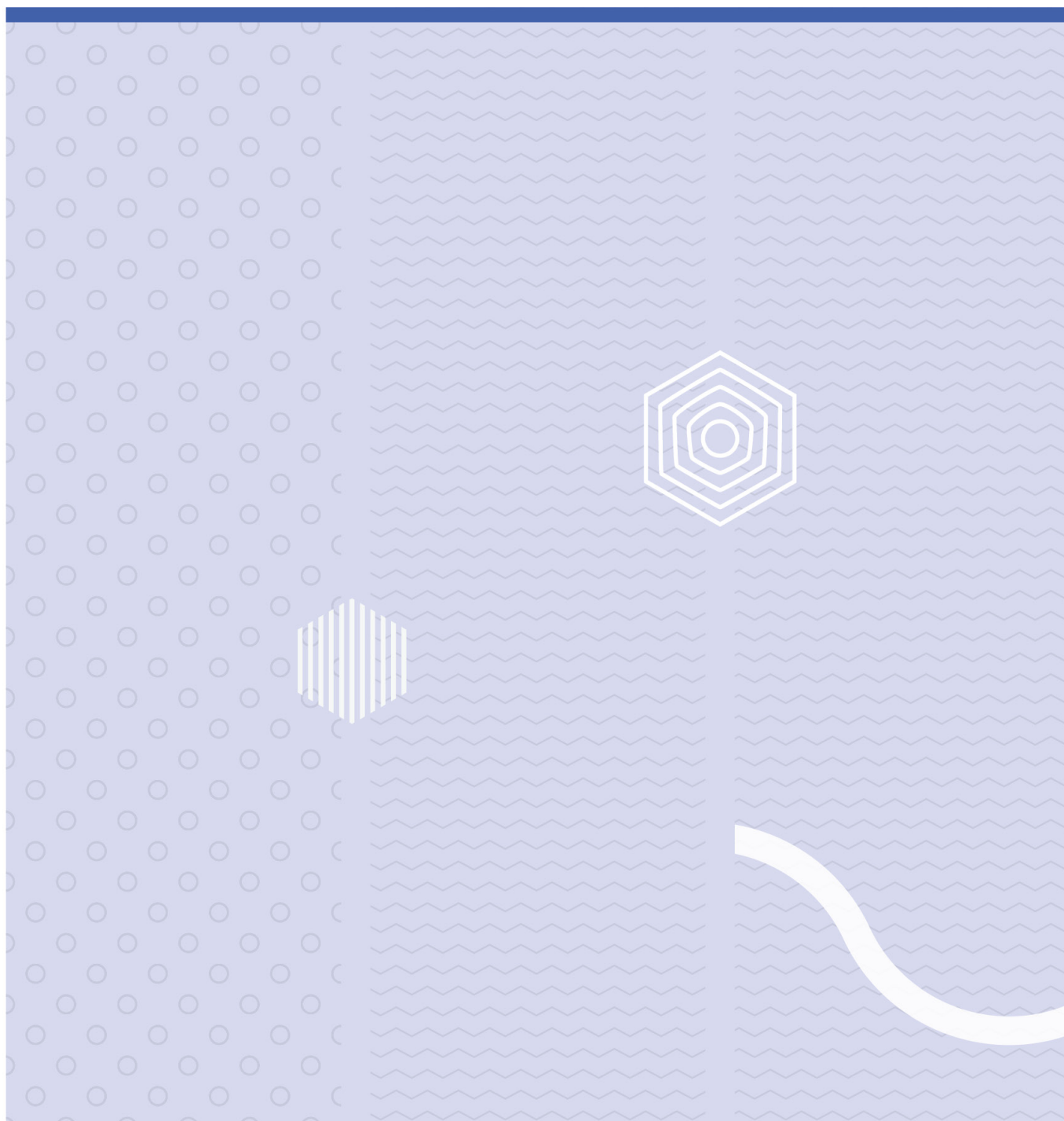


6137 og 6093

Polyfarmasi hos eldre – et ansvar mellom to stoler

En litteraturstudie om sykepleiers ansvarsrolle ved polyfarmasi hos eldre hjemmeboende



Bacheloroppgave 2018

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Tittel:

Polyfarmasi hos eldre – et ansvar mellom to stoler. En litteraturstudie om sykepleiers ansvarsrolle ved polyfarmasi

Forfattere:

Inga Huseby Karlsen

Emelie Tindra Magnusson

Sammendrag

Bakgrunn

Polyfarmasi er et utbredt problem grunnet økende eldre befolkning med økt forekomst av sykdommer som krever legemiddelbehandling. Hos eldre kan polyfarmasi føre til negative konsekvenser. Oppgavens formål er å belyse viktigheten av sykepleiers rolle i møte med polyfarmasi hos eldre, derunder ansvar ved pasientenes legemiddelbehandling. Ansvar har vi erfart kan falle mellom to stoler, med lege som medisinsk ansvarlig på den ene siden, og sykepleier med plikten til å utføre faglig forsvarlig legemiddelhåndtering, på den andre.

Metode

En litteraturstudie hvor vi har innhentet kunnskapsgrunnlag fra kvalitativ og kvantitative studier. Oppgaven bygger også på aktuell faglitteratur og eksempler fra praksis.

Resultat

Polyfarmasi har en signifikant sammenheng med negative helseutfall som økt risiko for akutt funksjonssvikt, dårligere livskvalitet og økt dødelighet. Eldres evne til legemiddelhåndtering var svært lav og funnene viser utilstrekkelig brukarmedvirkning og medisinkunnskap. Etterlevelse som er viktig for optimal legemiddelbehandling, blir for dårlig ivaretatt. Sykepleietiltak kan bidra til bedre etterlevelse og økt medisinkunnskap. Gjennom sin posisjon har sykepleier også en betydningsfull rolle i det tverrfaglige samarbeidet med mulighet for tett oppfølging av legemiddelbehandlingen hos eldre hjemmeboende.

Konklusjon

Sykepleiere har en sentral rolle for å bidra til mer hensiktsmessig og trygg legemiddelbehandling ved polyfarmasi hos eldre hjemmeboende.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	3
1.1 Begrunnelse for valgt tema	4
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	5
2 Metode.....	6
2.1 Søkestrategi	6
2.2 Kildekritikk.....	7
2.3 Presentasjon av valgte artikler og relevans for problemstilling	9
3 Resultat	11
3.1 Helseutfall ved polyfarmasi	11
3.2 Pasientenes medisin håndtering	12
3.3 Brukermedvirkning	12
3.4 Tverrfaglig samarbeid	13
4 Diskusjon	14
4.1 Sykepleiers vurderingskompetanse ved polyfarmasi.....	14
4.2 Fremme brukermedvirkning gjennom tilpasset informasjon til de eldre	15
4.3 Sykepleiers rolle for å bidra til bedre etterlevelse	17
4.4 Sykepleiers bidrag i det tverrfaglige samarbeidet	18
4.5 Tørre å ta ansvaret.....	19
4.6 Helhetlig omsorg – grunnleggende sykepleie	21
5 Konklusjon	23
6 Litteraturliste.....	24

Vedlegg 1 – Selvvalgt litteratur

Vedlegg 2 – PICO skjema

Vedlegg 3 – Søkelogg

Vedlegg 4 – Sjekkliste for kritisk vurdering

Vedlegg 5 - Litteraturmatiser

1 Innledning

Antall eldre forventes å utgjøre over 20 prosent av verdens befolkning i 2050, med en økning fra 0,5 billioner i 2017 til 2,1 billioner i 2050 (Forente Nasjoner, 2018). Nasjonalt melder Statistisk Sentralbyrå om liknende tendens med befolkningsframskrivninger på antall eldre personer over 70 år som øker fra 575 873 i 2016 til rundt 1,3 millioner i 2060 (Syse, Pham & Keilman, 2016, s. 25). For mange eldre innebærer høy levealder økt forekomst av sykdommer og plager som krever legemiddelbehandling (Ranhoff & Børdahl, 2010, s. 157). Mens personer over 65 år utgjør cirka 15% av befolkningen, står de for hele 40-50% av det totale forbruket av reseptpliktige medisiner i Norge (Norsk Helseinformatikk, 2017). I følge norsk reseptregister fikk 57% av eldre over 65 år utskrevet resept på mer enn fem faste legemidler i løpet av et år, mens 21% hadde mer enn 10 legemidler (Folkehelseinstituttet, 2015). Legemidler er effektive ved behandling og forebygging av sykdom, men kan også forårsake skade (Guthrie, Makubate, Hernandez-Santiago & Dreischulte, 2015, s. 1). Skaderisikoen øker signifikant ved polyfarmasi (Sinnott & Bradley, 2015, s. 29). I oppgaven defineres polyfarmasi som det å bruke fem eller flere legemidler samtidig (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett & Caughey, 2017, s. 6).

Grunnet naturlige aldersforandringer påvirkes farmakokinetikken og kroppens evne til å oppta, omsette og skille ut legemidler. Dette kan forsterke og forlenge legemiddeleffekten og gjør dermed eldre mer følsomme for legemidler. De har derfor i utgangspunkt allerede økt risiko for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer enn yngre (Fastbom, 2001, s. 40-46). Polyfarmasi fører med seg negative konsekvenser som økt risiko for bivirkninger, interaksjoner og redusert legemiddeleffekt grunnet dårligere etterlevelse (Sergi, De Rui, Sarti & Manzato, 2011, s. 509). Polyfarmasi er også knyttet til økt dødelighet, redusert mobilitet, flere sykehusinnleggelser og lavere livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartement, 2005, s. 26).

Gjennom Samhandlingsreformen har ansvaret i kommunehelsetjenesten økt med krav om å tilby kommunale alternativer til før-, i stedet for- og etter sykehusinnleggelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.14). Hjemmebaserte tjenester yter derfor i

dag helsehjelp til langt flere og sykere pasienter enn tidligere. I takt med økende antall eldre i samfunnet og satsningen på omsorg og pleie i kommunehelsetjenesten fremfor spesialisthelsetjenesten, kommer det til å stilles høyere krav til sykepleiers kompetanse om både sykdommer og legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 14).

1.1 Begrunnelse for valgt tema

I praksis har vi observert et oppsiktsvekkende høyt legemiddelbruk hos eldre pasienter og vi har reflektert over at ansvaret ved legemiddelbehandling ofte havner mellom to stoler. Noen sykepleiere tar et stort individuelt ansvar mens andre overlater det til foreskrivende lege, og begge to er til synes helt akseptert. Personlige erfaringer med å ta individuelt ansvar er for eksempel en undersøkelse ved et hjemmebesøk, der vedtaket var å kun dele ut medisiner, men som istedenfor resulterte i kliniske målinger der legen var nødt til å revurdere blodtryksmedisinen. Eller det å gi beskjed til foreskrivende lege om at en behandling, som man gjennom kjennskap til legemidlet vet burde vært avsluttet, ikke er seponert på medisinlisten. En motsatt erfaring var ved oppgaven i kliniske studier i tredje studieår, da det ble utført en helsevurdering med gjennomgang av medisiner. Pasienten hadde fått utdelt antidepressive og antipsykotika i over 25 år og var selv usikker på hvorfor og om hun fortsatt trengte legemidlene. Ingen i hjemmetjenesten hadde tatt det opp til refleksjon eller vurdert situasjonen. Ved et annet pasienttilfelle hadde legen økt dosen med Burinex og sykepleieren reagerte når hun skulle dele ut medisinene. Hun stilte seg kritisk til hvorfor en multimorbid pasient med slik sykdomshistorie skulle stå på så høy dose, men valgte å ikke konferere med lege. En uke senere ble pasienten innlagt med akutt nyresvikt, og ifølge epikrisen grunnet muligens overdosering av Burinex.

Vi har med våre observasjoner blitt bevisste på en gråsone i sykepleierens ansvarsrolle ved legemiddelbehandling som vi ønsker å belyse. Det å begynne, fortsette, endre eller avslutte legemiddelbehandling er et legeansvar som er hjemlet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4), men sykepleier har et delegert ansvar og er pliktet til å utføre faglig forsvarlig legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet nødvendige kunnskaper om administrasjon, dispensering, holde seg faglig oppdatert på legemidler og interaksjoner samt observere virkning og bivirkninger (Bielecki & Børdahl, 2008, s.

14-19). Derfor anser vi dette som et høyst sykepleierelevant tema for å fremme faglig forsvarlig praksis.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleiers ansvarsrolle i møte med polyfarmasi hos eldre hjemmeboende. Gjennom denne oppgaven håper vi å tilegne oss ny kunnskap om utfordringer ved polyfarmasi og bli bevisste på sykepleiers rolle i pasientenes legemiddelbehandling, samt hva sykepleier kan bidra med ute i praksisfeltet. Ved å selv inneha slike kunnskaper, kan vi forhåpentligvis påvirke kollegaer i en positiv retning til å utforme faglige normer for god praksis, som har fokus på å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).

Vår problemstilling er:

Hvorfor er det viktig å belyse sykepleiers ansvarsrolle ved legemiddelbehandling i møte med polyfarmasi hos eldre hjemmeboende?

Vi avgrenser oppgaven til mennesker over 65 år som står på flere medisiner samtidig og mottar hjemmebaserte helsetjenester. Aldersgruppen 65 år og eldre velges da de står for den største andelen av reseptpliktige legemidler (Norsk Helseinformatikk, 2017) og er derfor mer utsatt for polyfarmasi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 41). Primærhelsetjenesten velges grunnet at her følges pasientene i hovedsak opp av sykepleiere (Riker & Setter, 2012, s. 69). Vi er bevisste på at pasienter i primærhelsetjenesten ofte beveger seg mellom ulike helsetjenestenivåer, og at det i slike overganger kan skje feil og svikt i legemiddelbehandlingen (Statens helsetilsyn, 2009, s. 4). Vi ser derfor at pasientoverganger er en bidragende faktor til polyfarmasi, men er et stort tema som vi avgrenser oss fra da den ikke belyser vår problemstilling.

2 Metode

Metode blir definert som en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Oppgaven er en litteraturstudie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). For å besvare problemstillingen har vi innhentet kunnskapsgrunnlag fra en oversiktsartikkel, en kvalitativ og to kvantitative artikler. En oversiktsartikkel gir en sammenstilling av flere studiers resultater som alle er innenfor samme forskningsområde. Dette gir et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner ut i fra forskningsresultater (Thidemann, 2015, s. 71). Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig, forstående tilnærming, hvor forskningsartiklene gir oss kunnskap om deltagerens subjektive opplevelser og erfaringer, ofte innhentet ved intervjuer og observasjoner. Dette gir dybdekunnskaper, som vil gi mange opplysninger fra få deltakere (Thidemann, 2015, s. 78). Kvantitativ metode skiller seg fra den kvalitative metoden ved at det er en naturvitenskapelig, forklarende tilnærming. Kvantitativ forskning gir oss målbare tall, objektive data, og kjennetegnes ved at den gir breddekunnskap; man får et lite antall opplysninger fra mange deltakere (Thidemann, 2015, s. 77-78).

2.1 Søkestrategi

Vi valgte litteratursøk i databasene Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PubMed og Excerpta Medica Database (Embase). Dette fordi at CINAHL er blant verdens mest omfattende og autoritative database innen sykepleie, PubMed består av biomedisinske artikler og Embase som er en europeiskorientert referansedatabase innen medisin og farmakologi. Databasene har egne standardiserte emneord (Thidemann, 2015, s. 87) og ved søk i PubMed har vi benyttet Helsebiblioteket sin terminologibase "MeSH på norsk" for å finne riktige søkeord. I CINAHL har vi anvendt oss av Cinahl Headings og i Embase av Emtree. For å utvikle en søkestrategi brukte vi rammeverket PICO (vedlegg 2) som hjalp oss å dele opp spørsmål knyttet til problemstillingen for å gjøre den søkbar. Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer: Patient/problem, Intervention, Comparison og Outcome (Nortvedt,

Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Vi brukte søkeordene "Polypharmacy" og "Aged", som beskriver problem og pasientgruppe, "Nursing", "Community Nursing", "Professional role", "Patient Education", "Nursing intervention" og "Interprofessional relations" som beskriver tiltak, samt "Outcome assessment" og "Quality of life" som beskriver utfall. Elementet comparison ble ikke brukt grunnet at vi ikke fant det nødvendig med sammenligning av tiltak. For å kombinere enkelte av søkeordene brukte vi kombinasjonsordet «AND» (Jamtvedt et al., 2012, s. 55). Se vedlagt søkelogg (vedlegg 3) for en fremstilling av søkene.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteraturstudien:

Kriterium	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Eldre over 65 år med polyfarmasi - I behov av helsetjenester - Sykepleiere 	<ul style="list-style-type: none"> -Personer under 65 år -Farmasøytisk tilnærming
Tidsperiode	2000 - 2018	<2000
Språk	Engelsk	
Type dokument	Forskningsvitenskapelige artikler	
Studiefokus	<ul style="list-style-type: none"> - Helseutfall ved polyfarmasi - Tverrfaglig samarbeid ved legemiddelbehandling - Oppfølging av virkning/bivirkning - Brukermidvirkning - Sykepleiers rolle ved legemiddelbehandling 	

2.2 Kildekritikk

Artiklenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultat og overførbarhet ble vurdert. Vi brukte Folkehelseinstituttets sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartiklene (vedlegg 4). Det første vi så etter var at de valgte artiklene hadde et tydelig formål med studien. Vi

vurderte formålene som relevante for vår problemstilling (Nortvedt et al., 2012, s. 68-70), noe vi begrunner i neste underkapittel. Videre undersøkte vi om forskernes valgte studiedesign passet til å besvare studiets problemstilling (Nortvedt et al., 2012, s. 68-70). Vi vurderte at studiedesignene var hensiktsmessige for artiklene som, foruten en oversiktsartikkel (Frazier, 2005), bestod av en kohortstudie (Olsson, Runnamo & Engfeldt, 2011), en tverrsnittstudie (Griffiths, Johnson, Piper & Langdon, 2004) og en med kvalitativmetode (Mc Namara et al., 2016). Tverrsnittstudien tar sikte på å utforske sammenhengen mellom igangsatte sykepleietiltak og effekten av disse (Nortvedt, 2012, s. 95). Den kvalitative metoden gir forskerne en dypere forståelse for hvordan helsepersonell opplever det å yte helsetjenester til pasienter med polyfarmasi (Nortvedt, 2012, s. 72) I kohortstudien ble pasientene fulgt opp i løpet av et år for å identifisere om medisinske årsaker gir redusert livskvalitet, og det var derfor et godt studiedesign for å følge utviklingen og utfall over tid (Nortvedt et al., 2012, s. 195). Oversiktsartikkelen oppsummerer flere enkelte studier om helseutfall ved polyfarmasi og gir en god sammenfatning av tilgjengelig forskning på feltet (Nortvedt et al., 2012, s. 135). I henhold til forskningsetisk hensyn hadde deltakerne i de tre primærstudiene gitt samtykke, mens dette ikke er utdypet i oversiktsartikkelen. En annen svakhet ved oversiktsartikkelen er at selv om artikkelen er fra 2005, er mye av forskningen som det refereres til, fra slutten av 90-tallet og begynnelsen av 2000-tallet. Vi vurderer likevel artikkelen som troverdig fordi bivirkninger og helseutfall ved polyfarmasi lenge har vært kjent, selv om det tilkommer ny forskning på feltet. I den kvalitative artikkelen til Mc Namara et al. (2016) er ikke forskernes teoretiske ståsted presentert. Dette stiller vi oss kritiske til da forskningsresultatet kan ha blitt påvirket av forskernes perspektiv (Norsk helseinformatikk, 2014). Griffiths et al. (2004) har et lite antall deltakere i sin tverrsnittstudie, og vi kan derfor stille oss kritiske til resultatets overførbarhet. I artikkelen til Olsson et al. (2011) påpeker forskerne at resultatet kan ha blitt påvirket av at deltakerne måtte fylle ut et av undersøkelsesskjemaene uten hjelp av sykepleier, noe vi er enig i. Tidsskriftene som artiklene er publisert søkte vi opp i Norsk Senter for forskningsdata. «Age and Ageing» er vurdert til nivå 2 mens «International Journal of Nursing Practice», «Journal of Gerontological Nursing» og «Health and Quality of Life Outcomes» er vurdert til nivå 1. Dette vil si at valgte tidsskrifter kan anses som pålitelige, og samtlige artikler er fagfellevurdert (Norsk senter for forskningsdata, 2017).

Oversettelsen fra engelskspråklige artikler kan ha ført til at vi har oversett elementer. For å forhindre dette har vi lest artiklene flere ganger og vært to som sammenfattet tekstene. Søk i store databaser med forskjellig emneord kan også ha påvirket søkeresultatet og her er det mulig at vi ikke fanget opp forskning som kunne vært relevant for problemstillingen.

2.3 Presentasjon av valgte artikler og relevans for problemstilling

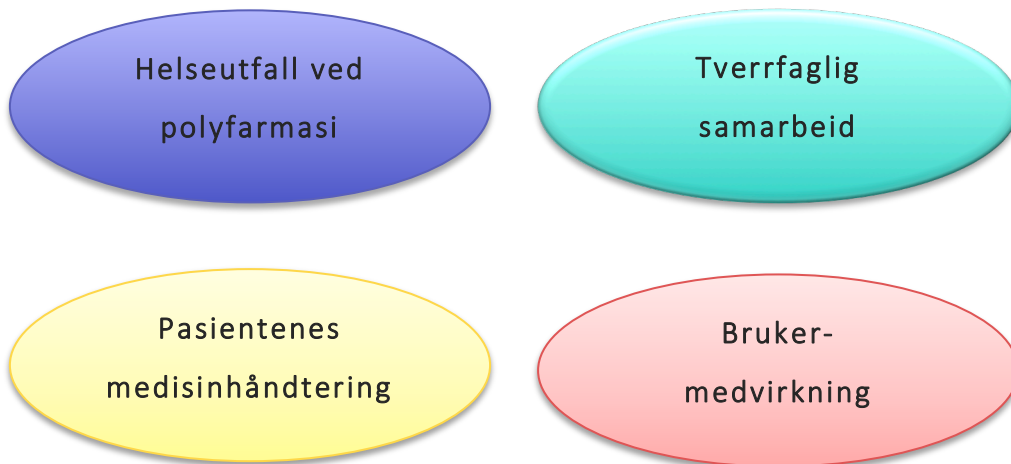
I litteraturmatisene (vedlegg 5) presenteres en mer detaljert fremstilling av valgte artikler. Vi inkluderte en oversiktsartikkel (Frazier, 2005) som utelukkende tar for seg forskning med en klar sammenheng mellom polyfarmasi og helseutfall hos eldre. Studien er basert på pasienter på sykehus, sykehjem og hjemmeboende eldre. Til tross for større kontekst enn målgruppen vår, er den relevant for å gi oss en bredere forståelse for konsekvensene av polyfarmasi. For å få kunnskap til hvor tilfreds eldre er over egen legemiddelbehandling inkluderte vi en kvantitativ kohortstudie (Olsson et al., 2011) som hadde til formål å undersøke sammenhengen mellom lav medisinsk kvalitet og livskvalitet. Den kartlegger i hvilken grad eldre opplever tilfredshet og ansvar over egen legemiddelbehandling og kan gi en indikasjon på hvor behovet av sykepleiefaglig interaksjon er som størst. Studien er utført i Sverige og resultatet fra 150 eldre hjemmeboende som står på flere enn 5 faste medisiner, kan derfor overføres til norsk kontekst med liknende forutsetninger. Videre inkluderte vi en kvalitativ studie (Mc Namara et al., 2016) som har til formål å undersøke barrierer og virksomme faktorer for hensiktsmessig legemiddelbehandling til pasienter med polyfarmasi. Studien er relevant da den fremhever viktige punkter i sykepleiefaglig arbeid slik som medisinsk tverrfaglig samarbeid, kunnskapsbasert praksis, kontinuitet i helsetjenesten og brukarmedvirkning. Deltakerne er helsepersonell, hvor sykepleiere er en del av utvalget. Halvparten av deltakerne som ble rekruttert til studien jobber i primærhelsetjenesten, som går inn under vår valgte kontekst. For å belyse sykepleiers sentrale rolle knyttet til pasientenes legemiddelbehandling, inkluderte vi en tverrsnittstudie av Griffiths et al. (2004). Den har til formål å undersøke hvordan sykepleietiltak, gjennom kartlegging av individuelle problemer og behov, kan forbedre kunnskap om legemiddelbehandling og etterlevelse hos eldre hjemmeboende pasienter. Alle valgte artikler er bygd opp etter IMRAD-

struktur med et tydelig introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonskapittel.

I dette kapitlet har vi vist hvordan vi har gått frem systematisk for å finne forskningsartikler som kan belyse problemstillingen i litteraturstudien. Hovedfunnene blir presentert i resultatkapitlet som følger.

3 Resultat

I dette kapittel blir forskningsresultatene fra inkluderte artikler presentert. Ved å analysere resultatene er det noen tydelige felles trekk som vi har valgt å tematisere i fire hovedkategorier her under.



3.1 Helseutfall ved polyfarmasi

I oversiktsartikkelen til Frazier (2005, s. 6) ble det funnet at polyfarmasi har en signifikant sammenheng med legemiddelrelaterte problemer slik som upassende legemiddeldoser, bivirkninger, legemiddelinteraksjoner og manglende overholdelse. Polyfarmasi er forbundet med økt risiko for sykehusinnleggelse, reinnleggelse og innleggelse i akuttmottak. Det er også en sterk sammenheng mellom legemiddelbivirkninger og sykehusinnleggelse, samt dødelige bivirkninger (Frazier, 2005, s. 6-10). Polyfarmasi kan gi nedsatt mobilitet og økt risiko for hoftebrudd, hypotensjon, hypoglykemi, underernæring, dårligere livskvalitet og økt dødelighet (Frazier, 2005, s. 6-9; Olsson et al., 2011, s. 6). Omfanget av polyfarmasi fremheves i studien til Griffiths et al. (2004, s. 170) der pasientene i gjennomsnitt brukte 10,4 legemidler om dagen og 58,3% oppgav at de tok reseptfrie smertestillende i tillegg. Samme resultat kom frem i studien til Olsson et al. (2011, s. 4) der 150 deltakere i gjennomsnitt brukte 10 legemidler per dag; definert som ekstrem polyfarmasi (Olsson et al., 2011, s. 4). Mange av medikamentene som ble funnet på medisinlistene

anbefales ikke og anses til og med å utgjøre spesiell fare for eldre. Videre ble det oppdaget feil doser, interaksjons- og varighetsproblemer og mange av legemidlene manglet indikasjon. Det viser seg at slike faktorer, benevnt som lav medisinsk kvalitet, resulterte i lavere opplevd livskvalitet hos både menn og kvinner. Resultatet viste ingen forskjell mellom alder og kjønn men innvirkningen på opplevd livskvalitet økte signifikant med antall legemidler. 79% av pasientene foretrekker livskvalitet fremfor lang levetid (Olsson et al., 2011, s. 4).

3.2 Pasientenes medisin håndtering

I studien til Griffiths et al. (2004, s. 170) ble pasientenes evne til å administrere egne legemidler testet. 8,3% klarte alle oppgavene, 54,2% hadde 1-2 feil, og 37,6% hadde mellom 3-8 feil. Ved spørsmål om pasientenes medisinkunnskaper kunne 75% navngi legemidlet korrekt, mens 66,7% hadde utfordringer med å identifisere hvorfor de tok legemidlet (Griffiths et al., 2004, s. 170-171). 79,2% av pasientene som deltok hadde ansvar for egen legemiddel håndtering mens 70,8% trengte undervisning om legemiddelnavn, indikasjoner og til hvilken tid medisinerne skulle tas (Griffiths et al., 2004, s. 171). I samme studie viste en kartlegging at 20,8% av pasientene glemte å ta medisiner, 4,2% tok de ikke hvis de følte seg bedre, 8,3% tok de ikke hvis de følte seg verre, og 29,2% tok ikke medisiner dersom de skulle reise av gårde (Griffiths et al., 2004, s. 170). Resultatene understøttes av studien til Frazier (2005) hvor det var en sammenheng mellom utelatelse av å ta medisiner når pasienten tok mer enn to medikamenter daglig eller når de inntok legemidler mer enn to ganger daglig (Frazier, 2005, s. 10).

3.3 Brukermedvirkning

I studien til Olsson et al. (2011, s. 4) rapporterte 84% av pasientene at de var tilfreds med egen legemiddelbehandling, mens 56% følte seg i stand til å håndtere egen legemiddelbehandling. En stor andel helsepersonell, herunder sykepleiere, mener at en delt beslutningsprosess er viktig for å forbedre etterlevelse og maksimere fordeler ved legemiddelbehandling (Mc Namara et al., 2016, s. 293). Det ble samtidig rapportert om at medisinske avgjørelser blir tatt uten tilstrekkelig brukermedvirkning (Mc Namara et

al., 2016, s. 293). Det var heller ikke tilstrekkelig oppfølging av pasientens bekymringer og preferanser etter at de medisinske avgjørelsene hadde blitt tatt (Mc Namara et al., 2016, s. 293). Etter sykepleietiltak knyttet til individuelle pasientutfordringer, her innunder undervisning om legemidler og indikasjon, gi ut en oppdatert medisinliste og utprøving av nye administrasjonsmåter, ble deltakerne i bedre stand til å administrere medisinene sine. Det ble en økning fra 82% til 97% i pasientenes kunnskaper om å identifisere legemidler og fra 86% til 97% til hvilken tid det skulle tas (Griffiths et al., 2004, s.171- 172).

3.4 Tverrfaglig samarbeid

Studien til Mc Namara et al. (2016) viser at kun legen hevdet seg som nøkkelkoordinator ovenfor pasientenes legemiddelbehandling, et ansvar de ofte føler at de ikke klarer å følge opp alene (Mc Namara et al., 2016, s. 296). Helsepersonell rapporterte om dårlig koordinering, mangel på individuelt ansvar og engasjement i pasienters behandlingsplan og legemiddelbehandling, som resulterer i kontinuitetsbrudd i behandlingsforløpet (Mc Namara et al., 2016, s. 296). Majoriteten av helsepersonellet konkluderte samtidig med at deres nåværende situasjon ikke tillot dem å ta på seg et større ansvar knyttet til legemiddelbehandling. Det var også flere som ikke ville forstyrre kollegiale forhold eller overstyre den som tidligere utformet behandlingsplanen eller foreskrevet legemidlet (Mc Namara et al., 2016, s. 296). Det ble vist at sykepleiere kan delta og ha en betydningsfull rolle ved pasientenes legemiddelbehandling og i det tverrfaglige samarbeidet gjennom individuell kartlegging av problemer og behov hos pasientene og samarbeid med legen. Det å henvise pasientene til fastlegen for medisingjennomgang resulterte i en liten minskning i totalt antall legemidler fra 10,4 til 9,9 (Griffiths et al., 2004, s. 171-172).

4 Diskusjon

Med økende antall eldre hjemmeboende er det logisk å anta at kompliserte sykdomstilstander med tilhørende økt medikamentforbruk ligger foran oss (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13-14). Mer enn noensinne er det derfor aktuelt med økt kunnskap om polyfarmasi og hvordan sykepleier kan bidra til å sikre mer hensiktsmessig legemiddelbehandling i praksis. For å belyse problemstillingen om sykepleieres ansvarsrolle i legemiddelbehandling ved polyfarmasi, vil de fire hovedelementene bli drøftet opp mot faglitteratur, lovverk og politiske orienteringer, yrkesetiske retningslinjer, samt egne erfaringer fra praksis.

4.1 Sykepleiers vurderingskompetanse ved polyfarmasi

Vi ser stor enighet i studiene at polyfarmasi fører med seg ekstra bivirkninger og interaksjoner mellom legemidler, og at dette kan lede til negative helseutfall hos eldre (Frazier, 2005, s. 6.; Olsson et al., 2011, s. 1). Sykepleiere er, som nevnt i innledningen, den yrkesgruppen som oftest observerer eldre tilknyttet hjemmesykepleien (Riker & Setter, 2013, s. 69). På bakgrunn av dette tenker vi at sykepleiere er i en unik posisjon til å fange opp legemiddelrelaterte problemer. Sett fra et naturvitenskapelig perspektiv innehar sykepleiere gjennom sin grunnutdanning, en bred kunnskap om naturlige aldersforandringer og hvordan eldre påvirkes av og er mer følsomme for legemidler enn yngre (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 9). Videre har hver enkelt sykepleier i henhold til Helsepersonelloven § 4 (1999), en lovpålagt plikt til å holde seg faglig oppdatert slik at yrket utføres faglig forsvarlig. Det er vist at sykepleieren kan bidra til å redusere legemiddelrelaterte problemer ved polyfarmasi, gjennom å holde seg oppdatert på sykdomsprosesser og siste legemiddelinformasjon (Dunn, 2002, s. 110-111). Faglig forsvarlighet betyr også at sykepleier må observere virkning og bivirkninger hos pasientene (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 17- 18). For at sykepleier skal kunne gjøre gode observasjoner og vurderinger i feltet kan økt kunnskap om legemiddelrelaterte problemer slik som svimmelhet, fall, delirium, skrøpelighet, urininkontinens og akutt funksjonssvikt, bidra til å fange opp forandringer i pasientens helsetilstand. Ved å ha kunnskap om at slike utfall kan være et resultat av legemiddelbehandlingen, og ikke kun

tenke at det er en forverring av sykdom eller naturlig del av aldersprosessen, kan man unngå å mistolke eller overse symptomer på legemiddelrelaterte problemer. Observasjonene kan rapporteres til aktuell lege for videre undersøkelse av årsak (Riker & Setter, 2012, s. 478). I følge yrkesetiske retningslinjer (2011, s. 8) har sykepleiere et ansvar å fremme helse og forebygge sykdom og gjennom økt kunnskap om negative helseutfall, som vurdering av symptomer over, tenker vi at sykepleier kan bidra til å redusere polyfarmasi og konsekvensene av denne. Av egen erfaring, var det en eldre pasient som ble satt på smertepaster grunnet smerter i armen. Pasienten ble over to uker gradvis mer ustø, fikk agitert atferd og redusert matlyst. Etter at sykepleier mente at smertepasteret kunne forårsake dette, ble plasteret seponert og pasienten kom tilbake til sitt normale selv.

Mer hensiktsmessig legemiddelbehandling ville ikke bare ført til mindre lidelse for pasientene, men også store besparelser for samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 26). Sykehusinnleggelse, forverring av sykdom og legemiddelrelaterte problemer er svært kostbart og det er anslått at feilaktig og ineffektiv bruk av legemidler koster det norske samfunn opp mot 5 milliarder kroner hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 26). I forbindelse med sykehusinnleggelser grunnet legemiddelbivirkninger, har Statens legemiddelverk for Helse- og omsorgsdepartementet (2005, s. 26) estimert årlige kostnader på mellom 300-400 millioner kroner. Det samfunnsøkonomiske perspektivet er et veldig aktuelt tema, men faller ikke inn under oppgavens problemstilling. Sett fra systemnivå og det samfunnsmandat sykepleier innehar som velferdsstatens forlengede arm (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2013, s. 101) anser vi det likevel nyttig å ha kjennskap til at polyfarmasi også fører til store kostnader for samfunnet.

4.2 Fremme brukermedvirkning gjennom tilpasset informasjon til de eldre

Det er bemerkelsesverdig at 70,8% av eldre hjemmeboende trengte noen form for undervisning om enten legemiddelnavn, indikasjon eller til hvilken tid medisinene skulle tas (Griffiths et al., 2004, s. 171). Det høye tallet går igjen ved spørsmål om å identifisere legemidlet, der mer enn to tredjedeler feilaktig identifiserte minst et av

egne legemidler (Griffiths et al., 2004, s. 171). Funnene viser at flere eldre ikke har god nok forståelse om legemidlene de står på, og vi tenker at en slik mangel på kunnskap kan bidra til uheldige konsekvenser grunnet feilbruk av medisinerne. Kun halvparten av deltakerne i Olsson et al. (2011, s. 4) følte seg i stand til å håndtere egen legemiddelbehandling men til tross for dette oppgir hele 84% at de er tilfreds med egen medisinerings (Olsson et al., 2011, s. 4). Vi tenker at en bidragende faktor til dette er lav kunnskap om egen legemiddelbehandling og mangel på tilpasset informasjon. Tilpasset informasjon er anerkjent nødvendig og viktig på alle nivåer i helsetjenesten (Seljelid, 2016, s. 51) og en forutsetning for at pasienter skal kunne ta beslutninger om egen sykdom, behandlingsalternativer og prognose. Dette gir pasienten et eierskap til behandlingen og en slik involvering reduserer risikoen for feil i legemiddelbruken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 58). Uten nok kunnskap om egen legemiddelbehandling blir medisinske avgjørelser tatt uten tilstrekkelig brukermedvirkning (Mc Namara et al., 2016, s. 293). Dette strider mot §3-1 og §3-2 i pasient og brukerrettighetsloven (1999) der pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og rett til informasjon om hvilke legemidler han får, hvorfor han får dem, hvordan de skal tas og hvilke virkninger og bivirkninger de kan ha. Helsepersonelloven §10 (1999) speiler pasient- og brukerrettighetsloven og stiller sykepleiere pliktet til å gi tilpasset informasjon. Dette understøttes også av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i 2.4: "Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått" (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Studier blant eldre pasienter viser at så mye som 40-80 prosent av informasjon som blir gitt muntlig, er glemt umiddelbart (Kessel, 2003, 2. 219). Dette kan være en bidragende faktor til lave tall i evnen til å administrere egen legemiddelbehandling. Legemiddelbehandlingens formål er at pasientens helse skal bli bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 58) og hvis tilpasset informasjon bidrar til økt eierskap og etterlevelse kan sykepleier fremme pasientens brukermedvirkning og dermed redusere risikoen for feilbruk.

4.3 Sykepleiers rolle for å bidra til bedre etterlevelse

Griffiths et al. (2004, s. 170) sin studie viste oppsiktsvekkende tall på pasientenes etterlevelse. Hele 20,8% av eldre hjemmeboende glemte å ta sine medisiner og kun 8,3% klarte alle oppgavene i test av pasientens evne til å administrere egne legemidler. Vi lurer på om tallene hadde sett annerledes ut med et økt fokus fra sykepleier på brukermedvirkning og kunnskap om egen legemiddelbehandling. Erfaringen nevnt i innledningen om pasienten som ikke visste hvorfor hun sto på antipsykotika og antidepressiva, slet i tillegg med overvekt og munntørrrhet; noe som kunne være bivirkninger fra medisinene. Hun var redd for å slutte fordi hun ikke visste hvordan kroppen hennes ville reagere og det var tydelig at hun trengte mer kunnskap om legemidlene sine og eventuell nedtrappings regime (Kaufman, 2015, s. 32). Dette kan relateres til andre eldre sin situasjon. Mange pasienter føler at de mangler kontroll over hvorfor og hvordan de bruker medisinene sine (Duerden, Avery, Payne., 2013, s. 32) og forskning viser at helsepersonell ikke alltid gir tilstrekkelig oppfølging av pasientens bekymringer om egen legemiddelbehandling (Mc Namara et al., 2016, s. 293) som kan føre til dårligere etterlevelse (Griffiths et al., 2004, s. 170). På den andre siden ser sykepleierne at brukermedvirkning og en delt beslutningsprosess er viktig for å bedre etterlevelsen (Mc Namara et al., 2016, s. 293). Det er derfor av stor betydning å fremheve at sykepleiere har en viktig rolle for å identifisere utfordringer med etterlevelse, interaksjoner og bivirkninger ved å spørre pasientene om deres medisiner og høre på deres bekymringer. Dette understøttes av resultatene, hvor det ble en økning i pasientenes etterlevelse og kunnskap om legemidlet etter at sykepleier la til rette for individuelle behov og brukermedvirkning (Griffiths et al., 2004, s. 171-172). Med dette kan sykepleiere hjelpe pasientene til en bedre legemiddelbehandling (Kaufman, 2015, s. 31), og redusere antall legemidler (Griffiths et al., 2004, s. 172). Det er stor enighet i at tilpasset informasjon og brukermedvirkning øker etterlevelsen av legemiddelbehandling og kan bidra til å redusere bivirkninger (Fastbom, 2001, s. 73; Dunn, 2002, s. 110-111). Som den yrkesgruppe som jobber tett på pasientene, har sykepleier derfor gode forutsetninger for å legge til rette for et brukermedvirkende miljø (Kaufman, 2015, s. 31-32).

4.4 Sykepleiers bidrag i det tverrfaglige samarbeidet

Det å jobbe tverrfaglig og dele kunnskaper mellom yrkesgrupper er svært viktig for en sikrere legemiddelbehandling hos eldre (Lenander, Bondesson, Midlöv & Viberg, 2015, s. 7). Dette illustreres i en norsk undersøkelse hvor fastlegens og hjemmetjenestens medisinlister ble sammenlignet, og resultatet viste at medisinlistene manglet samsvarighet hos over 60% av pasientene (Rognstad & Straand, 2004, s. 810). Når pasientene får oppfølging og vurdering kun basert på kontakt ved behov og uten særlig definisjon på hva som skal følges opp og av hvem (Næss, Bing-Jonsson & Gyltnes, 2011, s. 3) kan en slik svikt i samarbeidet føre til uhensiktsmessige forskrivinger, dobbeltbehandling og økt fare for bivirkninger og interaksjoner (Rognstad & Straand, 2004, s. 810). I følge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9) skal sykepleieren fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten. Gode tverrfaglige samarbeidsforhold gagnar pasienten. Det viser funn fra en studie gjort i Vestfold, der lege og sykepleier jobbet sammen for å kvalitetssikre legemiddeloppfølgingen av eldre med et stor legemiddelbruk (Næss et al., 2011, s. 20). Resultatet ble at et tverrfaglig samarbeid gav et bedre helhetsbilde av pasientsituasjonen og sykepleierne uttrykte at pasientene totalt sett ble bedre ivaretatt enn tidligere. Dette samsvarer med Griffiths et al. (2004, s. 172) som viser at samarbeid mellom sykepleier og lege kan gi en reduksjon i antall legemidler hos pasienten. Disse resultatene understreker at sykepleiere er en sentral brikke i det tverrfaglige samarbeidet. På denne måten ser vi at sykepleiere kan dekke et behov for medisinsk oppfølging og ivareta pasientene på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Videre er tverrfaglig samarbeid lovfestet i Helsepersonelloven §4 (1999) der det står at yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Også politiske orienteringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 29) trekker frem at vurdering av pasienters legemiddelbehandling egner seg for et tverrfaglig samarbeid. De skriver at kvalifisert helsepersonell, som vil si personell som må være trent i å se pasientens legemiddelbehandling i forhold til de sykdommer pasientene lider av, kan gjennomgå legemiddelbehandlingen sammen med pasienten. Sykepleiere som innehar innsikt i både sykdomstilstand og legemidler, tenker vi er egnet personell til å ta for seg denne oppgaven.

4.5 Tørre å ta ansvaret

Til tross for at fastlegen er den medisinsk faglig ansvarlige, er det sjeldent legen som faktisk ser denne pasientgruppen på daglig basis (Modin, 2010, s. 1). Vi vet også at fastlege og hjemmesykepleie sjelden har et rutinemessig samarbeid om pasientene (Statens helsetilsyn, 2009, s. 4). Det betyr at pasientene ikke får den systematiske oppfølging og vurdering av sin helsetilstand og iverksatt legemiddelbehandling som er ønskelig (Næss et al., 2011, s. 3). Dårlig koordinering og mangel på individuelt ansvar ved pasienters legemiddelbehandling fremkommer også i studien til Mc Namara et al. (2016, s. 296). Interessant er at majoriteten av helsepersonell i samme studie opplevde at deres nåværende situasjon ikke tillot dem å ta på seg et større individuelt ansvar. Et slikt resultat understøtter vår problemstilling om hvorfor det er viktig å belyse sykepleiers ansvarsrolle ved polyfarmasi og det er mulig at en bevisstgjøring slik som i denne oppgaven, kan synliggjøre sykepleiere som en sterkere ressurs med egenansvar i det tverrfaglige medisinske samarbeidet.

Som nevnt i innledningen yter hjemmesykepleien i dag helsehjelp til langt flere og sykere pasienter enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14). For å møte dette behovet, har vi gjennom forskningsresultatene blitt bevisste på sykepleierens behov av kompetanse om sykdommer og legemidler, samt ansvar og rolle i det tverrfaglige samarbeidet i kommunehelsetjenesten. Når eldre får vedtak i kommunehelsetjenesten i forhold til legemiddelbehandling er det vanligste vedtaket: Hjelp til administrering av legemidler (Næss et al., 2011, s. 2). Vår erfaring er at dette oftest, enkelt og greit, betyr hjelp til utdeling av medisiner. Enten gjennom utlevering av multidosepakning, hjelp til å fordele medisiner i ukesdosett eller hjelp til å innta legemidler til rett tid. Vedtaket om helsehjelp er da til synes oppfylt og er en viktig bidragende faktor til at eldre kan bli boende hjemme (Næss et al., 2011, s. 2). Men ut fra faglig forsvarlig praksis vedrørende legemiddelhåndtering har vi opplevd at sykepleiers oppfølging av virkning, bivirkning, eventuelle interaksjoner og endringer i helsetilstand kanskje ikke blir like godt ivarettatt. Funn viser at sykepleier har en betydningsfull nøkkelrolle ved oppfølging av legemiddelbehandling gjennom blant annet å kontinuerlig kartlegge pasientenes individuelle problem og behov (Griffiths et al, 2004, s. 171). Et eksempel fra praksis som understreker viktigheten av oppfølging og

eierskap til pasientens legemiddelbehandling, var en pasient som plutselig ble plaget med obstipasjon og samtidig veldig engstelig. Ved kontakt med legen oppgav pasienten kun symptomene og legen foreskrev angstdempende samt noe for mageplagene. Sykepleier i hjemmetjenesten kontaktet legen og informerte om observasjonene som var blitt gjort de siste to ukene. At pasienten til vanlig var rolig og oppegående men nylig hadde startet på et legemiddel hvor en av bivirkningene kunne være angst og uro. Ettersom pasienten følte seg angstpreget hadde det gått utover nattesøvnen og hun hadde ikke klart å komme seg på trening som hun vanligvis var på to ganger i uken. Med alderen får man normalt sett nedsatt tarmfunksjon og daglig mosjon er derfor viktig for å opprettholde så god funksjon som mulig. Det er slettet ikke sikkert at hun trengte enda et legemiddel foreskrevet mot treg mage. Sykepleier kom med forslaget å seponere legemidlet som forårsaket bivirkningene, slik at hun kanskje fikk tilbake normalt aktivitetsnivå og søvnmønster. Noe som også ble tilfelle.

Manglende oppfølging hos pasienter med polyfarmasi tenker vi er et stort problem, og for en sårbar gruppe som eldre hjemmeboende kan viktige observasjoner vedrørende virkning og bivirkning gå tapt. Helse- og omsorgsdepartementet (2005, s. 25) viser til at pasienter som står på flere legemidler samtidig er i særlig behov for oppfølging da bruk av mange legemidler og manglende nedtrapping av legemidler som ikke lenger er nødvendige, er et velkjent problem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 25). For å fremme riktig legemiddelbruk, skriver politiske orienteringer at nøkkelpersoner i den kommunale helsetjenesten må bidra med nødvendig oppfølging av pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 26). Sykepleier er, sammen med lege og farmasøyt, nøkkelpersoner ved oppfølging av legemiddelbehandling (Viktil & Blix, 2008, s. 278). Til tross for dette var det kun legen som anså seg som nøkkelkoordinator overfor pasientenes legemiddelbehandling, og uttrykte også at ansvaret er utfordrende å følge opp alene (Mc Namara et al., 2016, s. 296). Vi ser at gapet i ansvarsrollene særlig går ut over oppfølgingen av eldre hjemmeboende som mottar helsetjenester. Norske tall viser at hele 107 av 110 hjemmeboende pasienter hadde problemer som kunne spores direkte tilbake til legemiddelbruken deres (Helmers, 2014). Av 611 legemiddelrelaterte problemer utgjorde unødvendig legemiddelbruk 17,7% og ved 10,3% av tilfellene ble det gitt for høy dose (Helmers, 2014). Dette viser at legemiddelbehandling er komplekst og utfordrende. I kvalitetsreformen "Leve hele livet" (Helse- og omsorgsdepartementet,

2018, s. 8 - 13) vektlegges særlig det at pasientenes symptomer og behandlingsbehov er i stadig endring etterhvert som sykdom utvikler seg. Dette legger opp til et behov av kontinuerlig oppfølging og vurdering av endringer i helsetilstanden, et behov som sykepleier besitter kompetanse til å observere og vurdere. Gjennom sin tette kontakt med eldre i hjemmetjenesten, utgjør sykepleier en viktig rolle i systematisk oppfølging av legemiddelbehandling, dersom man tørr å ta det ansvaret.

4.6 Helhetlig omsorg – grunnleggende sykepleie

Florence Nightingale beskrev sykepleie med et fokus rettet mot pasientens opplevelse av sykdom (Holter, 2015, s. 110-111). Hovedfokuset var altså ikke på selve sykdommen, men på oppfølging av den medisinske behandlingen, målrettede tiltak og det å hjelpe pasienten å mestre tilværelsen med sykdom. Det å legge like mye vekt på objektive observasjoner slik som telling av respirasjonsfrekvens, som på den subjektive opplevelsen av hva den høye respirasjonsfrekvensen har å si for pasienten, er en av hjørnesteinene i sykepleiefaglig filosofi. Det innebærer at sykepleier kan ha evnen til å balansere de objektive og subjektive forholdene ved sykdom, legge til rette for individualisme og selvbestemmelse og ikke minst, se til at pleien blir tilfredsstillende utført for hver enkelt (Holter, 2015, s. 110-111). Det å gi helhetlig omsorg og se hele mennesket er underliggende i både resultatene og drøftingen i denne oppgaven. Dette fordi polyfarmasi, liksom sykdom og opplevelse av egen helse, påvirker hvert menneske forskjellig. Studien til Olsson et al. (2011) viser at lav medisinsk kvalitet er forbundet med lavere opplevd livskvalitet, og at også antall medikamenter har en negativ innvirkning på opplevd livskvalitet. Det at hele 79% av deltakerne fortrekker livskvalitet fremfor lang levetid føler vi er et veldig viktig funn som må løftes frem og forskes mer på. Eksisterende kartleggingsverktøy for hensiktsmessig legemiddelbehandling kartlegger i dag sannsynligheten for dødelighet og ikke forventet levealder eller livskvalitet (Mc Namara, 2016, s. 294). Hvordan skal sykepleier da klare å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett og vite hvor balansen er mellom den objektive og subjektive vurderingen?

Det er ønskelig at legemiddeloppfølging fra sykepleier skal baseres på kliniske observasjoner, kontinuerlig kartlegging av pasientens opplevelse med adressering av

fordeler og ulemper knyttet til legemiddelbehandlingen, samt god informasjon om forventet virkning og bivirkning (Dunn, 2002, s. 110; Jesson, 2011, s. 19-20). Ikke sjeldent ser man eldre pasienter stå på legemidler som er til større fare eller ulempe, enn til nytte (Wyller, 2015, s. 198). Hvis sykepleier er bevisst på at det finnes et individuelt krysspunkt for når ulemper overgår fordeler i legemiddelbehandlingen, er det lettere å avgjøre om legemidlet fortsatt er hensiktsmessig for pasienten (Jesson, 2011, s. 19-20). Her tenker vi at sykepleier kan få førstehåndsinformasjon om pasientens standpunkt ved å høre på den eldre sin subjektive opplevelse og forstå at pasientene er eksperter på hva eventuell legemiddelbehandling har å si for deres hverdag (Heyn, 2015, s. 374-375). Per Nortvedt (2012, s. 49) skriver at en overordnet etisk verdi i sykepleien er å fremme pasientens beste, som blant annet vil si å respektere pasientens valg, fremme helse og forebygge sykdom. Pasienten må bli sett og hørt, og vi undrer oss over om polyfarmasi hos eldre kunne blitt redusert dersom flere hadde blitt spurt om hva de faktisk ønsker av egen legemiddelbehandling, og ikke minst, hva de kan tenke seg å akseptere av bivirkninger.

5 Konklusjon

Vi fant at sykepleier har en betydningsfull rolle for å bidra til mer hensiktsmessig og trygg legemiddelbehandling ved polyfarmasi. Gjennom sin sentrale posisjon hos eldre hjemmeboende er forutsetningene tilstede for å kunne kartlegge individuelle problem og behov og gjøre gode kliniske observasjoner og vurderinger ved endring i helsetilstand. Sykepleier har disse forutsetningene ved å inneha kunnskap om eldre og legemidler, naturlige sykdoms- og aldersprosesser, holde seg faglig oppdatert på legemidler og deres virkninger og bivirkninger, fremme brukermedvirkning og bedre etterlevelse gjennom tilpasset informasjon samt opprettholde et godt tverrfaglig samarbeid. Samtlige av disse faktorer gir sykepleier et økt eierskap over pasientenes legemiddelbehandling, med bedre livskvalitet og mer hensiktsmessig legemiddelbehandling for de eldre, som følge.

6 Litteraturliste

- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). *Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound*. Hentet fra:
https://www.researchgate.net/profile/Martin_Duerden/publication/275828926_Polypharmacy_and_Medicines_Optimisation_King's_Fund_Report_November_2013/links/554775bd0cf26a7bf4d9083f/Polypharmacy-and-Medicines-Optimisation-Kings-Fund-Report-November-2013.pdf
- *Dunn, C. M. (2002). Assessing & preventing medication interactions. *Home Healthcare Now*, 20(2), 104-112. Hentet fra
<http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/detail/detail?vid=3&sid=3c80e0a5-4adf-4c48-9b5b-93f0a806eac2%40sessionmgr4010&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106940739&db=ccm>
- *Fastbom, J. (2001). *Eldre og legemidler*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- *Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om legemiddelbruk i Norge*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/legemiddelbruk-i-norge/>
- *Forente Nasjoner. (2018). Befolkning, migrasjon og urbanisering. Hentet fra
<https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Befolkning>
- *Frazier, S. C. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of gerontological nursing*, 31(9), 4-11. Hentet fra
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3b89f4ba-4c25-4c40-986a-cabeb92b6250%40sessionmgr4010>
- *Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International journal of nursing practice*, 10(4), 166-176. Hentet fra
<http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/detail/detail?vid=3&sid=97cc1c1c-f406-4ced-9432-4f9ab3dcc5dd%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106675794&db=ccm>
- *Guthrie, B., Makubate, B., Hernandez-Santiago, V., & Dreischulte, T. (2015). The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC medicine*, 13(1), 74. doi: 10.1186/s12916-015-0322-7
- *Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2013) Innføring i helse- og sosialpolitikk. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- *Helmers, A-K. B. (2014) *Avdekket feil medisinerbruk*. Hentet fra
<https://sykepleien.no/2014/06/avdekket-feil-medisinerbruk>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* (Meld. St. 18 2004-2005). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/01962a4190144c119107ab61ac83a1af/no/pdfs/stm200420050018000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*

– nærhet og helhet (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse.* (Meld. St. 28 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 2017-2018). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 363-398). Oslo: Cappelen Damm AS

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I I. M. Holter & E. K. Grov (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 107-118). Oslo: Cappelen Damm AS

*Jesson, B. (2011). Minimising the risks of polypharmacy. *Nursing older people* 23(4): 14-20. (7p) Hentet fra

<http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bcafdc39-53ba-428a-b731-f1b45fe801e1%40sessionmgr4009>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. av 27 juni 2003 nr. 792. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

*Kaufman, G. (2015). Identifying polypharmacy in the primary care setting. *Practice nursing*, 27(1), 28-33. Hentet fra <https://doi.org/10.12968/pnur.2016.27.1.28>

*Kessels, R. P. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 219-222. Doi: 10.1177/014107680309601027

- *Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- *Lenander, C., Bondesson, Å., Midlöv, P. & Viberg, N. (2015). Healthcare system intervention for safer use of medicines in elderly patients in primary care—a qualitative study of the participants' perceptions of self-assessment, peer review, feedback and agreement for change. *BMC family practice*, 16(1), 117. Doi: [10.1186/s12875-015-0334-6](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0334-6)
- *Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(1), 230.
- *Mc Namara, K.P., Breken, B. D., Alzubaidi, H. T., Bell, J. S., Dunbar, J. A., Walker, C. & Hernan, A. (2016). Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age and ageing*, 46(2), 291-299. DOI: [10.1093/ageing/afw200](https://doi.org/10.1093/ageing/afw200)
- *Modin, S. (2010). *The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physicians perspective* (Doktorgradsavhandling, Karolinska Institutet). Hentet fra <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38984/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribes.
- Nortvedt, P. 2012. *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Norsk Helseinformatikk. (2017). *Legemiddelbehandling av eldre mennesker*. Hentet fra <https://nhi.no/forskning-og-intervju/legemiddelbehandling-av-eldre/>
- *Norsk Helseinformatikk. (2014) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER_hefte_pdf.pdf
- Norsk senter for forskningsdata. 2017. *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- *Næss, G., Bing-Jonsson, P. & Gyltnes, K. A. Ø. (2011). *Bedre samhandling om multisynke eldre: kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149138/rapp03-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- *Olsson, I. N., Runnemo, R. & Engfeldt, P. (2011). Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 95. DOI:10.1186/1477-7525-9-95. Hentet fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=7fed8b61-d3d6-4325-9c43-885163978889%40sessionmgr4006>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

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

*Rognstad, S., & Straand, J. (2004). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 124(6), 810-812. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/03/tema-fastlegeordningen/vet-fastlegen-hvilke-medisiner-hjemmesykepleien-gir-pasientene>

*Riker, G. I., & Setter, S. M. (2012). Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it—implications for home healthcare and hospice. *Home Healthcare Now*, 30(8), 474-485. Hentet fra https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2012/09000/Polypharmacy_in_Older_Adults_at_Home_What_It_Is.7.aspx

*Riker, G. I., & Setter, S. M. (2013). Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it—implications for home healthcare and hospice, part 2. *Home Healthcare Now*, 31(2), 65-77. Hentet fra https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2013/02000/Polypharmacy_in_Older_Adults_at_Home_What_It_Is.4.aspx

*Seljelid, B. (2016). *Brukermedvirkning krever informasjon*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/brukermedvirkning>

*Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & aging*, 28(7), 509-518. Hentet fra <http://ezproxy1.usn.no:2076/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=66100123-3d91-443e-b207-5ed972e67ece%40sessionmgr104>

*Sinnott, C., & Bradley, C. P. (2015). Multimorbidity or polypharmacy: two sides of the same coin? *Journal of comorbidity*, 5, 29. doi: 10.15256/joc.2015.5.51

*Statens helsetilsyn. (2009) Rapport fra tilsyn med helsetjenester til pasienter i

hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/Oslo-Arkiv-Tilsynsrapporter/2009/Hjemmesykepleien-Oslo-kommune-bydel-Gamle-Oslo-2009/>

*Statens helseilsyn. (2013). Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf

*Syse, A., Pham, D.Q. & Keilman, N. (2016). *Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder*. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270394?ts=1556d689778

- Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Viktil, K. K., & Blix, H. S. (2008). The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 102(3), 275-280. doi: 10.1111/j.1742-7843.2007.00206.x
- *Wyller, T.B. (2015). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

SELVVALGT LITTERATUR

Brandt, N. J. (2016). Optimizing medication use through deprescribing: tactics for this approach. *Journal of gerontological nursing*, 42(1), 10-14.

5 sider

Cowan, D., While, A., Roberts, J., & Fitzpatrick, J. (2002). Medicines management in care homes for older people: The nurse's role. *British journal of community nursing*, 7(12), 634-638.

5 sider

Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. Hentet fra:
https://www.researchgate.net/profile/Martin_Duerden/publication/275828926_Polypharmacy_and_Medicines_Optimisation_King's_Fund_Report_November_2013/links/554775bd0cf26a7bf4d9083f/Polypharmacy-and-Medicines-Optimisation-Kings-Fund-Report-November-2013.pdf

Side 1 - 33 = 33 sider

Dunn, C. M. (2002). Assessing & preventing medication interactions. *Home Healthcare Now*, 20(2), 104-112. Hentet fra
<http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/detail/detail?vid=3&sid=3c80e0a5-4adf-4c48-9b5b-93f0a806eac2%40sessionmgr4010&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106940739&db=ccm>

Side 104 – 111 = 8 sider.

Fastbom, J. (2001). *Eldre og legemidler*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Side 8- 92= 84 sider.

Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om legemiddelbruk i Norge. Hentet fra

<https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/legemiddelbruk-i-norge/>

1 side

Forente Nasjoner. (2018). Befolkning, migrasjon og urbanisering. Hentet fra
<https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Befolkning>

2 sider

Frazier, S. C. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of gerontological nursing*, 31(9), 4-11. Hentet fra
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3b89f4ba-4c25-4c40-986a-cabeb92b6250%40sessionmgr4010>

8 sider

Vedlegg 1

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International journal of nursing practice*, 10(4), 166-176. Hentet fra <http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/detail/detail?vid=3&sid=97cc1c1c-f406-4ced-9432-4f9ab3dcc5dd%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106675794&db=ccm>

11 sider

Guthrie, B., Makubate, B., Hernandez-Santiago, V., & Dreischulte, T. (2015). The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC medicine*, 13(1), 74. doi: 10.1186/s12916-015-0322-7

10 sider

Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2013) *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS

S. 101-116 = 15 sider

Helmers, A-K. B. (2014) *Avdekket feil medisinbruk*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/2014/06/avdekket-feil-medisinbruk>

3 sider

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* (Meld. St. 18 2004-2005). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/01962a4190144c119107ab61ac83a1af/no/pdfs/stm200420050018000dddpdfs.pdf>

Side 7-35 = 28 sider

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Side 11-27 = 16 sider

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*

– nærhet og helhet (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Side 14-18 = 5 sider

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse*. (Meld. St. 28 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>

side 9 – 15, side 29-35, side 39-64 = 40 sider

Vedlegg 1

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. (Meld. St. 15 2017-2018). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Side 7-43 og 138-149 = 47 sider

Helsetilsynet. (2009). Rapport fra tilsyn med hjemmetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo. In H. i. O. o. Akershus (Ed.). Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

7 sider

Jesson, B. (2011). Minimising the risks of polypharmacy. Nursing older people 23(4): 14-20. (7p) Hentet fra <http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bcafdc39-53ba-428a-b731-f1b45fe801e1%40sessionmgr4009>

7 sider

Kaufman, G. (2015). Identifying polypharmacy in the primary care setting. Practice nursing, 27(1), 28-33.

6 sider

Kaufman, G. (2016). Polypharmacy: the challenge for nurses. Nursing Standard (2014+), 30(39), 52.

7 sider

Kessels, R. P. (2003). Patients' memory for medical information. Journal of the Royal Society of Medicine, 96(5), 219-222.

4 sider

Kim, J., & Parish, A. L. (2017). Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. Nursing Clinics, 52(3), 457-468.

11 sider

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanningen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Side: 3-12 = 10 sider

Lenander, C., Bondesson, Å., Midlöv, P. & Viberg, N. (2015). Healthcare system intervention for safer use of medicines in elderly patients in primary care—a qualitative study of the participants' perceptions of self-assessment, peer review, feedback and agreement for change. BMC family practice, 16(1), 117. Doi: [10.1186/s12875-015-0334-6](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0334-6)

9 sider

Vedlegg 1

Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2000). Prosjektarbeid i helsefagene. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kapittel 3: Å systematisere kunnskap: litteraturprosjektene og utredningene.

Side 37- 58= 22 sider

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC geriatrics, 17(1), 230.

10 sider

Mc Namara, K.P., Breken, B. D., Alzubaidi, H. T., Bell, J. S., Dunbar, J. A., Walker, C. & Hernan, A. (2016). Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. Age and ageing, 46(2), 291-299. DOI: 10.1093/ageing/afw200

9 sider

Modin, S. (2010). The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physicians perspective (Doktorgradsavhandling, Karolinska Institutet). Hentet fra <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38984/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Side 7-13 og 24-28 = 12 sider

Norsk Helseinformatikk. (2017). Legemiddelbehandling av eldre mennesker. Hentet fra <https://nhi.no/forskning-og-intervju/legemiddelbehandling-av-eldre/>

2 sider

Norsk Helseinformatikk. (2014) Sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekklister-kvalitativ-2014.pdf>

4 sider

Næss, G., Bing-Jonsson, P. & Gyltnes, K. A. Ø. (2011). Bedre samhandling om multisyke eldre: kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149138/rapp03-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Side 1 -67 = 67 sider

Næss, G. (2008). Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket? Hentet fra http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2008-01/rapp01_2008.pdf

Side 1-58 = 58 sider

Olsson, I. N., Runnamo, R. & Engfeldt, P. (2011). Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. Health and quality of life outcomes, 9(1), 95. DOI:10.1186/1477-7525-9-95. Hentet fra

Vedlegg 1

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=7fed8b61-d3d6-4325-9c43-885163978889%40sessionmgr4006>

9 sider

Riker, G. I., & Setter, S. M. (2012). Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it—implications for home healthcare and hospice. *Home Healthcare Now*, 30(8), 474-485. Hentet fra https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2012/09000/Polypharmacy_in_Older_Adults_at_Home_What_It_Is.7.aspx

12 sider

Riker, G. I., & Setter, S. M. (2013). Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it—implications for home healthcare and hospice, part 2. *Home Healthcare Now*, 31(2), 65-77. Hentet fra https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2013/02000/Polypharmacy_in_Older_Adults_at_Home_What_It_Is.4.aspx

12 sider

Rocchiccioli, J. T., Sanford, J., & Caplinger, B. (2007). Polymedicine and aging: Enhancing older adult care through advanced practitioners. *Journal of gerontological nursing*, 33(7), 19.

6 sider

Rognstad, S., & Straand, J. (2004). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 124(6), 810-812. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/03/tema-fastlegeordningen/vet-fastlegen-hvilke-medisiner-hjemmesykepleien-gir-pasientene>

s. 810-812= 3 sider

Seljelid, B. (2016). Brukermedvirkning krever informasjon. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/brukermedvirkning>

S. 50-53 = 4 sider

Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & aging*, 28(7), 509-518. Hentet fra <http://ezproxy1.usn.no:2076/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=66100123-3d91-443e-b207-5ed972e67ece%40sessionmgr104>

8 sider

Sinnott, C., & Bradley, C. P. (2015). Multimorbidity or polypharmacy: two sides of the same coin? *Journal of comorbidity*, 5, 29. doi: 10.15256/joc.2015.5.51

Side 29-31 = 3 sider

Statens helsetilsyn. (2009) Rapport fra tilsyn med helsetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo. Hentet fra

Vedlegg 1

<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/Oslo-Arkiv-Tilsynsrapporter/2009/Hjemmesykepleien-Oslo-kommune-bydel-Gamle-Oslo-2009/>

7 sider

Statens helsetilsyn. (2013). Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent.

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2016/helse-tilsynetrapport1_2016.pdf

Side 3-18 = 16 sider

Syse, A., Pham, D.Q. & Keilman, N. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270394?ts=1556d689778

Side 25 – 36 = 12 sider

Viktil, K. K., & Blix, H. S. (2008). The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. Basic & clinical pharmacology & toxicology, 102(3), 275-280. doi: 10.1111/j.1742-7843.2007.00206.x

s. 276-279 = 3 sider

Wong, J., Marr, P., Kwan, D., Meiyappan, S., & Adcock, L. (2014). Identification of inappropriate medication use in elderly patients with frequent emergency department visits. Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada, 147(4), 248-256.

9 sider

Wyller, T.B. (2015). Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kapitel 30 Legemidler. s. 222-248 = 27 sider

kapitel 27 Den tverrfaglige geriatriiske behandlingsmetode 193-211 = 18 sider

Totalt antall sider: 715 sider

PICO: Problemstilling ↔ søkebegreper

OR

Patient/problem: (Hvem/hva handler det om, hvilken setting?)	Intervention / Exposure (Hvilke tiltak vurderes?)	Comparison (evt. alternative tiltak)	Outcome (Hvilke resultat / utfall er av interesse?)
Aged Polypharmacy	Nursing, Professional role, Nursing intervention, Interprofessional relations, Community health Nursing, Patient Education		Outcome assessment, Quality of life,

AND

Søkelogg

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
CINAHL	Polypharmacy (CH) AND professional role (CH)	Etter år 2000 Engelsk	59	Mc Namara et al., 2016
Embase	Polypharmacy AND nursing AND aged	Etter år 2000 Engelsk	64	Mc Namara et al., 2016
PubMed	Polypharmacy (Mesh) AND Interprofessional Relations(Mesh)	Etter år 2000 Engelsk	35	Mc Namara et al., 2016
PubMed	Aged (Mesh) AND Polypharmacy (Mesh) AND Outcome Assessment (Health Care) (Mesh)	Etter år 2000 Engelsk	171	Frazier, S. C., 2005
CINAHL	Polypharmacy (CH) AND Quality of life (CH) AND aged (CH)	Etter år 2000 Engelsk	72	Nordin Olsson et al., 2011
CINAHL	Patient Education (CH) AND Community Health Nursing (CH) AND Nursing Interventions (CH)	Etter år 2000 Engelsk	12	Griffiths et.al., 2004
Eventuelle kommentarer til søket:				

Vedlegg 4

Kortutgave av sjekklister

Tabell til svarsalternativ ved kritisk vurdering av en oversiktsartikkel

Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review

Forfatter (e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Frazier, S. C. (2005)	J	J	J	U	J	V	V	J	J	J

Vurdering:

6 og 7. Resultatene er konkret gjengitt og presentert i en oversiktlig tabell. Vi stiller oss kritiske til om resultatene virkelig kan begrunne noen av konklusjonene som diskuteres.

Tabell til svarsalternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning

Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia

Forfatter (e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mc Namara, K.P., Breken, B.D., Alzubaidi, H. T., Bell, J. S., Dunbar, J. A., Walker, C. & Hernan, A. (2017)	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J

Vurdering:

7. Vi fant ingen presentasjon av bakgrunnsforhold som kunne påvirke resultatet. Det er heller ingen presentasjon av forskerne eller deres bakgrunn.

Vedlegg 4

Tabell til svarsalternativ ved kritisk vurdering av kvantitativ forskning: en kohortstudie

Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study

Forfatter (e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Olsson, I. N., Runnamo, R. & Engfeldt, P. (2011)	J	J	J	J	U	J	J	V	J	J	J	U	V

Vurdering:

8. Lav medisinsk kvalitet fører til lavere livskvalitet. At majoriteten av de eldre sa seg fornøyd med legemiddelbehandlingen samtidig som over halvparten ikke følte seg i stand til å håndtere egen legemiddelregime. Bemerkelsesverdig er også at 79% foretrekker livskvalitet over lang levetid.

13. Mange av resultatene gir et godt grunnlag for endring og økt fokus i praksis på medikamentoppfølging. Et tverrfaglig samarbeid og ansvar for den medisinske behandlingen, og ikke minst regelmessig oppfølging. Studien viser også en distanse mellom lege og pasient, der sykepleier har mulighet til å være et faglig sterkt bindeledd.

Vedlegg 4

Tabell til svarsalternativ ved kritisk vurdering av kvantitativ forskning:

tverrsnittsstudie

A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients

Forfatter(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R.	J	J	J	J	J	U	J	J	J	V	U	U

Vurdering:

10. Eldre har problemer med etterlevelse og lav medisinkunnskap, og etter at sykepleietiltak ble iverksatt økte kunnskapen og etterlevelsen.

Vedlegg 5

Litteraturmatrise

Tittel: Health Outcomes and Polypharmacy in Elderly Individuals
Forfatter(e), år, tidsskrift, land: Frazier, Susan C., 2005, Journal of Gerontological Nursing, USA.
Hensikt: Å kartlegge omfanget av tilgjengelig forskning i forbindelse med polyfarmasi og dens empiriske effekt på spesifikke helseutfall hos eldre personer.
Metode: En oversiktsartikkel hvor forfatter har hentet studier som er publisert mellom 1995-2003. Databasene som er brukt er CINAHL, Medline, PubMed. Søkeordene som ble brukt var "Polypharmacy OR Multiple medications" og "Elderly OR elders" og "Outcomes OR effects". Søk i databasene gav 85 resultater av fagfellevurderte artikler. Videre ble det utført søk for å avgjøre hvilke av disse artiklene som møtte kriteriene for gjennomgang. Studier ble inkludert hvis de var originale undersøkelser av sammenhengen mellom polyfarmasi og et helseutfall. De måtte også spesifikt beskrive helseutfallet hos den eldre befolkningen. Referanselistene ble sjekket for ytterligere relevante studier. 16 studier ble valgt. Alle studiene var kvantitative korrelasjonsstudier.
Resultater: Formålet med forskningen for 15 av de 16 studiene var å undersøke uavhengige prediktor eller risikofaktorer for visse helseutfall i den eldre befolkningen. Konteksten i de 16 studiene var ulike, og studiene var utført hos eldre selvstendige hjemmeboende, sykehusinnlagte, eldre med hjemmetjeneste eller sykehjem. Resultatene er basert på 16 studier og viser at polyfarmasi er forbundet med negative helseutfall på følgende områder: mobilitet, dødelighet, frakturer, hypotensjon, hypoglykemi, institusjonalisering, sykehusinnleggelser, underernæring, aspirasjonspneumoni, lenger sykehusopphold, dødelige bivirkninger, legemiddelrelaterte problemer, oppsøkelse av akuttmottak og livskvalitet hos alvorlig lungesyke.

Vedlegg 5

Polyfarmasi ble funnet å ha en signifikant tilknytning til legemiddelrelaterte problemer, som er definert som upassende legemiddeldoser, bivirkninger, legemiddelinteraksjoner, manglende overholdelse og utelatelse av medisinerbehandling. To av studiene viste at polyfarmasi var forbundet med økt risiko for sykehusinnleggelse, og en annen fant sammenheng mellom polyfarmasi og reinnleggelse på sykehus. Videre hadde en studie resultater som viste at det var sammenheng mellom legemiddelbivirkninger og sykehusinnleggelse. Andre studier viste en sammenheng mellom dødelige bivirkninger, innleggelse i akuttmottak, nedsatt mobilitet, økt risiko for hoftebrudd, økt risiko for underernæring, dysfagi, samt en dårlig livskvalitet hos pasienter med kronisk lungesykdom. Videre viste en studie at polyfarmasi kan gi alvorlig hypoglykemi hos insulinavhengige diabetikere. En studie fant også at polyfarmasi var forbundet med økt dødelighet, mens en annen studie fant ikke en slik sammenheng. En annen studie fant en ikke-signifikant positiv sammenheng mellom langtids polyfarmasi og bivirkninger. Men underrapporteringen av bivirkninger er muligens ansvarlig for den ikke-betydningen. En studie fant at polyfarmasi hadde en statistisk signifikant tilknytning til sykehjem, men når pasienter som kom fra sykehjem var utelukket fra analysen, var forenlingen ikke lenger signifikant. To studier fant ikke at polyfarmasi var forbundet med forlenget sykehusopphold. To studier var uenige i om polyfarmasi var forbundet med feil i medisinbehandling. Resultat fra en studie viste at det var en sammenheng mellom utelatelse av å ta medisiner når personen tok mer enn to medikamenter daglig eller når de inntok legemidler mer enn to ganger daglig. Mens en annen studie fant ingen sammenheng mellom polyfarmasi og feil medisinbehandling.

Konklusjon:

Studiene støtter annen forskning om at polyfarmasi er utbredt hos eldre. Hos 14 av de 16 studiene som ble gjennomgått, ble det vist til en signifikant positiv sammenheng mellom polyfarmasi og negative helseutfall. Resultatene fra de to andre studiene støtter ikke de positive korrelasjonene med negative helseutfall. Denne oversiktsartikkelen skriver imidlertid at den interne validiteten til disse to studiene er problematisk. Polyfarmasi bør betraktes som en prediktor for skadelige helseutfall hos eldre. Pasienter som tar flere medisiner trenger mer intens observasjon fra sykepleiere og muligens tidligere tiltak.

Det kan være at polyfarmasi bare er en markør hos de med mer alvorlig sykdom eller

Vedlegg 5

komorbiditet istedenfor et ekte uavhengig korrelat. Det er behov for ytterligere forskning på om komorbiditet og alvorlighetsgrad av sykdom kontrolleres for å avgjøre om polyfarmasi i seg selv er en uavhengig risikofaktor for uønskede helseutfall.

Det er anbefalt at helsepersonell, farmasøyter og pasienter jobber sammen for å maksimere fordelene og minimere risikoen som er forbundet med polyfarmasi. Siden sykepleiere har en sentral rolle i legemiddeladministrasjon, undervisning og vurdering, kan de spille en viktig rolle for å redusere de negative effektene av polyfarmasi hos eldre.

Oversiktsstudien konkluderer med nødvendigheten med mer forskning fra et sykepleieperspektiv for å undersøke sammenhengen mellom polyfarmasi og andre helseutfall, samt beskrive sykepleieintervensjoner som kan forhindre de tilknyttede skadelige helseproblemene hos eldre.

Tittel: Medication Quality and Quality of Life in the elderly, a cohort study.

Forfatter(e), år, tidsskrift, land:

Olsson, I. N., Runnamo, R. & Engfeldt, P., 2011, Health and quality of life outcomes, Sverige

Hensikt:

2011 fantes det ingen studier som definitivt har påvist sammenhengen mellom legemiddelrelaterte problemer hos eldre og deres livskvalitet. Målet med studien er derfor å se om det finnes en sammenheng mellom medisinsk kvalitet og livskvalitet.

Metode:

Kvantitativ studie på 150 utskrivningsklare pasienter fra Universitetssykehuset i Örebro, Sverige. Inkluderingskriteriene var ≥ 75 år, ≥ 5 legemiddel og til vanlig hjemmeboende. Pasienter med demens, registrerte overgrep eller ondartet sykdom ble utelukket. Pasientene ble delt in i tre grupper ut fra indeksscore og ble fulgt opp i løpet av et år. En måned etter utskrivelse ble det foretatt et hjemmebesøk som besto av spørsmål om tilfredsstillelse og evne til å administrere medisiner og doseringsregime, og screening for kognitiv svekkelse siden dette ofte utelates og er et hovedproblem for pasientenes evne til å håndtere medisiner. Både Mini Mental State Examination (MMSE) og klokketest (CDT) ble brukt.

Vedlegg 5

Pasientene fullførte også en undersøkelse av opplevd livskvalitet gjennom kartleggingsverktøyene EQ-5D og EQ VAS. Studiesykepleieren spurte alle pasientene om deres legemiddelbehandling og overholdelse, for å sammenligne med deres medisinalister. De "sanne" medisinalistene (kombinasjonene av resept fra alle leger involvert eller tidligere involvert i pasientens omsorg) ble deretter videresendt til forskningssenteret. Etter seks måneder fikk alle pasientene et brev med en ny EQ-5D og EQ VAS-undersøkelse. Studien ble avsluttet etter 12 måneder med et oppfølgingsbesøk, inkludert nytt EQ-5D, EQ VAS og spørsmål om legemiddelbruk. Alle hjemmebesøk gjennom hele studien ble utført av samme studiesykepleier.

Resultater:

84% av pasientene hevdet å være fornøyd med medisineringsen, men kun 56% følte seg i stand til å håndtere sitt eget legemiddelregime.

79% av pasientene foretrekker livskvalitet over lang levetid. Bemerkelsesverdig er at 32% av deltakerne hadde MMSE <25 samt reduksjoner i CDT-poengsum som indikerer mulig kognitiv svekkelse.

Det ble oppdaget feil doser, interaksjons- og varighetsproblemer. Mange legemidler manglet indikasjon. Ekstrem polyfarmasi ≥ 10 medikamenter var vanlig og vedvarende i alle tre gruppene. Noen av medikamentene som var oppført anses å utgjøre spesiell fare for eldre. Studiet viser at lavere medisinsk kvalitet er forbundet med lavere opplevd livskvalitet. Antall medikamenter hadde en signifikant innvirkning på både EQ-5D-indeksen og EQ VAS på alle tidspunkter. Kjønn eller alder påvirket ikke EQ-5D-indeksen eller EQ VAS. Komorbiditet hadde ingen innvirkning på resultatene i EQ-5D-indeksen eller EQ VAS.

Konklusjon:

Hovedresultatet av studien viser en klar sammenheng mellom medisinsk kvalitet og livskvalitet. Studien støtter opp om grunnprinsippet ved all legemiddelforskrivning: jo mer hensiktsmessig medisineringsen er, desto bedre livskvalitet. Det bør kontinuerlig vurderes resept og legemiddelbehandling, og om mulig seponering i en prosess hvor både pasient og lege er involvert.

Vedlegg 5

Ved å bruke pålitelige instrumenter, medication appropriateness index (MAI) sammen med EQ-5D og EQ VAS, har studien kunnet visualisere sammenhengen mellom upassende medisin og lav livskvalitet. Det er et bemerkelsesverdig høyt antall pasienter med upassende medisiner. Funnene er av betydning både for individet og helsevesenet siden den sårbare gruppen av eldre med kroniske helseproblemer og kronisk legemiddelbehandling øker. Det er fremtredende at mer enn fire av fem pasienter i studien er fornøyd med legemiddelbehandlingen, mens bare litt over halvparten av pasientene føler seg i stand til å håndtere egne legemidler. En mulig årsak til opplevd nedsatt evne til å håndtere egenlegemiddelregime er at nesten en tredjedel av deltakerne hadde MMSE <25 samt reduksjoner i CDT-score, noe som indikerer kognitiv svekkelse. En grunn til at pasienter som hevder å være fornøyd med sin legemiddelbehandling, mens de likevel ikke føler seg i stand til å håndtere eget legemiddelregime, kan være tillit til den "gode legen" og frykt for å skade doktorsamarbeidet ved å gi uttrykk for bekymringer om legemiddelproblemer.

Legemidler og polyfarmasi er kjente risikofaktorer for bivirkninger, sykehusinnleggelser og dødelighet. Faktorer som, allerede er kjent, påvirker livskvaliteten negativt.

Med økende antall eldre som står overfor problemene som kommer med alderdom, kronisk medisiner og kroniske sykdommer, er den virkelige utfordringen for morgendagens helsetjenester både "for å hjelpe folk til å leve lengre og føle seg bedre". For å oppnå dette må helsepersonell vedta nye mål, som inkluderer livskvalitet. Ved å velge livskvalitet som utfall i stedet for utelukkende behandlingsmål med et legemiddel, ønsket studien å oppnå mer pasientfokus og en bevegelse mot felles medisinske beslutninger ved å styrke brukermedvirkning.

Polyfarmasi er en kjempeutfordring på mange måter, men studien vektlegger særlig hensikten og fordelene av legemidlet i et bredt perspektiv. Noe som betyr å kartlegge byrden av legemidlet for hver pasient og se på egnethet av medisiner istedenfor. Fordi hvis det er hensiktsmessig og nødvendig, er fordelene ved medisinerne åpenbare for optimalisering av livskvalitet. I mange tilfeller savnes det indikasjon på legemidler. Et funn er at det kanskje har vært en indikasjon en gang, men ingen har gjort noen oppfølging, ingen har justert dosen, ingen har definert tidspunktet for behandling eller kostnadene. Alle disse er viktige faktorer

Vedlegg 5

for pasientene som skal behandles, da det påvirker deres livskvalitet. For noen typer legemidler kan dette virke som et problem av lav betydning (for eksempel avføringsmidler og vitaminpiller), men listen over upassende stoffer i pasientgruppen inkluderer også smertestillende midler, sovetabletter og diuretika og i verste fall antikoagulantia og insulin. I alle henseende viser disse resultatene mangel på systematisk arbeid i foreskrivingsprosessen.

Tittel: Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia

Forfatter(e), år, tidsskrift, land:

Mc Namara, K.P., Breken, B. D., Alzubaidi, H. T., Bell, J. S., Dunbar, J. A., Walker, C. & Hernan, A., 2016, Age and Ageing, England

Hensikt:

Å undersøke nåværende tilnærminger i multimorbiditetshåndtering og hva som oppfattes som barrierer og virksomme faktorer for å levere hensiktsmessig medisinshåndtering for pasienter med multimorbiditet og polyfarmasi.

Metode:

Kvalitativ studie der det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med totalt 26 helsepersonell fra et bredt spekter i helsetjenesten: leger, forskere, tannleger, sykepleiere og farmasøyter. Nesten halvparten jobbet i primærhelsetjenesten. Potensielle deltakere ble også identifisert i henhold til faglig bakgrunn og erfaring av multimorbiditet for størst mulig variasjon. Deltakerne varierte også med en rekke medisinske- og ikke medisinske forskere og ikke-forskere for å sikre en bred forståelse av opplevde roller, ansvar og utfordringer som erfares med multimorbiditet og medikamenthåndtering. Intervjuene ble analysert og svarene kategorisert. Ved uenighet ble svarene diskutert og sammenlignet før kategorisering.

Resultater:

Inkorporering av felles beslutningsprosesser og pasientpreferenser

Samtlige deltakere oppfattet delt beslutningsprosess som viktig for å forbedre

Vedlegg 5

medisineringsoverholdelse og maksimere behandlingsfordeler. Resultatet viser til at medisinske avgjørelser blir tatt uten tilstrekkelig brukermedvirkning da pasientene ikke har nok kunnskap/informasjon om medikamentbruk. Man adresserte heller ikke tilstrekkelig pasientens bekymringer og preferanser etter at medisinske avgjørelser hadde blitt tatt.

Manglende forskningsbaserte retningslinjer

Rapporteres om motstridende råd fra ulike legemiddelforskrivere. Ofte er retningslinjer rettet til en sykdom/et legemiddel, men ikke med hensyn til multimorbiditet eller polyfarmasi, som gjør det vanskelig å finne lett tilgjengelige, konkrete og forskningsbaserte retningslinjer på arbeidsplassen.

Pasientprognoser

Tilgjengelige kartleggingsverktøy for hensiktsmessig behandling kartlegger sannsynligheten for dødelighet istedenfor forventet levealder. Dette kan by på etiske utfordringer for sykepleier.

Klinisk gjennomførbarhet av behandlingsplaner

Det var ingen tydelig rutine eller metode for å sjekke etterlevelsen til pasientenes behandlingsplan. Helsepersonell ble bare nødt til å stole på at neste personell som tok emot pasienten fulgte de samme rådene og gav samme informasjon om pasientens behandlingsplan.

Optimalisering av behandlingsplan

Majoriteten rapporterte problemer med kontinuitet i omsorgen og at de ikke rutinemessig engasjerer seg i optimalisering av omsorgsplaner og kompliserte medisinregimer. Det var ikke en prioritet i tidsbegrensede pasientmøter. Man ville heller ikke forstyrre kollegiale forhold eller overstyre den som tidligere skrevet behandlingsplanen/foreskrev legemidlet.

Koordinert helsehjelp

Når flere leger er involvert i komplisert legemiddelsregime kan det påvirke pasienten og

Vedlegg 5

behandlingen negativt. Det er en spesiell risiko i pasientoverganger ved multimorbiditet. Deltakerne rapporterte samlet at et problem utvikler seg grunnet dårlig samordning og fordi ingen tar individuelt ansvar. Mange av deltakeren konkluderte samtidig med at deres nåværende situasjon ikke tillot dem å ta på seg det ansvaret. Kun lege hevdet seg som nøkkelkoordinator for pasienter med multimorbiditet. Tidligere beskrevne utfordringer viser at leger ofte føler at de ikke klarer å oppfylle det ansvaret alene.

Konklusjon:

Studien gir et nytt syn på viktigheten av tverrfaglig samarbeid og et systembredt perspektiv for optimal behandlingsoppfølging med medisinrelaterte aspekter.

Den viser utfordringer ved polyfarmasi med unødvendige og uønskede utfall som konsekvens.

Den peker på en utbredd motvilje mot å ta personlig ansvar for multimorbiditetshåndtering. Dårlig samordning av omsorg som gir manglende kontinuitet i helsehjelpen, var nøkkelutfordringen ut fra et felles perspektiv. Det at pasientene ikke hadde nok kunnskap og informasjon resulterer i utilfredsstillende brukermedvirkning. Deltakerne stolte på pasientens hukommelse og gjenfortelling av medisinsk historie der medisinalister var ufullstendige som ved pasientoverganger, noe som kan lede til feilmedisinering. Mange mente også at de fokuserte på akutte situasjoner/forandringer istedenfor komplekse utfordringer som følge av multimorbiditet og polyfarmasi, slik som utilstrekkelig dokumentasjon av behandling eller tvetydighet rundt ledelsesbeslutninger.

Tittel: A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients.

Forfatter(e), år, tidsskrift, land:

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R., 2004, International journal of nursing practice, Australia

Hensikt:

Denne studien tar sikte på å undersøke hvordan sykepleier kan forbedre kunnskap og egen

Vedlegg 5

legemiddelhåndtering i en gruppe eldre mennesker som mottar hjemmetjenester.

Metode: pre-post testdesign med en tverrsnittsundersøkelse av eldre som mottok tjenester fra kommunehelsetjenesten. Et oppfølgingsintervju ble gjennomført med en undergruppe av deltakere som hadde underskudd i kunnskap og/eller håndtering av medisiner.

Kriterier for deltakerne var at de måtte være 65 år og oppover, kunne lese og forstå engelsk, ta medisiner per oralt og ha regelmessig besøk fra sykepleier fra primærhelsetjenesten.

Sykepleiere identifiserte og rekrutterte kvalifiserte deltakere. Sykepleierne tilnærmet seg 184 deltakere og/eller deres omsorgspersoner til å delta i prosjektet. 113 deltakere deltok i prosjektet, hvor to av deltakerne ble trukket fra prosjektet. Av de resterende 111 deltakerne var 48 deltakere berettiget til å delta i oppfølgingsundersøkelsen. Dette var deltakere med underskudd i kunnskap eller selvstyringsevne. Det ble samlet inn data på 24 stk. Ved hjelp av intervju og undersøkelsesverktøy, utviklet av forskerne, ble det samlet data som beskriver klienthistorikken. Undersøkelsesverktøyene inkluderte en rekke gyldige og pålitelige elementer og skalaer som målte problemer knyttet til medisinstyring og kvaliteten på legemiddelbruken i hjemmet. Demografiske dataelementer vurderte funksjonell status, diagnoser som er vanlig hos eldre og kognitiv funksjon. Kunnskap ble målt ved at pasientene ble bedt om å identifisere alle sine nåværende medisiner og beskrive funksjon, dose og planlegging av hver medisiner. Selvrapportert overholdelse ble målt ved å bruke en uttalelse og et etterfølgende spørsmål.

Videre var det en kryssreferanse på selvrapportert overholdelse. Der det var mulig, ble tablettene deltakerne gikk på, tellt for å sjekke etterlevelse/ikke overholdelse.

Undersøkelsesdata ble analysert og en omfattende rapport fra hver klient ble videresendt til sykepleier. Rapporten identifiserte også tiltak som sykepleieren kunne gjennomføre.

Et oppfølgingsintervju ble gjennomført fire uker etter at klientenes medisinsammendrag ble gitt til den respektive sykepleieren. Dette oppfølgingsskjemaet ligner på det opprinnelige spørreskjemaet og inkluderte kompleksitetsindeksen, overholdelsespoengene, endringer i medisinregime, kunnskap om medisiner og bruk av hjelpemidler.

Forfatterne utviklet et «Medication Kit» til sykepleietiltakene.

Resultater:

Etterlevelse

Deltakerne tok i gjennomsnitt 10,4 legemidler per dag. Disse medisinene ble administrert i

Vedlegg 5

gjennomsnitt på 16,6 doser per dag. Den gjennomsnittlige medisinkompleksitetsindeksen var 35,2. En høy andel av deltakerne tok også reseptfrie medisiner, og det vanligste var smertestillende legemidler (58,3 %). Noen deltakere rapportert at de glemte å ta medisiner (20,8%) eller ikke tok medisiner dersom de følte seg bedre (4,2%), (8,3%) dersom de følte seg verre og (29,2%) tok de ikke hvis de skulle av gårde.

Legemiddelbehandling

Ved test av deltakernes medisinaladministrering, klarte kun 8,3% alle oppgavene vellykket. 54,2% gjorde 1-2 feil, og 37,6% gjorde mellom 3-8 feil. Feil oppsto over en rekkevidde av oppgaver: 33% av deltakerne kunne ikke lese etiketten trykt på medisin esken/flasken, 29,2% kunne ikke åpne eller lukke en barnesikret hette. Majoriteten av deltakerne var i stand til å håndtere dosett (91,7%) eller pakken medisinene lå i (87,5%), samt var i stand til å fjerne to små tabletter fra et medisinsk hetteglass (91,7%), og klarte å beskrive et 3 x daglig medisinregime (95,8%). Selv om de fleste deltakerne var i stand til å skille mellom gule og hvite tabletter (91,7%), var det forvirringer rundt grønne, blå og lavendel fargede tabletter (37,5%). Alle deltakerne kunne høre instruksjoner tydelig (100%) og var i stand til å svelge tabletter (100%). Dog rapporterte noen deltakere at de noen ganger hadde problemer med å svelge tabletter (37,5%). Flertallet av deltakerne rapportert at de var ansvarlig for egen medisinsk administrering (79,2%).

Medisinkunnskap

Ved test av deltakernes medisinkunnskap, fant de ut at 70,8% trengte en form for undervisning om navn, planlegging eller indikasjon av deres medisiner. Selv om 75% av deltakerne vanligvis kunne navngi og beskrive planleggingen av medisinene deres, var kunnskap om legemidlets indikasjon mest problematisk. Hele 66,7% indentifiserte feilaktig minst én medisinindikasjon.

Før- og etter studier

Sykepleier startet tiltak knyttet til hver enkelt pasients problemer som ble identifisert ved undersøkelsene. Det inkluderte nye administrasjonsmåter av legemiddel, gi ut oppdatert medisinliste, undervise om medisinindikasjonene, henvise til fastlegen for gjennomgang av medisinlisten, eller diskutere pasienten med deres fastlege. 50% rapporterte at medisinlisten var gjennomgått men hos 75% gjordes det ingen endringer. Det var liten minskning i totalt

Vedlegg 5

antall legemidler fra 10,4stk til 9,9). Selv om flertallet av deltakerne hvor det krevdes tiltak var usikre på funksjonen av medisinene sine både i før og etter studiene, krevde signifikant færre deltakere undervisning om deres medisiner ved oppfølgingen. Deltakerne kunne navngi flere av deres medisiner (fra 82% - 97%) og korrekt identifisere planleggingen av medisinene (fra 86% til 97%). Deltakere som trengte undervisning sankt fra 70,8% til 62,5%, deltakere som glemte å ta tabletter den siste uken ble redusert fra 8,3% til 4,2%. Det å identifisere medisinenes funksjon forble et vanskelig område for deltakerne, hvor ingen signifikant forskjell ble funnet. Ved oppfølgingen brukte betydelig flere deltakere administreringshjelpemidler.

Konklusjon:

Denne studien viser at sykepleier identifiserer eldre som har problemer med medisiner, og er derfor forutgående til eventuelle vurderinger som legen kan påta seg. Studien demonstrer også at sykepleier kan fungere i et tverrfaglig team ved å bidra med tiltak innenfor sitt faglige område, som inkluderer vurdering av eldre og henvisning til annet helsepersonell. Denne studien har vist en tydelig og unik rolle for sykepleieren i arbeidet om en tidlig identifisering av eldre i fare, og en omfattende vurdering av pasientens eller omsorgspersonens selvstyringsevne og kunnskap vedrørende sine medisiner. Studien har i hovedsak forsøkt å øke bevisstheten i samfunnet om sykepleiertitaken som øket eldre sine medisinkunnskaper og evne til å håndtere egen legemiddelbehandling.