

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

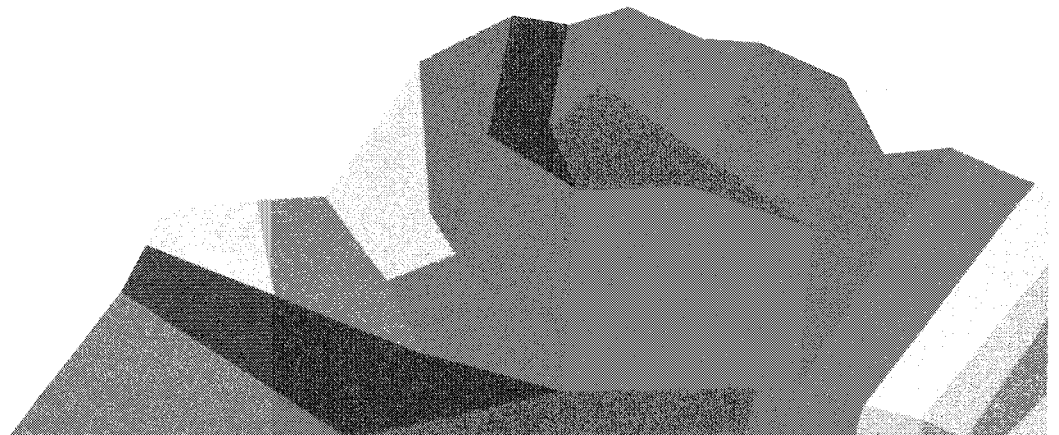
Kull 08 Vår

*"Hvordan kan sykepleier i sykehjem utøve faglig forsvarlig
medisinering av pasienter?"*

[Andreassen, Line Francesca]

Kandidatnummer: 6

28.10.2011



Hjelpkunst

*Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er,
og begynne der.*

*Dette er hemmeligheten i all hjelpkunst.
Enhver der ikke kan det,
er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.*

*For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn ham,
men dog vel først og fremst forstå
det, han forstår.*

*Når jeg ikke gjør det,
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.*

*Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,
så er det fordi
jeg er forfengelig eller stolt,
så jeg i grunnen
i stede for å gagne han,
egentlig vil beundres av han.*

Men all sann hjelpkunst

begynner med en ydmykelse.

Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil

hjelpe

og derved forstå,

at det å hjelpe

ikke er å beherske, men det å tjene –

at det å hjelpe

ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste –

at det å hjelpe

er villighet til inntil videre

å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,

det den andre forstår.

- Søren Kierkegaard -

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	4
1.1.1 Førforståelse	5
1.1.2 Den gamle damen og den lille gutten	6
1.2 Problemstilling	8
1.3 Avgrensning av problemstillingen	9
1.4. Begrepsavklaringer.....	10
1.5 Formål med oppgaven	11
1.6 Oppgavens oppbygning	12
2.0 Metode	13
2.1 Hva er en metode?	13
2.2 Metodevalg med begrunnelse.....	14
2.3 Litteratursøk	15
2.3.1 Vitenskapelige artikler.....	16
2.3.2 Kildekritikk.....	17
2.4 Kvalitativt intervju.....	17
2.4.1 Etske overveielser og intervjuforberedelser	18
2.4.2 Gjennomføring av intervju	19
2.4.3 Metodekritikk	20

3.0 Teori	22
3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	22
3.2 Undervisningssykehjem	24
3.2.1 "En pille for alt som er ille"	24
3.3 Medikamenthåndtering.....	25
3.3.1 Sykepleierens ansvar og kunnskaper om medikamenthåndtering.....	26
3.3.2 De 7 Rør.....	27
3.3.3 Tablettknusing	28
4.0 Drøfting	30
4.1 Sykepleierens kunnskap og ansvar.....	30
4.2 Holdninger til eldre pasienter og det faglige skjønn	33
4.3 Knuses tabletter i dagens sykehjem, i så fall hvorfor?	34
4.4 utfordringer i forhold til medikamenthåndtering i dagens sykehjem	36
5.0 Avslutning	38
6.0 Litteraturliste	39
6.1 Pensumlitteratur.....	39
6.2 Selvvalgt litteratur	40

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Tillatelse til innhenting av data på undervisningssykehjem

Vedlegg 2 - Tillatelse til innhenting av data på sykehjem

Vedlegg 3 - Søknad om tillatelse til intervju på undervisningssykehjem

Vedlegg 4 - Søknad om tillatelse til intervju på sykehjem

Vedlegg 5 - Informert samtykke fra undervisningssykehjem

Vedlegg 6 - Informert samtykke fra sykehjem

Vedlegg 7 - Intervjuguide undervisningssykehjem

Vedlegg 8 - Intervjuguide sykehjem

1.0 Innledning

Denne fordypningsoppgaven er avsluttende eksamen i grunnutdanningen i sykepleiefaget. Jeg vil med denne besvarelsen belyse og drøfte temaet medikamenthåndtering på sykehjem.

Nå sitter jeg med en mengde kunnskap, samt erfaring i forhold til temaet, og hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap samt forståelse for hvordan sykepleiere kan håndtere medikamenter på en forsvarlig og trygg måte. Kunnskaper, ansvar og holdninger er viktige nøkkelord, og jeg ønsker å undersøke hvor viktig medikamenthåndteringsarbeidet er for sykepleiere på sykehjem.

Som student, og i jobbrelaterte situasjoner, har jeg opplevd situasjoner jeg anser som uheldig, og som har fått meg til å bli interessert i temaet. Jeg vil presentere flere egenopplevde situasjoner for leseren. Noen situasjoner vil jeg dra inn underveis og presentere helt kort, mens to opplevelser som har brent seg fast i hukommelsen vil jeg presentere i sin helhet i en egen tekst kalt "Den gamle damen, og den lille gutten".

Antall ord i oppgaven: 9894

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Som student på sykepleierutdanningen har jeg underveis i studiet lært mye om hvilken rolle sykepleieren vil få i forbindelse med medikamenthåndtering. Jeg har lært, fra teoriundervisningen samt ulike praksissituasjoner, hvor feil i medikamenthåndteringen kan gi skader. I forbindelse med praksisperioder jeg har hatt underveis i studiet, og arbeidserfaring på ulike institusjoner, har jeg erfart at det er ulik praksis i forhold til medikamenthåndtering. Jeg har tilegnet meg informasjon, og det kan virke som om ikke alle sykehjem har like gode rutiner i forhold til medikamenthåndtering, og avvik av ulike slag skjer med jevne mellomrom.

Jeg mener medikamenthåndtering er en nøysom og viktig jobb som det bør være fokus på. Hvordan medikamentene håndteres er viktig for pasientene, og påvirker deres livskvalitet både i positiv og negativ retning. Dersom det ikke gjøres etter gjeldende forskrifter, kan det bety mye for hvordan pasientene har det i hverdagen.

I Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009), med tittelen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, står det at andelen eldre over 67 år vil øke til det dobbelte frem til år 2050, og andelen eldre over 80 vil passere 500 000 personer. En naturlig følge av flere eldre, og da flere som trenger helsetjenester, fører til et økt behov for kvalifisert helsepersonell. Fra 1. januar 2012 settes den nye samhandlingsreformen i drift. Denne reformen har "*flere eldre og flere med kroniske lidelser*" som viktige stikkord. Det økonomiske ansvaret flyttes fra staten og ut i kommunene, syke og eldre pasienters liggedøgn på sykehus skal reduseres til et minimum.

Reformen er et gjennombrudd i helsevesenet, og er meget omdiskutert. Kan reformen gjennomføres slik det er ment vil den ha en positiv effekt for kommunens innbyggere, men mange er skeptisk, og mener kommunene er for lite forberedt.

1.1.1 Førforståelse

Forskning viser at det gjøres feil i forbindelse med eldre og medikamenter, både ved landets sykehjem og ellers andre steder der medikamenter håndteres. "*Staten helsetilsyn avdekker store mangler ved medikamenthåndtering ved norske sykehjem*" skriver Nedredal og Bones (2011) i sin artikkel, noe som viser at fokuset allerede er satt på temaet.

Mitt valg av tema kommer av selvopplevde erfaringer samt en stor interesse for temaet, og derfor sitter jeg med en viss førforståelse på temaet. Jeg har både lyst og behov for å lære mer om temaet.

I Dalland står det at vi, som forskere, alltid har våre fordommer eller vår førforståelse med oss inn i en undersøkelse (Dalland 2007:90). Jeg sitter med en førforståelse på at det aller meste gjøres på riktig måte, men at det dessverre forekommer avvik og uheldige situasjoner.

Jeg har, som Dalland videre skriver, en dom på forhånd, altså jeg har fordommer som omhandler temaet. Jeg har en mening om det jeg skal undersøke, og det er ikke til å unngå at jeg har tanker og meninger, men jeg må forsøke, som Dalland skriver, å møte fenomenet så forutsetningsløst som mulig (Dalland 2007:90).

Det kan være flere faktorer som er med på skape uheldige og muligens risikofylte situasjoner. Tiden sykepleierne setter til rådighet er viktig for at medikamenthåndteringen blir rett. Feil som gjøres trenger nødvendigvis ikke ha noe med kvaliteten på tjenesten å gjøre, men jeg mener at det kan være en direkte konsekvens av tidsklemmen alle kjenner. Andre faktorer som spiller inn er holdninger til eldre pasienter, holdninger rundt medikamenthåndtering, samt kunnskapsnivået til sykepleierne som utfører arbeidet. Dette er viktige faktorer, og er faktorer som er med på å forme sykepleieren, og av den grunn viktige i forhold til hvordan sykepleieren ivaretar den jobben han eller hun er satt til å gjøre.

1.1.2 Den gamle damen og den lille gutten

Som student ved et av landets sykehjem hadde jeg denne dagen ansvaret for en eldre dame som var hardt rammet av, og i en pre-terminal fase av Alzheimer. Hun var sterkt undervektig, snakket aldri, åpnet aldri øynene og spiste og drakk kun moset mat. Jeg skulle, etter morgenstellet som vi bestandig var 2 som utførte sammen, gi denne skjønne damen frokost, medisin og øyedråper. Frokosten gikk greit, hun fikk i seg litt velling. Da jeg kom til medisinen ble det verre, denne ville hun ikke ha. Jeg gav beskjed til min kontaktsykepleier som var i naborommet at damen ikke ville ha medisinene sine, men fikk til svar "bare knus alle tablettene, ha dem i syltetøy og gi dem til henne". Uerfaren og ydmyk, som nye studenter ofte er, gjorde jeg som jeg ble fortalt selv om dette provoserte meg. Det hele endte med at hun brakk seg, all frokosten jeg hadde fått i henne kom ut, og det ble et kaos av knuste tabletter og oppkast. Etter nytt skift på damen og dyna, skulle jeg gi henne øyendråpene. Disse ville hun heller ikke ha, hun knep øynene så hardt sammen at jeg fikk ikke dryppet dem. Jeg ba om hjelp, og den som hjalp meg brukte så mye makt og var så hardhendt at den stakkars underernærte damen ble blå rundt øynene. Jeg måtte bare gå der i fra fordi jeg rett og slett

synes det var grusomt å se på. Det som også provoserte meg var at øyedråpene ikke var nødvendig i det hele og det store, det fikk jeg vite i etterkant.

En annen episode skjedde i sykehuspraksisen vi hadde. Jeg sto på medisinerrommet sammen med en sykepleier som sto og forberedte medisin til en utviklingshemmet gutt. Denne gutten spiste ikke mat, og klarte heller ikke å svelge tablettene sine. Så for å gjøre det enkelt tok sykepleieren alle tablettene, depottabletter og alt, knuste dem og hadde dem sammen med den maten som skulle injiseres via en PEG-sonde på magen. Blix og Breivik definerer PEG-sonde på denne måten:

Dersom pasienten ikke spiser tilstrekkelig, er det aktuelt å tilføre flytende ernæring gjennom en ernæringssonde til magesekken eller tynntarmen. Dette forutsetter at mage-tarm-kanalen fungerer normalt. Vanligvis legger vi sonden via nesen (nasogastrisk sonde), men munnen kan også benyttes. Ved langvarig sondeernæring kan sonden legges gjennom buken til magesekken eller tynntarmen. Dette kalles PEG-sonde (Blix og Breivik 2006:230).

I etterkant har jeg tenkt mye på begge hendelsene. Skulle jeg opptrådt annerledes, eller var det rett av meg å forholde meg nøytral? Noe fasitsvar er vanskelig å finne, og jeg må heller lære av situasjonene. Som student kunne jeg ikke gjøre så mye annerledes, i allefall ikke der og da. Disse opplevelsene har vært med å forme meg som en fremtidig sykepleier, og jeg har som et mål å aldri måtte gjøre noe slikt igjen.

Disse opplevelsene har også fått meg til å tenke. Hvorfor skal man på død og liv tvinge medisiner i pasientene? Er det etisk rett og faglig forsvarlig, eller er sykepleierne for redde til å sette spørsmålstegn ved det som er ordinert fra legen?

1.2 Problemstilling

Som tema for oppgaven har jeg valgt ”medikamenthåndtering på sykehjem”, og derfor har jeg valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier i sykehjem utøve faglig forsvarlig medisinerings av pasienter?”.

Å jobbe faglig forsvarlig med medikamenter er viktig, både for sykepleieren som utøver, men ikke minst for pasienten som skal få medikamentene. God sykepleie preges av faglighet, og utøvelsen skal ta utgangspunkt i solid fagkunnskap (Kristoffersen m. fl. 2005:153). For at en sykepleier skal kunne ha god fagkunnskap stilles det krav til sykepleierne om å holde seg à jour på nyere forskning samt endrede rutiner. Kunnskap endrer seg hele tiden, og det kreves en innsats fra sykepleieren om å hele tiden holde seg faglig oppdatert.

Sykepleieren må ta seg tid til å holde seg oppdatert, og det er viktig å ta seg tid til å utføre oppgavene rett. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives retningslinjer og forpliktelser som tillegger god sykepleiepraksis, og i kapittel 3.4 står det: *”Sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget funksjonsområde”.*

Mye kan sies om å utøve faglig forsvarlig sykepleie, og stikkord som; å se egne begrensninger, være oppmerksom på egne holdninger samt handle etisk rett i gitte situasjoner er viktige. Dette er kvalifikasjoner en sykepleier ikke bare bør inneha, men viktige kvalifikasjoner en sykepleier må ha.

1.3 Avgrensning av problemstillingen

Jeg vært nødt til å gjøre enkelte avgrensninger i forhold til problemstillingen da bacheloroppgaven har begrensninger. Jeg har vurdert hva som er relevant i forhold til min problemstilling, og dermed har jeg måttet velge bort enkelte felt.

Pasientgruppen jeg har valgt å konsentrere meg om er pasientene med langtidsopphold. Et sykehjem vil alltid ha pasienter som er der over korte perioder av ulike årsaker, og jeg vil komme inn på disse pasientene dersom det faller seg naturlig underveis. Jeg velger å ikke skrive om rutiner som omhandler spesielle pasienter, derfor betyr ikke kjønn og alder noe for oppgaven.

Jeg vil se på rutineene som omhandler sykepleiers ansvar, utdeling av tabletter i henhold til de 7 Rør referert i Bielecki og Børdahl (2008) samt medikamenthåndtering hos de to bestemte sykehjemmene jeg har valgt å intervju. Jeg vil komme inn på generelle rutiner og regler dersom det faller seg naturlig underveis i oppgaven. I forhold til de 7 Rør vil jeg nevne disse kort i teorien. Jeg vil ikke gå dypere inn i dem og forklare hvert punkt.

Medikamenter betyr så mangt, og jeg vil konsentrere meg om håndtering av tabletter. Jeg velger å ikke skrive om medikamenter i andre former

Jeg vil i oppgaven ikke gå inn på feilmedisinering som følge av misbruk av legemidler, feile diagnoser eller feil rekvirering fra lege. Fokuset mitt i oppgaven vil ligge på hvilket ansvar sykepleierne har i forhold til medisinering, hva jeg mener blir gjort feil, og hva som eventuelt kan bidra til at det blir bedre.

Jeg vil nevne, samt henviser til lover forskrifter og retningslinjer, men vil ikke gå nærmere inn på disse og forklare hver enkelt. De er offentlige dokumenter, og tilgjengelig for alle.

I forhold til faglig forsvarlighet vil jeg forholde meg til § 4 om forsvarlighet i helsepersonelloven (forsvarlighetskravet). Her står det:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell” (Helsepersonelloven).

1.4. Begrepsavklaringer

Ut fra problemstillingen min er det flere begreper som jeg mener det er naturlig å definere;

Medikamenthåndtering – enhver medikamentrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt til pasienten (Bielecki og Børdahl 2008:70).

Tablettknusing – Knusing av tabletter før dem gis til pasient, sammen med annen mat, yoghurt, flytende væske eller syltetøy.

Utdeling av medikamenter til pasient – Administrering av medikament som pasienten ikke kan administrere selv, overvåkning av medikamentinntak og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på det tilførte medikamentet (Bielecki og Børdahl 2008:71).

Sykehjem, (sykehjem 1 og sykehjem 2) – Sykehjem er en institusjon der det bor eldre pasienter som trenger hjelp da de ikke lengre klarer seg alene hjemme. I oppgaven vil jeg omtale

sykehjem som sykehjem 1 og sykehjem 2. Sykehjem 1 er ett av landets ”vanlige” sykehjem, men s sykehjem 2 er ett av landets undervisningssykehjem.

Etisk dilemma – Slettebø (2005) skriver om etisk dilemma at det defineres som en situasjon der sykepleieren opplever det som er usikker på hvilken handling som er den rette i en gitt situasjon. Det er en nødvendighet å ta et valg, men sykepleieren opplever stor usikkerhet på hvilken handling som er den rette.

Depotpreparat – Disse preparatene frigjør den aktive substansen gradvis mens de passerer mage-tarm-kanalen. Disse kan forenkle doseringen av medikamenter som ellers kanskje måttet administreres flere ganger i døgnet (Bielecki og Børdahl 2008:129). Disse tablettene skal aldri knuses.

Faglig forsvarlig medisinerer – Den som står for utdeling av legemidler har en svært ansvarsfull oppgave. For å sikre arbeidet er det utarbeidet kontrollpunkter, kalt de 7 R'er som skal bidra til at medikamenthåndteringen skal foregå faglig forsvarlig (Bielecki og Børdahl 2008:14).

1.5 Formål med oppgaven

Jeg ønsker med oppgaven å få økt kunnskap om temaet medikamenthåndtering på sykehjem. Jeg vil, via mine to dybdeintervju ved to ulike sykehjem, se på hvilke rutiner de har for utdeling av medikamenter, samt hvor store ressurser de bruker på medikamenthåndteringen. Jeg undres om dette er et viktig tema for sykepleiere på sykehjem? Bruker de tid på å se på om det som gjøres hos dem er forsvarlig, eller følger de gamle rutiner enten de er rett eller ikke? Tenker sykepleierne på etikken rundt medikamenthåndtering, på hva som er det beste for pasienten? Er omsorgen for pasienten et viktig tema i forbindelse med medikamenthåndtering? Dette er spørsmål som jeg ønsker å tillegge meg økt kunnskap om, og jeg håper intervjuene, samt bruk av pensumlitteratur og annen litteratur vil bidra til dette.

1.6 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 av oppgaven består av en innledning, der jeg blant annet presenterer tema og problemstilling, samt begrunner valgene av disse. I denne delen vil jeg også skrive kort om begrepsavklaringer, avgrensninger jeg har gjort, samt formålet jeg har med oppgaven. Jeg vil også presentere noen selverfarte episoder som jeg mener er viktige i forhold til temaet.

Kapittel 2 i oppgaven er kapittelet om metode. Her vil jeg presentere mitt valg av metode, hvordan jeg har valgt å bruke metoden, mine intervjuforberedelser samt fortelle om utførelsen av intervjuene.

Kapittel 3 i oppgaven er teorikapittelet. Her vil jeg presentere valg av sykepleieteoretikeren jeg anser som viktig for oppgaven, samt annen teori jeg mener er relevant for problemstillingen.

Kapittel 4 i oppgaven er drøftningskapittelet. Her vil drøfte det jeg tidligere har presentert i oppgaven. Jeg vil belyse ulike sider ved de ulike aspektene, drøfte teorien jeg tidligere har presentert, samt bruke informasjonen jeg har fått via mine to dybdeintervju.

På slutten av oppgaven vil jeg ha en kort avslutning. Her vil jeg presentere tanker jeg har i etterkant av å ha jobbet med denne fordypningsoppgaven. Jeg vil dele noen tanker jeg har i etterkant av arbeidet, tanker om jeg har fått svar på problemstillingen min.

Tilslutt vil jeg ha en fullstendig litteraturliste som er delt opp i pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Til slutt vil jeg legge til ulike vedlegg som er viktige for oppgaven.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere mitt valg av metode, hvordan jeg velger å anvende metoden, min søken etter litteratur samt bruk av mine kilder.

2.1 Hva er en metode?

I Dalland sin bok *Metode og oppgaveskriving for studenter* er det et sitat om hva metode er. Dette er hentet fra boken *Det skjulte samfunn* av Aubert (1985).

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (referert i Dalland 2007:81).

Valg av metode er viktig i forkant av en oppgave, da metoden er et viktig redskap. Metoden skal veilede oss i hvordan vi skal gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap.

For å samle informasjon kan man velge mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Disse metodene er ulike, og man kan velge å bruke bare en av metodene eller å bruke begge to. Ordet kvalitet viser til karaktertrekk og egenskaper ved ulike fenomener, og denne metoden brukes for å få data som kan karakterisere et fenomen. Kvalitativ metode fokuserer på å fange opp mening og opplevelse, som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland 2007:83).

I motsetning til kvalitativ metode, som baserer seg på opplevelser, har kvantitativ metode til hensikt å formidle forklaringer, det etterstrebes nøytralitet og avstand (Dalland 2007:86). Informasjonen man får kan formes til målbare enheter, og metoden muliggjør blant annet statistiske beregninger (Dalland 2007:84).

2.2 Metodevalg med begrunnelse

Mitt valg av metode falt på den metoden jeg mener vil belyse min problemstilling på en best mulig faglig og lærerik måte, og jeg har valgt å løse oppgaven med en kvalitativ metode. Jeg har erfaringer i forhold til temaet, og har en del spørsmål av kvalitativ art som jeg ønsker å få økt kunnskap om.

Jeg har valgt å foreta kvalitative intervju fordi jeg ønsker å intervju svar på kvalitative spørsmål. Jeg har spørsmål som ikke kan tallfestes, og ønsker derfor å intervju sykepleiere med erfaringer rundt mitt valg av tema. Sykepleierne jeg velger å intervju vil sitte med opplevelser som er aktuelle for problemstillingen, samt har de sett hvilken betydning endringer/forbedringer i forhold til medikamenter kan ha å si for pasientene. Oppgaven min vil da bli kvalitativt orientert.

I oppgaven har jeg valgt å bruke narrativer. Narrativer kan på godt norsk oversettes som en fortelling. Å bruke narrativer innebærer både å skrive og fortelle. Det beskriver ulike hendelser, hendelser som kan være både sanne eller fiktive i følge Aschehoug og Gyldendals Store norske ordbok. Narrativer trenger ikke bestandig være slik de fremstilles når de blir fortalt. Historien som fortelles vil preges av den som forteller den, og den som leser eller hører historien oppfatter og tolker den på sin måte. Kari Martinsen skriver følgende om narrativer:

Vi lever med i fortellingen, og må selv spille oss inn i den. Den fordrer engasjement. Noe har gjort inntrykk på fortelleren, og dette ønsker han eller hun og formidle. Når livet gjør inntrykk, griper vi til fantasien og fortellingen settes i gang.” (Martinsen 2003:131-132).

Målet med oppgaven er å reflektere samt drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til faglig forsvarlig medisinerings på sykehjem. I den forbindelse velger jeg å bruke narrativ som utgangspunkt og kvalitativt dybdeintervju som metode.

Jeg har valgt å bruke en hermenautisk tilnærming. Hermenautikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Dens opprinnelige bestemmelse var fortolkningslære eller fortolkningskunst (Thornquist 2010:139). Hermenautikken har to grunnleggende tanker:

1. Hvordan kan vi forstå?
2. Å forstå hvordan vi forstår.

For at jeg skal forstå medikamenthåndteringen på sykehjem, er det viktig at jeg forstår de ulike delene ved medikamenthåndtering før jeg kan forstå helheten. Jeg må vite hva det er jeg prøver å forstå, derfor må jeg undersøke de ulike delene slik at jeg kan forstå helheten av det som blir gjort.

Jeg ønsker å sette søkelyset på hvordan sykepleiere håndterer medikamenter på et sykehjem, samt forstå hva som fører til at sykepleierne velger å utføre ulike handlinger. Jeg vil, slik denne typen tilnærming er, tolke og analysere de funnene jeg har gjort, samt bruke det i drøftningskapittelet til slutt i oppgaven.

2.3 Litteratursøk

Litteraturen jeg har valgt å bruke består av både pensumlitteratur fra hele studiet, fagbøker lånt fra skolebiblioteket og offentlige bibliotek, artikler fra ulike tidsskrifter og informasjon jeg får fra ulike kvalitative dybdeintervju.

For å finne frem til litteraturen har jeg brukt bibliotekdatabasen BIBSYS, artikkeldatabasene SveMed og PubMed, samt sykepleien.no, vård i norden og tidsskriftet.no. Søkeordene jeg valgte å benytte meg av var; medikamenthåndtering, tablettknusing, eldre og legemidler, faglig forsvarlig medikamenthåndtering, medikamenthåndtering på sykehjem og undervisningssykehjem.

Ikke all litteratur jeg fant var relevant i forhold til problemstillingen. Noe litteratur valgte jeg å unnlate da jeg prøver å holde meg til litteratur som ikke er yngre enn 10 år gammel. Medisinsk- og sykepleiefaglig kunnskap endrer seg fort, noe som bidrar til at litterær kunnskap kan bli foreldet. Selv om noe jeg fant av Kari Martinsen var eldre enn 10 år har jeg allikevel valgt å bruke dette da jeg anser hennes litteratur som meget relevant.

2.3.1 Vitenskapelige artikler

I min søken etter vitenskapelig artikkel var det to artikler som var sammenfallende i forhold til min problemstilling. Begge artiklene er fagartikler og relevant for mitt valg av tema. De handler begge om medikamenthåndtering i sykehjem, der de har satt fokuset på risikoen i forhold til tablettknusing.

Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter.

Artikkelen er laget på bakgrunn av at studier viser at det er vanlig å tilsette medisiner i pasientenes mat uten at de er klar over det. Derfor ønsket forfatterne å kartlegge rutiner og kvalitetssikring i sykehjem med fokus på knusing og deling av medikamenter. Metoden som ble brukt var kvantitativ undersøkelse i form av spørreskjema. Resultatene viste at omtrent halvparten av avdelingene tilsatte medikamenter i maten uten at pasientene visste det, men i 74 % av tilfellene ble lege konsultert først (Kirkevold og Engedal 2010).

Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten?

Denne artikkelen er laget på grunn av at det var ønskelig å kartlegge omfanget av tablettknusing på sykehjem i Nord-Trøndelag. Metoden Wannebo brukte var å samle kvantitative data på bakgrunn av spørreskjema. Undersøkelsen viste at knusing av tabletter

var vanlig. Ni av ti sykehjem knuste i tillegg depottabletter eller enterotabletter (Wannebo 2009).

2.3.2 Kildekritikk

Jeg har i oppgaven valgt å trekke inn egne erfaringer og opplevelser, da dette ligger til grunn for mitt valg av tema og problemstilling. Jeg har ikke samme mulighet samt evne til å reflektere og trekke slutninger slik en erfaren sykepleier har, men underveis i studiet har jeg vokst på de erfaringene jeg har gjort. Av den grunn valgte jeg å foreta kvalitative intervju, der jeg ba om å få intervjuere erfarne sykepleiere, med spesielle erfaringer på temaet.

Mye skriftlig informasjon fant jeg om temaet, både fra lærebøker, fagbøker, fagartikler og offentlige dokumenter. For å plukke ut det beste måtte jeg sortere opplysningene jeg fant i forhold til gyldighet og relevans. Jeg valgte å bruke mest ny litteratur, yngre enn 10 år, da det hele tiden skjer endringer i forhold til arbeidet med medikamenthåndtering.

2.4 Kvalitativt intervju

I arbeidet med andre mennesker er samtalen det viktigste redskapet en kan ha (Dalland 2007:128). Derfor var valget om å ha intervju i oppgaven min en lett avgjørelse å ta. Jeg valgte å foreta et kvalitativt dybdeintervju for å samle mer kunnskap om temaet jeg hadde valgt. Dalland refererer til Kvale (1997, 1979) når han skriver at *”formålet med det kvalitative forskningsobjektet er å innhente beskrivelser av den situasjonen intervjupersonen befinner seg i”*.

2.4.1 Etiske overveielser og intervjuforberedelser

Da jeg startet prosessen med oppgaven var jeg fra første stund klar på at jeg ønsket å intervju et undervisningssykehjem som hadde arbeidet med temaet. I tillegg ønsket jeg å intervju noen ved et sykehjem 2 (se begrepsavklaring). Jeg fant frem hvor jeg ønsket å ha mine to intervju å startet prosessen med å skrive brev til leder ved institusjonene, brev til intervjuobjektene, tillatelse til innhenting av data samt utarbeidelse av intervjuguide. Deretter kontaktet jeg de respektive lederne ved de to institusjonene, der jeg muntlig spurte om muligheten til å ta et intervju hos dem. Jeg fikk positivt svar hos begge lederne, og da var prosessen i gang.

Det var mye jobb med både brev, søknader og intervjuguide, og etter godkjenning fra veileder var de klare til å sendes lederne ved institusjonene. Brevene inneholdt tillatelse til innhenting av data (vedlegg 1 og 2), brev til leder (vedlegg 3 og 4), brev til intervjuobjekt (vedlegg 5 og 6) samt intervjuguider til begge institusjonene (vedlegg 7 og 8).

I løpet av halvannen uke hadde jeg fått svar fra begge institusjonene, jeg kontaktet dem jeg hadde fått tillatelse til å intervju, og vi avtalte tid og sted. Begge informantene fikk en kort presentasjon av temaet og problemstillingen, og begge var positive.

Etter råd fra min veileder planla jeg det slik at jeg skulle intervju noen på sykehjem 2 først. Hun rådet meg til å bruke dem som et slags prøveintervju der jeg fikk testet spørsmålene mine og se om de fungerte i praksis. Fra en tidligere oppgave jeg har skrevet underveis i studiet har jeg opplevd å skrevet en oppgave der intervjuet jeg gjorde ble dårlig. På forhånd trodde jeg spørsmålene var bra, men da jeg skulle begynne å bearbeide intervjuet oppdaget jeg at jeg egentlig ikke hadde fått svar på noe av det jeg lurte på. Så å bruke det ene sykehjemmet som ”prøvekanin” kunne gi meg en pekepinn på spørsmålenes relevans.

For å ta opp intervjuene valgte jeg å benytte meg av 2 båndopptakere (det er kanskje overflødig, men jeg var livredd for å miste opptaket mitt). Grunnen til at jeg valgte båndopptaker var at dette forsterker intervjuets gjengivelse, samt at jeg unngår å bruke mye tid på å notere, samt slipper å notere feil (Dalland 2007:159).

For å forholde meg til regelverket i oppgaveskriving har jeg hele tiden vært nøye med å fokusere på anonymisering av informantene mine, samt stedene de jobber på.

2.4.2 Gjennomføring av intervju

Det første intervjuet ble holdt på sykehjemmet der informanten jobbet til daglig. Vi møtte begge til avtalt tid og sted. Vi holdt selve intervju-seansen på et lite kjøkken i tilknytning til sykehjemmet. Det var et lyst og trivelig rom, med gardiner, en kjøkkeninnredning, kjøkkenbord med stoler samt en krok der det var plassert et lite bord med noen stoler rundt.

Mens jeg ordnet klart med båndopptakerne mine, pratet vi litt om løst og fast, vi hadde en god og hyggelig tone oss i mellom. Jeg fortalte om mitt formål med oppgaven, hva jeg skulle bruke opplysningene til og om at det som kom frem i intervjuet var underlagt taushetsplikt. Vi gjorde en liten test på stemmene våre slik at vi var sikre på at båndopptakerne fungerte slik de var ment, og at jeg kunne transkribere det enkelt og greit etterpå.

Det virket som informanten var godt forberedt til intervjuet. Hun hadde skrevet ned noen stikkord på et ark, slik at hun visste en del ting hun måtte huske å fortelle meg. Hun snakket i vei, og virket både engasjert og positiv. Intervjuet varte i omtrent 25 minutter, og i løpet av denne tiden fikk jeg en god del informasjon fra informanten. Til slutt fulgte jeg opp med å spørre om hun ønsket å tilføye noe mer, og det hadde hun i grunn egentlig ikke.

Intervju nr to ble holdt på et grupperom på et kommunalt bibliotek. Vi møtte begge når vi skulle, og hilste før vi gikk til rommet. Rommet var så sterilt som man kunne få det, med lyse murvegger, et stort bord i midten med noen stoler rundt og en white-board langs den ene veggen. Mitt første inntrykk av denne informanten var at hun var en veldig åpen, positiv og utadvendt person. Hun snakket som en foss, og var kjempe interessert i hva jeg skrev om. På forhånd hadde jeg snakket flere ganger med informanten, i og med at det ble litt flytting av tid og sted, fra begge hold.

Båndopptakerne ble rigget frem og testet før vi satt i gang, og som forrige gang, fungerte det bra. Under intervjuet snakket hun hele tiden, hun hadde så mye å fortelle at intervjuet varte i 45 minutter. Jeg fikk mye informasjon, veldig mye nyttig informasjon, og mye kan jeg bruke i oppgaven min.

Etter intervjuet var ferdig ble vi sittende en god stund og snakke, og vi hadde en lett tone oss i mellom, det var mye latter. Da vi forlot rommet fikk jeg en god klem av henne, og vi ble enige om å holde kontakten fordi hun var veldig interessert i oppgaven min.

Begge informantene ble etter intervjuene var ferdige tilbudt å få lese intervjuene etter de var ferdig transkriberte. Dette takket dem begge nei til, men informanten på det siste intervjuet ønsket, om jeg syntes det var greit, å få lese oppgaven når den var ferdigstilt. Dette tolker jeg som veldig positivt. Da jeg var kommet hjem etter begge intervjuene startet jobben med å transkribere intervjuene, noe som var mye arbeid, men samtidig veldig spennende.

Å transkribere et intervju vil si å ”overføre den muntlige samtalen til ord og bokstaver på papir” (Dalland 2007:172). Ferdig transkribert var intervjuene på henholdsvis 3232 og 2224 antall ord.

2.4.3 Metodekritikk

Jeg valgte i min oppgave å bruke 2 informanter. Jeg ønsket å bruke flere intervju, men begrenset meg til 2 intervju da jeg ikke ønsket å ”samle mer data enn jeg kunne klare å bearbeide” (Dalland 2007:147).

Båndopptakerne mine fungerte godt. Da jeg transkriberte i ettertid opplevde jeg intervjuet på nytt, båndopptakerne hadde virkelig fått med seg nyansene i stemmeleiet til informantene. Jeg ser i ettertid at dersom jeg ikke hadde brukt båndopptaker hadde jeg ikke hatt mulighet til å få med meg alt informantene sa, så jeg ser viktigheten og nyttigheten av å bruke dette hjelpemiddelet.

Jeg valgte å la det første intervjuet være et slags test-intervju på grunn av dårlig erfaring fra tidligere. Jeg ser at dette har hjulpet meg, og det er ikke til å legge under en stol at det beste intervjuet var intervju nr to. Jeg fikk svar på alle spørsmålene på det første intervjuet, men jeg så at informanten var usikker på ett par av spørsmålene, så jeg valgte å endre litt på ordlyden til jeg skulle ha intervju nr to. I tillegg var jeg mer nervøs under det første intervjuet enn jeg var på intervju nr. to. Dette fikk meg som forsker til å lære hvor viktig det er med en intervjuguide med nøye gjennomtenkte spørsmål som er relevant for oppgaven.

3.0 Teori

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

I sykepleien er omsorg et sentralt begrep, og det har vært vektlagt gjennom hele studiet, både i undervisningssammenheng og ute i praksissituasjoner. For å kunne yte god omsorg til pasientene må jeg forsøke å forstå ulike situasjoner sett fra pasientens ståsted.

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori som forankring i min oppgave. Hun er født 20.01.43 i Oslo, er professor i sykepleievitenskap, og er kjent for å ha kommet med viktige, egne bidrag innenfor omsorgstenkning og sykepleie. Hun er en kjent talsperson for betingelsesløs omsorg som ytes uten noen form for baktanker. Ut fra Martinsens omsorgsteori vil det være viktig å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå-situasjon. En skal ikke undervurdere eller overvurdere pasientens evne til selvhjulpenhet, men der hvor det er mulig heller styrke pasientens selvhjulpenhet.

Hennes omsorgsteori er i stor grad basert på omsorg, og det er omsorgen for pasientene jeg mener er det sentrale. Martinsens teori er delt inn i tre kvaliteter som inngår i enhver omsorgssituasjon.

Den relasjonelle dimensjonen

For det første kan vi se på omsorgen som en relasjonell dimensjon. Dette innebærer at omsorg forutsetter mellommenneskelige forhold, der den ene parten utvikler omtenkksomhet og bekymring for den andre. Martinsen bruker selv et eksempel fra medikamenthåndteringen når hun beskriver dette; *"Når den ene lider, vil den andre "sørge"(i betydningen av å lide sammen med) og sørge for å lindre smerten"* (Martinsen 2003:69).

Den praktiske dimensjonen

At omsorgen har en praktisk dimensjon setter Martinsen sammen med sykepleierens praktiske ferdigheter. Praktiske ferdigheter, som gjerne blir utført i dagligdagse situasjoner som både sykepleier og pasient kjenner til, er nødvendig for å skulle kunne ivareta en sikker medikamenthåndtering. For å vite hva som er det rette å gjøre i situasjonen er det viktig at vi forstår den situasjonen som den lidende befinner seg i (Alvsvåg 2006:67). For å skulle kunne yte god omsorg er det viktig å reflektere over situasjoner. Ved å reflektere vil vi lære, og på den måten kan vi handle på en bedre måte i neste situasjon. Ved å praktisere omsorg kan vi dermed oppøve og lære omsorg (Alvsvåg 2006:67-68).

Den moralske dimensjonen

For det tredje skriver Martinsen at omsorgen er moralsk. Martinsen mener at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, det handler om å handle til det beste for pasienten (Kristoffersen m. fl. 2005:67).

Kari Martinsen anser den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktisk kunnskap viktigere av utøvelsen av sykepleie enn teoretisk kunnskap (Kristoffersen m. fl. 2005:60). I forhold til faglig skjønn er det viktig at sykepleieren har utarbeidet et klinisk blikk. Sykepleierens kliniske blikk er en av mange redskaper som brukes for å observere pasientens behov for pleie og omsorg. Martinsen sier dette om faglig skjønn:

”Godt skjønn er den rette bedømmelsen hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandre gjensidig” (Martinsen 2003:91).

3.2 Undervisningssykehjem

I 1999 ble det opprettet 4 undervisningssykehjem i Norge, det var i Tromsø, Bergen, Oslo og Trondheim. Utgangspunktet for denne opprettelsen var Nasjonal plan for undervisningssykehjem. Videre ble det opprettet 2 undervisningssykehjem til, i Karasjok og Sogndal. I tillegg er det opprettet satelittundervisningssykehjem flere steder i landet, slik at det totale antallet undervisningssykehjem i 2008 var 20 (Nermo 2011:1). Informanten sa;

... ”et undervisningssykehjem er ment å være et ressurscenter, der det skal drives med forskning, forsøks- og utviklingsarbeid i sitt geografiske område. Det skal bidra til økt kompetanse også utenfor sykehjemmet”.

3.2.1 ”En pille for alt som er ille”

Undervisningssykehjemmet hvor jeg valgte å ha mitt dybdeintervju ble i 2008 kontaktet av den norske legeforeningen. Anledningen var at de ble forespurt om de ønsket å delta i et gjennombruddsprosjekt som legeforeningen skulle arrangere. Kriteriene var at en sykehjemslege måtte være med, og det var deres lege mer enn villig til.

Blant ulike tema falt valget tilslutt på medikamenthåndtering. Målet med prosjektet var å forsøke å redusere medikamentene med 30 %. Med ulike metoder, både seponering, dosejusteringer, og enkelte ganger tillegging av medikamenter, ble resultatet tilslutt en medikamentreduksjon på 55 %.

Dette prosjektet har endret sykehjemmets rutiner og holdning i forhold til medikamentbruk hos eldre. Det brukes mer tid på å se pasienten, gå gjennom medisinalister sammen med lege, observere faktiske virkninger, observere bivirkninger, samt vurdere medikamenter etter en tids bruk.

Dette er et prosjekt som undervisningssykehjemmet mener har kommet både sykehjemmets ansatte, og ikke minst pasientene til gode. Flere pasienter som før prosjektet var neddøpet på

medikamenter har nå fått et nytt liv. Enkelte har reist seg fra en sovende stilling i en stol, til nå å ha en god søvnrytme der de sover på natten og er våken på dagtid. Informanten min forteller at de eldre nå har fått et mer verdig liv, og at det har skjedd enorme endringer i en positiv retning.

3.3 Medikamenthåndtering

Sykepleiere er den aller største helsepersonellgruppen i dagens helsevesen, og omfatter godt over 50 000 yrkesaktive personer. Disse jobber på ulike steder i helse- og omsorgstjenesten, slik som sykehus, sykehjem, allmennlegekontor, bedriftshelsetjeneste og hjemmesykepleie (Stortingsmelding nr. 18). I helsevesenet er slik at medikamenter forordnes av lege, og det er sykepleieren som har ansvaret for å gi pasienten medikamentene. Å arbeide med medikamenter er en oppgave som krever kunnskap hos sykepleieren, og Bielecki og Børdahl skriver dette;

”Legemidler er sterktvirkende stoffer som griper inn i livsviktige funksjoner. I tillegg til ønsket effekt kan de ha uønskede bivirkninger, og de kan påvirkes av andre legemidler som gis samtidig, eller av samtidig inntak av mat og drikke. Mange legemidler er lite holdbare, og enkelte kan danne giftige stoffer ved spalting” (Bielecki og Børdahl 2008:66).

Lover og regler som sikrer dette arbeidet er viktig. Som sykepleiere har vi mange lover, regler og retningslinjer å forholde oss til. De viktigste sykepleierne må sette seg inn i for å være sikker på at man jobber faglig forsvarlig er helsepersonelloven, kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere samt forskriften om kvalitet. Disse lovene og reglene setter krav for hvordan man skal opptre i arbeidet med pasienter. Hva

som er lov å gjøre, og hva man ikke kan gjøre. Yrkesetiske retningslinjer er ikke lover, men rettere sagt føringslinjer for hvordan sykepleiere skal opptre samt forholde seg til yrket sitt.

3.3.1 Sykepleierens ansvar og kunnskaper om medikamenthåndtering

Hver enkelt sykepleier har en plikt på seg til å utøve en forsvarlig yrkesutøvelse, og i henhold til *lov om helsepersonell m.v.* § 4 Forsvarlighet, første og andre ledd står det:

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. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Kristoffersen m. fl. 2005:155).

Hva som blir ansett for å være faglig forsvarlig henger tett sammen med å se hvilke kvalifikasjoner sykepleieren har. For å skulle kunne bli sykepleier må man fullføre et bachelorstudie som består av både teori og praksis i ulike fag. Hele veien under studiet lærer studenten om å utøve en helhetlig omsorg for pasienten, en sykepleie som er rettet mot hele mennesket i den situasjonen det befinner seg i (Kristoffersen 1996:175). Man må ha et holistisk menneskesyn, og ivareta pasientens grunnleggende behov. For å skulle kunne ivareta pasienten er det viktig at man *ser* hele pasienten, at man forstår hva man ser, og at man på grunnlag av kunnskaper og tidligere erfaringer kan vurdere hvilken sykepleie pasienten trenger, være seg omsorg på ulike vis eller medikamentell behandling. Når en sykepleier er i stand til dette begynner man å snakke om det kliniske blikk, et blikk som er knyttet til høy klinisk kompetanse i sykepleiefaget (Kristoffersen 1996:339).

Når sykepleieren har utviklet et klinisk blikk er det lettere å se pasienten, samtidig vurdere om pasienten har god livskvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet (1999) definerer livskvalitet på denne måten:

”Livskvalitet kan defineres som en persons egenopplevelse om positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan ses på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser ”

For å skulle hjelpe pasienter å oppnå så god livskvalitet som mulig er det viktig med tjenester av god kvalitet. Sosial- og helsedirektoratet (2004) sier at tjenester av god kvalitet:

- *Er virkningsfulle*
- *Er trygge og sikre*
- *Involverer brukere og gir dem innflytelse*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Er tilgjengelig og rettferdig fordelt*

Alle disse punktene kan trekkes inn i medikamenthåndteringsarbeidet og er derfor viktige å sette seg inn i for å skulle trygge arbeidet sykepleieren utfører.

3.3.2 De 7 Rør

Å skulle håndtere, samt dele ut, medikamenter til pasienter er en oppgave som krever ansvarshet, nøyaktighet og kompetanse. For å lette dette arbeidet, samt kontrollere at det som

gjøres blir gjort på rett måte er det flere hjelpemidler som kan tas i bruk. Ett av disse hjelpemidlene kalles de 7 R'er, som består av 7 kontrollpunkter. I følge Bielecki og Børdahl (2008) er disse;

- *Riktig pasient*
- *Riktig legemiddel*
- *Riktig legemiddelform*
- *Riktig styrke*
- *Riktig dose*
- *Riktig måte*
- *Riktig tid*

3.3.3 Tablettknusing

Det er ikke alle pasienter som har like lett for å svelge tabletter, selv om de deles eller svelges ned med rikelig væske. For å få i pasientene tablettene er det mange sykepleiere som knuser tablettene, pulveriserer dem, og blander dem sammen med for eksempel syltetøy, før pasienten svelger dem. Å knuse tabletter er ikke så enkelt som det høres ut som, det er mange forhåndsregler en må ta før man gjør det. Ikke alle tabletter skal knuses, slik som depottabletter og enterotabletter. Disse tablettene er laget på en spesiell måte slik at de skal absorberes over en lengre periode. Knuses disse tablettene blir tablettenes egenskaper ødelagt, og pasienten kan faktisk komme i fare for å få en toksisk reaksjon.(Bielecki og Børdahl 2008:134).

Å knuse tabletter, som kan knuses, er helt greit dersom man gjør det for at pasienten ønsker det. Dersom en knuser tabletter for å lure dem i pasientene fordi pasientene motsetter seg å ta tablettene trår sykepleieren over en grense, og man kan begynne å snakke om

tvangsmedisinering (Bielecki og Børdahl 2008:24). Dalland refererer til en skriftlig veiledning Helsedirektoratet sendte ut i 1991 til fylkeslegene der det står:

Det er på somatiske sykehjem, ikke adgang til tvangsmedisinering. Enhver medisin, også sovemedisin, beroligende og smertestillende medikamenter gitt mot pasientens vilje er tvangsmedisinering. Til aldersdemente pasienter må det likevel være adgang til å gi livsviktige medisiner, som for eksempel insulin og hjertemedisin mot pasientens vilje. Dette ut fra en antagelse om hva pasienten selv ville gjort om han hadde forstått sin situasjon, og ut fra en alminnelig hjelpeplikt (Bielecki og Børdahl 2008:24).

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg benytte datamaterialet jeg har fått gjennom begge intervjuene, faglitteraturen jeg har samlet samt dra inn mine egne erfaringer. Jeg vil drøfte de ulike aspektene opp mot problemstillingen, og se om min førforståelse rundt temaet viser seg å stemme. Jeg vil fortelle hva jeg har lært, og Dalland skriver;

”Det er gjennom drøfting du skal vise hva du har lært av prosjektet ditt, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området. Her skal du vise til hvilken sammenheng det er mellom de teoretiske perspektivene du trakk opp under arbeidet med problemstillingen, og resultatene fra undersøkelsen” (Dalland 2007:120).

4.1 Sykepleierens kunnskap og ansvar

Bakgrunnen en sykepleier har for å dele ut legemidler er basert på teoriundervisningen under utdannelsen, treningen studentene får i løpet av praksisperioder samt erfaringer som opparbeides underveis (Bielecki og Børdahl 2008:14).

...”Nye sykepleiere som kommer til avdelingen, om det er nyutdannede eller erfarne sykepleiere, får alltid opplæring i våre rutiner. Siden alle institusjoner har ulike rutiner mener vi dette er nødvendig for å sikre riktig medikamenthåndtering” (Informant fra dybdeintervju).

I *Den omtenkssomme sykepleier* (1993) skriver Martinsen *...”Personlig kunnskap er noe mer enn fakta og prosedyrer presentert som riktig av en faglig autoritet”*. Sykepleieren må

reflektere, og ta stilling til kunnskapen, og godta den som verdi for fagkunnskapen. Martinsen sier at ... *"dette er en prosess, og den er subjektiv"* (Martinsen 1993:67).

All kunnskap trenger ikke være god kunnskap. Sykepleieren må stille spørsmål om kunnskapen akter livet. Martinsen spør *"Er det kunnskaper vi ikke bør prioritere eller dyrke frem fordi de ødelegger livet? Er det kunnskaper og ting som gjør det vanskelig å samarbeide med dem hvis vi også skal samarbeide med pasienten?"* (Martinsen 2000:13). Sykepleieren må altså reflektere og vurdere hver situasjon nøye. Kanskje er det ikke alt som skal gjøres etter teorien, kanskje må man gå "omveier" av og til fordi det er det som passer best i den enkelte situasjon.

Under begge intervjuene fikk jeg forståelsen av at de ser på kunnskaper som en viktig egenskap hos sykepleierne. Fagkunnskap, innsikt i egne begrensninger samt gode holdninger var ord begge informantene nevnte flere ganger i løpet av intervjuet. Jeg tør å påstå at har ikke sykepleieren innsikt i egne begrensninger, er ikke kunnskapsnivået høyt nok. Med det mener jeg at en sykepleier som ikke har evnen til å gå inn i seg selv, og be om hjelp når det trengs kan være farlig. Informanten sier at ... *"ved medisinsregning er vi alltid to og to som regner sammen for å sikre oss at det pasienten får, er det legen har ordinert"*.

En liten kommafeil, for eksempel i utregningen av morfindosen en pasient skal ha, kan gi stor forskjell på hva pasienten får, og på hva pasienten egentlig skulle ha. Dette er et eksempel som kan ha en katastrofal utgang, både for sykepleier og ikke minst for pasienten.

Alle må se sine egne begrensninger, og be om hjelp i situasjoner der det er nødvendig. Er man usikker er det aller viktigste, og det eneste rette, man kan gjøre å spørre andre eller å slå det opp i faglitteraturen. Ingen sykepleier vet alt, og ingen sykepleier vil noen gang bli utlært. Sykepleiefaget er et fag som stadig er i endring, og det gjelder arbeidet med medikamenthåndtering også. Nye retningslinjer, nye bivirkninger og virkninger samt stadig nye medikamenter og synonympreparater på markedet setter et press på sykepleieren om å stadig holde seg faglig oppdatert på alle områder.

Som student i praksissituasjoner opplevde jeg ofte hvor overveldende håndteringen av medikamenter kunne være. Jeg brukte lengre tid enn de erfarne sykepleierne på å legge i dosetter, dele ut medikamenter samt observere virkning og bivirkning. Som student er jeg ny i faget, jeg har en masse kunnskap, men jeg mangler erfaringen. Kari Martinsen peker på

erfaring som en viktig del av sykepleieryrket og omsorgsarbeidet. Enhver sykepleiers mål, i forhold til medikamenthåndtering, er å gi pasienten så god medisinerings som mulig. Det er kun gjennom å arbeide en sykepleier utvikler erfaring, og det er kun gjennom praktisk arbeid en kan utvikle faglig dyktighet og det kliniske blikk.

... ”Etter å ha jobbet noen år på sykehjem ser jeg at ting går lettere, jeg har erfaring med arbeidet, og jeg bruker kanskje kortere tid på enkelte oppgaver enn nyutdannede og uerfarne sykepleiere ville gjort”, sier min informant.

Tidsklemmen er et kjent problem, et problem de fleste institusjoner sliter med. Nå som vi stadig for flere eldre, og eldre lever lengre enn tidligere, blir automatisk arbeidsmengden større. Men selv om arbeidsmengden øker, er det ikke dermed sagt at det økes på personalet. Min informant forteller at: *... ”Ofte er vi så overarbeidet at vi vet verken fram eller bak på hverandre”.*

Med et økt tidspres kan det dessverre bli mindre tid til å sette seg ned sammen med pasientene når man skal gi dem medikamentene sine, og da er faren for at det blir gjort feil lettere. Skal man følge de 7 R'er trenger man tid, tid for å se at det som gis er rett, og tid til å se at den pasienten som inntar medikamentet er rett pasient.

Det er ikke bare å gi tablettene til pasienten, og anta at tablettene blir tatt. Kanskje tar ikke pasientene dosen, kanskje putter pasienten tablettene i lomma og kaster de ved en senere anledning. Ikke alle eldre ønsker å ta sine medikamenter, de skjønner ikke hvorfor det er nødvendig med alle disse tablettene. *... ”Vi har et system på dataen der vi skriver, krysser av, hver gang vi har gitt pasientene medisinen sin”, sier informant.* Dette er vel og bra, men om man ikke ser at pasienten faktisk inntar medisinen blir jo ikke dette riktig. Begge informantene mine fortalte at de prøvde å være sammen med pasienten til medisinen var inntatt, eller at annet personale fulgte med på pasientene, men begge fortalte også at det ikke bestandig ble fulgt med. Dokumentasjon er altså viktig, men sykepleieren har et ansvar på å være sikker på at det vi dokumenterer faktisk stemmer overens med virkeligheten.

4.2 Holdninger til eldre pasienter og det faglige skjønn

Sykepleierens holdninger var et ord begge informantene dro frem under intervjuene. ...”*En god sykepleier må inneha gode holdninger, både i forhold til medikamenthåndtering, men også i forhold til pasientene de jobber med*” sier informanten.

Hun anså gode holdninger som en av de viktigste egenskapene en sykepleier kunne inneha for å skulle ivareta pasienten på en god måte. Jeg opplevde i praksis at pasientene merket om vi har gode holdninger til dem eller ikke, det var faktisk en dame som sa til meg en gang ...”*du bryr deg virkelig om meg du, du vil bli en god sykepleier når du er ferdig*”. Det var ord som traff meg midt i hjertet. Det fikk meg til å stanse opp og tenke litt over hva jeg egentlig hadde gjort som fikk henne til å si de ordene til meg. Jeg kunne ikke komme på noe spesielt før kontaktsykepleieren min sa at hun kunne se på meg at jeg brydde meg om det arbeidet jeg gjorde.

Jeg ønsker pasientene så god behandling som mulig, ikke bare i forhold til medikamenter, men i forhold til alle aspekter ved livet de lever. Sett i lys av Kari Martinsens omsorgsteori brukes det ofte skjønn for å skulle håndtere enkelte situasjoner. Dersom det var jeg som var pasient med behov for hjelp og medisiner ville jeg selvfølgelig ønsket at sykepleieren gjennomførte arbeidet sitt på en faglig forsvarlig måte, og ikke minst i samsvar med de 7 Rør.

Kirkevold og Engedal skriver i sin artikkel at ”*det er store avvik i håndtering av legemidler i norske sykehjem og det er stort behov for å forbedre praksis*”. De skriver videre at ”*de vanligste feilene som blir gjort er at det gis feil legemiddel, feil dose eller at legemiddelet gis til feil pasient*” (Kirkevold og Engedal 2010:2).

Faglig skjønn handler om å forstå situasjoner, samt handle riktig og hensiktsmessig i situasjonen man står i. ”*Skjønn i sykepleien er et tydningsarbeid hvor fagkunnskaper og naturlig sansing arbeider sammen*”, og videre står det at sykepleieren skal bruke sitt ”*faglige moralske skjønn som baseres på at det vi gjør er til det beste for pasienten*” (Martinsen 2003:145).

I fortellingen tidligere skrev jeg om den gamle damen som ikke ville ha verken medisiner eller øyedråper. Var det riktig av sykepleieren å tvinge i pasienten tablettene og øyedråpene.

Jeg mener at man skal ikke se blindt på medisinalistene til pasientene. Min informant bekreftet dette ved å si ...”Noen ganger må man stoppe opp og vurdere pasientene i forhold til de medikamentene de får. Trenger de virkelig alt det vi gir dem? Det er vi som ser pasientene, og ikke legen. Vi må tørre å si fra, og være talerøret til pasientene”. Etter min erfaring, og hva jeg har lært på skolen blir ikke pasientene spurt hva de selv ønsker. Det er de færreste pasienter som spør hvilke medisiner de tar, og hvorfor de må bruke dem. Noen vet det selvsagt, men ikke alle sykehjemspasienter skjønner hva det er snakk om. Pasientene kan være rammet av en sykdom som påvirker de kognitivt, og da kan det være vanskelig å forstå. Derfor er det vi som sykepleiere som må ta oss tid til pasientene, tid til å forklare dem hva vi gir dem, og hvorfor man gir pasientene det de får. Kanskje da trenger vi ikke få motvilje hos enkelte pasienter forhold til å ta medisiner sine.

Bruker man tid på pasientene vil man oppleve at man bygger opp et sykepleier – pasient – forhold. Dett kan være med å bidra til at pasientene blir trygge på oss, og at de skjønner at det vi gjør, gjør vi for dem, og for at de skal ha en god alderdom. Pasientene legger sine liv i våre hender, og derfor er det vår oppgave som sykepleiere å ta vare på dem så godt vi kan. Det handler om å sette seg inn i den andres ståsted, pasientens ståsted. Vi kan stille oss selv spørsmålet; Hvordan ville jeg ønsket å bli behandlet dersom rollene var byttet om, og det var jeg som var pasient?

4.3 Knuses tabletter i dagens sykehjem, i så fall hvorfor?

Jeg sitter med en førforståelse på at tabletter knuses, noe jeg baserer på egne erfaringer og litteratur jeg har funnet. ”Knusing av tabletter er vanlig i norske sykehjem, og ved ni av ti sykehjem knuses det også depottabletter og/eller enterotabletter” (Wannebo 2009). Tablettknusing er et utbredt fenomen, og kanskje vanligere enn man tror.

...”På sykehjemmet der jeg arbeider knuser vi ingen tabletter”, forteller min informant, ... ”og knuser vi tabletter er vi veldig nøye med å forklare pasienten hvorfor det er gjort, og det

er da opp til pasienten å velge om han vil ta det. Ingen tvinges til å ta medisinen sin” sier informantene videre.

Det stemmer ikke helt overens med verken hva jeg har erfart eller hva vitenskapelige undersøkelser forteller. Kirkevold og Engedal skriver i sin artikkel at ”46 prosent av avdelingene på norske sykehjem av og til knuser medisiner og tilsetter det i pasientens mat eller drikke uten at pasienten selv vet om det”.

Jeg har erfaring som støtter dette, og en kan da lure på hvorfor begge informantene er så bestemte på at de ikke knuser tabletter. Først sier de at ingen tabletter knuses på deres sykehjem, og etter en stund sier de at de av og til knuser noen tabletter. Muligens kvier de seg for å innrømme at de knuser tabletter? Dette er en påstand fra min side, men dersom det er slik er det lett å forstå hvorfor.

Tablettknusing er for mange sykepleiere et ømtåelig tema, og en kan lure på hvorfor det er slik. Pasientrettighetsloven er en viktig lov, og kapittel 4 A, som heter ”helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv”, kan kanskje forklare hvorfor (lovdata.no). Dette kapittelet omhandler tvang, og bruken av tvang i helsevesenet, og mange er opptatt av spesielt denne loven.

Kanskje er sykepleierne redd for at det skal bli sett på som om at de bedriver tvang mot pasientene når de knuser tablettene, det kan være derfor de begge er så bestemte når de sier de ikke knuser tabletter, eller det kan være andre grunner til det.

Av og til utfører mennesker handlinger kun for at andre gjør det, det handler om å følge den strømmen som allerede er. Er det for eksempel sykepleiere som knuser tabletter til pasientene, og det kommer en ny sykepleier til avdelingen er det lett for at denne sykepleieren følger strømmen og knuser slik som de andre gjør. Gammel vane kan være vond å vende, og ofte er det slik at en ikke tenker over hvorfor en gjør det en gjør, en gjør enkelt og greit det som allerede blir praktisert.

Er vi nå kommet dit at tabletter kan knuses må sykepleieren se på hva som knuses, og hvorfor det knuses. Man må sette seg inn i hver enkelt tablett hos hver enkelt pasient. Ikke alle tabletter skal knuses, det kan føre til at virkemåten blir helt feil. Wannebo (2009) skriver i sin artikkel at ”medikamentets formulering ved tablettknusing kan medføre økt toksisitet, redusere effekten av medikamentet og/eller det kan gjøre medikamentet uvirksomt”.

Spørsmålet med hvorfor det knuses tabletter kan i mange tilfeller forklares. Pasientene kan ha problemer med å svelge tabletter, kan ha for eksempel svelgparese etter slag, og da må de få tablettene i knust form. Er det av denne grunn at tabletter knuses, og dersom de kan knuses, er knusingen akseptabel så lenge pasienten har samtykket i at det skjer. Er det derimot slik at det knuses tabletter for å tvinge dem i pasientene er dette ikke greit, og blir faktisk sett på som et overgrep mot pasienten.

I fortellingen min om den lille gutten fortalte eg om depottabletter som ble knust. Hvilke konsekvenser hadde det for gutten? Muligens et spørsmål jeg aldri vil få svar på, men læringseffekten av å ha opplevd dette anser jeg som stor. Skal jeg tro det Wannebo (2009) skriver kan det hende at gutten aldri hadde effekt av medisinene han fikk, eller kanskje var effekten ugunstig.

I arbeidet med sykepleie er det viktig å være konsekvent i arbeidet man gjør, og man må vurdere frem og tilbake hva som er riktig i de enkelte situasjoner. Den lille gutten kunne bare få medisinene sine via PEG-sonden, og skulle han ha tablettene måtte de knuses. Hvordan man velger å løse slike situasjoner er en vurderingssak, men i slike situasjoner bør lege konsulteres først.

4.4 utfordringer i forhold til medikamenthåndtering i dagens sykehjem

Sykepleie er et praktisk fag, der man møter på utfordringer hele tiden. Da jeg spurte informantene i mine intervju hva de anså som de største utfordringene fikk jeg flere svar.

... "Å sette av tid til å se hele pasienten, til å vurdere om den behandlingen pasienten får er riktig" svarte min informant som den største utfordringen.

Kroppen er mer enn summen av delene, det handler om å se hele mennesket og ivareta hele mennesket. Dersom en har en gammel dame på 85 år, dehydrert og tynn, er det da logisk at denne pasienten står på Furix (vanndrivende)? Dette er et helt vanlig kasus på sykehjem. Sykepleieren må ikke bare se pasienten, men bruke kunnskapene sine og forstå det han ser.

... *"Å kunne bruke tid på å kontinuerlig vurdere medisinaler"* mener informanten er viktig. Er det riktig at pasienter som har stått på et medikament i kanskje 20 år burde fortsette å stå på dette medikamentet? Den gamle damen i min fortelling hadde masse tabletter. Kan det tenkes at noen av disse kunne vært seponert? Damen var jo i en pre-terminal fase, der det ikke ville bli en bedring av hennes tilstand.

... *"Eldre pasienter, som lever på et sykehjem der kosthold ivaretas på riktig måte, har kanskje ikke lengre behov for kolesterolsenkende tabletter"*? mener informanten. Jeg spurte hva hun mente med det, og da sa forklarte hun at det burde festes et maksimalt antall tabletter som burde ligge i dosetten til eldre mennesker. Det var informanten fra undervisningssykehjemmet som sa dette. Ved dette sykehjemmet har de jobbet med akkurat denne problematikken, og har hatt gode resultater med å vurdere medisinaler, seponere tabletter, justere doser, og legge til medikamenter der det var nødvendig.

... *"Vi fjernet mange ulike medikamenter, og det viste seg at nesten ingen trengte å bli satt tilbake på de samme medisinalene som ble fjernet"* forteller sykehjemslegen på undervisningssykehjemmet. *"Pasientene har fått økt livskvalitet, de sover bedre om nettene og de har mindre uro"* (Nedredal og Bones 2010).

Begge informantene drar også frem stadig nye utfordringer som et problem. ... *"Sykepleie er et fag der det hele tiden skjer endringer, med nye lovverk og nye reformer"* sier min informant. Samhandlingsreformen som settes i kraft fra 01.01.12 vil stille større krav til både kommune- og primærhelsetjenesten, og stikkordet blir økt fokus på samarbeid. Pasientene som i dag sendes frem og tilbake mellom ulike nivå i helsevesenet skal oppleve at sykehjem, sykehus og andre institusjoner får et bedre samarbeid. Pasienter skal få den hjelpen de trenger på lavest mulig omsorgsnivå (Leon-prinsippet).

Det er meningen at det skal opprettes ulike lokale medisinske sentra, som skal bidra til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå.

Målet er at dette skal bidra til større nærhet, samt tilfredshet med tjenestetilbudet (Stortingsmelding nr. 47). Pasienter med muligens andre diagnoser vil stille økte krav i forhold til kunnskapsnivået hos sykepleierne, Det kan være nærliggende å tro at arbeidsmengden, samt behovet for medikamentell behandling vil øke betraktelig. Med økt arbeidsmengde kommer også risikoen for økt antall feil.

5.0 Avslutning

Da jeg startet arbeidet med denne oppgaven hadde jeg som mål å se om min førforståelse var riktig med virkeligheten. Jeg fant mye som støttet min teori, og informantene bekreftet enkelte deler. Tablettknusingen som foregår ville de ikke vedkjenne seg. Begge var klare i sine svar, men lengre ut i intervjuet begynte begge å motsi seg selv. Dette viser at litteraturen har rett når det står at tablettknusing foregår, men at det er et ømtåelig tema.

Jeg har gjennom oppgaven sett at Kari Martinsens tenkemåte, med omsorg for pasienten i fokus er noe av det viktigste en sykepleier kan gjøre for pasienten. Utfordringene er mange, og sykepleiere er i en stilling der de hele tiden må veie for og i mot for hva som er det riktige i enhver situasjon.

Fasitsvar er vanskelig å finne noen ganger, og da er skjønnet sykepleieren klarer å lære seg underveis, ofte det avgjørende.

Arbeidet med oppgaven har lært meg mye, og jeg har fått flere ”aha-opplevelser” underveis, spesielt under intervjuene mine. Jeg ser frem til å kunne ta fatt på et yrke som jeg anser som spennende og livsberikende, og tror og håper jeg vil bli en god sykepleier.

”Skjønnet stiller sykepleieren åpen for sansingen og for å ta vare på det sanselige i uttrykkene. Dette vil jeg kalle kunsten i sykepleien. Eller rettere sagt kunsthåndverk, da sykepleie er et praktisk fag”.

(Martinsen 2003:145)

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Bielecki, T. og Børdahl, B. (2008) *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Blix, E. S. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (1996) *Generell sykepleie I. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (2005) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Slettebø, Å., (2005) *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Thornquist, E. (2010) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

6.2 Selvvalgt litteratur

(504 sider)

Alvsvåg, H. (2006) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning I: Knutstad, U. og Nielsen, B. K. (red) (2006) *Sykepleieboken 2*. 2. utgave. Oslo: Akribe

(24 sider)

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Stortingsmelding nr. 18. (2004–2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. Oslo: Akademika AS

(129 sider)

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Akademika AS

(149 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Livshjelp. Behandling og omsorg for uhelbredelige syke og døende*. [Online]. Tilgjengelig på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>

[15.09.11] (1 side)

ICNs etiske regler (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund.

(7 sider)

Kirkevold, Ø. og Engedal, K. A. (2010). *Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter*. [Online]. Tilgjengelig på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?document_id=337004

[05.06.11] (10 sider)

Korsvik, W. (2011) *Nasjonal pasientsikkerhetskonferanse i Bodø: Feilbruk av legemidler i sykehjem*. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.nlsh.no/article88156-3018.html>

[04.10.2011] (1 side)

Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven). LOV 1999-07-02 nr. 64 [Online]. Tilgjengelig på <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html>

[17.10.2011] (1 side)

Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr. 63 [Online]. Tilgjengelig på <http://lovdatab.no/all/tl-19990702-063-005.html>

[17.10.2011] (1 side)

Martinsen, K. (1993) *Den omtenkssomme sykepleier*. Otta: TANO AS

(24 sider)

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget

(32 sider)

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: TANO AS

(24 sider)

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

(42 sider)

Nedredal, S. og Bones, H. (2011) *Medisinkutt en suksess*. [Online].

Tilgjengelig på http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/troms_og_finnmark/1.7017063

[07.02.2011] (3 sider)

Nermo, A. (2011) *Kroken sykehjem – Undervisningssykehjemmet i Tromsø*. [Online].

Tilgjengelig på <http://www.fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=3934&amid=2760354>

[07.02.2011] (3 sider)

Sosial- og helsedirektoratet. (2004) *IS-1201 Veileder. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

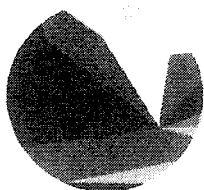
(44 sider)

Wannebo, Wenche. (2009) *Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten?*

[Online]. Tilgjengelig på

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=149622

[05.06.11] (9 sider)



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / Institusjon _____

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder _____

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 08-vår Studiested: _____

Videreutdanning, linje: Bachelor i sykepleie Kull: 08-vår

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Avordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinering av pasienter?

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om emnet, for å kunne mestre de utfordringer sykepleier vil kunne møte i arbeidet med pasienter og medisinering.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt dybdeintervju.

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier.

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 35 og 36

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

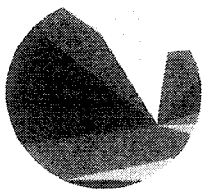
Søknad av dato 22/8-11 er behandlet dato 26/8-11 av saksbehandler / organ:

Vedtak: Ok at det bli gjort intrusa

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 08-vår Studiested: _____

Videreutdanning, linje: Bachelor i sykepleie Kull: 08-vår

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Hvordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinerings av pasienter?

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om emnet, for å kunne mestre de utfordringer sykepleier vil kunne møte i arbeidet med pasienter og medisinering.

Metode v/ datainnsamlingen: Intervju, kvalitativt.

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Båndopptaker.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 35 og 36 (37/38)

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 22.8.11 er behandlet dato 08.09.11 av saksbehandler / organ:

Vedtak: Studenten har hermed fått tillatelse til å innhente data i forbindelse med sin bacheloroppgave i sykepleie.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Eda-11

Underskrift

Underskrift

22/8-11

Søknad om tillatelse til intervju i forbindelse med min bacheloroppgave i sykepleie

Jeg er sykepleierstudent som tar desentralisert utdanning ved Universitetet i Nordland,

Jeg er inne i mitt siste semester på studiet, og i den forbindelse er jeg i gang med avsluttende bacheloroppgave.

Problemstillingen i oppgaven min er *"Hvordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinering av pasienter?"*

I denne forbindelse ønsker jeg et dybdeintervju med sykepleier/avdelingsleder hos Dere som har drevet med prosjektet "En pille for alt som er ille". Dette prosjektet er meget relevant for min oppgave, og jeg ønsker å intervju noen om dette prosjektet.

Jeg har beregnet en varighet på intervjuet på ca 1 time, og vil selv komme til for å ta intervjuet. Under intervjuet vil jeg benytte båndopptaker som hjelpemiddel. Lydopptaket vil bli slettet etter bruk, alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informanten vil bli anonymisert. Skriftlige notater av intervjuet vil bli makulert etter bruk, og jeg blir å ivareta taushetsplikten ved dette intervjuet.

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og samtykket kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i løpet av prosjektet uten å måtte oppgi grunn. Prosjektet er beregnet ferdigstilt 28/10-11.

Vedlagt ligger det tillatelse til innhenting av data og intervjuguide.

På forhånd takk.

Mvh.

Sykepleierstudent

22/8.11

Søknad om tillatelse til intervju i forbindelse med min bacheloroppgave i sykepleie

Jeg er sykepleierstudent som tar desentralisert utdanning ved Universitetet i Nordland,

Jeg er inne i mitt siste semester på studiet, og i den forbindelse er jeg i gang med avsluttende bacheloroppgave.

Problemstillingen i oppgaven min er *"Hvordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinerings av pasienter?"*

I denne forbindelse ønsker jeg et dybdeintervju med sykepleier hos Dere som har kunnskap og erfaring med legemiddelhåndtering.

Jeg har beregnet en varighet på intervjuet på ca 1 time, og vil selv komme til Dere for å ta intervjuet. Under intervjuet vil jeg benytte båndopptaker som hjelpemiddel. Lydopptaket vil bli slettet etter bruk, alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informanten vil bli anonymisert. Skriftlige notater av intervjuet vil bli makulert etter bruk, og jeg blir å ivareta taushetsplikten ved dette intervjuet.

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og samtykket kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i løpet av prosjektet uten å måtte oppgi grunn. Prosjektet er beregnet ferdigstilt 28/10-11.

Vedlagt ligger det tillatelse til innhenting av data og intervjuguide.

På forhånd takk.

Mvh.

Sykepleierstudent

22/8 2011

Sykepleier

Informert samtykke til intervju i forbindelse med min bacheloroppgave i sykepleie

Jeg er sykepleierstudent som tar desentralisert utdanning ved Universitetet i Nordland,

Jeg er inne i mitt siste semester på studiet, og i den forbindelse er jeg i gang med avsluttende bacheloroppgave.

Problemstillingen i oppgaven min er *"Hvordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinering av pasienter?"*

I denne forbindelse ønsker jeg et dybdeintervju med deg. Jeg fant frem til deg da jeg leste om prosjektet *"En pille for alt som er ille."* Dette prosjektet høres veldig spennende ut, og jeg tror det er meget relevant for min oppgave.

Jeg har beregnet en varighet på intervjuet på ca 1 time, og vil selv komme til for å ta intervjuet med deg. Under intervjuet vil jeg benytte båndopptaker som hjelpemiddel. Lydopptaket vil bli slettet etter bruk, alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informanten vil bli anonymisert. Skriftlige notater av intervjuet vil bli makulert etter bruk, og jeg blir å ivareta taushetsplikten ved dette intervjuet.

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og samtykket du gir kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i løpet av prosjektet, uten å måtte oppgi grunn. Prosjektet er beregnet ferdigstilt 28/10-11.

Vedlagt ligger intervjuguide.

På forhånd takk.

Mvh.

Sykepleierstudent

(Sign)

Sykepleier

(Sign)

, 22/8 2011

Sykepleier

Informert samtykke til intervju i forbindelse med min bacheloroppgave i sykepleie

Jeg er sykepleierstudent som tar desentralisert utdanning ved Universitetet i Nordland,

Jeg er inne i mitt siste semester på studiet, og i den forbindelse er jeg i gang med avsluttende bacheloroppgave.

Problemstillingen i oppgaven min er *”Hvordan kan sykepleier i sykehjem bidra til en faglig forsvarlig medisinerings av pasienter?”*

I denne forbindelse ønsker jeg et dybdeintervju med deg. Da du jobber som sykepleier ved sykehjem tror jeg dine kunnskaper og erfaringer vil være nyttig for meg og mitt prosjektarbeid.

Jeg har beregnet en varighet på intervjuet på ca 1 time, og vil selv komme til for å ta intervjuet med deg. Under intervjuet vil jeg benytte båndopptaker som hjelpemiddel. Lydopptaket vil bli slettet etter bruk, alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og informanten vil bli anonymisert. Skriftlige notater av intervjuet vil bli makulert etter bruk, og jeg blir å ivareta taushetsplikten ved dette intervjuet.

Deltakelse i dette prosjektet er frivillig, og samtykket du gir kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i løpet av prosjektet, uten å måtte oppgi grunn. Prosjektet er beregnet ferdigstilt 28/10-11.

Vedlagt ligger intervjuguide.

På forhånd takk.

Mvh.

Sykepleierstudent

(Sign)

Sykepleier

(Sign)

Intervjuguide Undervisningssykehjem

1. Når var du ferdig med sykepleierutdanningen, og har du jobbet ved sykehjem lenge?
2. Kan du beskrive medisinrutinene ved sykehjemmet?
3. Kan du fortelle litt rundt Deres praksis på medisinhandling?
4. Blir denne praksisen fulgt?
5. Kan du fortelle om hvordan prosjektet "En pille for alt som er ille" startet?
6. Hvilke resultater fikk Dere, og er det noe av disse resultatene Dere drar nytte av nå?
7. Kommer resultatene pasientene til gode?
8. Hvilke holdninger har ansatte ved sykehjemmet i forhold til dette prosjektet?
Forholder alle seg til dette, eller møtes det motstand?
9. Hvem er det som gir pasientene medisinene de skal ha? Hvilken yrkestittel?
10. Hvilken opplæring har de som gir medisiner til pasientene?
11. Hvilken praksis har avdelingen i forhold til tablettknusing?
12. Hvorfor knuser dere de tablettene som eventuelt knuses? Lettere å svelge? Pasienten vil ikke ta dem?
13. Er det opplæring på hva som kan knuses? Kontrolleres dette på noen måte?
14. Korrekt legemiddelhandling skal kontrolleres i henhold til de 7 R'er. Hvordan opplever du dette i hverdagen?
15. I hvilken grad opplever du at man observerer virkning og bivirkning av den medikamentelle behandlingen?
16. Hvilke utfordringer ser du at legemiddelhandlingen kan by på for oss som er nyutdannede?
17. Hva synes du blir sykepleierens viktigste utfordring eller oppgave i forhold til forsvarlig medisinhandling?

18. Hvilke egenskaper synes du en sykepleier bør ha (i forholdt til temaet)?

19. Er det noe mer du mener er relevant for temaet som du ønsker å fortelle?

Intervjuguide sykehjem

1. Når var du ferdig med sykepleierutdanningen, og har du jobbet ved sykehjem lenge?
2. Kan du beskrive medisinerutinene ved sykehjemmet?
3. Kan du fortelle litt rundt praksisen Deres på medisinhandling?
4. Blir denne praksisen fulgt?
5. Hvem er det som gir pasientene medisinene de skal ha? Hvilken yrkestittel?
6. Hvilken opplæring har dem som utdeler medisiner?
7. Hvilken praksis har avdelingen i forhold til tablettknusing?
8. Hvorfor knuser dere de tablettene som eventuelt knuses? Lettere å svelge? Pasienten vil ikke ta dem?
9. Er det opplæring på hva som kan knuses? Kontrolleres dette på noen måte?
10. Korrekt legemiddelhandling skal kontrolleres i henhold til de 7 R'er. Hvordan opplever du dette i hverdagen?
11. I hvilken grad opplever du at man observerer virkning og bivirkning av den medikamentelle behandlingen?
12. Hvilke utfordringer ser du at legemiddelhandlingen kan by på for oss som er nyutdannede?
13. Hva synes du blir sykepleierens viktigste utfordring eller oppgave i forhold til forsvarlig medisinhandling?
14. Hvilke egenskaper synes du en sykepleier bør ha (i forhold til temaet)?
15. Er det noe mer du mener er relevant for temaet som du ønsker å fortelle?