Også faglitteratur påpeker sykepleieres sentrale rolle i legemiddeloppfølgingen, med tanke på den daglige kontakten med pasienter (Jeppestøl, 2017). På den andre siden opplevde flere pasienter sykepleierne som travle. Dette førte til stress og en følelse av at sykepleieren ikke hadde tid til å hjelpe (Dijkstra et al., 2021). De fleste informantene i en norsk studie hadde bare kontakt med hjemmesykepleien ved utlevering av multidoser (Holbø et al., 2019). Det kan tenkes at denne forhastede fremtoningen, og begrensede kontakten, hindret utviklingen av en god sykepleier-pasient-relasjon, og bidro til at flere pasienter ikke tok opp spørsmål eller bekymringer med sykepleier.

Sett fra sykepleiers perspektiv, manglet sykepleierne nesten daglig tid til å foreta gode kliniske observasjoner (Grasbekk et al., 2017). Dette er svært uheldig, siden regelmessige observasjoner av pasientene er en forutsetning for forsvarlig legemiddelbehandling (Andberg et al., 2020). Uten observasjon, blir det svært vanskelig for sykepleieren å fange opp legemiddelbivirkninger hos pasienten. I tillegg vil redusert pasientkontakt begrense pasientens mulighet til å selv komme med spørsmål eller uttrykke bekymring rundt legemiddelbehandlingen. Min egen erfaring fra hjemmesykepleien tilsier at det ble lagt mer vekt på å utføre oppdrag innenfor tidsrammen som var satt, enn å ta seg tid til å vurdere hvilken sykepleie hver enkelt pasient hadde behov for. Den begrensede tiden sykepleierne får med hver pasient, fordrer at de bruker tiden effektivt og er aktivt til stede for å gjøre nødvendige observasjoner og fange opp pasientens hint om bekymring. Erfaringsmessig fører den begrensede tiden nettopp til det motsatte, ved at sykepleiernes oppmerksomhet rettes bort fra pasienten for å klare å følge tidsrammene. På denne måten kan organiseringen av hjemmetjenesten bli en hindring for god sykepleie.

Som nevnt, anses sykepleier å være i en gunstig situasjon for å observere legemiddelbivirkninger på grunn av den hyppige pasientkontakten (Jeppestøl, 2017). Sino et al., (2013b) oppdaget imidlertid at pasientene oftere nevnte klager og bekymringer til assistenter enn til sykepleiere. Dette kan skyldes at assistenter i større



grad en sykepleiere utfører pleie, der en oppholder seg hos pasienten over lengre tid. Det kan også tenkes at personlig stell, til sammenligning med sykepleieprosedyrer som kateterisering, blodprøver og lignende, krever mindre konsentrasjon og at samtalene av den grunn kommer mer naturlig. Disse faktorene kan føre til at pasienten blir trygg på hjelperen og åpner seg opp om bekymringer og spørsmål. En pasient sa imidlertid at han ved flere anledninger hadde stilt spørsmål til ufaglærte, uten å få noe svar (Holbø et al., 2019). Spørsmålene ble heller ikke fulgt opp i etterkant. Assistentene, på den andre siden, så ikke på det som sin oppgave å følge opp pasientenes bekymringer (Sino et al, 2013b). En kan derfor argumentere for at det er ufaglærte, og helsepersonell med lavere utdanning enn sykepleier, som i hovedsak står i en gunstig situasjon for å fange opp endringer i pasientens tilstand. Mangel på kunnskap og ansvarsfølelse fører derimot til at observasjonene ikke blir tatt videre. Andberg et al. (2020) poengterer at sykepleiere har en sentral rolle i opplæring og veiledning av annet helsepersonell. Gjennom informasjon og veiledning kan annet helsepersonell forstå viktigheten av å rapportere observasjoner og spørsmål som pasientene har videre til ansvarlig sykepleier.

En må samtidig passe seg for å legge for mye ansvar over på sykepleier. Det er virksomhetsleder som i første omgang har ansvaret for opplæring av helsepersonell. Legemiddelhåndteringen består av ulike oppgaver med ulikt kompetansebehov, og virksomhetsleder har ansvar for å sikre at personell har de nødvendige kvalifikasjonene som trengs til de oppgavene de er satt til (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 4). Andberg et al. (2020) fastslår at den som deler ut legemidler også skal observere pasientens reaksjon på legemiddelet. De poengterer videre at alle som deler ut legemidler derfor er nødt til å inneha kunnskap om virkningene og de mest vanlige bivirkningene av de legemidlene de deler ut. Jeg har tidligere drøftet hvordan sykepleiere har behov for økt kunnskap om legemidler og bivirkninger. Det kommer da ikke som en overraskelse at også ufaglærte har behov for økt kunnskap, og det i større grad enn sykepleierne (Sino et al., 2013b). Pasienter som primært får bistand av andre enn sykepleier, har på denne måten dårligere utsikter for at eventuelle bivirkninger blir tatt tak i. Det kan derfor stilles spørsmål ved forsvarligheten av nåværende organisering av hjemmetjenesten. Etter min mening, er det bekymringsverdig hvor lite fokus det er på observasjon av legemiddeleffekt og -bivirkninger, særlig med tanke på den enorme mengden legemidler som deles ut av hjemmesykepleier hver dag.

## 4.2. Implikasjoner for sykepleie

Funnene jeg har gjort gjennom denne litteraturstudien viser at faglig kompetanse og observasjonsevne er grunnleggende for at sykepleiere skal kunne bidra i identifiseringen av bivirkninger hos eldre i hjemmetjenesten. Sykepleiere bør inneha kunnskap om aldersforandringer, farmakologi, symptomer på legemiddelbivirkninger og risikolegemidler for eldre. Evne til å gjøre korrekte målinger av vitale parametere, samt regelmessig bruk av dette tiltaket, vil også kunne bidra til identifisering av bivirkninger. Gjennom å informere og samhandle med pasienten, kan sykepleiere få viktig informasjon. Det er da viktig at sykepleierne er bevisst på hvordan de framtrer i møte med pasienten, da tidspress kan true den gode sykepleier-pasient-relasjonen. Dersom sykepleierne opplever å mangle ressurser i form av tid, kompetanse eller prosedyrer for å kunne utøve forsvarlig sykepleie, bør dette rapporteres videre.

Samtidig er det avgjørende for god sykepleie at også virksomhetsleder er bevisst sitt ansvar i legemiddeloppfølgingen og ser behovet for kontinuerlig fagutvikling. For at

sykepleiere i større grad skal kunne bidra i identifisering av legemiddelbivirkninger, må det tilrettelegges for dette på systemnivå. En åpen dialog med annet helsepersonell er nødvendig. Det kan være nyttig å se mer på det tverrfaglige samarbeidet i legemiddelhåndteringen mellom fastleger og sykepleiere i hjemmetjenesten. Det bør videre forskes mer på hvordan sykepleiere på en effektiv måte kan identifisere bivirkninger i hjemmetjenesten og hvordan organiseringen av tjenesten spiller inn på sykepleien. Standardiserte kartleggingsverktøy til identifisering av bivirkninger hos eldre kan med fordel utvikles, og tas i bruk av sykepleierne på en systematisk måte.

### 4.3. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

De inkluderte artiklene, med unntak av to som er publisert i 2013, spenner fra 2017 til 2021. Det er også benyttet relativt ny fagkunnskap på området. De fleste fagbøkene som er benyttet er publisert i 2020. Dette anses som en styrke i studiet. En annen styrke er at flere av studiene er gjort i Skandinavia. Av disse er to utført i Norge (Grasbekk et al., 2017; Holbø et al., 2019). En svakhet med de norske studiene er imidlertid det lave antallet intervjuobjekter. Det er vanskelig å vite i hvor stor grad intervjuobjektene opplevelser er representative for flertallet. Fire av studiene kommer fra Nederland, og man kan stille spørsmål ved hvilken overføringsverdi disse har til norsk hjemmesykepleie (Sino et al., 2013a; Sino et al., 2013b; Dijkstra et al., 2020; Dijkstra et al., 2021). Nederland har imidlertid fastlegeordning, i likhet med Norge. Dette styrker trolig overføringsverdien av funnene. Det ble inkludert en studie fra sykehjem på grunn av manglende funn på tilsvarende forskning i hjemmesykepleien (Al-Jumaili & Doucette, 2018). En kan heller ikke her være sikker på overføringsverdien til hjemmesykepleien. Det er imidlertid en styrke at flere av studiene fra hjemmesykepleien viser samme resultat som studien fra sykehjem. Resultatene fra sykehjem støttes også av faglitteratur. Foruten denne artikkelen er all forskning gjort i hjemmesykepleien.

Studien om brukeres erfaringer med multidosetjenesten oppgir verken medianalder eller aldersspenn på brukerne, men oppgir at brukere under 18 år ble ekskludert (Holbø et al., 2019). Det kommer likevel frem at flere av brukerne var mellom 60 og 90 år, og det er derfor grunn til å tro at funnene er relevante for oppgaven. I de resterende artiklene strekker aldersspennet på pasientene seg fra 59 til 96 år. Selv om to artikler inkluderer pasienter under 65 år var medianalderen på de aktuelle studiene 68 og 83 år (Dijkstra et al., 2021; Dimitrow et al., 2018).

Det anses som en styrke at alle forskningsartiklene som er benyttet er primærstudier. På grunn av temaets kompleksitet er imidlertid ikke alle relevante resultat fra forskningsartiklene trukket frem og belyst. Dette kan ha fått konsekvenser for drøftingen. At flesteparten av studiene er på engelsk kan også ha hatt betydning ved at ord kan ha blitt misforstått og innhold oversatt med et annet meningsinnhold. Det er heller ikke klart i alle studier hvilke definisjoner som er benyttet på sentrale begreper som; bivirkning og symptomer. Dimitrow et al. (2018), benytter blant annet begrepet symptom om både symptomer og tegn. På grunnlag av dette benyttet jeg begrepet på denne måten også i min oppgave. Dette kan være noe uheldig, da begrepet ikke er like presist og en ikke vet om det er snakk om tegn eller symptomer. Jeg opplever likevel ikke at det i særlig grad har påvirket resultatene.

## 4.4. Konklusjon

Sykepleiere anses å være i en gunstig situasjon for å observere endringer hos pasienten, og hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra i identifiseringen av legemiddelbivirkninger hos eldre i hjemmesykepleien. Resultatene viser at organiseringen og tidspresset i hjemmesykepleien truer pasientkontakten og sykepleiers mulighet til å identifisere legemiddelbivirkninger. Når kontakten begrenses kreves det at sykepleierne er oppmerksomt til stede den korte tiden de er med pasienten. Det er derfor viktig med kompetanseheving innenfor legemidler og vanlige bivirkninger hos eldre. Det er også behov for økt kompetanse blant andre ansatte i hjemmetjenesten, og økt oppmerksomhet på observasjon av bivirkninger. En må heller ikke glemme at pasienten er en viktig ressurs, og skal ha informasjon om, og tas med i beslutninger rundt sin egen legemiddelbehandling. Det kan med fordel settes mer søkelys mot sykepleiers koordinerende, ledende og opplærende funksjon i hjemmetjenesten i møte med pasienter og annet helsepersonell.

Videre er det viktig at sykepleierne melder ifra om organisatoriske utfordringer som reduserer muligheten til å utøve forsvarlig sykepleie, og at dette tas på alvor. Mye av forbedringspotensialet ligger på kommunene og ikke på hver enkelt sykepleier. Kommunene må tilrettelegge for at sykepleierne har nødvendige ressurser for å identifisere bivirkninger i hjemmetjenesten. Lederne i hjemmesykepleien bør lytte til sykepleiernes ønske om økt kunnskap og bedre rutiner. Nye løsninger og prosedyrer bør utformes og kartleggingsverktøy kan med fordel tas i bruk for å systematisere observasjonene og bidra til en mer rettferdig sykepleie. På denne måten kan kommunen legge forholdene til rette for at sykepleiere i hjemmesykepleien kan identifisere bivirkninger hos eldre. Slik vil kommunen trolig kunne bidra til en tryggere og bedre medikamentell behandling hos en stadig eldre befolkning.

# Referanser

- Al-Jumaili, A. A., & Doucette, W. R. (2018). A systems approach to identify factors influencing adverse drug events in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(7), 1420-1427. <https://doi.org/10.1111/jgs.15389>
- Andberg, L., Munkerud, M. W., Nilsen, M. & Viktil, K. K. (2020). *Legemiddelhåndtering* (8. utg.). Gyldendal.
- Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.  
<https://www.nb.no/nbsok/nb/bde496ca059f46f741ffd0a50dcc2b23?lang=en#0>
- Bergsagel, I. (2020, 20. juni). *Stadig flere mottar hjemmesykepleie*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/2020/06/stadig-flere-mottar-hjemmesykepleie>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dijkstra, N. E., Sino, C. G., Schuurmans, M. J., Schoonhoven, L., & Heerdink, E. R. (2020). Medication self-management: Considerations and decisions by older people living at home. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 18(3), 2410-2423.  
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.004>
- Dijkstra, N. E., Vervloet, M., Sino, C. G., Heerdink, E. R., Nelissen-Vrancken, M., Bleijenberg, N., Bruin, M. D & Schoonhoven, L. (2021). Home Care Patients' Experiences with Home Care Nurses' Support in Medication Adherence. *Patient preference and adherence*, 15, 1929-1940. <https://doi.org/10.2147/PPA.S302818>
- Dimitrow, M., Puustinen, J., Viikari, P., Puumalainen, E., Vahlberg, T., Airaksinen, M. S., & Kivelä, S. L. (2018). Can practical nurses identify older home care clients at risk of drug-related problems—Geriatricians' appraisal of their risk screenings: a pilot study. *Journal of Pharmacy Technology*, 34(3), 99-108.  
<https://doi.org/10.1177/87551225187563>
- Engdahl, B. L., Nielsen, C. S., Hjellvik, V., Reneflot, A., Nes, R. B., Berg C. L., Gjertsen, F., Grinde, B., Husabø, K. J., Steingrimsdottir, O. A., Blix, H. S., Vollrath, M. E. M. T. & Strand, B. H. (2018, 23. mai). *Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22–26
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2008-04-03-320>
- Grasbekk, K., Halvorsrun, L. & Debesay, J. (2017). Mer kompetanse og bedre rutiner. *Geriatrisk sykepleie*, 9(1), 18-25. [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2017-02-16\\_0.pdf#Page=18](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017-02-16_0.pdf#Page=18)
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2018, 28. juni). § 4. *Forsvarlighet*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>

- Helsedirektoratet (2019, 18. september). *Om multidose og de faglige rådene*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Formanek, M. N., & Halvorsen, T. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende-brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(1), 20-31. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03>
- Jeppestøl, K. (2017). Oppfølging av legemiddelbehandling hos eldre—et spørsmål om kompetanse. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(1), 67-70.
- Legemiddelforskriften. (2009). *Forskrift om legemidler* (FOR-2009-12-18-1839). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2009-12-18-1839>
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L. & Caughey, G. E. (2017) What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*. 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Myhr, K. (2017, 25. oktober) G5 Bivirkninger og legemiddelovervåking I *Legemiddelhandboka*. [https://www.legemiddelhandboka.no/G5/Bivirkninger\\_og\\_legemiddeloverv%C3%A5king](https://www.legemiddelhandboka.no/G5/Bivirkninger_og_legemiddeloverv%C3%A5king)
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie* (S. Mellbye, Overs.; Revidert med tillegg, samlede utgaver.). Universitetsforlaget AS. [http://urn.nb.no/URN:NBN:nonb\\_digibok\\_2010070508089](http://urn.nb.no/URN:NBN:nonb_digibok_2010070508089)
- Nordeng, H. & Spigset, O. (2018). *Legemidler og bruken av dem* (3. utg.). Gyldendal.
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245-259). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2)
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2020). Eldre og legemidler. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 185-198). Gyldendal Akademisk.
- Reuther, L. Ø, Lovring, I., Rasmussen, V. B., Jürgens, G., Andersen, S. E. & Rasmussen, H. (2017). *Farmakologi og sygepleje*. (12. utg.). Munksgaard.
- Romskaug, R. & Bakken, M. S. (2022, 4. januar). *G10 Eldre og legemidler*. Legemiddelhandboka. [https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre\\_og\\_legemidler](https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler)
- Romøren, T. I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Gyldendal Akademisk.
- Sino, C. G., Bouvy, M. L., Jansen, P. A., Schop, I. M., Egberts, T. C., & Schuurmans, M. J. (2013a). Signs and symptoms indicative of potential adverse drug reactions in homecare

patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(12), 920-925.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.014>

Sino, C. G., van Dooren, A., Haverkamp, A., & Schuurmans, M. J. (2013b). Recognition of Drug Related Problems by Home healthcare Employees. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8), 41-49. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n8p41>

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal.

