

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2010, ÅRGANG 2, NUMMER 2



T E M A :

Legemidler og gamle mennesker



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tils. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tils. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenaytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble resitueret. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen er enklere enn TO ganger om dagen.



BYTT TIL
20 mg
NÅ!

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
ÉN OM
DAGEN
20mg

NYHET!

Ebixa®
memantin

www.ebixa.com

NYHET

Ny løsning ved fekal inkontinens

Abri-San Special

■ Optimal beskyttelse mot lekkasje

■ Skånsom mot huden

Abri-San Special er utviklet med fokus på fekal inkontinens. Derfor har vi utviklet et produkt med et unikt barrieresystem.



Barrieresystemet er så effektivt, at det selv ved eksplosiv diarré vil være optimal beskyttelse mot lekkasje.

Abri-San Special har Air-Plus teknologi, som innebærer en pustende bakside som reduserer hudirritasjon.

Abri-San Special har en sugeevne som gjør produktet velegnet til dobbelinkontinens.



Abena Hygiene AS · Per Krohgs vei 4 B · N-1065 Oslo · Tlf.: 22 80 43 10 · Fax: 22 80 43 20
info@abena.no · www.abena.no

ABENA®

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen, Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 90 10 43 23, E-post: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder: Liv-Berit Jordal, Mykingvegen 953, 5957 Myking, Mobil: 416 93 056, E-post: livberitjordal@msn.com

Økonomiansvarlig: Mette Irene Martinsen, Nakkvesvei 3, 0670 Oslo, Mobil: 481 19 486 E-post: metteirene.martinsen@diakonsyk.no

Webredaktør og medlemskontakt: Gunhild Grythe, 2910 Aurdal, Mobil: 920 85 691 E-post: gunhildg@nsfgeriatridemens.no / gunhil-g@online.no

Redaktør: Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo, Telefon: 22 14 21 68 (p), 22 11 99 48 (a), Mobil: 48 10 46 97, E-post: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Kirsten Langåsalden Lund, Tinnesaasen 16, 3675 Notodden, Mobil: 412 32 493, E-post: kirstenlangaasdalen@hotmail.com

2. varamedlem: Torill Nordeide, Grasholmkroken 32a, 4085 Hundvåg, Mobil: 934 45 895, E-post: torill@live.no

Lokalgruppeleder i Agder:

May Ødegård, Grømjordet 7, 4877 Grimstad - Mobil: 99 41 93 00
E-post: may.odegard@grimstad.kommune.no

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand-Larsen, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27
E-post: BenteLouise.Floisand@bergen.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Monja Dammen, Camilla Collettsv. 21, 2818 Gjøvik, Mobil: 473 93 535

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekheim, Nordenstubben 1, 0757 Oslo, Mobil: 95 80 10 93,
E-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, Kvernevikv. 13, 4048 Hafersfjord, Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493
E-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Anne Lise Svanlund, Sauheradvn. 19, 3683 Notodden, Mobil: 412 66 260
E-post: alssvanlund@gmail.com

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke, Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord, Mobil: 91 86 39 33
E-post: vesbakke@start.no

Kontaktperson i Buskerud:

Anne Marie Aamodt, Maurudløkka 6, 3408 Tranby - Mobil: 40 49 86 35
E-post: annemarie@aamodt.net

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61, Mobil: 99 64 64 78
E-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Margot Storm, Ellevsæterveien 315, 2380 Brumunddal - Tlf.: 62 34 04 59, Mobil: 95 07 94 60
E-post: margot.storm@bluezone.no

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 29
E-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36,8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32, Mobil: 91 12 24 15
E-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Kari Merete Lian, Kveaunet, 7884 Sørli - Mobil: 41 30 09 12
E-post: kari_merete4@hotmail.com

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95, Mobil: 91 11 12 94
E-post: maribrekke@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Mobil: 92 62 50 77
E-post: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere
i geriatri og demens

Utgiver: Norsk Sykepleierforbunds
Faggruppe for sykepleiere i geriatri
og demens

Redaktør

Karen Bjøro, PhD
Arnulf Øverlands vei 266
0763 Oslo
Tlf. 22 14 21 68;
Mobil: 481 04 697
e-post:
karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonskomite/ Faglige medarbeidere

Siri Meyer, Høgskolelektor,
Høgskolen i Buskerud
Liv Wergeland Sørbye, PhD, første-
aman., Diakonhjemmet høgskole
Solveig Hauge, PhD, førsteaman.,
Universitetet i Oslo
Kirsten Langåsalden Lund, vara-
medlem, NSF FGD sentralstyre

Layout/trykking

Arendal Trykk & Kopi AS

Abonnement 2010

Tidsskriftet distribueres gratis
til medlemmene av NSF FGD.
Personlig abonnement i Norge:
kr 300,-
Internasjonalt: kr 400,-.
Institusjonsabonnement i Norge
/biblioteker: kr 800,-.
Send bestilling til:
karen@nsfgeriatridemens.no

Annonser

Kirsten Langåsalden Lund
kirstenlangaasdalen@hotmail.com
Karen Bjøro
karen@nsfgeriatridemens.no

Frister fagartikler 2010

Nr. 1 15. januar
Nr. 2 15. april
Nr. 3 15. juli
Nr. 4 15. oktober

Distribusjonsdato 2010

Nr. 1 1. mars
Nr. 2 1. juni
Nr. 3 1. september
Nr. 4 1. desember

ISSN: 1891-1889

Redaktøren har ordet
Geriatrisk kompetanse, tverrfaglig
samarbeid og god ledelse for
kvalitetssikret legemiddelarbeid!
5

Legemidler til eldre
– til nytte og skade
6

Kvalitetssikring av legemiddel-
håndteringen i kommunehelse-
tjenesten
9

Utfordringer ved innføring av
multidosesystem i kommune-
helsetjenesten
13

Hva og hvordan lærer sykepleier-
studenter om eldre og legemidler?
17

Eldre og legemidler
– Helsebiblioteket gir deg tilgang
til rikholdige oppslagsverk med
pålitelig og nyttig informasjon
20

Aasgaard og Sevland får ut-
danningsstipend vår 2010
23

Aske stoppet ikke nordisk
kongress
24

Geriatriske sykepleiere i Norden
samles
24

NSF FGD lokalgrupper nå også
i Vestfold og Telemark
25

Uheldige hendelser i helse-
tjenesten
27

Gamle pasienter
– piller til besvær
28

Geriatrisk kompetanse, tverrfaglig samarbeid og god ledelse for kvalitetssikret legemiddelarbeid!

*Karen Bjøro, PhD,
sykepleier og redaktør*



Legemidler og gamle mennesker er hovedtema i dette nummeret av Geriatrisk Sykepleie. Forekomsten av sykdom er høyere hos gamle mennesker og mange gamle trenger legemidler for å dempe plagsomme kroniske lidelser og symptomer. Men samtidig er gamle mennesker sårbare. Både over- og underforbruk av legemidler hos gamle forekommer og kan medføre nye plager, redusert funksjonsevne og leveutsikter (1). Hjemmeboende eldre mellom 70-74 år bruker tre faste legemidler i gjennomsnitt (2), og sykehjemsbeboere fem legemidler i gjennomsnitt (3). Faren for interaksjoner og uønskede effekter øker med økende antall medikamenter. Bedre legemiddelbruk vil kunne bidra til bedre pasientsikkerhet og helsegevinster for gamle mennesker.

Geriatrisk kompetanse løftes frem som en nøkkelfaktor for å oppnå trygg og sikker legemiddelbruk i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie. Sykepleiere er den gruppen av helsepersonell med legemiddelkompetanse som har nær kontakt med gamle pasienter i det daglige arbeid. Sykepleiere har viktige oppgaver når det gjelder observasjon av virkning og bivirkning av legemidler. Sykepleiere er også samarbeidspartnere i det tverrfaglige team og betydningen av god kommunikasjon og dialog mellom lege, sykepleier og farmasøyt for å kvalitetssikre legemid-

delarbeidet kan ikke vektlegges sterkt nok.

Godt tverrfaglig samarbeid skjer ikke av seg selv. Klar ansvars plassering og god ledelse er nødvendig.

Forskriften for legemiddelhåndtering av 2008 plasserer ansvaret for kvalitetssikring og internkontroll av legemiddelhåndtering hos virksomhetsleder – både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Virksomhetsleder har ansvar for å etablere rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering. Leder må også sikre at helsepersonell har både formell og reell kompetanse og har ansvar for at nødvendig opplæring gis.

Geriatrisk kompetanse, tverrfaglig samarbeid og god ledelse går igjen som en rød tråd i artiklene i denne utgaven av GS. Budskapet er tydelig. Disse er nøkkelfaktorer for bedre legemiddelarbeid for gamle mennesker. GS redaksjonen utfordrer sykepleiere til aktiv innsats til kvalitetsforbedring på dette viktige område.

GOD SOMMER!

Karen Bjøro

Karen Bjøro

karen@nsfgeriatridemens.no

Fortsettes side 23

Legemidler til eldre – til nytte og skade



**Anette
Hysten
Ranhoff**

*Spesialist i indremedisin og geriatri,
professor dr med.*

*Kavlis forskningssenter for aldring
og demens, Haraldsplass Diakonale
sykehus og Universitetet i Bergen og
Diakonhjemmets sykehus i Oslo*

Innledning

Eldre personer, særlig de over 75 år, har ofte flere kroniske sykdommer samtidig og bruker mange legemidler. Riktig bruk av legemidler kan gi stor nytte, men mulighetene er også store for legemiddelrelaterte problemer som gir skade.

Eldre pasienter har aldersforandringer som påvirker effekten av legemiddelet på målorganet (farmakodynamikk) og absorpsjon, distribusjon og eliminasjon av legemidler (farmakokinetikk) og er derfor spesielt sårbare for uønskede effekter av legemidler. Noen legemidler er av den grunn uegnet hos eldre og mange legemidler må gis i lavere doser enn til yngre personer. De eldre pasientene er ofte i kontakt med helsetjenesten på forskjellige nivåer, både fastleger og spesialisthelsetjenesten i sykehus. I overføringen mellom forskjellige instanser, for eksempel ved innleggelse i og utskrivning fra sykehus, kan det lett skje feil.

I denne artikkelen vil dette problemområdet bli belyst særlig med den hensikt å gi kunnskap om hvordan problemer og skade ved legemiddelbruk hos eldre kan unngås ved et godt og nært samarbeid mellom sykepleiere, leger og farmasøyter. Spesiell oppmerksomhet vil bli vist uhensiktsmessige legemidler hos eldre og polyfarmasi (bruk av mange legemidler samtidig).

Sammendrag

Eldre personer har ofte flere kroniske sykdommer samtidig og bruker mange legemidler. Riktig bruk av legemidler kan gi stor nytte, men mulighetene er også store for legemiddelrelaterte problemer som gir skade. Denne artikkelen omhandler legemiddelrelaterte problemer hos eldre, og hvordan man ved systematisk arbeid kan redusere dem, basert på litteraturstudier og egen klinisk erfaring.

Nøkkelord: eldre, legemiddelrelaterte problemer, polyfarmasi

Kartlegging av et sykdomsbilde hos eldre

Riktig legemiddelbehandling hos eldre kan ikke oppnås uten en grundig kartlegging av sykdomsbildet. En slik kartlegging skal gi et bilde av hvilke sykdommer den gamle pasienten har, og hvilken alvorlighetsgrad, hvordan den mentale og fysiske funksjonen er, og hvilke symptomer og plager pasienten har. Sykepleieren har en sentral rolle i kartleggingen av funksjon og symptomer.

Generelt er sykdomsbildet hos eldre mer preget av uspesifikke og diffuse symptomer enn vi finner hos yngre personer. Fysisk og mental funksjonssvikt er vanlige konsekvenser av sykdom og gjør den eldre hjelpetrengende i det daglige liv. Når sviktende evne til dagliglivets aktiviteter utvikles raskt må det alltid mistenkes en akutt hendelse (sykdom, skade eller uønsket effekt av et legemiddel).

En eldre persons symptomer (smerter, tungpust, kvalme etc) eller funksjonssvikt kan ha sammensatte årsaker betinget i akutte sykdommer, kroniske sykdommer, aldersforandringer og legemiddelbivirkninger. En grundig klinisk undersøkelse, ofte med tillegg av blodprøver, radiologiske undersøkelser og andre spesialundersøkelser er nødvendig for korrekt diagnostikk. Først når pasientens diagnoser, deres konsekvenser (symptomer og funksjon)

og alvorlighetsgrad er kartlagt kan det tas stilling til indikasjoner og kontra-indikasjoner for legemidler.

Legemiddelrelaterte problemer hos eldre

Risikoen for legemiddelrelaterte problemer øker lineært med antall legemidler den eldre personen bruker (1). Problemene kan være relatert til den som forskriver legemidlene (som regel legen) ved at det forskrives uhensiktsmessige midler eller feil dose. Problemene kan også være relatert til den som administrerer dem, for eksempel sykepleieren i en institusjon eller et familiemedlem som hjelper den eldre i hjemmet. Pasientens egen etterlevelse (compliance) kan svikte ved at hun/han glemmer å ta sine legemidler, tar feil dose, eller tar medisinen til feil tid. Dette er særlig vanlig hos eldre med demens eller annen form for kognitiv svikt. Det hender også at den eldre pasienten ikke ønsker å ta sine legemidler, kanskje fordi hun/han føler at de ikke gir noen god effekt. Dette kan selvfølgelig være gunstig hvis det dreier seg om et legemiddel som gir skade. Til sist kan problemet ligge hos selve legemiddelet, at det har en virkning som ikke er forventet og ønsket hos den enkelte pasient (Se rammen) (2).

Problemer med legemidler når pasienten flytter seg fra et sted til et annet i behandlingsskjeden

Pasienter med sine sykdommer og legemidler forflytter seg på tvers av nivåene og mellom forskjellige instanser i helsevesenet. Korrekt informasjon om legemidler er helt essensielt ved slike forflytninger. Ved innleggelse i sykehus eller konsultasjon hos spesialist er det viktig at pasienten har med en korrekt liste over de legemidlene hun/han bruker. Listen må også inneholde legemidler som brukes ved behov og naturlegemidler. På sykehuset gjøres det ofte endringer i legemiddelforskrivningen som så må formidles i en korrekt liste tilbake til primærhelsetjenesten, dvs både fastlegen, pasienten selv og omsorgspersoner som skal administrere legemidlene, for eksempel hjemmesykepleien. Det er velkjent at feil i informasjonsoverføringen og oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus er svært vanlig. Uønskede hendelser etter utskrivning fra geriatrisk avdeling til hjemmet ble registrert i en masteroppgave ved NTNU i 2007. Hele 23 av 72 pasienter (31,9 %) ble utsatt for i alt 30 episoder med legemiddelrelaterte problemer. Av disse var 7/30 forårsaket av pasienten selv mens 23/30 var relatert til første-linjetjenesten (pasienten fikk ikke den medisinske som var foreskrevet fra avdelingen innen 24 timer etter utskrivning) (3).

Det er også velkjent at utstrakt bruk av synonympreparater kan føre til feil, for eksempel at samme preparat tas i dobbel dose på grunn av forskjellige produktnavn.

Innleggelser i sykehus på grunn av uønsket effekt av legemidler

Uønskede effekter av legemidler er en vanlig årsak til at eldre får symptomer som er så alvorlige at de fører til innleggelse i sykehus. Det er vanlig å anta at minst 10 % av alle innleggelser i medisinsk avdeling er forårsaket av legemiddelrelaterte problemer (4). Hos eldre pasienter som bruker mange medisiner og har høy sykkelighet kan slike problemer være svært alvorlige og ikke sjelden ha dødelig utgang (5). I en oversiktsartikkel er det vist at ca 4% av innleggelsene er legemiddelreaksjoner det hadde vært mulig å unngå (6).

Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer hos eldre pasienter (Ruths 2007)

Problemer relatert til den som foreskriver legemiddel til pasienten

Problemer relatert til den som administrerer legemiddel

Problemer relatert til pasienten

Problemer relatert til legemidlene

De vanligste symptomene som er forårsaket av uønsket effekt av legemidler og fører til sykehusinnleggelse, er kvalme og oppkast, blødninger (særlig fra mage og tarm), fall og synkope (besvimelse) og brudd som følge av medikamentindusert osteoporose (7). Fire grupper legemidler er særlig *syndere* og står for om lag halvparten av alvorlige bivirkninger som fører til innleggelse. Dette er platehemmere (Albyl E, Plavix) (16%), diuretika (Diural, Furix) (16%), NSAIDs (Ibux, Voltaren, Naprosyn) (11%) og antikoagulasia (Marevan) (8 %). Årsakene til bivirkningene var noenlunde jevnt fordelt mellom feil i bruk, feil i forskrivning og svikt i monitorering (8).

Kartlegging og håndtering av legemiddelrelaterte problemer i praksis

Å kartlegge legemiddelrelaterte problemer i praksis kan være vanskelig og arbeidskrevende. Det er en tverrfaglig oppgave der legen, sykepleieren og farmasøyten kan bidra (9).

Pasientens legemiddelbruk må avklares ved at man skaffer kunnskap om hva pasienten har inntatt av legemidler. Dette er noen ganger umulig å finne ut av. Ikke sjelden bringer pasienten med en pose med legemidler, men kan ikke fortelle hva hun/han egentlig har tatt. Videre må følgende forhold avklares og vurderes:

1. Vurdere indikasjoner og kontraindikasjoner for legemidler (lege og sykepleier)

Det må skaffes oversikt over hvilke legemidler pasienten virkelig bruker og det må tas opp en god sykehistorie (nåværende og tidligere kjente sykdommer, symptomer og funksjonsproblemer). Dernest må det gjøres

en grundig klinisk legeundersøkelse, kartlegging av funksjon og symptomer, samt supplerende undersøkelser (laboratorieprøver, røntgen, EKG etc) for å kartlegge best mulig diagnoser og deres konsekvenser (symptomer, funksjonsnedsettelse, betydning for levetid og alvorlighetsgrad). Legen må så sjekke indikasjoner for hvert medikament og det må vurderes om pasienten har helseproblemer som kan hjelpes ved innsetting av nye legemidler. Det finnes en sjekklister (START) som kan brukes for å undersøke om pasienten får anbefalte og nyttige legemidler ved en del vanlige lidelser som erfaringsmessig ofte er underbehandlet hos eldre (10).

2. Vurdere om den eldre pasient får uhensiktsmessige legemidler (lege og farmasøyt)

Kontraindikasjoner, det vil si om pasienten har tilstander der et legemiddel ikke skal brukes, må sjekkes. Et slikt eksempel er nyresvikt, som gjør at for eksempel ACE-hemmere og NSAIDs ikke skal gis. Noen legemidler er generelt uhensiktsmessige hos eldre og bør seponeres. Det finnes sjekklister som kan være til god hjelp, for eksempel NORGEP (11) som er utviklet for allmennpraksis og STOPP (12,13) som er egnet også for bruk i sykehus.

3. Sjekke interaksjoner (lege og farmasøyt)

Interaksjoner mellom legemidler kan gi uønskede effekter og føre til plagsomme symptomer og skader. Interaksjoner kan også redusere eller oppheve effekten av legemidler. Interaksjoner kan sjekkes i Felleskatalogen eller ved hjelp av www.interaksjoner.no. Jo flere legemidler pasienten bruker, jo større risiko er det for interaksjoner.

4. Vurdere om doseringen av legemidler er optimal (lege og farmasøyt)

På grunn av aldersbetinget og sykdomsbetinget endring i farmakokinetikk og farmakodynamikk må mange legemidler gis i endrede doser (som regel lavere) til eldre. Spesielt viktig er justering i forhold til nyrefunksjon (estimert GFR), labilitet i hemodynamikk og følsomhet i sentralnervesystemet. Genetisk testing (CYP-testing) av den enkelte pasient for å få kunnskap om eliminering av legemidler kan også være nyttig, særlig ved manglende respons eller uventet sterk respons av legemidler. En slik gentesting behøver bare å gjøres en gang i livet, da resultatet ikke endrer seg over tid.

5. Vurdere om det er tilfredsstillende etterlevelse av legemiddelforskrivning (lege og sykepleier)

Det må alltid vurderes om pasienten ønsker og er motivert for den medikamentelle behandlingen og har tilstrekkelig funksjon (fysisk og mental) til å følge den opp. Dette gjøres ved intervju med pasient og pårørende, eventuelt å måle serumkonsentrasjon av det aktuelle legemiddel der dette er relevant.

Om nødvendig må det sørges for tiltak som sikrer at pasienten får viktige legemidler. Slike tiltak kan være hjelp til administrering av legemidlene (pårørende eller omsorgstjenester) eller bruk av multi-dose (porsjonspakker med legemidler er pakket fra apoteket) eller dosett.

6. Reduksjon av polyfarmasi (lege)

Risiko for legemiddelrelaterte problemer (LRP) øker lineært med antall legemidler pasienten bruker og antallet bør holdes lavest mulig. Å sette en grense (cut-off) på hvor mange legemidler som er *farlig* har begrenset nytte (1). På den annen side er det vist at risiko for delirium utløst under sykehusopphold er høyere med flere legemidler startet opp (>3) (14). Hvilke legemidler pasienten bruker – og hvilke kombinasjoner – er viktigere enn det absolutte antall. Legemidler som lindrer symptomer og bedrer funksjon bør prioriteres. At det ikke er så lett å redusere polyfarmasi ble vist i en studie fra Geriatrisk avdeling ved St Olavs hospital i Trondheim. Legemiddelbruk hos akutt innlagte skrøpelige

eldre ble sammenliknet i geriatrisk avdeling (intervensjon) og medisinske sengeposter (kontroller) som del av en randomisert kontrollert studie av effekten av behandling i geriatrisk avdeling. Beers' kriterier (liste over uhensiktsmessige legemidler for eldre) ble brukt til å vurdere medisinlistene. Det var ingen forskjell i antall legemidler, men antikolinerge midler, antipsykotiske midler og hjerte-kar midler (særlig digitoxin) ble oftere seponert i geriatrisk avdeling. Antidepressiva og østriol ble startet oftere (15).

Hovedpunkter

- En grundig og god tverrfaglig klinisk vurdering må være grunnlaget for all behandling med legemidler hos eldre.
- Legemiddelrelaterte problemer (LPR) er vanlig hos eldre. Problemene er helsepersonellrelaterte, pasientrelaterte og preparatrelaterte, og øker med antall legemidler som er forskrevet til den enkelte pasient.
- Kunnskap om farmakologi hos eldre er viktig og må økes hos leger og sykepleiere.
- Farmasøyt bør inngå i det tverrfaglige team på avdelinger der det behandles mange eldre.
- Sjekkliste for god legemiddelbehandling kan være nyttig. START, STOPP (er under oversettelse til norsk) og NORGEP (foreligger på norsk) er slike sjekklister som finnes på www.legeforeningen.no/geriatri.
- Organisering og rutiner er viktig for trygg og riktig legemiddelbehandling – spesielt er det viktig med gode rutiner for informasjonsoverføring mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Referanser

1. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 63:187-95.
2. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2007; 127:3073-6.
3. Mesteig M. Lost in transition – unwanted incidents among geriatric patients after discharge from hospital. Masteroppgave i helsevitenskap, Inst. for samfunnsmedisin, Medisinske fakultet NTNU 2007.
4. Nygaard HA, Straand J. Eldre og legemidler. I: *Norsk legemiddelhåndbok* 2007.
5. Ebbesen J, Buajordet I, Eriksen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317–23.
6. Winterstein AG, Hutton RC, Gonzalez-Rothi R, Johns TE, Segal R. Identifying clinically significant preventable adverse drug events through a hospital's database of adverse drug reaction reports. *Am J Health Syst Pharm*. 2002; 59:1742-9.
7. Zhang M, Holman CD, Preen DB, Brameld K. Repeat adverse drug reactions causing hospitalization in older Australians: a population-based longitudinal study 1980-2003. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 63:163-70.
8. Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, Pirmohamed M. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 63:136-47.
9. Viktil KK, Blix HS. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2008; 102:275-80
10. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) - an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing*. 2007; 36:632-8.
11. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27:153-9.
12. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008; 46:72-83.
13. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. 2008; 37:673-9.
14. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Intern Med* 2000;32:257–263.
15. Saltvedt I, Spigseth O, Ruths S et al. Patterns of drug prescription in a geriatric evaluation and management unit as compared with the general medical wards; a randomised study. *Eur J Clinical Pharmacology* 2005; 61:921-8.

Kvalitetssikring av legemiddel- håndteringen i kommunehelse- tjenesten



**Hanne
Tveterås
Fauskanger**

*Cand.pharm
Haukeland sykehusapotek, Avdeling
for farmasøytiske tjenester (AFT-
kommune), Apotekene Vest HF*



**Mette
Maja
Bredal
Irgens**

*Cand.pharm, MSc Clinical Pharmacy
Haukeland sykehusapotek, Avdeling
for farmasøytiske tjenester (AFT-
kommune), Apotekene Vest HF*

Innledning

Legemidler spiller en sentral rolle i pasientbehandlingen. Ved bruk av legemidler forventes nytteverdi for pasienten. Av ulike grunner kan likevel legemiddelbruk medføre skade, det kan for eksempel dreie seg om bivirkninger, toksisitet eller manglende effekt. Legemiddelrelaterte problemer kan være knyttet til ordinasjon av legemidler (for eksempel legemiddelvalg, dosering, interaksjoner osv), eller det kan være uheldige rutiner i legemiddelhåndteringen som gir risiko for feil ved istandgjøring/administrasjon av legemidler til pasient.

Sammendrag

Arbeid med kvalitetssikring av legemiddelbruk og legemiddelhåndtering er sentralt for å oppnå nytteverdi ved bruk av legemidler. Det jobbes mye med kvalitetssikring av legemiddelhåndtering på systemnivå i Norge, med fokus på utvikling av gode rutiner for legemiddelhåndtering, samt arbeid med registrering og oppfølging av avvik, og diverse former for undervisning. Ny forskrift om legemiddelhåndtering som kom i 2008 stiller ytterligere krav til helsetjenestene sammenlignet med tidligere innenfor dette feltet. I denne artikkelen diskuteres ulike tilnæringsmåter til kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen i helsetjenestene.

Nøkkelord: kvalitetssikring, internkontroll, legemiddelhåndtering, legemiddelrelaterte problemer

Det bør være et kontinuerlig fokus på kvalitet i alle deler av legemiddelhåndteringen i helsetjenestene.

Det er ulike innfallsvinkler til kvalitetsarbeid i legemiddelhåndteringen. I Norge har man i mange år jobbet mye på systemnivå. Forankret i lov og forskrift har farmasøyter (tidligere også kalt tilsynsfarmasøyter) vært sentrale rådgivere i dette arbeidet. Tilsvarende kvalitetsarbeid på individnivå er under utvikling, men er mindre utbredt i Norge enn i flere andre land som Storbritannia, Nederland, Australia, USA.

Ny forskrift i legemiddel- håndtering

Lover og forskrifter legger tydelige føringer for kvalitetsarbeid i legemiddelhåndteringen. Første mai 2008 kom den nye legemiddelhåndteringsforskriften, som erstattet de to tidligere forskriftene for den kommunale helse-tjeneste, sykehus og andre helseinsti-tusjoner (1). I tillegg til forskriften og merknader til denne, er det utarbeidet en veiledning presentert i Rundskriv IS - 9/2008 (2).

Virksomhetsleder har systemansvar

Endringene som følge av ny forskrift omfatter bl.a. ansvarsforhold. Virksomhetsleder er nå systemansvarlig for legemiddelhåndteringen, og det stilles konkrete krav til internkontroll, kompetanse og dokumentasjon innenfor ulike områder vi skal komme nærmere inn på.

Virksomhetsleder er ansvarlig for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig. Den nye forskriften og rundskrivet veileder virksomhetsleder med hensyn på hvilket helsepersonell som kan tillegges ulike oppgaver i legemiddelhåndteringen. Mangel på kvalifisert personale i denne sammenhengen, for eksempel sykepleier/vernepleier, er en utfordring i mange kommuner. I varierende grad benyttes også helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere, omsorgsarbeidere) og sågar ufaglærte til legemiddelhåndteringsoppgaver.

Virksomhetsleder har ansvar for å bestemme hvem som kan håndtere legemidler, hvilke oppgaver de skal kunne utføre, og skal sørge for at helseperso-

nell som gis legemiddelhåndteringsoppgaver har nødvendig kompetanse (realkompetanse). Ansvarsforhold i alle ledd må tydelig fremgå av prosedyrer for legemiddelhåndtering, og konkret beskrivelse av oppgaver bør fremgå av eventuell delegert fullmakt til det enkelte helsepersonell. Ordet ”realkompetanse” henviser til at ikke bare formell utdanning er avgjørende for hvilke oppgaver helsepersonell skal kunne få i legemiddelhåndteringen. For eksempel er ordet sykepleier fullstendig utelatt i forskriften. Rundskrivet beskriver nødvendig kompetanse for personell som skal istandgjøre legemidler til den enkelte pasient, og beskrivelsen passer til en særdeles godt oppdatert sykepleier! Dette betyr at virksomhetsleder er ansvarlig for å individuelt vurdere at også sykepleieres kompetansenivå samsvarer med de oppgaver som utføres.

I kjølvannet av ny forskrift oppsto flere diskusjoner og uklarheter. Noen hevder at den nye forskriften kan føre til en ansvarspulverisering. Dette kan dessverre stemme dersom den enkelte kommune eller virksomhet ikke definerer hvem som er virksomhetsleder med det øverste ansvaret for legemiddelhåndteringen.

Ansvar må tydelig defineres gjennom stillingsbeskrivelser og prosedyrer. Det har også blitt angitt at den nye forskriften sletter krav om tilsynsfarmasøyt tilknyttet helsetjenestene (3). Forskriften stiller imidlertid krav til at hver virksomhet jevnlig (minimum en gang årlig) evaluerer og kontrollerer virksomhetens prosedyrer for legemiddelhåndtering (legemiddelrevisjon), og at person med legemiddelkompetanse skal brukes til dette (dvs. lege eller farmasøyt).

Når virksomhetsleder ikke selv har legemiddelkompetanse (som vel er hovedregelen), skal det utpekes en faglig rådgiver med slik kompetanse. Forskriften/rundskrivet beskriver ikke hvordan den faglige rådgiveren i legemiddelhåndteringen skal fungere i praksis. Et nødvendig utgangspunkt vil være at den faglige rådgiveren har førstehånds kjennskap til lover og forskrifter for legemidler og legemiddel-

håndtering, samt erfaring fra kvalitetsarbeid i legemiddelhåndteringen. Det er også gunstig å være tilknyttet en organisasjon med kollegaer som jobber innenfor dette feltet for å dra nytte av andres erfaringer. Faglig rådgiver bør være med ved revidering av prosedyrer for legemiddelhåndtering, ved diskusjon og oppfølging av registrerte avvik i legemiddelhåndteringen, samt delta ved faste møter der bl.a. spørsmål omkring rutiner, faglig forsvarlighet, risikovurdering, kompetanse osv. tas opp. Det er også relevant at faglig rådgiver bistår i å vurdere behov for grunnopplæring og oppdateringskurs i legemiddelhåndtering for helsefagarbeidergruppen, sykepleiere, vernepleiere og andre, samt bidrar med undervisning.

Vår erfaring tilsier at flere farmasøyer enn leger har interesse for og kompetanse innenfor disse feltene, og således mener vi farmasøyt oftest vil være best egnet som faglig rådgiver. Det er imidlertid viktig å presisere at rådgiver er fullstendig avhengig av et godt samarbeid med virksomhetsleder, sykepleiere/vernepleiere, leger og andre for at rådgivningen skal bli så god som mulig og tilpasset det enkelte tjenestested.

Fokus for legemiddelrevisjon bør variere periodevis, og de ansatte selv vet gjerne best hvor skoen trykker. I tillegg til vanlige tema som kontroll av A/B-preparater eller vurdering av rutiner/dokumentasjon for istandgjøring og utlevering, kan en ha så ulike satsningsområder som avvikhåndtering en periode og legemiddelgjennomganger i en annen periode. Dette krever bred kompetanse, og god kjennskap til arbeidsmetode for revisjon.

Retningslinjer for legemiddelhåndtering

Kvalitetsarbeid på systemnivå handler i stor grad om å utvikle gode prosedyrer/retningslinjer for legemiddelhåndtering (herunder også gode rutiner for avviksbehandling). Ny forskrift medfører behov for revisjon av retningslinjer for legemiddelhåndtering, men uavhengig av hvilken forskrift som til enhver tid gjelder, må retningslinjer for legemiddelhåndtering revideres med jevne

mellomrom (for eksempel hvert 2. år). Verden er et foranderlig sted og kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess!

Det skal være samsvar mellom nedtegnede prosedyrer og faktisk praksis. Ved revidering av prosedyrer er det viktig å ha en arbeidsgruppe som inkluderer motiverte medarbeidere med praktisk erfaring, samt ledere som bestemmer lokale krav og kan gjennomføre endringer for virksomheten der dette er nødvendig. Det kan være en utfordring å skrive prosedyrer korte og konsise, samtidig som de inneholder viktige detaljer. Virksomhetens oppsummering av registrerte avvik samt andre erfaringer fra hverdagen både fra egen virksomhet og f. eks. fra litteraturen eller fra farmasøyt kan være verdifull hjelp å ta med for å få best mulig praksis. Ved implementering av prosedyrer har det vist seg å være både nyttig og nødvendig å få alle ansatte til å signere for at de nye prosedyrene er både lest og forstått. Videre bør viktigste endringer og sikkerhetstiltak presenteres på kurs for flest mulig medarbeidere.

Den nye forskriften/rundskrivet gir en oversikt over rutiner som er særlig relevante for legemiddelhåndteringen. Det er for eksempel angitt at virksomheter skal ha prosedyrer for opptak av legemiddelannamnelse, noe som ikke var nevnt tidligere. Feilaktig eller manglende informasjon om legemiddelbruk ved overføring av pasienter mellom ulike deler av helsetjenesten truer pasientsikkerheten, og slike feil forekommer hyppig (4,5).

Kontroll med A- og B-preparater

Det stilles nå også strengere krav til føring/kontroll av A- og B-preparater. Dette er nok dessverre med bakgrunn i at Statens helsetilsyn har hatt et økt antall saker med mistanke om svinn. Forutsigbarhet og gode forebyggende prosedyrer er viktig for å sikre faglig forsvarlig håndtering av denne type legemidler og for å forebygge svinn og misbruk.

For narkotika (A-preparater) skal alle innkjøpte preparater kontrolleres mot månedlig innkjøpsoversikt fra leverandør. Det er anbefalt at enhetene



Eldre mennesker er spesielt sårbare for uønskede effekter av legemidler.

bruker oppgjørsskjemaer over innkjøp, forbruk og restbeholdning (for eksempel hvert kvartal). Statusrapport av restbeholdning fra forrige kvartal må kontrolleres mot startbeholdning for etterfølgende kvartal. Videre er det også viktig å ha et kritisk blikk rettet mot kassasjoner, utlån osv.

Dokumentert dobbelkontroll er et sentralt prinsipp ved håndtering av A-preparater. De som skal ha ansvar for narkotikaoppgjør bør få ekstra opplæring, dvs. være spesielt kvalifiserte.

For B-preparater er virksomhetsleder ansvarlig for at innkjøpsoversikt fra leverandør blir vurdert i forhold til faktisk forbruk. Selv om forskriften ikke stiller de samme krav til kontroll med B-preparater velger en del institusjoner/kommuner å innføre samme kontrollrutiner som for A-preparater, av hensyn til forebygging av svinn/misbruk.

Rutiner for avvikshåndtering

Rundskrivet presiserer også at virksomheten skal ha rutinebeskrivelser for rapportering og oppfølging av avvik i legemiddelhåndteringen. Hensikten med avvikshåndteringen er å sette lys på hvordan rutiner for legemiddel-

håndtering fungerer i praksis, dvs. hvorvidt fastsatte rutiner faktisk blir fulgt, og om rutinene er gode nok. Informasjon om avvik (både uhell, nesten-uhell og avvik fra retningslinjer for legemiddelhåndtering) kan synliggjøre behov for endringer eller tiltak for å hindre gjentakelse eller nye avvik. En forutsetning for å oppnå dette er at en har et system for å følge opp avvik på en systematisk måte (for eksempel gjennomgang i kvalitetsutvalg, rapportering, tilbakemelding, evaluering av tiltak).

Ledere har ansvar for at det etableres en positiv meldekultur for avvik, hvor *mørketall* (ikke meldte avvik) blir lavest mulig. Det kan være ulike grunner til at avvik ikke blir meldt. Vår erfaring er at ansatte ikke alltid tenker på hendelser som avvik, og at mørketallene kan være til dels store. For eksempel skjer det mange avvik i forbindelse med generisk bytte (synonympreparater), hvor kompetansen ikke alltid strekker til når sykepleiere skal vurdere hvilke preparater som er likeverdige.

Generelt er det viktig med god opplæring, og at virksomhetsledelsen holder fokus på nytten ved avvikshåndtering (og ikke på hvem som eventuelt

har gjort en feil). Slik kan ansatte forstå hensikten med å melde avvik, og erfare det positive bidrag dette har til sikkerheten for legemiddelhåndteringen både for brukere/pasienter og de som jobber i helsetjenesten.

Videre satsning på kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten

Vår erfaring gjennom samarbeid med helsepersonell i ulike kommuner er at systematisk arbeid med prosedyrer for legemiddelhåndtering, avvikshåndtering, undervisning osv. har vært med på å heve kvaliteten på legemiddelhåndteringen betraktelig. Det blir gjort mye viktig arbeid for å bidra til trygg, rasjonell og økonomisk legemiddelhåndtering. Vi har gjennom flere år hatt meget gode samarbeidsforhold med våre forbindelser, og får hyppige tilbakemeldinger på hvor viktig innspill fra farmasøyt er med hensyn på kvalitetsforbedring av legemiddelhåndteringen.

Det er likevel grunn til å tro at farmasøytens kompetanse kan utnyttes enda bedre på individnivå. Det er enkelte etablerte miljøer, hvor farmasøyt gjennomfører legemiddelgjennomgang i tverrfaglig samarbeid mellom lege,

sykepleier og pasient/beboer. Gjennomgang av legemidler (og laboratorieverdier) vil kunne avdekke legemiddelrelaterte problemer (interaksjoner, bivirkninger, dosering, ikke-optimale legemiddelvalg etc) (6). Målet er å bidra til økt pasientsikkerhet (effekt/bivirkning) og rasjonell legemiddelbruk (økonomi).

Det er dokumentert at farmasøytene bidrar til å avdekke, forebygge og løse legemiddelrelaterte problemer på sykehus i Norge (7). Fra Sverige er det vist at klinisk farmasøyt i tverrfaglig samarbeid på en sykehusavdeling kan bidra til 80% nedgang i legemiddelrelaterte reinnleggelser på sykehus for eldre pasienter (8).

Flere studier har synliggjort behov for og nytte av tverrfaglige legemiddelgjennomganger som kvalitetshevende tiltak også på sykehjem (9-12). Legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten blir mer og mer avansert, og behovet for kvalitetsforbedrende tiltak både på systemnivå og individnivå forventes å øke. Slik satsning er i tråd med målsettinger i samhandlingsreformen, og Stortingsmelding nr.18 Rett kurs mot riktig legemiddelbruk (13, 14).

Konklusjon

Det er store utfordringer i helsetjenesten knyttet til legemiddelbruk og legemiddelhåndtering. For å møte disse utfordringene på en god måte, er vi avhengige av et velfungerende samarbeid mellom helsepersonell med ulike faglige bakgrunn.

Referanser

- 1) Forskrift 3.april 2008 nr.320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Tilgjengelig fra <http://www.helsetilsynet.no/templates/Document9485.aspx> [11.05.10].
- 2) Rundskriv IS-9/2008 Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Tilgjengelig fra <http://www.helsetilsynet.no/templates/Document9485.aspx> [11.05.10].
- 3) Kirkevold Ø, Engedal K. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien Forskning* 2010; 5(1):16-25.
- 4) Tam VC, Knowles SR et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: A systematic review. *Can Med Ass J* 2005; 173(5):510-515.
- 5) Cavin A, Sen B. Improving medication history recording and the identification of drug-

related problems in an A&E department. *Hosp Pharm* 2005; 12(3):109-112.

- 6) Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127(23): 3073-6.
- 7) Viktil KK, Blix HS, Reikvam Aa, Moger TA, Hjemaas BJ, Walseth EK, Vraalsen TF, Pretsch P, Jorgensen F. Comparison of Drug-Related Problems in Different Patient Groups. *Ann Pharmacother* 2004; 38:942-8.
- 8) Gillespie U, Alasaad A. et al. A comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older. *Arch Intern Med*. 2009; 169(9):894-900.
- 9) Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129:1732-5.
- 10) Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: What are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(3):176-80.
- 11) Roberts MS, Stokes JA et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51(3):257-65.
- 12) Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2010; Apr 29 [Epub ahead of print].
- 13) St.meld.nr.47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> [11.05.10].
- 14) St.meld.nr.18 (2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517> [11.05.10].



Helsedirektoratet oppfordrer til bruk av *Dose i pose* system for håndtering av legemidler. Les mer i brosjyren på nettsiden www.helsedirektoratet.no.

FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe.

For å finne vår nettside, går du inn på: <http://www.sykepleierforbundet.no>.

Under Faggrupper finner du FGD Faggruppe i geriatri og demens. Der legges det inn aktuelt stoff fortløpende, og det er fint om jeg kan få tips om aktuelle artikler og annet interessant stoff som du tror andre kan ha glede av å lese.

E-postadresse og tlf.nr finner du øverst på denne side.

Faggruppa har også en nettside her: www.nsfgeriatriidemens.no.



Utfordringer ved innføring av multidosesystem i kommunehelsetjenesten



**Inger
Lund
Thorsen**

Kommunelege, Larvik kommune

Sammendrag

Pleie- og omsorgstjenesten i Larvik kommune startet innføring av multidosepakkelegemidler til sine brukere fra 2001. I 2005 var om lag 650 brukere inkludert i multidosesystemet. Fordi man opplevde at man ikke hadde tatt ut hele kvalitetsgevinsten som lå i ordningen, ble det startet et forbedringsprosjekt høsten 2005. Helsemyndighetene oppfordrer til økt bruk av multidose som et tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk hos den enkelte bruker. Erfaringene fra Larvik kommune er at det er flere ting som må på plass for at multidose skal være et godt virkemiddel. Alle aktører som omsorgstjenesten, fastleger og apotek må delta i utviklingen av multidosesystemet i kommunen. Ved dette bygges gjensidig respekt og tillit som gjør samhandlingen også på andre områder bedre til beste for brukerne. Jevnlige samhandlingsmøter mellom omsorgstjenesten og fastleger er et nyttig tiltak for å sikre god kommunikasjon og samhandling omkring legemiddelhåndteringen. Det er viktig at det utarbeides et helhetlig system for legemiddelhåndteringen i kommunen med nedskrevne rutiner for alle deler av prosessen. Aktørene må ha et eierforhold til rutinene.

Nøkkelord: multidosesystem, legemidler, kvalitet, legemiddelhåndtering

Innledning

Helsemyndighetene oppfordrer til økt bruk av multidosesystem (MD) som et tiltak for å oppnå riktigere og sikrere legemiddelbruk hos den enkelte bruker (1,2). Innføring av MD innebærer imidlertid nye utfordringer i forhold logistikken rundt legemiddelhåndteringen og i kommunikasjon mellom lege, sykepleier og vernepleier og apoteket. På bakgrunn av erfaringer med MD i Larvik kommune har artikkelen til hensikt å sette fokus på noen av utfordringene som en kommune kan møte ved innføring av MD.

Hva er multidose?

Maskinell multidosepakking av legemidler (multidose) er et system der den enkelte pasient får sine medisiner ferdig dosert. Doseringen skjer med utgangspunkt i legens forskrivning som for vanlige resepter, men systematiseres her på et medisinkort (se Figur 1). Medisinkortet inneholder informasjon om pasientens samlede bruk av legemidler, både fast medisiner og medikamenter som tas ved behov, og

fungerer som resept for alle pasientens medisiner.

På grunnlag av medisinkortet bestiller apotekene multidosepakking hos en pakkeprodusent. Disse blir levert til brukeren som remser med legemiddelposer for en periode på én uke, to uker eller fire uker. På hver pose er det påført pasientnavn, tablett navn, styrke, antall og tidspunkt for når medisinen skal tas (se Figur 2). De medikamentene som ikke kan pakkes maskinelt eller ikke tas fast, leveres i tillegg til remsene med doseposene og legges på vanlig måte i dosett av sykepleier/vernepleier.

Ordningen anses særlig egnet for pasienter med stabil medikasjon som trenger hjelp til legemiddelhåndteringen. Systemet er særlig aktuelt for beboere på institusjoner eller brukere av hjemmebaserte tjenester.

Det er antatt at multidosepakking av legemidler kan gi gevinster i form av bedre kvalitet på legemiddelhåndteringen da maskinell multidosepakking reduserer antall feil i pakkingen. I tillegg oppnår man hygieniske fordeler,

da personalet kommer i mindre direkte berøring med legemidlene. Multidose innebærer også innspart arbeidstid for sykepleiere og vernepleiere. Det forventes også at kassasjon av legemidler reduseres ved at medisinen vanligvis leveres for to uker om gangen, mot opptil tre måneders forbruk for brukere av hjemmetjenesten ved tradisjonell legemiddelhåndtering (3).

Innføring av multidose i Larvik kommune

I 2001 startet Larvik kommune opp med MD i to av fire omsorgsenheter. Man ønsket å oppnå bedre kvalitet på legemiddelhåndteringen, frigjøre tid for sykepleiere og vernepleiere fra administrative oppgaver knyttet til legemiddelhåndteringen og oppnå mulige økonomiske og miljømessige besparelser. Omsorgslederne var oppdragsgivere for prosjektet. MD var ikke formelt besluttet innført i helsetjenestens beslutningsorganer hvor legemiddelene er organisert.

Omsorgstjenesten opplevde klare fordeler ved MD og i 2004 ble ord-



Figur 2 Multidosepose er merket for å ivareta pasientsikkerhet.

ningen vedtatt brukt i hele omsorgstjenesten. Fastlegene opplevde svakheter og mangler ved MD og henstilte til at MD-prosjektet midlertidig ble stanset til dette var avklart og evaluert.

Multidoseforbedringsprosjektet

På bakgrunn av dette startet Larvik kommune i 2005 opp Multidoseforbedringsprosjektet. Dette skjedde med god hjelp av lege Bjørnar Nyen og sykepleier Anders Vege ved Seksjon for kvalitetsutvikling (GRUK) ved Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Prosjektet ble finansiert via Legeforeningens kvalitetssikringsfond. Rapporten fra prosjektet finnes i sin helhet på <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6512.cms> (4). Bakken & Straand påpekte at bruk av multidose alene ikke løser alle utfordringer rundt sikker legemiddel-håndtering (5). Gode prosedyrer og god kommunikasjon mellom aktørene er uansett nødvendig for å lykkes.

MD-prosjektet fokuserte på nye utfordringer rundt innføring av MD. Vi ønsket å lage prosedyrer som kunne imøtekomme disse. En hovedutfordring er at innføring av multidose i omsorgstjenesten medfører en endret logistikk for alle aktører som samhandler i legemiddeladministrasjonen.

Man satte ned seks arbeidsgrupper med fokus på gjennomgang av logistikken med vekt på at alle detaljer må være på plass. De ulike gruppens oppgaver var som følger:

- Samhandling hjemmetjenesten og fastleger
- Samhandling apotek og fastleger
- Samhandling sykehjem og fastleger
- Interne rutiner ved fastlegekontorer (fastleger og medarbeidere)
- Interne rutiner i omsorgstjenesten

- Samhandling mellom sykehus og kommuner vedrørende opplysninger om medikamenter rundt inn og utskrivning i sykehus. Gruppen ble opprettet av sykehuset i Vestfold.

Arbeidet i gruppene munnet ut i reviderte prosedyrer for MD. Disse finnes i den nevnte rapporten som er lagt ut på Kunnskapssenterets hjemmeside.

Mange utfordringer er beskrevet i rapporten. Fastlegene har elektronisk journalsystem, mens multidoseordinasjonskortene foreløpig kun finnes i papirversjon. Dette betyr en dobbeltføring for fastlegene. På den annen side gir det mulighet for ajourføring av medisinoversikt og synkronisering av medikamentforskrivningen. I en vanlig praksis skrives ofte resepter ut på ulike tidspunkter og for tre måneder ad gangen. MD-kortene gjør det mulig å skrive ut alle medisiner samtidig og for 14 dager ad gangen.

Fastlegene forventes å underskrive på medikamentendringer gjort av andre kolleger hvor det medisinske grunnlaget foreløpig ikke er kjent. Dette kan skje, for eksempel, når epikrise ennå ikke er mottatt etter et sykehusopphold. Dette kan medføre uklare ansvarsforhold for fastlegene.

Reseptfornyelse på faste medisiner faller bort ved innføring av MD. Dette kan frata legen en påminnelse om nødvendig refleksjon rundt behovet for fortsatt forskrivning. Når hjemmesykepleier ringer fastlegen for reseptfornyelse, er dette også en anledning for sykepleieren til å ha dialog rundt pasientens legemidler, rapportere virkning, bivirkninger og gi informasjon om pasientens generelle helsetilstand. Nødvendig refleksjon hos behandlende lege og kommunikasjon mellom aktørene må sikres for å motvirke potensielt uheldige konsekvenser av automatisering

av legemiddel-håndtering. En betydelig utfordring rundt bruk av MD er at MD betyr en forsinkelse i effektueringen av medisinendringer. MD pakkes normalt hver 14. dag med frist for melding av endringer en tid før ny pakkeperiode. Dermed kan det gå opptil 2-3 uker før endringer effektueres. I mellomtiden må dosett legges i tillegg til multidoser. Vi erfarte eksempler på at det kunne skje glipp i at kun multidoseposer eller kun dosett ble gitt, da de som leverte ut medisiner ikke var klar over at pasienten skulle ha begge deler. Ved seponeringer må poser klippes opp, tabletter identifiseres og plukkes ut. Dette innebærer en risiko hvis feil tablett blir fjernet. Et annet praktisk problem kan være når en tablett mistes på gulvet, hvordan skaffe nye tablett når man ikke har tilgjengelig en legemiddelforpakning? Medisinendringer gjort mellom endringsfristen og før nye multidoser kommer, kan glippe. Dessuten må den hjemmeboende pasienten kjøpe pakninger som ikke brukes opp og dette innebærer at den forventede økonomiske gevinsten reduseres.

I Larvik kommune er det en utstrakt delegering til både hjelpepleiere/ helsefagarbeidere og assistenter når det gjelder utdeling av legemidler. Ved bruk av MD blir sykepleieren ytterligere fjernet fra legemiddel-håndteringen. Tradisjonell dosering av legemidler gir sykepleieren en konkret anledning til å holde oversikt over pasientens medisiner og dermed refleksjon rundt pasientens kliniske tilstand. Dette kan resultere i nyttige innspill i forhold til behandlende lege. Hvordan legge til rette for at sykepleierne fortsatt beholder oversikt over pasientens medisinske tilstand?

En av hovedkonklusjonene fra prosjektet var at ustabile brukere er dårlig egnet for multidose. For det første betyr hyppige endringer økte kostnader for brukeren og samfunnet ved at medikamenter må kjøpes inn i tillegg til multidosene med fare for ikke å bli brukt opp. Når noe må endres, har kommunene allerede betalt for multidosepakkingen, i tillegg kommer utgifter til merarbeid ved at for eksempel MD-poser må klippes opp og tabletter må identifiseres før seponering og dosetter må legges i tillegg. I endrings-situasjonene ligger også en del mulige fallgruber for feilmedisinering.

Når endringer skal skje er det viktig å vurdere om de kan vente til neste pakkeperiode.

Dialog er en nøkkelfaktor

Det er viktig å etablere rutiner for dialog mellom hjemmesykepleien og fastlegen for å vurdere om pasientene egner seg for multidose. Fastlegen vet noe om pasientens medisinske situasjon. Ved en ustabil medisinsk situasjon, bør man heller satse på tradisjonell forskrivning og legemiddelhåndtering ved hjelp av dosett. Hvis pasientens medisinske tilstand stabiliseres, bør pasienten meldes inn i multidose. Igjen blir dialogen mellom hjemmesykepleien og fastlegen viktig.

Larvik kommune har ca. 40 000 innbyggere. Det er en flat organisasjonsstruktur med 21 resultatenheter med utvidede fullmakter som er organisert direkte under rådmannen. Det er tre omsorgsenheter, og en helse og rehabiliteringsenhet hvor legetjenestene er organisert. Under omsorgstjenesten er det 12 avdelinger med hjemmebaserte tjenester og 9 sykehjem. Hjemmetjenestene har 642 multidosebrukere. I sykehjem er det 180 multidosebrukere. Kommunen har 34 fastleger, 12 sykehjemsleger og to turnusleger. Dette betyr at det er mange aktører som skal samhandle med hverandre. Utfordringen er særlig stor i hjemmetjenesten. Hver hjemmetjenesteavdeling har opptil 34 fastleger å samhandle med. I motsetning til i småkommuner, etableres det ikke så lett personlige samarbeidsrelasjoner mellom aktørene.

I prosjektarbeidet kom det fram at i en travel hverdag var det ofte vanskelig for hjemmesykepleien å få tak i fastlegen. Problemet var tilsvarende for fastlegene, det var vanskelig å finne frem til rette person i hjemmetjenesten som kunne motta beskjed ved medikamentendringer.

Et viktig tiltak var derfor at det ble utarbeidet telefonlister. Alle hjemmesykepleieavdelinger oppgav til samarbeidspartnerne et fast telefonnummer som er betjent i hele kontortiden. Hjemmetjenesten skal ha oppdaterte direktenummer ("hotline") til alle fastlegene. I tillegg skal det oppgis på pasientens MD-ordinasjonskort telefonnummer til aktuell hjemmetjeneste slik at både fastlege og apotek lett kan få tak i aktuell tjenestegiver. Det ble

anbefalt at hjemmetjenesten sender en faks til fastlegen ved behov for kontakt. Fastlegen skal ringe tilbake innen rimelig tid.

Samarbeidsmøter

Et av de viktigste nye tiltakene prosjektgruppa anbefalte var jevnlig samarbeidsmøter mellom fastlege og hjemmetjenesten for å drøfte felles pasienter. Dette er særlig aktuelt når en fastlege har flere pasienter i samme hjemmesykepleieavdeling. Det er ellers aktuelt når man har felles pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Møtet holdes vanligvis på legens kontor som første time på dagen. Anbefalt tidsbruk er ca 30 minutter en gang pr måned til fast tid. Begge parter må ha rutine for avlysning av møte, dersom det ikke er behov for å gjennomføre det. Hjemmetjenesten utarbeider liste over felles pasienter som sendes fastlegen uken før avtalt møte. Fastlegen og hjemmetjenesten møter forberedt i henhold til pasientlisten.

Temaer for møtet er gjennomgang av pasientenes medikamenter, eventuelle bivirkninger og behov for klinisk kontroll, blodprøvekontroll, gjennomgang av allmenntilstand, og endringer i funksjonsnivå. I henhold til interne retningslinjer skal det være en halvårlig gjennomgang av multidoseordinasjonskortet med fornyet legesignatur. Dette er for å fange opp behov for seponeringer som ellers ville kunne glippe. Møtene vil være spesielt nyttige i forhold til å drøfte inn- og utmeldinger av multidosesystemet, noe som oppfattes som kritiske områder. Larvik Kommune har egen forbedringsmeldingsordning hvor avvik kan meldes. Dialogmøtene kan også benyttes til å diskutere avvik/feil i forbindelse med legemiddelhåndtering.

Prosjektevalueringen

Prosjektet ble evaluert med evalueringsmøter. Både fastleger, sykepleiere/vernepleiere og øvrig personell svarte at dialogmøter mellom hjemmesykepleien og fastleger er god bruk av tid og ressurser. Møtene motvirker redusert oversikt over pasientenes medisinering som følge av at sykepleierne ikke lenger har konkret arbeid med dosering av legemidler slik det var før MD ble innført.

En tilbakemelding uttrykker: *"Møtene bidrar til større kvalitet omkring legemiddelhåndtering, men også rundt annen behandling og oppfølging av pasientene. Det er faglig stimulerende for sykepleierne med direktekontakt med legene, og det er effektivt. Antallet telefonkonsultasjoner antas redusert."*

Konklusjon

Erfaringer fra Larvik kommune viser at det er flere ting som må på plass for at multidose skal være et godt virkemiddel.

Vår erfaring er at det er nødvendig at alle aktører som omsorgstjenesten, fastleger og apotek deltar i utviklingen av multidosesystemet i kommunen. Multidose i seg selv gir ikke bedre tverrfaglig samhandling, men god samhandling gir bedre legemiddelhåndtering og også et bedre multidosesystem. Derfor er vår anbefaling at alle aktører inviteres til et samarbeid, både ved innføring og ved videreføring av multidoseordning i en kommune. Ved dette bygges gjensidig respekt og tillit som gjør samhandlingen også på andre områder bedre til beste for brukerne.

Arbeidet med å sikre en god legemiddelhåndtering er en pågående prosess. Vi har lagt opp til en årlig gjennomgang av prosedyrene, hvor representanter for alle aktører deltar. Det viser seg at man hele tiden må holde fokus på etterlevelse av prosedyrer og ved behov endre disse hvis de viser seg ikke å være hensiktsmessig.

Referanser

1. St.meld.nr.18 (2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517> [16.05.10].
2. Multidose informasjonsfolder. Helsedirektoratet 2008 http://www.shdir.no/legemidler/publikasjoner/multidose_informasjonsfolder_202434?dummy=null. [16.05.2010].
3. Multidosepakking av legemidler. En sunnøkonomisk vurdering av tiltak. PricewaterhouseCoopers 2007 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00039/Multidosepakking_av__39979a.pdf
4. Nyen B, Thorsen I, Christensen H, Vege A. Gjennomgang og forbedring av arbeidet med multidose i Larvik kommune. Rapport 15.2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
5. Bakken T, Straand J. Riktigere medisinlister ved multidosepakking? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3595-7

Hva og hvordan lærer sykepleierstudenter om eldre og legemidler?



Lise Gladhus

Sykepleier, førstelektor, Avd. for helsefag, Høgskolen i Buskerud

Sammendrag

Artikkelen handler om hva og hvordan sykepleierstudenter lærer om eldre og legemidler. Legemiddelhåndtering i forhold til eldre krever solide kunnskaper hos sykepleier. Eldre står ofte på mange legemidler samtidig, de har aldersforandringer som gir utfordringer med hensyn til legemiddelbruk og har ofte økt sykkelighet. Sykepleierstudenter trenger å bli utfordret i forhold til eldre og legemidler gjennom sin utdanning, både fra utdanningsstedene og i praksisfeltet.

Nøkkelord: kunnskap, sykepleierstudent, eldre, legemiddel, legemiddelhåndtering

Innledning

Det er viktig at sykepleiere har solide kunnskaper om legemiddelbruk og forsvarlig legemiddelhåndtering. I dette ligger også å ha kunnskaper om utfordringene en står overfor i forhold til eldre og legemidler. Sykdom er vanlig ved økende alder og eldre lever stadig lenger med sine sykdommer. Legemiddelforbruket er stort hos eldre. I tillegg har eldre aldersforandringer som gir utfordringer med hensyn til legemiddelbruk. Med denne viten om eldre samt at antall eldre øker, krever dette solid kompetanse. Rammeplan for sykepleierutdanning (1) gir ikke detaljerte føringer for innhold i farmakologiundervisning; farmakologi nevnes sammen med generell patologi og sykdomslære, og disse tre områdene skal tilsammen være på 24 av 180 (13,3%) studiepoeng. Det betyr at utdanningsstedene kan legge opp faget farmakologi på ulikt vis; noen har farmakologi som en del av eksamen i sykdomslære og andre har farmakologi som et eget fag og med egen prøve. Når det gjelder praksisstudiene møter studentene eldre i flere av periodene, samt at de har spesifikke perioder der de møter eldre.

Rammeplan

Departementet fastsetter nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger, noe som er tilfelle for sykepleierutdanningen. Rammeplanen angir mål og formål for utdanningen, omfang,

innhold og gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Rammeplanen skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, og er ikke bare forpliktende for utdanningsinstitusjonene, men også for representantene for praksisopplæringen (1). Utdanningsinstitusjonene lager egne fagplaner som viser hvordan de organiserer studieprogrammet innenfor de kravene rammeplanen fastsetter. Det overordnede målet for sykepleierutdanningen er å:

Utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie. Utdanningen skal kvalifisere for et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring. Læring må derfor ses i et livslangt perspektiv der både yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar (1).

Det fordrer både gode utdanningsinstitusjoner og praksisfelt.

Farmakologiundervisning

Rammeplan for sykepleierutdanning gir ikke detaljerte føringer for innhold i farmakologiundervisning. Farmakologi nevnes sammen med generell patologi og sykdomslære, og disse tre områdene skal være på tilsammen 24 studiepoeng (1). Det betyr at utdanningsstedene kan legge opp faget farmakologi på ulikt vis; noen har farmakologi som en del av eksamen i sykdomslære, mens andre

har farmakologi som et eget fag med egen prøve. Høgskolen i Buskerud har eksempelvis en egen prøve i legemiddellære med krav om 60 % oppnåelse for å få bestått. Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning inneholder eksamensbestemmelser i §4 med krav om minst en prøve i medikamentregning, og for å bestå prøven må studenten ha levert en feilfri besvarelse (1).

Omfanget av temaet eldre og legemidler vil variere blant utdanningsstedene. Jeg mener det optimale er at dette er et av temaene når en har hovedbolken med farmakologi i studiet, samt at det kommer igjen som et mer utdypende tema før studentene skal ut i praksisstudier knyttet til hjemmesykepleie og sykehjem. Eksempler på undervisningstema som berører eldre og legemidler fremgår av rammen.

Handlingskompetanse og handlingsberedskap

Rammeplanen benytter begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap for å beskrive at arbeidsgivers forventning til den nyutdannedes funksjonsdyktighet vil avhenge av hvilke sykepleieoppgaver/områder det er snakk om. Handlingskompetanse knyttes til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at nyutdannede sykepleiere skal kunne fungere selvstendig.

Legemiddelformer

Farmakodynamikk:

- Terapeutisk bredde
- Toleranse
- Symptomer ved oppstart
- Seponeringssymptomer ved seponering

Farmakokinetikk:

- Forlenget halveringstid hos eldre

Bivirkninger:

- Forvirring og delirium
- Svimmelhet og fallrisiko
- Munntørret
- Obstipasjon

Legemiddel interaksjoner

Analgetika og smertebehandling

Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig (1).

Forsvarlig legemiddelhåndtering er en sentral oppgave i sykepleierfunksjonen og et område der studenten forventes å ha handlingskompetanse etter endt utdanning i følge rammeplanen. Andre oppgaver som hører til sykepleierfunksjonen og som har stor betydning for forsvarlig legemiddelbruk og håndtering nevnes i rammeplanen, som for eksempel:

- å observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg
- å iverksette og følge opp forordnet behandling og undersøkelser
- å forhindre at komplikasjoner og tilleggslidelser oppstår
- å ivareta den enkelte pasientens integritet, herunder retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket

- å erkjenne og vedkjenne seg et faglig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger, og oppetre på en måte som styrker pasientens og samfunnets tillit til profesjonen og respekten for sykepleietjenesten
- å kjenne grenser for egen kompetanse.

Jeg vil nå vise noen eksempler som kan illustrere det forannevnte.

Eksempel 1

En sykepleierstudent kommer hjem til en pasient. Studenten ser at pasienten er blekere enn hun pleier. Studenten spør om hvordan pasienten har det. Pasienten sier at hun er litt svimmel. Studenten palperer pulsen, og den er på 40 per minutt. Studenten finner frem medikamentlisten og ser der at pasienten blant annet står på digitoksin. Studenten har lært at digitoksin er et hjertemedikament med liten terapeutisk bredde.

Terapeutisk bredde betyr avstanden mellom dosen som gir den ønskede effekten og den dosen som gir uønskede effekter (2). Hvorfor er det viktig å kjenne til hvilke legemidler som har liten terapeutisk bredde, og hvorfor er dette spesielt viktig hos eldre? Disse legemidlene er potensielt farlige da litt for høy dose kan føre til alvorlige bivirkninger. Måling av serumkonsentrasjonen av legemidlene kan være et hjelpemiddel i forhold til dosering (2). Dette krever god etterlevelse hos pasienten med å følge opp anbefalte kontroller og kunnskaper hos sykepleier i forhold til viktigheten av å følge opp dette, samt å ha kunnskap om symptomer ved for høy dose.

Eksempel 2

En student følger opp en eldre pasient på et sykehjem. De siste dagene har pasienten blitt gradvis mer tungpusten og slapp, og det er blitt påvist pneumoni. Pasienten drikker og spiser mindre enn vanlig, og orker ikke svelge hele tabletter. Pasienten står blant annet på albyl E (enterotablett) og selo-zok (depottablett). Sykepleieren som veileder studenten utfordrer studenten i forhold hvilke tanker han har i forhold til denne situasjonen.

Optimal legemiddelbehandling omfatter også rett valg av administrasjonsmåte (3). Kunnskaper om hvilke tabletter som kan deles og hvilke som kan knuses, samt hvilke som ikke kan det og hvorfor er viktig. Videre er kunnskap om problemer med knusing av tabletter generelt med hensyn til eksempelvis endret absorpsjon viktig. En studie fra Nord-Trøndelag viser at ved ni av ti sykehjem (N=19) knuses depottabletter eller enterotabletter (4). Dette temaet bør spesielt gis oppmerksomhet da sykepleiere vil stå overfor utfordringer med hensyn til administrert hele tabletter spesielt når det gjelder eldre.

Eksempel 3

En student følger opp en pasient på et sykehjem. Pasienten vil ikke ha tabletene som studenten og sykepleieren kommer med. Pasienten sier at hun ikke orker å leve mer.

En pasient har rett til informasjon om den helsehjelpen han får, jf. Pasientrettighetsloven § 3 (5). En nylig publisert studie om knusing av medikamenter i sykehjem viser at nesten halvparten (45,9 %) av sykepleierne som ble spurt (N=1037), oppgav at de ga medisin knust i pasientens mat eller drikke på sin avdeling uten at pasientene visste det (6). Når det gjelder samtykke og samtykkekompetanse, vil en av og til kunne stå overfor utfordringer med hensyn til eldre og legemidler. Hovedregelen er at pasienten skal samtykke i helsehjelpen. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, eksempelvis ved demens. Dersom en pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelpen, eksempelvis legemidler, stiller det store krav til forsvarlighet hos de som yter helsehjelpen, jf. Pasientrettighetslovens § 4 (5).

Praksisstudier

Sykepleierutdanningen utgjør til sammen 180 studiepoeng. Praksisstudier og ferdighetstrening utgjør til sammen 90 studiepoeng. Praksisstudiene omfatter seks områder:

- Spesialisthelsetjenesten innen medisin
- Spesialisthelsetjenesten innen kirurgi
- Psykisk helsearbeid og psykiatri

- Eldreomsorg og geriatri
- Hjemmesykepleie
- Ferdighetstrening forberedelser til og refleksjon over praksisstudier.

De første fem områdene skal utgjøre minimum 75 studiepoeng (50 uker) og benyttes til praksisstudier i samarbeid med pasient og pårørende. Minst tre av områdene må ha en varighet på minst åtte uker, herav minst en periode i spesialisthelsetjenesten. De øvrige periodene må ha en varighet på minst seks uker. Minst en praksisperiode skal gjennomføres i første studieår. Studentene vil kunne møte eldre i de fleste praksisperiodene. I følge studieplanen på Høgskolen i Buskerud for eksempel har studentene seks ukers praksis på sykehjem i første semester. Senere i femte og sjette semester har studentene 16 uker praksis likt fordelt mellom sykehjem og hjemmesykepleie. Det er også særskilt undervisning om eldre og eldres behov som omfatter følgende områder: normale aldersforandringer og funksjonssvikt, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende sykepleie før praksisstudiene i femte semester.

Arbeid med legemiddelhåndtering foregår i alle praksisperiodene utenom første semester. Utdanningsinstitusjonene har definert hovedmål, eksempelvis studenten tar ansvar for forsvarlig legemiddelhåndtering. Noen utdanningsinstitusjoner har spesifiserte delmål, andre krever at studenten lager delmål i samarbeid med praksisstedet og lærer.

Ansvar i legemiddelhåndtering

Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse utfører oppgaver innen legemiddelhåndtering på en forsvarlig måte. Helsepersonells kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner, oppgavens art og den oppfølging som gis, jf. Forskrift om legemiddelhåndtering § 4 (7). Det er verdt å merke seg at helsepersonells kompetanse vurderes individuelt. Virksomhetsleder skal gi skriftlig bestemmelse om hvem som kan håndtere legemidler, jf. Forskrift om legemiddelhåndtering



Pasientveiledning i riktig legemiddelbruk er en viktig del av sykepleierfunksjonen, og studenter trenger øvelse under veiledning.

§ 5 (7). Dette gjelder også for autoriserte sykepleiere.

En sykepleierstudent vil ikke ha selvstendig myndighet til å håndtere legemidler (8). *Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. Helsepersonelloven § 4 (9).* Sykepleierstudenter trenger å bli utfordret på selvstendighet i forhold hva forsvarlig legemiddelhåndtering innebærer. Forsvarlig legemiddelhåndtering innebærer at studenten i tillegg til å ha kunnskaper om legemidlet, dosen og legemiddelformen også kan foreta en faglig vurdering av pasienten både før og etter administrering av legemidler med hensyn til viktige observasjoner, virkninger, bivirkninger, komplikasjoner og pasientens situasjon for øvrig. Jeg viser tilbake til eksemplet om studenten som kommer hjem til en pasient som er blekere enn vanlig. I tillegg innebærer forsvarlig legemiddelhåndtering at studenten sier i fra eller innhenter bistand ved manglende faglige kvalifikasjoner, jf. Helsepersonelloven § 4 (9). Jeg mener også at det er viktig at studenter dannes til å samarbeide med sentrale aktører når det gjelder legemiddelhåndtering, nemlig virksomhetsleder, lege og farmasøyt.

Konklusjon

Eldre og legemidler er en utfordring både i forhold til normale aldersendringer og økt sykkelighet. Det trengs solide kunnskaper innen farmakologi for å håndtere legemidler til eldre forsvarlig. Sykepleierstudenter trenger å bli utfordret i forhold til eldre og legemidler gjennom sin utdanning, både fra utdanningsstedene og i praksisfeltet.

Referanser

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. januar 2008.
2. Slordal L, Spigset, O. Farmakodynamikk. I: Nordeng H, Spigset O, red. Legemidler og bruken av dem. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
3. Nordeng H. Grunnleggende kunnskap. I: Nordeng H, Spigset O, red. Legemidler og bruken av dem. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
4. Wannebo W. Tablettknusing i sykehjem. Sykepleien forskning 2009;4(1):6-15.
5. Lov av 1999-07-02 nr 63 om pasientrettigheter.
6. Kirkevold Ø, Engedal K. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. Sykepleien forskning 2010;5(1):16-25.
7. Forskrift 2008-04-03 nr. 320 om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp.
8. Helsedirektoratet. Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Rundskriv IS-9/2008.
9. Lov av 1999-07-02 nr 64 om helsepersonell.

Eldre og legemidler

– Helsebiblioteket gir deg tilgang til rikholdige oppslagsverk med pålitelig og nyttig informasjon

Ingrid Moen Rotvik

Nettredaktør

Helsebiblioteket

og

Åse Skjerdal

Redaktør

Emnebibliotek legemidler,

Helsebiblioteket

*Helsebibliotekets
forside.*

Eldre mennesker bruker ofte mange ulike legemidler. Dette øker faren for bivirkninger og farlige interaksjoner. I Helsebiblioteket finnes mange nyttige kilder til god informasjon om eldre og legemiddelbruk.

Helsebiblioteket er et offentlig nettsted med informasjon beregnet på helsepersonell. Det nettbaserte biblioteket driftes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er finansiert av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Helsebiblioteket ønsker å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell gratis tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap.

Innholdet i Helsebiblioteket består av alt fra tidsskrifter, databaser og oppslagsverk til retningslinjer, kunnskapssoppsummeringer og emnesider. På emnesidene har vi samlet informasjon fra ulike innholdsressurser knyttet til bestemte tema, eksempelvis finnes det egne sider om sykepleie, eldre, psykisk helse og legemidler.

Åpent tilgjengelig

Alt innhold i helsebiblioteket er åpent tilgjengelig med unntak av databasen Lexi-Comp og enkelte tidsskrifter. Alle sykepleiere kan få eget brukernavn og passord for tilgang til disse.

Emnebibliotek legemidler

Ulike pasientgrupper har ulike behov med hensyn til legemiddelbehandling. Under *pasientgrupper*, undermenypunkt *eldre* i Emnebibliotek legemidler finner du 20 gode kilder om eldre og legemidler. På Helsebibliotekets hovedside finner du inngang til Emnebibliotek legemidler under *legemidler* i venstremargen eller velg *legemidler* under *Emnebibliotek*. Noen eksempler på hva du finner:

Lenker til nettsider

Beers Criteria. Basert på en rapport publisert i tidsskriftet Archives of Internal Medicine, har en ekspertgruppe laget en liste, Beers Criteria, over potensielt uegnede legemidler for eldre. Her kan du bla igjennom den alfabetiske listen og få mer informasjon om det enkelte legemiddel fra MedlinePlus. Helsebiblioteket gir gratis fullteksttilgang til tidsskriftet Archives of Internal Medicine.

MedlinePlus er en nettside som lages av National Library of Medicine og National Institutes of Health i USA. MedlinePlus har pasientinformasjon om sykdommer og tilstander relatert til eldre. I den alfabetiske listen finner du bl.a. lenke til «Seniors' Health», der du kan velge NIHSeniorHealth. På

denne siden kan du velge tekststørrelse på skriften, kontrast og det er også mulighet for tale.

Oppslagsverket **Geriatric Lexi-Drugs Online**. Lexi-Comp er en av verdens mest omfattende og mest anerkjente legemiddeldatabaser. Under «Indexes» i venstremargen på Lexi-Comp-startsiden, finner du en egen database om legemidler til eldre: «Geriatric Lexi-Drugs Online». Tips: Se «Charts/Special Topics».

UpToDate – «elderly» er en del av UpToDate og er et oppslagsverk som gir svar på kliniske spørsmål. Behandlingsanbefalingene er utarbeidet av leger som er spesialister på de enkelte områder. Oppslagsverket inneholder informasjon om tilstander, inkludert symptomer, tester og diagnoser, og behandlingsalternativer. UpToDate omfatter også generelle artikler, blant annet «Drug prescribing for older adults». Skriver du inn «Lær å bruke UpToDate» i søkefeltet når du er inne på www.helsebiblioteket.no, får du en veiledning i hvordan du finner frem i dette og andre oppslagsverk.

Retningslinjer og veiledere

Legemiddelhåndbokens generelle kapittel G10 om eldre og legemidler, er en offisiell veileder i Norge om legemidler til eldre. Du finner lenke direkte til dette kapittelet i listen på Emnebibliotek legemidler nevnt tidligere (under «pasientgrupper» og «eldre»). I venstremargen på «G 10»-ligger en tabell med eksempler på problemlegemidler ved bruk hos eldre. Avsnittene i «G 10» dekker sentrale emner som:

- Årsaker til endret legemiddelvirkning hos eldre
- Legemiddelomsetning hos eldre (farmakokinetikk)
- Bivirkninger
- Medisineringssvikt
- Forebyggende medikasjon
- Legemiddelbehandling ved demens.

Tidsskrifter

Tidsskriftsamlingen i Helsebiblioteket er tematisk inndelt. Under tema «geriatri/aldring» kan du velge mellom 16 tidsskrift, og under «legemidler» hele 50 tidsskrift. Du kan også søke etter tidsskrift basert på tittel (hele eller deler) eller ISSN, eller du kan bla i tidsskriftssamlingen alfabetisk.



SveMed+ er en bibliografisk database som inneholder referanser til artikler fra skandinaviske tidsskrifter. Denne ligger under *databaser* på Helsebibliotekets hovedside eller *sykepleie*-siden). Søk på «ældre lækemedel» gir mange gode skandinaviske artikler. SveMed+ gir kun fulltekst til deler av artikkeloversikten, men du kan søke opp artikkelen i PubMed – og står det et Helsebiblioteksikon bak artikkelen betyr det at dette tidsskriftet er gratis tilgjengelig i Helsebiblioteket.

Oppsummert forskning

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten (Kunnskapssenteret) er en institusjon som sammenfatter forskning på helseområdet. Du finner lenke til Kunnskapssenteret på Helsebibliotekets hovedside, under «Nyttige nettsteder». Rapportene fra Kunnskapssenteret er tematisk inndelt. Under «legemidler» kan du eksempelvis lese rapport om «Gjennomgang og forbedring av arbeidet med multidoser i Larvik kommune» (2009).

Emneside «eldre»

Spesialsiden for informasjon om eldre er inndelt i tidsskrifter, retningslinjer, oppsummert forskning, oppslagsverk, organisasjoner og nyttige nettsider. Fra de to sistnevnte kategorier kan nevnes spesielt Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, lenke til geriatri-artikler i Tidsskrift for Den norske legeforening og spesialbibliotek for Eldres helse (National Library for Health).

Legemiddelsøk

Som del av Helsebibliotekets generelle søk, er det lagt inn et spesialsøk for legemidler. Helsebibliotekets søk gjenfinnes øverst på alle undersider. Søkemotoren gjenkjenner både virkestoff, preparatnavn og ATC-kode.

Taster du inn eksempelvis «Marevan» vil første treff du får opp i søkelisten være et såkalt «spotlight-søk», et samtidig søk i de fire mest brukte kildene for legemiddelinformasjon i Norge – Legemiddelverket, Legemiddelhåndboka, Felleskatalogen og interaksjonsdatabasen DRUID.

Fra Legemiddelverket får du den offentlig godkjente preparatomtalen (SPC), mens Felleskatalogen gir et utdrag av denne. I Helsebibliotekets legemiddelsøk kommer du dessuten direkte inn til det aktuelle kapittel i Felleskatalogen. Overskriften står fast mens man skroller gjennom teksten, slik at man til enhver tid kan vite at man er i riktig preparatomtale.

Spesialsøket gir i tillegg informasjon om overdose/forgiftninger, pasientinformasjon (pakningsvedlegg), pakninger og priser, foruten å oppgi preparater med samme virkestoff og bilder av preparatet der disse finnes i Felleskatalogen. Det kan være nyttig å finne pakningsvedlegg ved bruk av multidoser, dersom man har spørsmål om inntak av tablett – eksempelvis om den kan knuses, hva man gjør om det er hoppet over en dose, samtidig inntak av mat eller liknende. Bilde av legemidlet kan være viktig i forbindelse med multidoser og parallellimport. En utvidet bildedatabase for legemidler finnes i Lexi-Comp.

Legemiddelinteraksjoner

Interaksjoner mellom legemidler er en sentral problemstilling med hensyn til legemiddelbruk hos eldre. Legemiddeldatabasen Lexi-Comp (tilgjengelig under «databaser»), inkluderer også Martindale har en egen underdatabase for interaksjoner kalt «Lexi-Interact». Denne ressursen er plassert under tittel «interactions» i Lexi-Comp.

I alt syv interaksjonsdatabaser med ulik funksjonalitet er integrert i det som er kalt Interaksjoner hurtigverktøy, på Emnebibliotek legemidler under «Legemiddeleffekter». Interaksjonsdatabasen DoubleCheckMD har satt opp et hurtigsøk der sykepleieren, foruten å søke etter interaksjoner på vanlig måte, også kan taste inn pasientens symptomer og finne ut hvilke eventuelle interaksjoner de samsvarer med, basert på pasientens medisinaliste.

Torhild Warland utnevnt til æresmedlem

Det var en overrasket og rørt Torhild Warland som tok imot utnevning som æresmedlem på Generalforsamlingen i Bergen den 17. mars i år. Warland fikk utmerkelsen som æresmedlem for sin store innsats for faggruppa gjennom mange år.

Æresmedlemskap er nedfelt i faggruppens vedtekter i §3, punkt 2. Her står det: --"NSF FGD's styre kan utnevne æresmedlemmer som har gjort seg særlig fortjent til dette." Dette er faggruppas måte å ære en person som har utrettet noe ekstra for faggruppa, og som fortjener en særlig stor takk fra faggruppa for lang og trofast innsats. Det er styret som vedtar æresmedlemskap etter forslag fra medlemmer.

Warland har vært medlem i faggruppa i godt over 20 år. Faggruppen har gått gjennom mange endringer gjennom disse årene. Det begynte med Landsgruppe for sykepleiere i eldreomsorgen (LSE). Men LSE ble sammenslått med Landsgruppe for hjemmesykepleiere, deretter kalt Landsgruppe for sykepleiere i kommunehelsetjenesten (LSK). Navnet LSK bestod helt frem til navneendringen som vi har på faggruppa vår i dag: NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Torhild har beholdt gløden for faggruppen gjennom alle disse årene.

Torhild beskrives som punktlig, pålitelig, pliktoppfyllende, en god og raus leder, og en stor koordinator. Hun er en person som ofte sitter i kulissene og trekker i trådene, og har fullstendig kontroll. Hun har bygget opp et utrolig nettverk av kontakter og forbindelser, og er et oppslagsverk av kunnskap om faggruppa opp gjennom tiden. Hun gir av seg selv og sin familie, uten tanke på å få noe tilbake: - Torhild mobiliserer også familien som medhjelpere når noe skal ordnes -- som trykking av brosjyrer og programmer.



Hun har sittet i styret i lokalgruppa i Rogaland i over 20 år, hatt alle verv. Hun har også vært leder i mange år. Rogaland er den største lokalgruppa med over 120 medlemmer. De fleste av disse medlemmene er nok vervet av Torhild, enten på de utallige seminarer hun har dratt i gang, eller ved enhver annen anledning, uansett tid eller sted.

Torhild Warland har i tillegg sittet i det sentrale styret i 14 år sammenhengende, både som styremedlem og som nestleder. De siste to år har hun vært varamedlem. Hun stiller opp hver gang vi har hatt bruk for henne, og leverer alltid det vi etterspør. Det er derfor en stor glede at styret kan utnevne henne til æresmedlem for sin utrettelige innsats for faggruppen vår.

Reportasje: Hilde Fryberg Eilertsen

FAGGRUPPEN HOLDT GENERAL- FORSAMLING

Generalforsamling 2010 ble avholdt om kvelden 18. mars som var første dagen av Landskonferansen i Bergen. Generalforsamlingen ble foretatt etter fastsatte regler som fremgår av faggruppens vedtekter. I tillegg til de ordinære sakene og valg av nytt styre var det fremmet tre særskilte saker. Det møtte 18 medlemmer.

Styrets forslag til årsberetning og regnskap for 2009 ble godkjent. Styrets forslag til handlingsplan for kommende periode og budsjett for 2010 ble også godkjent.

GF vedtok at faggruppens leder skal frikjøpes i 20% stilling. GF vedtok også å endre faggruppens vedtekter slik at disse ivaretar lokalgruppene bedre. Og det ble vedtatt en økning av kontingenten fra kr 252 til kr 300.

Hilde Fryberg Eilertsen ble gjenvalgt som faggruppens leder og Liv-Berit Jordal ble valgt til nestleder. Karen Bjørø ble gjenvalgt som styremedlem. Gunhild Grythe og Mette Irene Martinsen ble valgt for to år. Valgperioden er på to år. Kirsten Langåsdalen Lund ble valgt til første og Toril Nordeidet som annet varamedlem.

Til valgkomiteen for kommende periode er Kristin Aas Nordin valgt til leder og Målfrid Schiager og Trygve Johannes Sævereid som medlemmer.

I tillegg utnevnte styret Torhild Warland til æresmedlem for sin mangeårige innsats for faggruppen. Torhild er idag leder for lokalgruppen i Rogaland (se egen reportasje i dette nummer av GS).

Reportasje: Hilde Fryberg Eilertsen



Gullborg K. Aasgaard



Evelyn Endresen Sevland

Aasgaard og Sevland får FGD utdanningsstipend vår 2010

Gullborg K. Aasgaard fra Hordaland og Evelyn Sevland fra Rogaland er de glade mottakere av FGDs utdanningsstipend våren 2010. De to konkurrerte med 8 andre kvalifiserte medlemmer som også hadde søkt stipend på kr 5000 ved vårens utlysning.

Aasgaard går nå i annet semester av en videreutdanning i veiledning som går over to år på Haraldsplass Diakonale høyskole, Senter for relasjonsutvikling. Utdanningen er tverrfaglig og gir 30 studiepoeng. Hun er geriatrisk sykepleier fra før. Aasgaard arbeider på geriatrisk poliklinikk på Haraldsplass. Hun sier at veiledning og kommunikasjon er viktig for å kunne møte både pasienter og pårørende på en god måte. Aasgaard har vært medlem i faggruppa siden 1997 og har styreverv i lokal faggruppe i Hordaland.

Sevland tar videreutdanning i kreftsykepleie på Universitetet i Stavanger og

er i avslutningsfasen av utdanningen i inneværende år. Hun er fagansvarlig sykepleier og arbeider på skjermet enhet for demente pasienter. Hun meddeler at behov for økt kompetanse innen kreft hos demente med alvorlig smerteproblematikk var en viktig motivasjonsfaktor for å satse på kreftutdanningen. Hun har videreutdanning i geriatri fra før av. Sevland har vært medlem i faggruppa siden 2005.

Dette er andre året styret lyser utdanningsstipend. Dette er et meget populært medlemstilbud, sier Hilde F. Eilertsen til Geriatrisk Sykepleie. --Midler til videreutdanning er dessverre mangelfulle i mange kommuner. Søknadene til utdanningsstipend viser at sykepleiere offerer mye av egen tid og økonomi for å få faglig påfyll. Styret prioriterer stipend høyt.

Neste frist for å søke utdanningsstipend er 1. oktober.

Redaktøren har ordet

forts. fra s 5

1. Ruths S, Straand J. Eldre og legemidler. I: Vilberg A, redaktør. Norsk Legemiddelhandbok. <http://www.legemiddelhandboka.no> [lesedato 01.06.2010]. 2009.

2. Brekke M, Hunskaar S, Straand J. Self-reported drug utilization, health, and lifestyle factors among 70-74 year old community dwelling individuals in Western Norway. The Hordaland health Study (HUSK). BMC Public Health 2006; 6:121.

3. Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen district nursing home (BEDNURS) study. Eur J Clin Pharmacol 2003; 59:463-469.



NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår leder Hilde Fryberg Eilertsen.

I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2010 (med forbehold om godkjenning av generalforsamlingen).

(Pensjonister, uføre (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent). Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGDs medlemskontakt: Gunhild Grythe, N-2910 Aurdal eller send samme informasjon i en e-post til: gunhildg@nsfgeriatridemens.no

Aske stoppet ikke nordisk kongress

Fem hundre forskere og fagfolk i gerontologi lot seg ikke skremme vekk av vulkan og aske. De møtte trofast opp til den 20. nordiske gerontologiske kongress på sagaøya fra 30. mai til 2. juni i år.

Healthy Aging var hovedtema for kongressen, og mange av forelesningene dreide seg om nettopp om hva vi kan gjøre for å få og beholde en friskere alderdom. Vi lever lenger, og vil gjerne ha det bra på våre eldre dager. Forsk-

ning viser at hvordan vi lever midt i livet, får konsekvenser for våre eldre år. Det nytter å snu en dårlig livsstil, og høste resultater av dette i eldre år.

Deltakerne kom fra alle verdenshjørner, fra USA til Australia, samt alle de nordiske landene. All forelesning foregikk på engelsk, som kan være en utfordring for noen og enhver, men både forelesere og tilhørere klarte dette utmerket. Det var mange forelesere fra norske fagfolk. Styremedlem i NSF FGD, Mette Irene Martinsen, hadde en forelesning om urinveisinfeksjoner hos eldre med hoftebrudd.

Det ble utdelt flere høythengende forskningspriser under kongressen. Sohlberg's Nordic Prize in Gerontology 2010 gikk til Laura Fratiglioni, som er professor i medisinsk epidemiologi på Karolinska Institutet. Hennes forskergruppe fokuserer på demens.

Mottakelse i City Hall i Reykjavik sentrum og gallamiddag på restaurant Perlan med nydelig islandsk lam på menyen var også med på kongressprogrammet. Neste nordiske kongress avholdes våren 2012 i København.

Geriatriske sykepleiere i Norden samles

Møte mellom representanter for våre nordiske søsterorganisasjoner på Island, Sverige, Danmark og Norge ble holdt i forkant av kongressen i Reykjavik. Den islandske gruppen inviterte til middag, og arrangerte omvisning på Reykjaviks eldste sykehjem, Grund, som ble bygget i 1922 og fremdeles har full drift.

Gruppen hadde stevnet møte i Reykjavik allerede for to år siden da kongressen ble holdt i Oslo. Det ble tid til utveksling av erfaringer, og oppdatering på hva som skjer rundt om i de nordiske land når det gjelder geriatrisk sykepleie, utdanning og eldreomsorgen generelt. Det er fremdeles ingen som har klart å oppspore om det finnes faggrupper i Finland, på Færøylene eller på Grønland.



Geriatrisk sykepleiere i Norden samlet i Reykjavik (fra v): Ingibjorg Thorisdottir (I), Monica Berglund (S), Hilde Fryberg Eilertsen (N), Anna-Karin Edberg (S), Helle Wijk (S), Pia Pedersen (Dk), Elisabeth Rosted (Dk), Irmgard Birkegaard (Dk), Laila Foged (Dk), sittende foran: Jette Pedersen (Dk)



Det er gode grunner til å videreutvikle det nordiske samarbeidet mellom geriatriske sykepleiere. De nordiske land har mange fellesnevner – blant annet det at befolkningen oppnår høy levealder! Og at det forventes en økning i antall eldre i samtlige nordiske land. Helsetjenesten i de nordiske land har også mange utfordringer til felles.

Sigrídur Sigurdardóttir (bildet), leder av Islands faggruppe, holder foredrag under besøket på Grund sykehjem.

I noen tilfeller er løsninger like på tvers av landegrensene i Norden – i andre tilfeller svært ulike. Vi har mye å lære av hverandre.

Det er mange områder der vi gjerne skulle utveksle erfaringer og utvikle samarbeid. Styrerepresentantene ble enige om å møtes igjen i København om to år.

NSF FGD lokalgrupper nå også i Vestfold og Telemark

To nye lokalgrupper i faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens har sett dagens lys våren 2010. Først ute var Vestfold med etablering av lokalgruppe i april. Telemark fulgte snart etter med etablering i mai. Fra før av har faggruppen lokalgrupper i Agder, Hordaland, Oppland, Oslo/Akershus, Rogaland og Troms. Over halvparten av fylkene har nå lokale faggrupper, og åtte fylker har kontaktperson. Faggruppen er inne i en god utvikling.

NSF FGD lokallag i Vestfold inviterte til fagseminar 28. april på den gamle sykepleierskolen i Tønsberg. Geriater Lara Hvidsteen hadde foredrag med temaet Den akutt syke gamle med 16 tilhørere. Etter en halvtimes pause med matservering ble det avholdt konstituerende møte med ni personer tilstede. NSF FGD Vestfold ble dannet på konstituerende generalforsamling. Et styre med syv personer ble valgt og disse jobber i Stokke, Sandefjord, Nøtterøy,



Nyvalgt styre i NSF FGD Vestfold: Bakerst fra venstre: Anna Lisa Hotvedt, Ina Røsnæs, Veslemøy Bakke, Wenche Andersen. Midterste rekke: Kristina Tørnvall, Camilla Søvik Botne. Foran: Katrine Linnom Pedersen.

Kontakt person/leder: Veslemøy Bakke vesbakke@gmail.com.

Larvik, Tjøme og Tønsberg og dekker så vel hjemmetjenester og sykehjem som sykehus. Felles for alle er brennende engasjement for geriatri og demens i Vestfold. Det nye styret lager nå planer i forhold til videre arbeid og kommer tilbake med invitasjon—så følg med.

NSF FGD Telemark ble dannet 20. mai i Skien. Sigrid Skarholt som er rådgiver på NSF Telemark fylkeskontor tok initiativ til et fagmøte. Femten personer doltok. Kirsten Langåsdaalen Lund hadde innlegg om Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Dette er tverrfaglige undervisningsopplegg utviklet av Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse. Kirsten er vararepresentant til NSF FGD sentralstyret og arbeider til daglig på kompetansesenteret. Hun kunne fortelle at en

tredjedel av kommunene i Telemark nå bruker ett eller begge programmer og erfaringene er positive. Demensplanen 2015 ble også tatt opp.

I forlengelse av møtet vedtok medlemmene i faggruppen å etablere lokalgruppe i Telemark. Rekruttering av medlemmer, muligheter og strategi ble diskutert blant de fremmøtte. Fire personer meldte seg til styreverv. Sigrid Skarholt som er ansatt av NSF Telemark skal også delta på styremøter og støtte opp i etableringsfasen.

Styret i NSF FGD Telemark konstituerte seg på et senere møte med Anne Lise Svanlund som leder, Ellen Ditlefsen som nestleder, Hilde Storli ble kasserer og Kirsten Langåsdaalen Lund er sekretær. Styret kommer tilbake med nærmere planer for lokale aktiviteter.

Reportasje ved: Veslemøy Bakke og Kirsten Landåsdaalen Lund



NSF FGD Telemark medlemmer og andre sykepleiere med interesse for geriatri og demensomsorg.



NSF FGDs Landskonferanse 2011

Pasientsikkerhet for den gamle pasienten

31. mars-1. april 2011

Radisson Blu Atlantic Hotel Stavanger

Presenter ditt prosjekt på Landskonferansen 2011!

Alle prosjekter som er relevante for pasientsikkerhet hos gamle:

Pasientsikkerhet ved akutt eller kronisk sykdom

Fall, Trykksår, Legemiddelhåndtering

Delirium, Smerte, Sansesvikt

Omsorgsteknologi, Smarthus, Arkitektur

Dokumentasjon, Kontinuitet, Hygiene

Vold mot eldre, Vold mot personale

Utdanning for pasientsikkerhet

Simulering, e-læringsprogrammer

Hvordan forebygge pasientskade hos gamle mennesker?

Bare send et sammendrag med følgende informasjon:

Navn, Prosjekttittel, Mål/hensikt, Metode/fremgangsmåte, Resultater, Konklusjon
til

karen@nsfgeriatridemens.no innen 1. oktober 2010

Prosjektpresentasjon gir rabatt på deltakeravgiften:

Muntlig presentasjon kr 1000, Poster presentasjon kr 500

Følg med på våre nettsider

www.sykepleierforbundet.no/geriatrisykepleiere



Uheldige hendelser i helsetjenesten

– en lære, tenke- og faktabok

Daglig skjer det uhell og begås alvorlige feil ved norske sykehus og helseinstitusjoner, ofte med alvorlige følger for pasientene og deres pårørende. Mange av disse uheldige hendelsene kunne vært unngått ved hjelp av enkle forebyggingstiltak, men når de først har skjedd er det også av stor betydning å sette inn de rette tiltakene for å begrense skadene. Hva kan gjøres for pasientene og deres pårørende? Hvordan kan helsepersonellet takle slike hendelser?

Boken er inndelt i tre deler. Del en handler om hva vi vet om uheldige hendelser i helsevesenet, kunnskapsgrunnlaget i denne delen er det også med en viktig oppsummering av hvilke grupper uheldige hendelser kan deles inn i. I eldreomsorgen, som et eksempel, er legemiddelfeil og fallulykker de hendelser som opptrer hyppigst.

Så i neste kapittel går forfatteren nærmere inn på hva det er som går galt for eksempel ved legemiddelfeil. Del to av boken handler om hvordan vi håndterer det som går galt. Del tre av boken, som jeg tenker er den mest spennende delen av boken, handler om hvordan vi kan forebygge uheldige

hendelser. I alle tre delene understøttes alle tanker av omstendige henvisninger til forskning, dette er ingen lettveker av en synsebok, den er meget solid i sin presentasjon. Nettopp dette poenget la Peter F. Hjort vekt på da han ble intervjuet i Aftenposten i april i år i anledning feiring av sin 90 års dag. Han var ikke helt fornøyd med at boken ikke hadde slått bedre an så nå er han i gang med en ny bok. Forfatteren skisserte at denne gangen, altså i den boken han holder på med nå skal uheldige hendelser ikke presenteres med en appell til hodet slik denne boken gjør, nei nå skulle han nå frem til hjerte, dette er en mann som ikke gir seg.

Så denne boken egner seg for helsearbeidere som ikke ønsker å tro så mye, men som vil ha fakta om hva, hvordan og på hvilken måte vi har kunnskaper om uheldige hendelser i helsevesenet. Den rikholdige litteraturlisten omfatter 448 referanser og er i seg selv spennende lesning.

Peter F. Hjort er professor emeritus og nestor innen norsk medisin.



Anmelder

Skrevet av: Siri Meyer, sykepleier, førstelektor, Høgskolen i Buskerud

Forfatter: Peter Fredrik Hjort

Utgivelsesår: 2007

Forlag: Gyldendal Akademisk

Språk: Norsk, bokmål

ISBN/EAN: 9788205374577

Antall sider: 190

Pris: kr 139,-

Kunngjøringer – Lokale Faggrupper i NSF FGD

Oppland

NSF FGD Oppland Lokalgruppe arrangerer NSF FGD Oppland arrangerer dagskonferanse med tema Diabetes torsdag 23. september. Forelesere er Christian Fossum som er seksjonsoverlege i endokrinologi ved Indremedisinsk avdeling, Divisjon Gjøvik og Tilla Landbakk, som er diabetessykepleier i divisjon Gjøvik, Sykehuset Innlandet.

Oslo / Akershus

NSF FGD Oslo og Akershus holder dagskurs 28. september kl 9-15 på Lovisenberg Diakonale Høgskole med tema **Legemidler og eldre – Rett medisin til rett pasient i rett**

dose til rett tid. Rikholdig program med mange gode forelesere.

Fullstendig program for lokale kurs, se: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

Rogaland

NSF FGD Rogaland Lokalgruppe har seminar 28. september på Universitetet i Stavanger kl 14-17 med tema **Nye retningslinjer: Ernæring i sykehjem og hjemmetjenesten.** Foreleser er klinisk ernæringsfysiolog Camilla Nybø. Kr.250,- for medlemmer i FGD.

Bindende påmelding til: torhild@nsfgeriatriemens.no, eller tlf: 51 55 28 75.

Troms

Lokalgruppa for Troms lyser ut et kompetansehevende stipend på kr. 2.000,- høsten 2010. Stipendet skal brukes til kompetansehevende tiltak innenfor fagfeltet geriatri og demens, f.eks. etter- og videreutdanning, kurs, reiser o.l.

Alle medlemmer av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i Troms fylke som er ajour med medlemskontingenten kan søke. Søknadsfristen er satt til 01.09.10. Søknaden sendes: Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen eller epost: hilde@nsfgeriatriemens.no og merkes med: Troms fylke.

Gamle pasienter – piller til besvær

Debatten har gått høyt de siste månedene, når det gjelder legemidler og eldre mennesker. Overmedisinering, undermedisinering eller feilmedisinering? Ingen av de tre alternativene skal forekomme, men det gjør de.

Eldre mennesker har høyt forbruk av legemidler på bakgrunn av økt forekomst av sykdommer i høy alder. Samtidig er den aldrende kropp mer følsom for legemidler. Likevel er det helt vanlig at eldre mennesker beholder ordninger av legemidler livet ut. Gjennomgang av ordinasjonskort og seponering av medikamenter foretas sjelden.

Undermedisinering er dessverre vanligere enn vi tror. Eldre mennesker lider seg gjennom store smerter, både fordi vi ikke er observante nok og fordi de ikke vil bry oss med det. Eldres psykiske helse er også viktig. Årsaken til at eldre er nedstemt og gråter lett, er som regel ikke fordi de har opplevd så mye trist! Smerter hos eldre, både fysisk og psykisk, skal tas på alvor. Alle har krav på et verdig liv, også i alderdommen.

Feilmedisinering har fått stor spalteplass i dagsavisene i det siste. Det foregår utstrakt feilmedisinering, særlig til våre eldste pasienter. Den viktige regelen vi lærte på sykepleierutdanningen: Rett medisin til rett person, til rett tid og i rett dose – sviktes mange ganger for dagen. Helsetilsynet har siden 2008 undersøkt sykehjem i Norge for å sikre at sykehjemspasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling.

Resultater fra 2008 og 2009 har vist at bare 1 av 4 av de 40000 eldre som bor på norske sykehjem kan være sikker på å få riktig medisin.

Sykepleieren med sin faglige tyngde og opplæring i medikamentbruk og håndtering, farmakodynamikk og farmakokinetikk har ikke lenger enerett på utdeling, oppfølging og oversikt over pasientens legemiddelbruk. Denne eneretten er pulverisert med den nye legemiddelforskriften som gir enhetsleder rett til å avgjøre hvem som er kvalifisert til å dele ut legemidler. Bli dette riktig overfor våre skrøpeligste eldre? Hva med observasjoner og oppfølging?

Hva med innføring av multidoser? Det hevdes fra mange hold at multidosesystemer ivaretar pasientsikkerhet bedre. Men gevinsten kan fort gå tapt, hvis sykepleiere som skal observere pasienten for virkning og bivirkning ikke lenger vet hvilke medikamenter pasienten står på. Eller at multidoseposen gis av ufaglærte uten kunnskap og kompetanse om legemidlene. Dessuten er multidosesystemer kostbare og kan medføre reduksjon i bemanning og kompetanse for å dekke opp merkostnadene.

Sykepleieren er den som står pasienten nærmest. Vi må ta tilbake kontrollen med den eldre pasients bruk av legemidler. Hvilke legemidler får pasienten og hvorfor? Virkning, bivirkning og observasjoner. At det er viktig med gjennomgang av eldres legemiddelforbruk, har vi fått bevist flere ganger. Men noen må begynne først, så her er det bare å rulle opp ermene rundt om i de mange medisinerom.

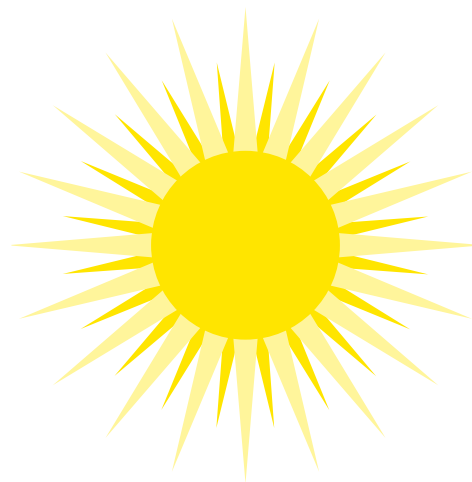


Dette kan bare bli bedre for alle, og som sykepleiere i geriatri og demens må være med å ta vår del av ansvaret.

GOD SOMMER!

Hilde F. Eilertsen

Hilde F. Eilertsen
hilde@nsfgeriatridemens.no



Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2010 vil Geriatrisk Sykepleie utgis med fire nummer. Tidsskriftet er et medlemsblad for sykepleiere i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Andre som interessert i fagfeltet kan tegne abonnement..

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie i 2010:

Utgivelse	Materiell frister	Distribusjon	Tema
GS2/2010	15. april	1. juni	Legemidler og eldre mennesker
GS3/2010	15. juli	1. september	Delirium
GS4/2010	15. oktober	1. desember	Dokumentasjon

Abonnement for enkeltpersoner:

Kr 300/år i Norge. Internasjonalt kr 400/år

Institusjons/biblioteksabonnement:

Kr 800/år i Norge. Internasjonalt kr 900/år

For å tegne et abonnement på Geriatrisk Sykepleie, fyll ut og returner skjemaet til redaktøren:

Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Navn på abonnenten:

.....

.....

Adresse:

Postnummer: Sted:

Personlig abonnement

Institusjonsabonnement

.....
Signatur for bestilling av abonnement

Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten.

Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2010 utgis Geriatrisk Sykepleie fire ganger i året.

For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med karen@nsfgeriatridemens.no



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2010

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2010. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2010, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, e-postadresse og Medlemsnummer i NSF.

I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2010.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatridemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2010.



Uriktig bruk av Exelon depot- plaster (rigvastigmin)

Exelon depotplaster brukes i behandling av Alzheimers demens av mild til moderat alvorlig grad. Uriktig bruk har i noen tilfeller ført til overdosering.

Det er meldt om overdosering ved bruk av plasteret i flere europeiske land. Symptomer på overdose er kvalme, oppkast, diaré, høyt blodtrykk og hallusinasjoner. De hyppigst rapporterte overdosene skyldes at pasienten har på mer enn ett plaster samtidig. I Norge er det meldt tilfeller som kan tyde på overdosering.

Riktig bruk

Det er viktig at pasienter og omsorgspersoner blir instruert av helsepersonell om riktig bruk av Exelon depotplaster. Behandling skal kun startes opp dersom omsorgspersoner har mulighet til å følge opp behandlingen.

Råd til helsepersonell, pårørende og pasienter:

- Bare ett depotplaster skal påføres daglig. Plasteret settes på frisk hud, på ett av følgende områder: Øverst eller nederst på ryggen, på overarmen eller brystkassen.
- Plasteret skal erstattes av et nytt etter 24 timer. Gårsdagens plaster må fjernes før et nytt plaster settes et annet sted på huden.
- For å redusere hudirritasjon skal ikke plasteret settes på samme hudområde før det er gått 14 dager.
- Depotplasteret kan ikke deles i biter.
- Ved symptomer på overdosering skal plasteret fjernes umiddelbart.

For mer informasjon, se nettsiden www.legemiddelverket.no
Forsiden / Aktuelle nyheter / Uriktig bruk av Exelon depotplaster (rigvastigmin)

Grue – ny doktor i geriatrisk sykepleie

Else Vengnes Grue (bildet) forsvarte sitt doktorgradsarbeid 29. januar 2010 på Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykehusmedisin, med avhandlingen: Vision and hearing impairment in old age. Hovedveileder var professor Anette Høyen Ranhoff og biveileder professor Marit Kirkevold.

Målsetting var å kartlegge utbredelsen av sansesvikt, undersøke sammenhengen mellom sansetap og dagligdagse aktiviteter (IADL), og fall, og sosial aktivitet blant eldre som får helsetjenester. Et annet mål var å utforske effekten av tiltak for å bedre syn og hørsel på fallfrekvensen året etter et hoftebrudd.

To studier var observasjonelle, prospektive og multinasjonale og en studie var observasjonell, prospektiv og utført på et sted. Alle tre studiene var utarbeidet for å studere prevalens og undersøke assosiasjoner. En kontrollert intervensjonsstudie ble også gjennomført for å evaluere effekten av tiltak for å bedre syn og hørsel på fallfrekvens.

Studiene viste at sansesvikt er svært vanlig og økende med alder. Hos eldre som fikk hjemmetjenester var forekomsten av syn-, hørsel og kombinert sansesvikt henholdsvis 35%, 37%, 18% i et utvalg på 3793 eldre med en gjennomsnittsalder på 82 år. Tilsvarende tall blant eldre innlagt på medisinsk avdeling var 32%, 48%, 20% i et utvalg på 770 eldre med gjennomsnittsalder på 84 år. Blant eldre som hadde hatt hoftebrudd var tallene 46%, 69%, 30% i et utvalg på 332 pasienter med gjennomsnittsalder 84 år.

Å se og høre bra, har betydning for helse og livskvaliteten. Studiene som inngår i avhandlingen viser at sansesvikt kan gi redusert mulighet til å leve selvstendig, fallulykker og mindre opphold utendørs på grunn av frykt for å falle. Nylig oppstått synssvikt kan resultere i mindre sosial aktivitet.

Tiltak vi gjennomførte for å bedre syn og hørsel blant eldre med hoftebrudd omfattet systematisk vurdering,



Foto: Kurt I. Hjerstedt

enkle sansetester og øreskylling, stell av høreapparater, brillevask, undervisning og henvisning til spesialister. Tiltakene reduserte ikke antall fall året etter innleggelsen.

Sykepleiere bør rutinemessig kartlegge syn og hørsel til eldre når de innlegges på sykehus og er mottakere av kommunale hjemmetjenester. Henvisning til spesialist kan være påkrevet når syn og hørselsvikt avdekkes. Spesiell oppmerksomhet må gis til de med kombinert sansesvikt siden de har begrenset mulighet for å kompensere synstapet med hørsel og visa versa. Sykepleiere og annet helsepersonell har særlig ansvar overfor eldre som har både kognitiv svikt og sansesvikt og i særdeleshet når pårørende som kan tale deres sak mangler. Sykepleiere må ha kompetanse og ferdigheter i bruk og daglig vedlikehold av sansehjelpemidler, kunne tilpasse lyd, lys og miljø og kommunisere med eldre med sansesvikt. Likeledes er det viktig å motivere, støtte og veilede i bruk av hjelpemidler.

Samhandlingsreformen har som mål å bedre kommunale helsetjenester til eldre, deriblant tidligere oppfølging av problemer og rehabilitering. Syn og hørsel svikt er viktig i så henseende.

Else Vengnes Grue arbeider som førsteamanuensis på Diakonhjemmet Høgskole, sykepleieutdanningen, og ønsker å gjøre en studie for å undersøke effekten av optimalisering av sansefunksjon på falltendens, dagliglivets aktiviteter (IADL) og livskvalitet blant hjemmeboende eldre.

Kontakt: grue@diakonhjemmet.no

Testad tar doktorgrad i geriatrisk sykepleie

Ingelin Testad (bildet) disputerte 22. januar i år for PhD-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: Agitation and use of restraints in nursing home residents with dementia. Prevalence, correlates and the effect of care staff training.

Det er ikke nødvendigvis utfordringer knyttet til demensomsorgens krav, som er den viktigste årsaken til stress og belastning hos helsepersonell på sykehjem, slik det er vanlig å anta. Ifølge denne nye doktorgradsavhandling er strukturelle og organisatoriske forhold knyttet til ledelse, mulighet for faglig utvikling, opplevelse av kontroll og mestring i arbeidet, sosialt miljø og kultur i organisasjonen langt viktigere årsaker. Undersøkelsen viser at disse forholdene kan endres med bedre pleie og livskvalitet som resultat.

Demens er en folkesykdom med over 24 millioner verden over og 65000 i Norge. Om 20-30 år antas det at dette tallet dobles eller tredobles. Nesten halvparten av alle personer med demens er på sykehjem, og urolig atferd og bruk av tvang forekommer ofte. Dette utgjør en stor samfunnsmessig utfordring.

I denne avhandlingen deltok 200 pasienter og 200 pleiere fra norske sykehjem, og i tillegg ble data fra pasienter i Østerrike og England brukt til sammenligning. Avhandlingen som bygger på fem artikler publisert i internasjonale fagtidsskrifter viser at urolig atferd opptrer hyppig hos personer med demens på sykehjem. Men denne atferden synes å være mindre utbredt her enn i andre land og funnene viser at dette har en sammenheng bl.a med organisatoriske og strukturelle faktorer i sykehjem, slik som for eksempel pleiefaktor. Avhandlingen viser videre at stress og belastninger hos helseper-



sonell på sykehjem er knyttet til organisatoriske og strukturelle forhold på arbeidsplassen, især ledelse og er i mindre grad knyttet til pasientenes behov og urolige atferd, slik det er vanlig å anta. Et viktig og oppmuntrende funn er at systematisk undervisning og veiledning av sykehjempersonal kan redusere urolig atferd og også bruken av tvang overfor personer med demens i sykehjem.

Ingelin Testad er psykiatrisk sykepleier med hovedfag i helsefag. Hennes faglige hovedinteresser er ansattes helse og trivsel, psykososial behandling og atferdsproblemer ved demens, og bruk av tvang overfor beboere med demens. Hun er dels ansatt ved Stavanger Universitetssjukehus og dels som leder for Seksjon for fagutvikling og forskning ved Stokka undervisningssykehjem.

Kontakt: tesi@sus.no

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusive mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.
- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten. Referanselisten skal angis med Vancouvermodellen som referansestil.
- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte innsendt materiell/manuskripter.
- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.
- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.

RETURADRESSE:
Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21
9022 Krokeldalen

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NYHET

Nutridrink Compact

Mindre volum, mer næring



www.konisis.no November 2009



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact