

Arbeidsnotat

Working Paper

2022:3

Elfrid Måløy

Sykepleierens strukturelle utfordringer ved ansvaret med legemiddelhåndtering til eldre pasienter i hjemmetjenesten



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Elfrid Måløy

Sykepleierens strukturelle utfordringer ved
ansvaret med legemiddelhåndtering til eldre
pasienter i hjemmetjenesten

Fagessay fra ph.d.-kurs:
Strukturelle vilkår for profesjonsutdanning

Arbeidsnotat / Working Paper 2022:3

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

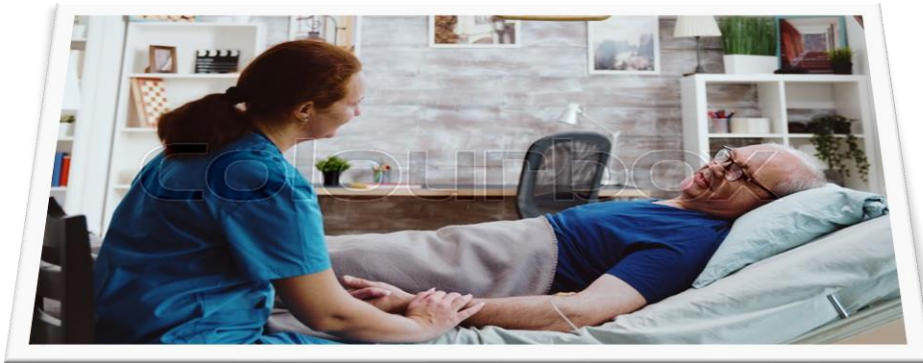
Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2022

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962- 325-0 (trykt)

ISBN 978-82-7962- 326-7 (elektronisk)



Bilde er hentet fra Colorbox

Phd-kurs ved Høgskolen i Volda. 5 studiepoeng. Fagessay.

Strukturelle vilkår for profesjonsutøving

Tema: Sykepleierens strukturelle utfordringer ved ansvaret med legemiddelhåndtering til eldre pasienter i hjemmetjenesten

Måløy Elfrid Oddny
05.01.2022

Innledning

Dette essayet handler om strukturelle utfordringer sykepleieren har ved ansvaret med legemiddelhåndtering til eldre pasienter i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien er underlagt hjemmetjenesten og en viktig del av sykepleierarbeidet, er å ivareta ansvaret med legemiddelhåndteringen. Det innebærer også å hjelpe pasienten med å få tatt medisinene på en formålstjenlig og forsvarlig måte. Dette arbeidet er en stor del av sykepleierens helhetlige arbeid – og kvaliteten av dette arbeidet blir påvirket av helheten. Derfor vil jeg komme innom både helhet og deler av noe av det som påvirker dette arbeidet.

Begrepet legemiddelhåndtering er definert i Legemiddelhåndteringsforskriftens § 3 e), som lyder: «*Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utlevert...*»

Jeg ønsker å reflektere over de kontekstuelle forhold som påvirker legemiddelhåndteringen i møte med pasienten. Hva er det som påvirker dette samspillet? Sykepleierens relasjonelle kompetanse anses som grunnleggende i sykepleieutøvelsen, og det forventes også i vår velferdsstat Norge. Det forventes at pasienten blir sett, hørt og ivaretatt på en verdig måte. Det innebærer kunnskap om hva som virker og ikke virker, dokumentert med vitenskapelig kunnskap. Det er ingen tvil om at sykepleieren som profesjonsutøver med sin kunnskap innen legemiddelhåndtering, har en viktig betydning i vårt funksjonelle differensierte samfunn innen eldreomsorgen (Molander, Terum, & Smeby, 2008).

Jeg er sykepleier av profesjon, utdannet i 1983. Gjennom nesten førte år, har jeg fått bli med i denne tidsreisen og fulgt sykepleierprofesjonen og dermed erfart strukturelle endringer som har påvirket sykepleierfaget. Helt fra jeg var nyutdannet, har mitt engasjement vært knyttet opp mot sykepleierens ansvar og kompetansebehov innen legemiddelhåndtering.

Det har skjedd en enorm utvikling innen legemiddelbruk til pasienter innen helsetjenesten i tråd med økt kunnskap og forskning relatert til sykdom og endringer i sykdomsbildet i samfunnet vårt. Offentlige myndigheter har også gjennomført flere endringer i helsetjenesten. Eksempelvis da Sykehusreformen kom i 2002 basert på en økonomisk tenkning fra begrepet New Public Management (Bakke, 2002; Lian, 2003) og Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) som ble gjennomført i 2012. Med disse endringene skjedde det store endringer i hjemmesykepleien, noe jeg vil komme nærmere innpå.

I mitt nåværende arbeid som høgskolelektor og fagansvarlig for videreutdanningen Trygg legemiddelhåndtering ved Høgskolen i Molde, møter jeg sykepleiere som tar denne

utdanningen og som har strukturelle utfordringer ved legemiddelhåndtering i jobben sin og som vil lære om forbedringstiltak. Det er noen faktorer som truer trygg legemiddelhåndtering. En av disse faktorene er tidspresset og dermed begrenset tid til å utøve faget og ivareta den eldre pasienten slik sykepleieren ville ha gjort det på en god måte. Dette er en trussel mot sykepleierens særegne funksjon og kvaliteten av sykepleie. Legemiddelhåndtering er et stort fagområde som krever god kompetanse og nok tid til å følge opp dette ansvaret.

Flere studier viser at sykepleierne opplever et stort krysspress mellom kravet til pasientnær god utøvelse av faget og krav fra offentlige myndigheter om både kvalitet og effektivitet. Hjemmesykepleien merker en stadig økning av antall eldre mennesker som har behov for ulike helse – og omsorgstjenester. Mange eldre pasienter har flere diagnoser med alvorlig sykdom, og de bruker ofte flere legemidler som krever nøye oppfølging. Dette øker risikoen for negative interaksjoner mellom medisiner, bivirkninger, feil bruk av medisinene og dermed dårligere livskvalitet. (Måløy, Eines, & Vatne, 2016; Olsen & Devik, 2016).

Feilmedisinering fører hvert år til unødvendige lidelser for mange eldre pasienter i tillegg til at samfunnet påføres store økonomiske utgifter på grunn av mange innleggelses på sykehus (Adhikari, Tocher, Smith, Corcoran, & MacArthur, 2014; Lee et al., 2015; Reidt et al., 2014). Pasienter blir i tillegg skrevet ut tidligere enn før fra sykehusene, noe som stiller store krav til kompetansen til sykepleieren i kommunenes helse – og omsorgstjenester (Lee et al., 2015).

Jeg vil i det følgende presentere en fiktiv fortelling fra en sykepleiers ståsted i hjemmesykepleien som ligner på situasjoner jeg har lest, sett og hørt. Jeg velger å kalle sykepleieren for Elisabeth og pasienten for Johannes:

Elisabeth er sykepleier i hjemmesykepleien. Ledelsen har mye fokus på effektivisering av tjenesten, og det er lite støtte til fagutvikling. Hun uttrykker:

«Jeg er en faglig engasjert sykepleier. Det jeg ønsker, er å utøve sykepleiefaget mitt på best mulig vis, i tråd med rådende forskning, til det beste for pasientene. Den gjeldende styringslogikken hindrer meg i dette.»

Det er stort arbeidspress og hun føler hun ikke får brukt kompetansen sin som sykepleier godt nok. De fem siste årene har det blitt en fordobling av syke eldre pasienter i hjemmetjenesten. Mange kronisk syke eldre får medisiner som krever nøye oppfølging og fagkunnskap av sykepleierne. På arbeidsplassen er det en høy prosent med sykemeldinger blant sykepleierne.

Elisabeth er nå hjemme hos Johannes. Han er 88 år, bor alene og har hjemmesykepleie tre ganger pr dag. Han har store smerter på grunn av en kronisk sykdom og har dårlig almenntilstand. Han har vært mye inn og ut av sykehus det siste året og hatt korttidsopphold på sykehjemmet. Han tar mange medisiner og sykdomssituasjonen hans er komplisert. Han må ha hjelp til å ta sine medisiner.

Denne fiktive fortellingen skal være gjenstand for refleksjoner videre i essayet. Med det som utgangspunkt, vil et sentralt spørsmål være; *Hvilke strukturelle utfordringer har sykepleieren ved ansvaret med legemiddelhåndtering til eldre pasienter i hjemmetjenesten?*

Sykepleieren som bakkebyråkrat innen legemiddelhåndtering

Bakkebyråkrat er et begrep beskrevet av Michael Lipsky (Lipsky, 1980). Han beskriver velferdsstatens profesjonsutøvere som «Street-level Bureaucrats», altså bakkebyråkrater. Jeg tar utgangspunkt i at sykepleier Elisabeth i hjemmesykepleien i denne sammenhengen, er bakkebyråkraten.

Bakkebyråkraten er på den ene siden underlagt ovenfra som politikkutøver og på den annen side den som i sitt arbeid står i ansiktsnære relasjoner til mottagere, som i denne situasjonen er den eldre pasienten, Johannes, med forventninger om brukermedvirkning og individuelle hensyn. Lipsky beskriver profesjonens rolle med mange dilemma i krevende situasjoner.

Helsedirektoratets legemiddelhåndteringsforskrift(Helsedirektoratet, 2015), beskriver aktuelle faglige kompetanseområder sykepleieren forventes å ha ved ansvaret med legemiddelhåndtering:

- Legemidlenes virkning og virkemåte
- Holdbarhet og oppbevaring
- Ulike legemiddelformer
- Byttbare legemidler
- Interaksjoner/ hvilke medisiner som har uheldig innvirkning på hverandre
- Bivirkninger
- Medikamentregning
- Viten om dosering (herunder kjennskap til IE)
- Aseptisk arbeidsteknikk ved tilsetninger
- Dokumentasjon
- Avvikshåndtering

Det forventes at sykepleier, Elisabeth, følger opp disse kompetanseområdene basert på faglig, vitenskapelig, formell, juridisk og etisk kunnskap. Det innebærer en omfattende og kompleks arbeidssituasjon. Hva er hennes dilemma? Det er mange. Det forventes at sykepleieren har god fagkunnskap om medisinene, evidensbasert kunnskap basert på forskning og hvordan de skal virke best mulig for Johannes, hva som må forberedes og hva som må følges opp. Dette handler om sykepleierens profesjonskunnskap. Det innebærer at sykepleieren også har god observasjonskunnskap og kan vurdere hva som er god virkning eller ikke og hvilke kontroller og tiltak som må følges opp.

Sykepleieren skal dokumentere skriftlig i den elektroniske pasientjournalen aktuelle faglige vurderinger som må følges opp av hjemmesykepleien. Sykepleieren må vite hva som er avvik fra riktig legemiddelbehandling og dersom det skjer avvik med legemiddelbehandlingen, skal sykepleieren igangsette nødvendige tiltak og dokumentere avviket for at det skal skje forbedringer.

Dersom sykepleieren gjør alvorlige feil med medisinene, skal det rapporteres som avvik, videre kan det bli aktuelt at Fylkeslegen behandler saken og at Helsetilsynet kommer inn og vurderer videre tiltak ut fra forsvarlighetskrav.

De nevnte kompetanseområdene stiller mange krav og forventninger til bakkebyråkraten, Elisabeth. Hvilke utfordringer har Elisabeth med å ivareta disse kompetansekravene og hvilke vilkår påvirker denne utøvelsen? I lys av utfordringene Elisabeth har for å ivareta kompetansekravene, vil jeg prøve å trekke ut noen handlingslogikker som gjør seg gjeldende innenfor funksjonsfelt som klinikk, styring, tilsyn, forskning og marked.

Handlingslogikker som påvirker sykepleierens ansvar med legemiddelhåndtering

Inspirert av forskningen til Tor-Johan Ekeland med flere (T. Ekeland, Stefansen, & Steinstø, 2011) om styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis for psykologer, vil jeg se nærmere på handlingslogikker som kan være utfordringer for sykepleierens kliniske autonomi ved ansvaret med legemiddelhåndtering. Med handlingslogikker menes: *«et sett av premisser (tenkemåter) som, dersom de godtas, genererer handlinger som fremtrer som logiske og begrunnede i lys av sine forutsetninger.»* side 3 i (T. Ekeland et al., 2011).

Profesjonslogikken – sykepleierens kliniske ansvar med legemiddelhåndtering

Profesjonens kliniske autonomi omhandler i denne sammenheng, sykepleierens relasjon til pasienten og er et sentralt kjennetegn ved den kliniske logikken. Det er her kommunikasjon

og praksisen med pasienten kommer til uttrykk. Den særegne sykepleieprofesjonen med dens autonomi, egenkontroll og selvjustis, innebærer en spesialisert kunnskap utilgjengelig for de utenfor profesjonen.

Sykepleierens kliniske autonomi er alltid relativ på den måten at den må forholde seg til lovverk, forskrifter, prosedyrer og retningslinjer, arbeidsstedets rammer inkludert økonomi og etiske og faglige retningslinjer.

Den kliniske logikken betegnes ved at den profesjonelle hjelper, slik som Elisabeth, stiller sin kompetanse til disposisjon for det hjelpetrengende menneske. Det innebærer at den eldre pasienten, Johannes, har tillit til sykepleieren. Johannes skal kunne ha tillit til Elisabeth og vite at hun er kompetent til å ivareta ansvaret med medisinene til beste for han uten andre hensikter enn å hjelpe. Men, Elisabeth kan være presset av en makt ovenfra, et system som hun må være lojal mot ved å være effektiv og spare inn på tid hos Johannes slik at det blir økonomisk tilfredsstillende for kommunen. Her må Elisabeth finne en rasjonell grense og ha tilstrekkelig faglig autonomi og autoritet for å kunne ivareta selve subjektet som er Johannes i denne omsorgssituasjonen. Han har store smerter og føler seg hjelpeløs. Elisabeth vil hjelpe Johannes med smertelindring, og det kan innebære at hun må kontakte fastlegen for å få justert og forbedret den medisinske behandlingen og at det blir tettere oppfølging av omsorgen for at Johannes skal ha det bra. Det er egentlig ikke nok å være innom på hjemmebesøk hos Johannes et kvarter, tre ganger om dagen. Johannes er et menneske, ikke en vare (Lian 2007). Det er ikke bare for Elisabeth å krysse av et skjema om at hun har gjort en standardisert prosedyre med administrering av smertestillende medisiner innen tidsskjemaet hun har til rådighet på 15 minutter.

For å kunne vite hvordan Johannes har det, må Elisabeth bruke sin observasjonskompetanse og knytte det til sin helhetlige kompetanse i kommunikasjonen med Johannes. Det forventes at Elisabeth har empatisk innlevelsesevne og tar på alvor vurderer det Johannes sier, i tillegg til det som kommer fram nonverbalt, om de smertene han har. Ut fra det kan hun foreta tiltak til det beste for Johannes. Har han ubehag og smerter? Når? Hvor? Hvordan? Hva gjør smertene med Johannes? Hva bør Elisabeth gjøre? Kan hun hjelpe han med medisiner og/eller andre tiltak? Har hun nok kompetanse til å hjelpe Johannes? Er det sterke smertestillende hun ikke har nok kunnskap om? Hvordan skal medisinene gis, gjennom munnen, i sprøyte eller intravenøst eller som smertepaster? Må det regnes ut en medisindose med milligram som krever dobbeltkontroll av en kollega? Ser hun at Johannes er mye sykere nå og mer hjelpeløs med mere smerter, tungpusthet og slapphet? Har hun nok tid? Venter en annen alvorlig syk

person på henne? Må hun dra på kontoret for å rapportere og dokumentere? Kan hun gå fra Johannes som bor alene? Vil situasjonen forverre seg? Må hun kontakte fastlegen eller legevakta? Er det noen i hjemmetjenesten hun kan konferere med? Bør hun være der og ordne med syketransport til legevakta? Bør hun tilkalle hjelp fra kollegaer eller kan hun klare dette alene?

Johannes er ganske prisgitt Elisabeth sin makt og muligheter til å hjelpe, både ut fra hennes faglige ståsted, empatiske evne og de strukturelle vilkår hun står i. Jeg synes Knud Ejler Løgstrup skriver så godt om den makten som eksempelvis sykepleieren har til å hjelpe pasienten, eller ikke og hva det kan føre til;

Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uten at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt... Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andres liv lykkes eller ej (Løgstrup, 2010).

I dag har vi mer søkelys på brukermedvirkning som kan være med å påvirke den makten sykepleieren har til det beste for pasienten, men mange opplever brukermedvirkningen forskjellig. Det utdyper ikke her. Sykepleierens relasjon til pasienten er det viktigste ved den kliniske logikken, også ved administrasjon av legemidler. Dersom den profesjonelle sykepleiers autonomi blir svekket for mye av andre hensyn enn å hjelpe, blir selve grunnlaget for den kliniske logikken mangelfull.

Styringslogikkens innvirkning på sykepleierens ansvar og skjønn ved legemiddelhåndtering

Fra mange sammenhenger blir det uttrykt at sykepleierne i hjemmetjenesten opplever at dagens styringsideologi er en alvorlig trussel mot sykepleieprofesjonen og pasientsikkerheten ved legemiddelbruk på grunn av effektivitet og nedskjæringer for å oppnå økonomiske resultater som får kommunens budsjett i havn. Hvordan fungerer dette sammen med god profesjonell sykepleieomsorg? Mye fungerer ikke så bra.

Sykepleier Elisabeth kan gjerne være et eksempel på den sykepleierutviklingen i hjemmetjenesten som også jeg har erfart som sykepleier, sykepleielektor ute i praksisfeltet, forskningsmoderator i fokusgruppeintervju med sykepleiere (Måløy et al., 2016) og som pårørende for min gamle mor og far innen hjemmesykepleien. I den innledende fortellingen om Elisabeth, sier hun at den gjeldende styringslogikken hindrer henne i å utøve sykepleiefaget slik hun ønsker. Hva er til hinder for å utøve sykepleiefaget slik vi ønsker?

Hovedpoengene i New Public Management dreier seg om resultatkrav, konkurranse, gjøre mer med mindre, styrt av profesjonell ledelse med nye styrings- og ledelsesformer. En tilsiktet hensikt er å forskyve makt fra fag og profesjon til økonomi og administrasjon (T.-J. Ekeland, 2015; Lian, 2003). Dette er en utvikling som vekker bekymring for oss sykepleiere og som vi ser uheldige konsekvenser av.

Habermas (Habermas, 1981, 1999) har en teori om at det er fire bakgrunner for livsverden kontra system. Jeg vil si noe om to av disse; Den ene er *Tingliggjøring* som innebærer å behandle mennesket som ting, og i dette tilfelle, eldre pasienter. Det moderne samfunnet tinglig-gjør alt om til bytteverdi og det innebærer å gjøre alt om til penger. Habermas ser på tingliggjøring som en ubalanse mellom livsverden og system. Når økonomi og makt overtar alt, blir resultatet tingliggjøring. Habermas sin andre bakgrunn er *Moderniseringsteori* som handler om det han kaller en «Kolonisering av livsverden». Det skjer ved at byråkratiet og/eller økonomien overtar for mye. Dette ser vi ved dagens styringsideologi; New Public Management (NPM).

I hjemmetjenesten har sykepleierne ansvaret for legemiddelhåndteringen til eldre syke pasienter som har meget varierende sykdomsbilde fra time til time og fra dag til dag. Sykepleierne må derfor utøve et faglig skjønn der og da, ut fra profesjonell sykepleierkompetanse. Skjønnnet er en nødvendighet i de faglige vurderingene ved legemiddelhåndtering. Slike faglige vurderinger kan være at den medisinske behandlingen viser seg å ikke være til det beste for pasienten. Det kan som eksempel være at Johannes skal ha to tabletter med smertestillende, to ganger om dagen ifølge den oppsatte medisinalisten. Hjelper ikke det, kan det være at han får behovsmedisin, det vil si at han får ekstra medisiner ved behov som sykepleieren vurderer som nødvendig og som er forordnet av legen som behovsmedisin. Behovet for ekstra medisin må sykepleieren vurdere og eventuelt konferere med legen. Et annet eksempel kan være at Johannes er veldig svimmel, uvel og kaster opp. Han er engstelig og redd, og Elisabeth må være hos han. Elisabeth tar noen livsviktige kontroller av blodtrykk og puls og vurderer almenntilstanden til Johannes totalt sett for deretter å kontakte fastlegen. Det viser seg at Johannes har lavt blodtrykk og at det er en bivirkning av medisiner han får. Han har spist og drukket lite, noe som forsterker bivirkningen og hun må hjelpe han med ernæring og væsketilførsel. Videre må hun avvente å gi medisinerne etter å ha snakket med legen. Jeg kunne ha skrevet mye om slike nødvendige vurderinger og faglige skjønn som sykepleieren må gjøre, samtidig med at klokka tikker og styringslogikken puster henne i nakken.

Sykepleieres arbeidsoppgaver er i økende grad forhåndsbestemt, styrt og målt med penger og ressurser, samtidig som tiden som er til rådighet til direkte pasientkontakt, stadig skrumper inn. Tiden sykepleieren har brukt ved sykesengen er mer og mer forskjøvet til skrivebordet med et skjemavelde, noe som blir kalt papiromsorg (Heggen & Engebretsen, 2012). I følge en forskningsoversikt er konsekvensene av kapasitets- og kvalitetsutfordringer i hjemmetjenesten av ulike slag, satt på vent, oversett, glemt eller utelatt (Andfossen, Devik, Obstfelder, & Olsen, 2021). Når det gjelder pasientens legemiddelbruk, kan slike utfordringer få katastrofale følger med feilmedisinering og uheldig medisinbehandling. Det er urovekkende at sykepleierens mulighet til å gjøre selvstendige sykepleiefaglige vurderinger og handle ut fra etisk og faglig skjønn, innskrenkes, i møte med den eldre pasientens sammensatte, komplekse og varierende behov.

Samhandlingsreformen har ført til mer avansert legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien. Etter at samhandlingsreformen tredde i kraft 1. januar i 2012, skjedde det en økning av at syke eldre som var innlagt på sykehuset, ble sendt hjem tidligere fra sykehuset enn før. De får nå en oppfølging med legemiddelbehandling i hjemmesykepleie som tidligere ble gjort mens de var innlagt på sykehuset. Eldre lever lengre og i de senere år har eldre blitt sykere og trenger mer sykepleie og medisinsk behandling. Konsekvensen har blitt at hjemmesykepleien har fått en økt arbeidsmengde og økte krav til kompetanse av et bredt spekter av alvorlig syke eldre med medisinsk behandling som blir utskrevet fra hele spesialisthelsetjenesten til hjemmet. Dette er en svakhet med samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2015). På sykehuset er det gjerne et lettere tilgjengelig fagteam av spesialister som sykepleierne samarbeider med, men i hjemmesykepleien står de ofte alene med faglige vurderinger basert på digitalt samarbeid med fastlegen. Ved behov for tverrprofesjonelt samarbeid mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt ved legemiddelgjennomganger, viser forskning vi har gjort, at både fastleger og sykepleiere i hjemmetjenesten mener det er kvalitetsmessig bedre med det fysiske samarbeidet. Det er en utfordring med dagens digitale kommunikasjon ved legemiddelbehandling fordi det lett kan bli misforståelser og feil. Dilemmaet er at det verken er tid eller praktisk mulig med fysiske møter på grunn av tidspres og lange avstander (Eines, Måløy, & Ødegård, 2018).

Tilsynslogikken – å ivareta kvalitet ved legemiddelhåndtering?

Fra 1990-tallet har kravet om effektivitet, konkurranse og resultat, synliggjort en uheldig sideeffekt med feilaktige og dårlige beslutninger, makt og maktmisbruk, faglige svakheter og

kommersielle interesser. Men, vi vet også at gjennom historien har det alltid skjedd situasjoner med maktmisbruk innen omsorgsarbeid og medisinbruk. Det kan ha vært både tilsiktet eller av uvitenhet. Det har kommet fram overtramp, dårlig skjønn, manglende pasientrettigheter med varierende kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Som eksempel har undersøkelser vist at noen engstelige og urolige eldre pasienter, har blitt dopet ned med medisiner og sykepleiere har hatt manglende kunnskap om medisinbruk. Gjennom tiår har det kommet fram førstesidestoff i aviser om feilmedisinering der sykepleieren har vært fokuset i media. Det har nærmest ført til en tillitsbrist mellom sykepleieprofesjon og samfunnsborgere. Uheldige hendelser har ført til at offentlige myndigheter, profesjonene selv, utdanningsinstitusjoner og praksisfeltets arbeidsgivere, har iverksatt forbedringstiltak og dermed foretatt en tillitsreparasjon.

Statens helsetilsyn ble opprettet i 1994, og den viktigste oppgaven er tilsyn og kontroll med kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. I dag er det utviklet mange gode kvalitetsarbeid innen legemiddelhåndtering, basert på tidligere feil og mangler som har oppstått.

Pasientsikkerhet er en fagdisiplin som kom på banen på 1990-tallet. Helsedirektoratet startet pasientsikkerhetskampanjen i 2011. Dette arbeidet er blitt videreført som itryggehender <https://www.itryggehender24-7.no/> (Aase, 2018). En av de største andeler av pasientskader som skjer innen helsetjenesten i dag, skjer på grunn av medisiner.

Pasientsikkerhetsprogrammet har flere innsatsområder innen legemiddelbruk som mange sykepleiere innen hjemmetjenesten jobber med som forbedringsarbeid. Retningslinjer om legemiddelgjennomgang til faste tidspunkt og samstemming av legemidler når pasienten skifter omsorgsnivå, er viktige kvalitetstiltak for å sikre at pasienten får de medisinene som er riktig for pasienten. Som høgskolelektor, har jeg vært med som medlem i et læringsnettverk med forbedringsarbeid innen riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten i et tverrprofesjonelt samarbeid med leger, sykepleiere, ledere og farmasøyt, arrangert av det internasjonale pasientsikkerhetsnettverket i Skottland, Scottish Quality Safety Fellowship (SQSF). Jeg har lært mye om hvor utfordrende og viktig det er med tverrprofesjonelt samarbeid for å sikre at pasienten får riktig legemidler.

Det har blitt reist ulike kritiske spørsmål til hva kvalitet innebærer og om det er realistisk å få til en risikofri klinisk praksis (T.-J. Ekeland, 2015). En feilfri legemiddelhåndtering, vil neppe være realistisk, men det å stadig jobbe med forbedringer og innlemme det i praksis med kvalitetsmodeller, har jeg tro på. Det krever tid og forståelse fra de involverte som kollegaer/ansatte, ledelse og brukere for å lykkes med slikt arbeid.. Vi må fortsatt være åpen

for at det er menneskelig å gjøre feil. I dag har vi mange tilsyns- og overvåkingstiltak som skal sikre kvalitetsmessig god praksis. Nye begrep som accountability og transparens er kommet inn i klinisk praksis som omhandler tiltak for å følge opp ansvarlighet og gjennomsiktighet av klinisk praksis(O'Neill, 2004).

Accountability innebærer dokumentasjon av arbeidet en gjør for at det kan evalueres og at andre kan kikke en i kortene. Du skal altså dokumentere det du gjør og i tillegg ta ansvar for den dokumentasjon som er nødvendig for å bli holdt ansvarlig. For pasienten kan dette være en trygghet. Et eksempel er avviksføring ved legemiddelhåndtering. Sykepleieren skal dokumentere avvik når retningslinjene ikke følges. Et eksempel kan være at sykepleieren glemte å gi medisinen til pasienten. Det er stadig diskusjoner om det skal føres anonymt eller ikke. Noen sykepleiere føler seg som syndebukker og ikke god nok når de dokumenterer mye feil og avvik. På samme tid kan det være den sykepleieren som er mest ansvarlig og som bidrar til forbedringer i klinisk praksis.

Transparens eller åpenhet om det som skjer i klinisk praksis, er et krav i dag. Alt sykepleieren foretar seg knyttet til sykepleiefaget og legemiddelhåndtering, skal kunne belyses ut fra dokumentasjon i etterkant av handlinger. Det kan føre til en følelse av overvåkning og at sykepleieren dokumenterer noe, bare for å ha gjort det pliktmessig. Avviksføring har som hovedhensikt at det fører til læring og forbedring av klinisk praksis. For at denne type dokumentasjon skal fungere best mulig, må det være en god åpenhetskultur på arbeidsplassen. En åpenhet om at det er lett å gjøre feil og at det vil vi gjøre noe med.

Sykepleierens store skrekk er å gjøre feil med medisiner

Den store skrekken for sykepleiere er å gjøre feil med medisiner som kan skade syke sårbare eldre. Det kan skje hvem som helst. Det er det motsatte av det sykepleieren jobber for, som er å hjelpe og gi god omsorg, ikke skade. I løpet av noen sekunder kan det på en hektisk arbeidsdag lett gjøres feil med medisiner. Det kan settes feil dose, mengde eller styrke med som eksempel en sprøyte, rett inn i den eldres kropp.

Evidenslogikken – forskningsbasert medisinbruk og legemiddelhåndtering

Forskningsbasert praksis har vært en viktig innovasjonsprosess for å utvikle god medikamentell behandling med medisiner i mange tiår. Medisiner må være testet ut og godkjent av sentrale myndigheter før de anvendes til pasienter. Dette er viktig når det gjelder konkret medisinbehandling. Det har skjedd en enorm framgang og forbedring av behandlingsmetoder basert på forskning som har ført til mer effektiv behandling, bedre kvalitet og mindre feil. Som eksempel har det skjedd en enorm forbedring av den medisinske

behandlingen av hjerneslag grunnet forskning innen forebyggende blodtryksmedisiner og blodfortynnende medisiner som settes inn tidlig etter inntrådt sykdom. Jeg har selv fått erfare denne utviklingen fra 1980-tallet da pasienter som fikk hjerneslag lå månedsvis på sykehuset fullstendig pleietrengende for deretter å komme på sykehjem med behov for all hjelp. Etter den vellykkede medisinske forskningen, er det i dag god behandling med hjerneslag, kort liggetid på sykehus og mange fungerer godt med sykdommen eller blir ganske friske. Få med hjerneslag er innlagt på sykehjem i dag i forhold til før.

Parallelt med denne forskningen, har det skjedd store framskritt innen forskning angående legemiddelhåndtering. Fra 1990-tallet har de gradvis blitt mer forskning innen legemiddelhåndtering i tråd med utfordringer som har oppstått knyttet til pasientsikkerheten. Det kan være innen tema som feilmedisinering, utbytte av retningslinjer, angående ulike tilstander og det har blitt mer søkelys på tilstander innenfor eldre sin situasjon. Vi har også fått mer forskning relatert til at det har blitt flere syke eldre og at de bruker mye medisiner. Mange flere forskningsmetoder anvendes i dag, både kvantitative og kvalitative metoder.

Markedslogikken – Legemiddelindustriens innmarsj av nye medisiner

Hjemmetjenesten i dag med mange syke eldre, er et stort marked for legemiddelindustrien til å tjene store penger. Samtidig er det et stort behov for gode medisiner. Fra 1980-tallet og fram til i dag, har det skjedd en enorm økning av ulike medisiner som blir spredd ut til eldre pasienter via mange ledd fra legemiddelindustrien. Som nyutdannet sykepleier i 1983, var det på min arbeidsplass, et medisinskap på størrelse med 1 x 1 meter. Det var få medisiner av hver sort og vi kjente navnene på medisinene. I dag er det store medisinrom i hjemmesykepleien med avansert logistikk og distribusjonssystem.

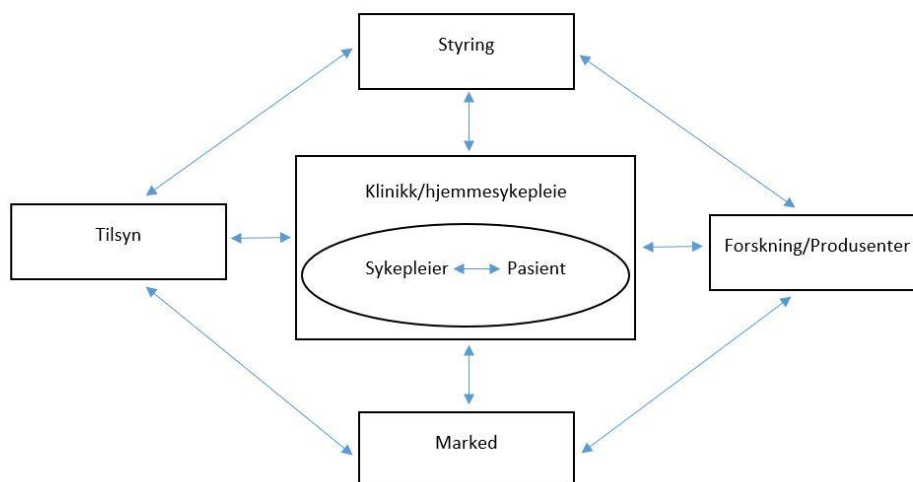
Det forskes mye på medisiner, og det kan gi gode resultat. Imidlertid er det store mengder med medisiner som sykepleieren må forholde seg til med mange ulike navn. En av grunnene til alle de nye medisinene som florerer, er at siden tidlig på 2000-tallet, har Norge parallellimportert legemidler gjennom en EU-avtale, ved at medisinen markedsføres i konkurranse med andre lands produksjon med tilsvarende preparat med gyldig markedsføringstillatelse med samme virkestoff. En utfordring for sykepleieren er at det kommer stadig nye medisiner med nye vanskelige navn til arbeidsplassen, levert fra apoteket. Noen tjener store penger på at sårbare eldre må ha medisiner. Legemiddelindustrien har gjort seg søkkrik på dette systemet med å selge den billigste eller den mest ettertraktede medisinen ut i markedet med eldre syke pasienter. Stadig nye medisiner er stressende både for sykepleieren og pasienten, og det er lett at det blir feil mellom nye og gamle medisiner.

Imidlertid har Felleskatalogen gjort noen grep for å minske faren for feil, ved å lage et oppslagsverk med generisk bytte. Sykepleieren kan gå inn på den aktuelle medisinen i Felleskatalogen og finne hvilke medisiner som er byttbare. Dette er et ganske nytt system som mange sykepleiere ikke har fått opplæring i enda og det kan lett bli feil.

Hjemmesykepleien synliggjort i en systemteoretisk modell

Jeg har her brukt en systemteoretisk modell (figur 1), hentet fra og inspirert av forskning og tekster av Tor-Johan Ekeland med flere (T.-J. Ekeland, 2015; T. Ekeland et al., 2011). De ulike logikkene jeg har omtalt i tidligere kapittel, er forsøkt satt inn i denne modellen for å vise rammefaktorer som delsystemer hjemmesykepleien kommuniserer med.

Klinikk/hjemmesykepleie der sykepleier og pasient er aktører, er innvevd i en kompleksitet bestående av mange handlingslogikker innenfor mange ulike felt.



Figur 1: Systemteoretisk modell. Viser rammefaktorer som delsystemer klinisk praksis kommuniserer med.

Modellen prøver å gi et bilde av at delene forsøkes forstått gjennom relasjonen til det helhetlige bilde. De ulike delene blir påvirket av hverandre der relasjonelle og kommuniserende sammenhenger i deler, distribuerer endring i systemet som helhet. Det kan stilles spørsmål om i hvilken grad logikkene faller sammen, støter mot hverandre, griper inn i hverandre, eller spiser hverandre opp. Til slutt; Klarer sykepleier, Elisabeth, å ivareta Johannes sine behov for god hjelp av medisinen? Eller er det andre deler av systemet som hindrer henne i det? Klarer Elisabeth å ta faget tilbake (Wyller et al., 2013) med de strukturelle vilkår som råder? Det må vi sykepleiere jobbe for i fortsettelsen!

Referanser

- Adhikari, R., Tocher, J., Smith, P., Corcoran, J., & MacArthur, J. (2014). A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Education Today*, 34(2), 185-190.
- Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder, A., & Olsen, R. M. (2021). Kapasitets-og kvalitetsutfordringer i kommunale helse-og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt-En hurtigoversikt over forskningslitteratur.
- Bakke, H. K. (2002). Sykehusreformen–mer enn fromme ønsker? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Eines, T. F., Måløy, E., & Ødegård, A. (2018). Investigating the utility of medication reviews amongst elderly home care patients in Norway-An interprofessional perspective. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 13, 83-89.
- Ekeland, T.-J. (2015). Innovasjon og styring–logikker som knirker? I Willumsen, E. og Ødegård, A.(red.). *Sosial innovasjon–fra politikk til tjenesteutvikling*, 101-116.
- Ekeland, T., Stefansen, J., & Steinstø, N. (2011). Klinisk autonomi i evidensenes tid. *Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis [clinical autonomy in the era of evidence. Governmental challenges for clinical practice]*. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2-14.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns* (Vol. 2): Suhrkamp Frankfurt.
- Habermas, J. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Heggen, K., & Engebretsen, E. (2012). *Makt på nye måter*: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)): Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer: Forskrift av 3.april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Oslo: Helsedirektoratet
- Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Johnson, A., Thorn, J., Koch, S., & Elliott, R. A. (2015). Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11.
- Lian, O. S. (2003). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten: Høyskoleforl.*
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy : The Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. udg. ed.). Århus: Klim.
- Molander, A., Terum, L. I., & Smeby, J.-C. (2008). *Profesjonsstudier*.
- Måløy, E., Eines, T. F., & Vatne, S. (2016). *Opplevelse av lav kompetanse og pulverisert ansvar ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten* (Vol. 1603). Molde: Møreforskning Molde.
- O'Neill, O. (2004). Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Clinical Medicine*, 4(3), 269.
- Olsen, R. M., & Devik, S. A. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet–En oppsummering av kunnskap.
- Reidt, S. L., Larson, T. A., Hadsall, R. S., Uden, D. L., Blade, M. A., & Branstad, R. (2014). Integrating a pharmacist into a home healthcare agency care model: impact on hospitalizations and emergency visits. *Home Healthcare Now*, 32(3), 146-152.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Bergen: Riksrevisjonen
- Wyller, T. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., . . . Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 6(133), 655-659. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2013/03/kronikk/ta-faget-tilbake>
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.



Høgskolen i Molde

PO.Box 2110

N-6402 Molde

Norway

Tel.: +47 71 21 40 00

post@himolde.no

www.himolde.no