

# **HELSEPERSONELLS ERFARINGAR, TANKAR OG HALDNINGAR TIL BEHOVSMEDISINERING I SJUKEHEIMAR**

Masteroppgåve i farmasi

**Lillan Mo Andreassen**



Avdeling for samfunnsfarmasi

Senter for Farmasi

Universitetet i Bergen

20. mai 2009



## Forord

Å få høve til å utforme si eiga oppgåve frå starten er ikkje noko alle er unt. Dette fekk eg høve til, noko som har vore ei erfaring på godt og vondt. I utgangspunktet skulle oppgåva vere ei kvantitativ oppgåve, der ei kartlegging av behovslegemiddelbruken i sjukeheimar skulle gjennomførast. På grunn av praktiske problem kunne ikkje dette la seg gjere på den tilmålte tida, og problemstillinga blei endra til ei kvalitativ ei i slutten av september 2008. Det tok ei stund før eg greidde å sjå positivt på denne omvelten, men den enorme positive responsen for prosjektet frå menneske som til dagleg arbeider med sjukeheimsmedisin smitta etter kvart over på meg òg. Den nye problemstillinga viste seg å føre meg gjennom ein kjempespanande og utfordrande forskingsprosess, kor eg har lært mykje og hatt gleda av å sjå at funna mine tilføyer noko viktig til forskingsområdet. Eg må først og fremst takke vegleiarane mine for å ha losa meg trygt gjennom prosessen:

Anne Gerd Granås, som med si breie forskarerfaring, gode vegleiingevner, nyttige innspel og store iver har hjelpt meg gjennom alle fasane av oppgåveprosessen.

Kjell Hermann Halvorsen, som har delt sine kunnskapar på området med meg, og syns å ha hatt eit uendeleg tålmod med å svare på spørsmål frå meg fleire hundre gonger om dagen.

Hanne T. Fauskanger, som har opna dører inn til sjukeheimsverda i Bergen for meg, samt bidrege med mykje nyttig kunnskap om området.

I tillegg er det fleire som på ein eller fleire måtar har hjelpt meg undervegs. Reidun Kjome, Kevin Choat og Torild Jacobsen har alle tatt seg tida til å kome med gode råd mykje pep-talk. Elles har arbeidsmiljøet i gangen gitt mykje glede gjennom året. Elles vil eg takke alle som har gjort dette prosjektet mogleg – sjukeheimane i Bergen kommune, fagmøtet for sjukeheimslegane, og dei som sa seg villige til å delta i gruppeintervjua.

Til slutt vil eg rette ein takk til min fantastiske familie, min tolmodige kjæraste, og mine utrulege vener – dykk har alle hjelpt meg fram dit eg er i dag.

Bergen 20. mai 2009

Lillan Mo Andreassen



## Innholdsfor-teikning

1	Definisjonar .....	9
2	Samandrag .....	11
3	Innleiing .....	13
3.1	Behovslegemiddel og legemiddelhandtering .....	13
3.1.1	Behovslegemiddel i sjukeheimar .....	13
3.1.2	Legemiddelhandtering i sjukeheimar .....	13
3.1.3	Ansvar og oppgåver innafor legemiddelhandteringa .....	14
3.1.4	Kompetanse og opplæring.....	16
3.1.5	Ulike nivå av kompetanse .....	16
3.1.6	Kvalitetsbetring av legemiddelhandteringa.....	17
3.2	Sjukeheimar.....	18
3.2.1	Legemiddelføreskriving og –bruk i sjukeheimar .....	18
3.2.2	Fakta om sjukeheimar og deira bebuarar .....	18
3.3	Eldre og legemiddel .....	19
3.3.1	Eldrebyggja .....	19
3.3.2	Aldring, sjukdom og medisinsk behandling.....	21
3.4	Formål og problemstillingar .....	23
3.4.1	Formål med prosjektet.....	23
3.4.2	Problemstillingar .....	23
4	Materiale og metode.....	25
4.1	Val av metode.....	25
4.1.1	Fokusgrupper.....	25
4.1.2	Dokumentanalyse .....	25
4.2	Materiale til fokusgruppene og gjennomføring av gruppeintervju .....	26
4.2.1	Rekruttering til fokusgruppene.....	26
4.2.2	Deltakarane i fokusgruppene.....	27
4.2.3	Intervjuguiden .....	27
4.2.4	Gjennomføringa av dei tre gruppeintervjua .....	27
4.3	Innsamling av generelle skriftlege direktiv .....	28
4.4	Analyse av gruppeintervjua.....	28

4.4.1	Transkripsjon av gruppeintervjua.....	28
4.4.2	Analyse av transkripta frå gruppeintervjua .....	28
4.4.3	Validering av gjennomført analyse av gruppeintervjua .....	31
4.5	Analyse av dei generelle skriftlege direktiva .....	31
4.6	Etikk og personvern .....	31
4.7	Litteratursøk .....	32
5	Resultat.....	33
5.1	Gruppeintervjua.....	33
5.1.1	A: Bruk av og praksis rundt behovsmedisinering .....	34
5.1.2	B: Kompetanse og kvalitet .....	37
5.1.3	C: Ansvar.....	40
5.1.4	D: Informasjonsflyt .....	42
5.1.5	E: Rutinar .....	46
5.1.6	F: Generelt om medisinering.....	47
5.1.7	G: Haldningar .....	49
5.2	Dokumentanalyse av generelle skriftlege direktiv .....	52
6	Drøfting .....	57
6.1	Metodedrøfting .....	57
6.1.1	Fokusgrupper som metode .....	57
6.1.2	Deltakarane i fokusgruppene.....	58
6.1.3	Analyse av gruppeintervjua.....	59
6.1.4	Dokumentanalyse som metode.....	59
6.1.5	Materialet til dokumentanalysen .....	60
6.1.6	Analyse av generelle skriftlege direktiv .....	60
6.1.7	Førforståinga sin innverknad på metode, analyse og resultat .....	61
6.2	Drøfting av gruppeintervjua .....	61
6.2.1	Erfaringar .....	62
6.2.2	Tankar.....	64
6.2.3	Haldningar .....	68
6.3	Drøfting av dei generelle skriftlege direktiva.....	70
6.3.1	Pasientane .....	70
6.3.2	Pleiepersonalet .....	71
6.3.3	Sjukeheimslegane .....	72
6.3.4	Farmasøytane .....	72

6.3.5	Sjueheimskulturen .....	73
6.3.6	Framtidsutsikter.....	73
6.4	Ikkje berre elende .....	74
7	Konklusjon .....	75
8	Referanseliste .....	77
9	Vedlegg .....	83





# 1 Definisjonar

## Behovslegemiddel

Legemiddel til bruk ved forbigåande plager eller ved forverring av allereie diagnostiserte tilstandar. Behovslegemiddel kan stå oppført under ”ved behov” eller ”eventuelt” på den enkelte pasient sitt legemiddelkort. Behovslegemiddel kan òg vere oppført på generelle skriftlege direktiv (sjå under), som gjeld for heile sjukeheimen.

## Generelle skriftlege direktiv

Ei skriftleg tilleggsprosedyre for generell ordinasjon av legemiddel, fortrinnsvis berre for mindre alvorlege plager, når legen ikkje er tilstades (*Retningslinjer for legemiddelhandtering på sykehjem i Bergen kommune, 2004*). Blir somme stader kalla for eventuelliste. Brukast i situasjonar som krev behovslegemiddel, der dette ikkje er oppført på pasienten sitt legemiddelkort.

## Verksemdsleiar

Verksemdsleiar er i følge forskrift ”den som er ansvarleg for helsehjelpen som ytes i den enkelte virksomhet” Om ikkje verksemdsleiareren som blir valt har legemiddelkompetanse, det vil seie medisinsk eller farmasifaglege kvalifikasjonar, må det utpeikast ein fagleg rådgjevar med denne kompetansen.(Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 3, j)). Det må avklarast individuelt dei ulike stadene i landet kva som reknast som ei verksemd, og deretter kven i verksemda som skal få dette ansvaret (Helsedirektoratet, 2008a).

## ATC-kodesystemet

Eit klassifikasjonssystem for legemiddel etter kva organ eller system i kroppen dei verkar på - kjemisk, farmakologisk og terapeutisk. Kodesystemet klassifiserar legemidla i fem nivå:

1. nivå: Hovudgruppe. Organet eller systemet legemidlet verkar på. Markerast med ein bokstav, til dømes N (Nervesystemet).
2. nivå: Terapeutisk hovudgruppe. Markerast ved å legge til to siffer etter bokstaven, til dømes N02 (analgetika).
3. nivå: Terapeutisk undergruppe. Markerast ved ny bokstav, til dømes N02A (opioider).

4. nivå: Kjemisk hovudgruppe. Markerast ved enda ein bokstav, til dømes N02A A (opiumsalkaloider).

5. nivå: Kjemisk substans. Markerast ved nye to siffer, til dømes N02A A01 (morfin).  
(Tørisen, 2008; WHO, 1990).

### **A- og B-preparat**

Eit A-preparat er narkotiske legemiddel.

Eit B-preparat er vanedannande legemiddel.

### **Formelt, fagleg, og moralsk ansvar**

Ei formelt ansvar er eit juridisk ansvar ein tileigner seg gjennom utdanning og autorisasjon som helsepersonell. Det er og eit ansvar om å følgje dei lover og forskrifter som er sett for det arbeidet ein gjer.

Eit fagleg ansvar er eit ansvar om å inneha, samt å tileigne seg dei kunnskapane som er nødvendig for å utføre dei oppgåvene ein er pålagt å gjere.

Eit moralsk ansvar kan vere å følgje yrkesetiske retningslinjer og elles allment aksepterte normer.

## 2 Samandrag

Behovslegemiddel er meint å bli gitt som respons på eit symptom eller medisinsk behov som oppstår hjå pasienten. Behovslegemiddel blir anten ført opp på den enkelte pasient sitt legemiddelkort, eller så kan ein nytte seg av legemiddel på generelle skriftlege direktiv som gjeld for heile sjukeheimen. Det er blitt observert forskjellar i praksisen for behovsmedisinering frå sjukeheim til sjukeheim, og avgjersleprosessen for om ein skal gi behovslegemiddel eller ei, er uklar. Det er eit behov for meir kunnskap om korleis systemet for behovsmedisinering fungerer, for å kunne utvikle best mogleg prosedyrar og rutinar for dette området.

Hjelpepleiarar, sjukepleiarar og sjukeheimslegar blei invitert til å delta i tre yrkesspesifikke fokusgrupper, der dei skulle diskutere korleis erfaringar, tankar og haldningar dei hadde i høve til behovsmedisineringa i sjukeheimar. Det blei utvikla ein semistrukturert intervjuguide med fem hovudtema: Erfaringar, tankar, haldningar, forslag til betre praksis, og medisinering generelt i sjukeheimar. Gruppeintervjua blei transkribert ordrett og analysert tematisk. I tillegg blei alle dei 33 sjukeheimane i Bergen kommune bedt om å sende kopi av sine generelle skriftlege direktiv. Desse blei undersøkt ved dokumentanalyse.

Gruppeintervjua avdekket eit misforhold mellom oppgåvefordeling og ansvarsmedvit i høve til behovsmedisineringa. Det blei etterlyst betre rutinar for dokumentasjon av behovslegemidlets effekt, samt organisering og gjennomføring av undervisning på området. Fleire uttrykte bekymring for at fokuset på å behandle med legemiddel i sjukeheimar er så stort. Tjuefire direktiv blei innhenta til dokumentanalysen, desse blei analysert ved hjelp av eit kodeskjema. Dei generelle skriftlege direktiva viste stor variasjon i både utforming og innhald. Talet på indikasjonar gjekk frå 3 til 17, og til saman fanst det 51 legemiddelsubstansar å velje blant. Doseringsinformasjonen mangla eller var uklar i ein fjerdedel av tilfella.

Helsepersonell opplev at behovsmedisineringa ikkje fungerer på fleire område, og at ei kvalitetsbetring må til. Det same viser den varierende kvaliteten på dei generelle skriftlege direktiva.



## 3 Innleiing

### 3.1 Behovslegemiddel og legemiddelhandtering

#### 3.1.1 Behovslegemiddel i sjukeheimar

Behovslegemiddel skal gis som respons på symptom som oppstår hjå pasienten. Det kan likevel vere vanskeleg å vurdere kva som ligg til grunn for symptoma, særskilt dersom pasienten er eit eldre menneske med ei form for kognitiv svikt. Saman med hektiske arbeidsdagar og pasientar med store pleiebehov er det ein fare for at behovslegemiddel ikkje blir brukt slik dei er tenkt. Det fins historier om overmedisinering, feilmedisinering og tvangsmedisinering (Bergesen, 1997; Malmedal, 1999; Wick, 1999). Praksisen har vist seg å vere ulik frå sjukeheim til sjukeheim. Ein internasjonal studie viser at det herskar forvirring rundt avgjersleprosessen og administrasjonspraksisen for behovslegemiddel (Usher et al., 2001).

Det fins fleire studiar som via ei kvantitativ tilnærming har forsøkt å forklare kva faktorar som verkar inn på føreskriving og bruk av behovslegemiddel i sjukeheimar (Roberts, 1988; Roberts et al., 1998; Schmidt et al., 1998; Stokes et al., 2004). Resultata er inkonsistente og dei har alle enda opp med å konkludere at det er sjukeheimskultur og institusjonsmiljø som i størst grad påverkar begge dei nemnte, utan å utdjupe noko vidare kva dette vil seie. Malmedal (1999) definerer sjukeheimskultur som det sosiale klimaet, kvaliteten på kommunikasjonen mellom personalet, og mellom personalet og pasientane, og verdiar, normer, kunnskap og haldningar som delast mellom personane innanfor sjukeheimen. Vidare seier ho at institusjonsmiljø omfattar økonomiske og personalmessige rammer, rutinar, og leiingars haldningar og innverknad på kva som skjer i sjukeheimen.

#### 3.1.2 Legemiddelhandtering i sjukeheimar

Behovslegemiddel er ein del av legemiddelhandteringa, då denne skal forståast som ”enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt” (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 3, b)). I praksis tyder dette alle oppgåver som omhandlar legemiddel, frå det er bestemt kva legemiddel pasienten skal få, til han eller ho faktisk har fått det. Skriftlege prosedyrar og rutinar skal vere tilstades for alle ledd av

legemiddelhandteringa (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008; Helsedirektoratet, 2008b), og dei skal vere oppdaterte og tilgjengelege til einkvar tid (Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten, 2002).

*Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (2008) tredde i kraft 1. mai 2008. Den nye forskrifta erstattar to tidlegare forskrifter, *Forskrift om legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjeneste* (1987) og *Forskrift om legemiddelforsyning mv. ved sykehus og andre institusjoner* (1968). Den er eit ledd i kvalitetsbetringsstrategien for sosial- og helsetenesta i Noreg (Helsedirektoratet, 2005), og skal, saman med *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (2002), bidra til å sikre gode rutinar og ei meir heilskapleg utforming av prosedyrar rundt legemiddelhandtering, uansett kor denne måtte finne stad (Helsedirektoratet, 2008a).

### 3.1.3 Ansvar og oppgåver innafor legemiddelhandteringa

Fordelinga av ansvar og oppgåver mellom ulike aktørar innafor legemiddelhandteringa, i høve til ny forskrift, er attgjeven i Tabell 3. 1.

Tidlegare var det legen som hadde ansvaret for å delegere mynde til anna helsepersonell, til å utlevere legemiddel når han eller ho ikkje var tilstades (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987). Dette delegeringsansvaret har no falle bort, og det er verksemdsleiar som har overtatt ansvaret for å vurdere kven som skal utføre dei ulike oppgåvene innanfor legemiddelhandteringa (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 4), fortrinnsvis ved namn (Helsedirektoratet, 2008b). Verksemdsleiar skal vurdere kven som har tilstrekkeleg kompetanse, både i form av formelle og reelle kvalifikasjonar, til å utføre dei ulike oppgåvene innan legemiddelhandtering (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008). Han eller ho kan bestemme at nokon skal utføre enkeltoppgåver, medan andre igjen kan utføre fleire trinn innafor legemiddelhandteringsprosessen. Formålet er å nytte kompetansen til dei tilsette på best mogleg måte, for å sikre rett og god legemiddelhandtering (Helsedirektoratet, 2008b).

**Tabell 3. 1: Ansvar- og oppgåvefordeling innan legemiddelhandteringa, med relevans for behovsmedisinering**

Oppgåve	Ansvar	Lovverk
<p>Overordna ansvar for at legemiddelhandtering, derunder behovsmedisinering skjer forsvarleg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurdere kven i sjukeheimen som kan utføre dei ulike oppgåvene innafør legemiddelhandteringa.</li> <li>- Organisere undervisning/sørgje for at det blir gitt opplæring.</li> <li>- Sørgje for at skriftlege prosedyrar for legemiddelhandtering er utarbeida og blir oppdaterte.</li> </ul>	<p>Verksemdsleiar i eventuelt samarbeid med fagleg rådgjevar (lege eller farmasøyt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 4.</i></li> <li>○ <i>Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.</i></li> </ul>
<p>Ordinering av legemiddel/behovslegemiddel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På pasienten sitt legemiddelkort</li> <li>- På generelle skriftlege direktiv</li> </ul>	<p>Lege</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Lov om helsepersonell § 11.</i></li> <li>○ <i>Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 7.</i></li> </ul>
<p>Utlevering av legemiddel/behovslegemiddel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istandgjerung: Lese og forstå legens ordinering, klargjerung/utrekning av legemiddeldose, kontroll og dokumentasjon.</li> <li>- Utdeling: Identifisering av pasient, observere at pasient tar legemidlet, dokumentere at legemidlet er gitt.</li> </ul>	<p>Autorisert helsepersonell vurdert å vere skikka til oppgåva av verksemdsleiar, i høve til formelle og reelle kvalifikasjonar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Lov om helsepersonell.</i></li> <li>○ <i>Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 7.</i></li> </ul>
<p>Tilsyn med legemiddelhandteringa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagleg rådgjevar.</li> <li>- Kvalitetssikre legemiddelhandteringa i sjukeheimen.</li> </ul>	<p>Farmasøyt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Lov om helsepersonell.</i></li> <li>○ <i>Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, § 4, 2. ledd.</i></li> <li>○ <i>Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.</i></li> </ul>

Sjukepleiarar har automatisk hatt ei generell delegering til å administrere legemiddel i kraft av si utdanning (Holm et al., 2007; Ranhoff et al., 2007). Det har med andre ord vore vanleg praksis at sjukepleiarar er dei som førestår legemiddelhandteringa i institusjonane, når legen ikkje er tilstades. Hjelpepleiarar har kunne fått personleg, men tidsavgrensa, delegering til å dele ut legemiddel etter å ha gjennomført eit kurs i legemiddelhandtering. Desse kursa er tolvtimars kurs, som blir gjennomført av legar, farmasøytar og sjukepleiarar (Fauskanger, 2009). Repetisjonskurs skal takast før delegeringa kan bli fornya (Ranhoff et al., 2007). Delegeringssystemet har som sagt falle bort, men krav om kurs for hjelpepleiarar står framleis ved lag om dei skal bli vurderte til å kunne dele ut legemiddel til pasientar.

#### 3.1.4 Kompetanse og opplæring

Ordet kompetanse kjem frå det latinske ordet *competentia*, som tyder samantreff, skikkeleik; og kan brukast om personar som anten innehar ei stilling, ein type fagkunnskap, eller dei kvalifikasjonar som er nødvendige for å kunne utføre ei oppgåve eller fatte ei avgjersle (Caplex.no; Gyldendal, 2005). Innan legemiddelhandtering skal både formelle og reelle kvalifikasjonar vurderast, slik som helsefagleg utdanning, tilleggsutdanning og erfaring (Helsedirektoratet, 2008a). Sjølv om det er verksemdsleiar som vurderer kven som er skikka til å kunne utføre dei ulike oppgåvene innan legemiddelhandteringa, har dei einskilde utøvarane eit individuelt ansvar for å utføre oppgåvene forsvarleg jf. helsepersonelloven § 4 (Helsedirektoratet, 2008a, 2008b; Helsepersonelloven, 1999). I kravet om å vere forsvarleg inngår òg at ein som helsepersonell har ansvar for å halde seg fagleg oppdatert, samt vere klar over kor grensa går for kva som er fagleg forsvarleg gitt eins eigen kompetanse og kvalifikasjonar (Helsepersonelloven, 1999). Verksemdsleiar skal sørge for at dei som har fått ansvar innanfor legemiddelhandteringa, har fått og får tilstrekkeleg opplæring (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008), men utøvarane må òg vere klar over eige læringsbehov (Holm et al., 2007).

#### 3.1.5 Ulike nivå av kompetanse

Vegleiarer som følgjer med legemiddelhandteringsforskrifta deler oppgåveområda innan legemiddelhandteringa inn i to punkt: Punkt 1: "Istandgjøring av legemiddel til den enkelte pasient" og punkt 2: "Utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient" (Helsedirektoratet, 2008b). Vidare utdjuar vegleiarer at helsepersonell som utfører oppgåver under punkt 1, bør ha tilstrekkeleg fagleg kompetanse om og erfaring med verknad, verknadsmåte, haldbarheit, oppbevaring, interaksjonar og biverknader for legemidlet; samt ha kunnskap om ulike



legemiddelformer, bytbare legemiddel, medikamentrekning, doseringsregime og dokumentasjon. Kompetansekrava for punkt 2 treng ikkje vere like strenge som for punkt 1 i følgje vegleiaren, som identifiserer oppgåvene under dette punktet til å vere identifisering av pasienten, observering av at pasienten tar legemidlet og dokumentasjon på at legemidlet er gitt. Det er derimot viktig å merke seg at Helsetilsynet i sitt høyringssvar til forskrifta påpeiker at ”den delen av legemiddelhandteringen som angår utlevering av legemiddel til pasient, vil i mange tilfelle også innbefatte observasjon av virkningar, eventuelt manglende effekt, og bivirkningar av legemidler” (Helsetilsynet, 2007). Kompetansekravet er ikkje ubetydeleg her heller. Dei som har ansvaret for desse oppgåvene innanfor legemiddelhandteringa må ha den rette kompetansen og kunnskapen til å kunne oppfatte og vurdere alt dette.

### 3.1.6 Kvalitetsbetring av legemiddelhandteringa

Ein erkjenner at feil førekjem i alle ledd av legemiddelhandteringa, og at dei mest utsette pasientane er eldre menneske og ofte dei som bur i sjukeheim (Helsedepartementet, 2005). I ein studie gjennomført på sjukeheimar i Bergen, fann eit ekspertpanel feil eller problem i medisineringa hjå tre av fire sjukeheimspasientar. Variasjonen var likevel stor mellom dei ulike sjukeheimane (Sabine Ruths et al., 2003). Tilsynsmeldinga 2007 frå Helsetilsynet melder at uheldige hendingar knytt til legemiddelhandtering utgjer om lag 27 prosent av alle meldingar til Meldesentralen (Helsetilsynet, 2008). Desse funna indikerer at det er behov for ei betring av legemiddelhandteringa ved sjukeheimar. Regelverk og lokale prosedyrar er i så måte eit viktig verktøy for å få til dette. Helsetilsynet snakkar om dette som ”barrierar” som skal minske risikoen for svikt innan legemiddelhandteringa (Helsetilsynet, 2008). Samstundes uttrykker dei bekymring for at lokale prosedyrar og skjema er så mange og forskjellige, at dei snarare kan føre til endå fleire misforståingar og feil.

Den nye forskrifta (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008) er laga slik at legemiddelhandteringa ikkje skal vere reservert for enkelte helsepersonellgrupper, men at ein skal kunne bruke dei ressursane ein har i verksemda. For at kvaliteten på legemiddelhandteringa ikkje skal forverrast, snarare betrast, må verksemdsleiar, saman med ein eventuell fagleg rådgjevar og personalet som blir involvert, løyse ansvarsfordelinga på best mogleg måte, samt utarbeide gode og utvitydige prosedyrar og rutinar for legemiddelhandteringa. Dette er viktig for at både prosedyrar og praksis skal kunne fungere best mogleg for både pleiepersonell og pasientar, og i tråd med gjeldande lover og forskrifter.

## 3.2 Sjukeheimar

### 3.2.1 Legemiddelføreskriving og –bruk i sjukeheimar

Bebuarar i sjukeheimar mottar i gjennomsnitt sju legemiddel fast kvar dag, samt 2,5 legemiddel som behovsmedisinering (Rytter et al., 2007). Laksantia (A06), analgetika (N02), og psykoleptika (N05) er dei ATC-gruppene av legemiddel som blir føreskrive og gitt mest som behovslegemiddel (Roberts et al., 1998; Snowdon et al., 2006; Stokes et al., 2004). Det er likevel vist store variasjonar frå sjukeheim til sjukeheim i kor mykje og kor ofte behovslegemiddel blir gitt (Roberts et al., 1998; Stokes et al., 2004). Legemiddelbruk generelt i sjukeheimar er eit tema som stadig dukkar opp i media, då i form av sensasjonelle og negative oppslag, som til dømes ”Dopet ned på sykehjem” (Aftenposten, 23.06.2008). Uhensiktsmessige effektar av legemiddelbruk er ein av hovudårsakene til at eldre blir innlagt på sjukehus (Mannesse et al., 2000; Onder et al., 2002).

### 3.2.2 Fakta om sjukeheimar og deira bebuarar

Ein sjukeheim er ein kommunal helseinstitusjon (Kommunehelsetjenesteloven, 1982), som har til oppgåve å gi bustad og optimal medisinsk behandling, sjukepleie og omsorg til sterkt hjelpetrengande, ofte eldre menneske (Ranhoff et al., 2007, side 9). Ved utgangen av 2007 var det 38 648 sjukeheimplassar i Noreg (Statistisk Sentralbyrå, 2008c). Dette er ein auke på over 4000 plassar frå 1997. Det totale talet institusjonsplassar har derimot gått ned frå omtrent 50 000 til 40 000 i same periode (Abrahamsen, 2004). Det skuldast i hovudsak nedbygginga av aldersheimar. Stortingsmelding nr. 50 (1996-97) har som mål at eldre skal bu heime lengst mogleg (Helsedepartementet, 1997), og tilbodet med at eldre får hjelp heime eller plass i omsorgsbustad i staden for i institusjon er difor blitt svært utvida. Talet på bustader til omsorgsformål er i dag om lag 50 000 og eldre tar opp over 30 000 av plassane (Statistisk Sentralbyrå, 2008a). På bakgrunn av utviklinga i folkesetnaden som vi ser komme, er det anslått at det er behov for 60 000 nye sjukeheimplassar og omsorgsbustader innan 2030 (Helsedepartementet, 2006).

Gjennomsnittleg tal på senger i norske sjukeheimar ligg mellom 40 og 50 (Waalder et al., 1999). Pasientar som bur i sjukeheimar har ein gjennomsnittsalder på rundt 84 år (Paulsen et al., 2004; Romøren, 1999; Rytter et al., 2007), og dei har i snitt fire aktive diagnosar (Paulsen et al., 2004). Fordelinga mellom kjønna er omtrent 70% kvinner og 30% menn (Paulsen et al., 2004; Romøren, 1999; Rytter et al., 2007). Dei aller fleste pasientane kjem frå eigen heim

eller sjukehus når dei blir lagt inn på sjukeheim, i følgje ei undersøking gjort av Romøren (1999). Frå same undersøkinga kan vi lese at ”inngangsbillettane” i hovudsak er aldersdemens, hjerneslag, kronisk hjertesjukdom, lårhalsbrot og artrosar.

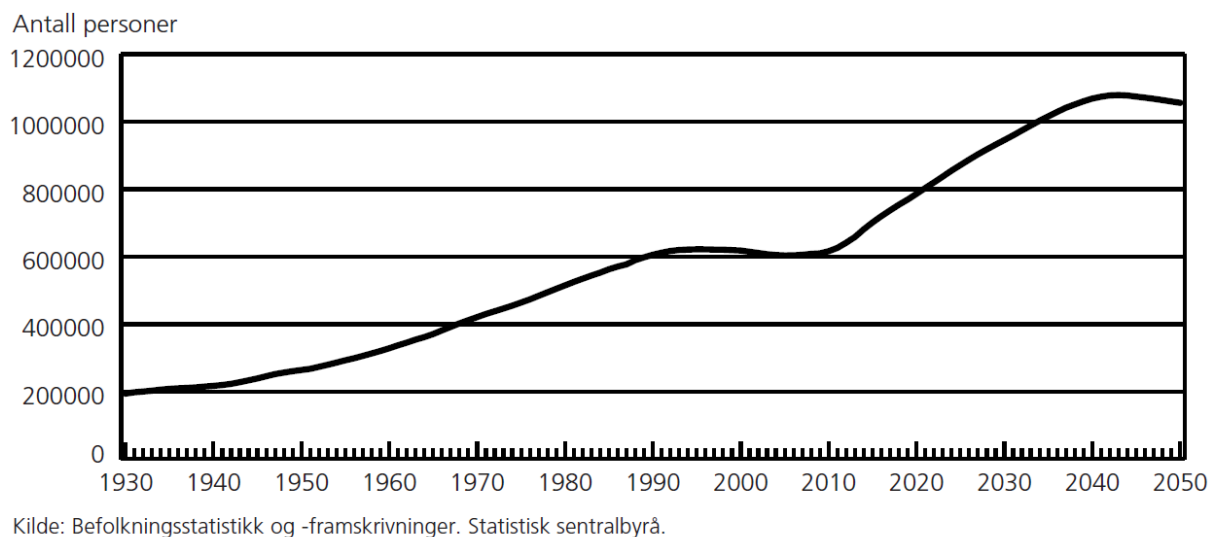
I 1999 blei det gjennomført ei nasjonal kartlegging av legetenester i sjukeheimar på oppdrag frå Statens Helsetilsyn og Nasjonalt geriatriprogram (Waalder et al., 1999). Rapporten frå prosjektet viser blant anna at legane i gjennomsnitt har 7,4 timar per veke som sjukeheimslege, og ansvar for 40 senger. Ein tredjedel av legane meinte dei hadde behov for fleire timar i veka, og desse foreslo ein auke på 25% av det dåverande timetalet. Berre ein prosent av sjukeheimslegane er utdanna geriaterar, og det var ikkje meir en halvparten som hadde utført eit emnekurs i geriatri.

### **3.3 Eldre og legemiddel**

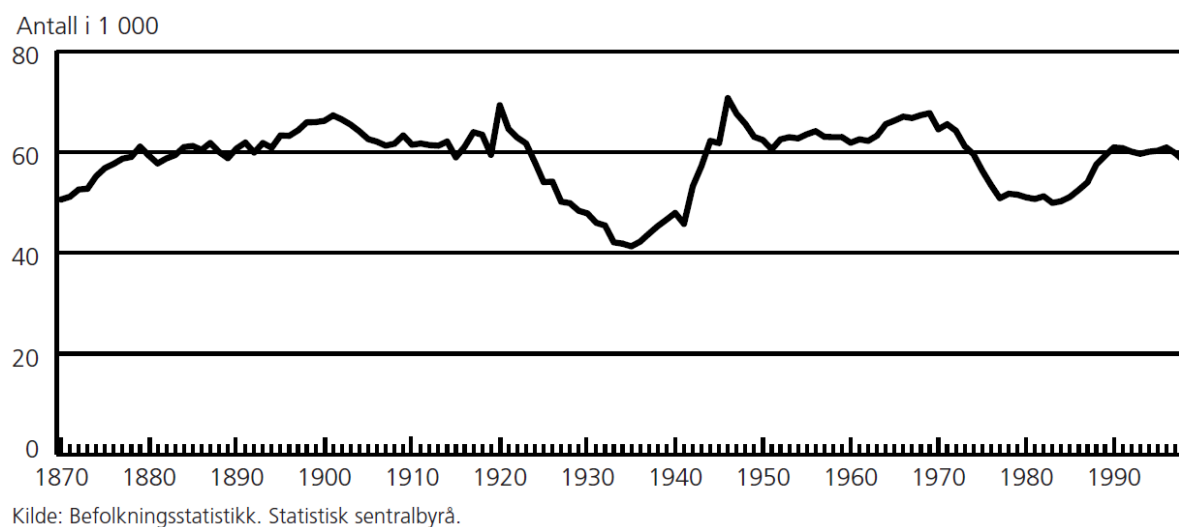
#### **3.3.1 Eldrebølgja**

Statistisk sentralbyrå har ved hjelp av fødselsstatistikk for levandefødde, og forventingar om utvikling i fruktbarheit, dødelegheit og innvandring, utarbeida framskrivingar av folkesetnaden i Noreg fram til år 2050. Den delen av folkesetnaden i Noreg som reknast som eldre, er allereie høg. Talet på eldre i folkesetnaden tredobla seg frå 1930 fram til 1990. Etter 1990 har talet stabilisert seg, medan frå 2010 til 2040 er talet på eldre venta å stige frå ca. 600 000 til 1,1 million (sjå Figur 3. 1). Då vil 21 prosent av heile folkesetnaden i Noreg utgjera av eldre. Denne utviklinga er òg kjent som *eldrebølgja* (Statistisk Sentralbyrå, 1999).

Grunnane til denne utviklinga er fleire. Betre levekår, nedgang i spedbarnsdødelegheit og framgang i den medisinske utviklinga det siste hundreåret har gjort at forventna levealder har auka (Folkehelseinstituttet, 2008). I tillegg har dei høge fødselstala rett etter annan verdskrig òg gjort sitt til at vi no får ei auke i talet på eldre (sjå Figur 3. 2).



**Figur 3. 1: Talet på personar 67 år og over. 1930-2050 (Statistisk Sentralbyrå, 1999).**



**Figur 3. 2: Levandefødde. 1870-1998 (Statistisk Sentralbyrå, 1999).**

Statistisk sentralbyrå sin statistikk set grensa for eldre frå 67 år og oppover. I denne gruppa er det likevel store forskjellar på både ressursar, ønskjer og behov. Aldersfordelingar innerter i gruppa er difor hensiktsmessig å sjå på, spesielt når det gjeld pleie- og omsorgsbehov. Tal frå 2007 viser at om lag tre fjerdedelar av bebuarane i institusjon er 80 år eller eldre (Statistisk Sentralbyrå, 2008b). Og sidan terskelen for når ein får plass på sjukeheim er relativt høg når det gjeld både funksjonssvikt, sjukdom og pleiebehov (Romøren, 1999), er det rimeleg å anta at dei fleste bebuarane på sjukeheimar er blant dei sjukaste og skrøpeligaste eldre. Det er

anslått at 70-80 % av pasientane i sjukeheimar har ein form for mental svikt, som hjå dei aller fleste er aldersdemens (Nygaard et al., 2000).

### 3.3.2 Aldring, sjukdom og medisinsk behandling

Vi veit ikkje *kvifor* vi aldrast, men vi veit ein god del om *korleis* vi aldrast. Aldring skjer på fleire plan, men generelt kan ein snakke om ein funksjonsreduksjon i kroppen, både fysisk og psykisk. Dette er generelle kjenneteikn på sjukdom òg. Aldring vil auke sjansen for å utvikle sjukdom, medan sjukdom kan kome til å framskynde aldring. Dess meir uttalt aldringa er hjå eit menneske, dess vanskelegare kan det difor vere å skilje aldersforandringar frå sjukdomssymptom (Nygaard et al., 2006). Om ein ikkje tar omsyn til aldersforandringar hjå eldre pasientar når ein skal starte medikamentell terapi, kan det få alvorlege følgjer.

Denne vanskelege vurderinga verkar inn på den medisinske behandlinga hjå eldre pasientar. Funksjonssvikt som skyldast normale aldersforandringar, vil vanskeleg kunne betrast ved medisinsk behandling. Om derimot sjukdom ligg til grunn for funksjonssvikten, vil medisinsk behandling kunne ha ei hensikt. Dessverre er funksjonssvikten gjerne ein kombinasjon av både aldersforandringar og sjukdom, og dermed vil legen måtte vurdere kva som veg tyngst av desse for kvar enkelt pasient. Om ein tillegg aldersforandringar for mykje vekt i høve til kva som er reelt, vil ein kunne risikere at pasienten ikkje får den nødvendige behandlinga. Om ein derimot tillegg aldersforandringane for lite vekt, kan ein kome til å påføre pasienten uhensiktsmessig eller skadeleg behandling (Skogen, 2006). Det fins eksempel på begge delar. Nygaard (2005) viste at underbehandling av smerte i sjukeheimar er vanleg. Svært mange pasientar som anten blei vurdert til å ha smerter av pleiepersonell, eller som sjølv klaga på smerter, fekk ikkje noka analgetisk behandling for dette. Studien viste òg at det var vanlegast å føreskrive smertestillande som behovslegemiddel, medan den vanlegaste administrasjonspraksisen var å gi smertestillande som var ført opp som fast medisin. Vidare var restriksjonen på å gi smertestillande ved behov mest uttalt hjå pasientar med ei demensdiagnose. På den andre sida vurderte eit ekspertpanel beståande av tre legar og ein farmasøyt at 44% av bebuarane i sjukeheimar brukte eitt eller fleire uhensiktsmessige legemiddel (S. Ruths et al., 2003).

Aldersforandringar har mykje å seie både for korleis kroppen omsetter legemiddel (farmakokinetikk) og korleis legemiddel påverkar kroppen (farmakodynamikk).

Innanfor farmakokinetikken fører aldersforandringar til at det intracellulære væskevolumet blir redusert, medan feittdepota i kroppen aukar. Det gjer at vassløyselege legemiddel, som til dømes paracetamol, skiljast hurtigare ut av kroppen. Feittløyselege legemiddel derimot, som psykofarmaka, har ein tendens til å akkumulere i kroppen, slik at verknadstida blir forlenga. I tillegg blir fleire og fleire organfunksjonar redusert dess eldre ein blir. Nyrefunksjonen blir redusert med omtrent 1% i året etter fylte 20 år, og ein 90-åring vil ha ca. 30% av nyrefunksjonen til ein ung voksen (Tozer et al., 2006, side 235). Dette har innverknad på kor raskt legemiddel som har nyrene som elimineringsveg, blir utskilt. Kor stor denne innverknaden av redusert nyrefunksjon er på effekten av legemidlet, vil blant anna vere avhengig av det terapeutiske vindauget til legemidlet (Jørund Straand, 2007). Med terapeutisk vindauge meinast intervallet mellom minste effektive dose og høgste tolererte dose av legemidlet (Tozer et al., 2006). Dess mindre terapeutisk vindauge eit legemiddel har, dess mindre er tryggleiksmarginen for legemidlet, og det skal svært små konsentrasjonssvingingar til frå tolerert effekt til biverknader og forgifting. Ein redusert nyrefunksjon kan føre til at plasmakonsentrasjonen av legemiddel aukar til toksiske verdiar, og det kan få fatale konsekvensar i form av alvorlege biverknader eller forgifting.

Farmakodynamiske tilhøve som blir endra med alderen er blant anna homøostasen (Wyller et al., 2001), eller jamvektsreguleringa i kroppen. Homøostasen regulerer blodtrykk, temperatur, hemoglobinverdi, oksygenmetting, blodsukker, surleiksgrad, saltinnhald og hormonnivå. Med aukande alder svekkast både sensitiviteten, snarleiken, presisjonen og kapasiteten til dei ulike reguleringsmekanismane (Skogen, 2006, side 188). Til dømes svekkast baroreseptorens evne til å regulere blodtrykket, slik at blodtrykkssenkande legemiddel lettare kan føre til ortostatisk hypotensjon. Dette kan vidare føre til ustøe og auka falltendens. Eldre vil òg ha lettare for å få kognitive biverknader av legemiddel med antikolinerg effekt, på grunn av lågare nivå i hjernen av neurotransmitteren acetylkolin, som har innverknad på hukommelse og læring (Wyller et al., 2001).

Føreskriving og medisinerer av eldre, er med andre ord ei vanskeleg oppgåve, kor det må utvisast varsemd (Hughes, 1998).

### **3.4 Formål og problemstillingar**

#### 3.4.1 Formål med prosjektet

Hovudmålet med prosjektet er å undersøke ulike grupper av helsepersonell i Bergen kommune sine tankar, haldningar og erfaringar knytt til handtering av behovslegemiddel i sjukeheimar. I tillegg har prosjektet eit delmål, som er å samle inn og samanlikne generelle skriftlege direktiv for alle sjukeheimane i Bergen kommune. Formålet med begge måla er å bidra med kunnskap til å gjennomføre prosedyrar og praksis på best mogleg måte for både pleiepersonell og pasientar, og i tråd med gjeldande lover og forskrifter.

#### 3.4.2 Problemstillingar

Hovuddelen av prosjektet har tre problemstillingar:

1. Kva erfaringar, tankar og haldningar har hjelpepleiarar rundt handtering av behovslegemiddel til pasientar i sjukeheimar?
2. Kva erfaringar, tankar og haldningar har sjukepleiarar rundt handtering av behovslegemiddel til pasientar i sjukeheimar?
3. Kva erfaringar, tankar og haldningar har sjukeheimslegar rundt handtering av behovslegemiddel til pasientar i sjukeheimar?

Delprosjektet har denne problemstillinga:

4. Kor samantfall og kor avvik dei generelle skriftlege direktiva for sjukeheimar i Bergen kommune?





## 4 Materiale og metode

Prosjektet tok utgangspunkt i både offentlege og private sjukeheimar innafor Bergen kommune, og Byrådsavdelinga for helse og omsorg ved Per Waardal samtykka til prosjektet.

I prosjektet blei det gjennomført to undersøkingar:

1. Eit hovudprosjekt med tre yrkesspesifikke gruppeintervju med hjelpepleiarar, sjukepleiarar og sjukeheimslegar.
2. Eit delprosjekt med innsamling og analyse av sjukeheimane sine generelle skriftlege direktiv.

### 4.1 Val av metode

Fokusgrupper blei valt som metode for å belyse problemstillingane til hovuddelen av prosjektet. For delprosjektet blei dokumentanalyse valt som metode.

#### 4.1.1 Fokusgrupper

Fokusgrupper er ein type gruppeintervju, ideelt sett med 4-8 deltakarar, som spelar på kommunikasjonen mellom intervjudeltakarane for å få fram data om eit spesifikt emne (Kitzinger, 1994). I følgje Kitzinger skjer dette ved at deltakarane blir oppmuntra til å snakke med, stille spørsmål, utveksle erfaringar og kommentere kvarandre. Denne interaksjonen mellom deltakarane i gruppeintervjuet kan kaste lys over deira haldningar, prioriteringar, språk og rammeverk for forståinga av området, samt (sub)kulturelle verdiar eller gruppenormer (Kitzinger, 1994, 1995).

#### 4.1.2 Dokumentanalyse

Ei dokumentanalyse kan anten undersøke tekst eller innhald i eitt eller fleire dokument (Østbye et al., 2002). I dette prosjektet er det innhaldsanalyse av dokumenta som står sentralt. I følgje Grønmo (2004) er ei innhaldsanalyse ein systematisk gjennomgang av dokument for å finne relevant informasjon om det du er ute etter å studere. Dette kan gjerast med både ei kvalitativ og ei kvantitativ tilnærming. I ei kvalitativ tilnærming er målet å kategorisere

innhaldet, og gjerne undersøke kva tekstelement som er mest typiske for kvar kategori. I ei kvantitativ tilnærming er kategoriane fastsett på førehand og innhaldet blir plassert inn i dei forskjellige kategoriane (Grønmo, 2004). Analysen i dette prosjektet ligg litt i grenseland – det er både ei kategorisering og ei nærare undersøking av kva skriva faktisk inneheld.

## **4.2 Materiale til fokusgruppene og gjennomføring av gruppeintervju**

### **4.2.1 Rekruttering til fokusgruppene**

Brev blei sendt ut til alle dei 33 sjukeheimane innafør Bergen kommune, med førespurnad til hjelpepleiarar og sjukepleiarar om å delta i gruppeintervju om behovsmedisinering i sjukeheimar (vedlegg I). Tid og stad for gruppeintervjua var fastsett på førehand og blei opplyst om i brevet. Det blei ytra ønske om at 1-2 hjelpepleiarar og sjukepleiarar frå sjukeheimen, med interesse for området, melde seg til å delta i gruppeintervjuet. I tillegg måtte dei tilfredsstillte følgjande inklusjonskriterium:

#### **1. Hjelpepleiarar:**

- Godkjent hjelpepleiar.
- Tilsett i minimum halv stilling.
- Arbeida på sjukeheimen i minimum eit halvt år.
- Må ha godkjent kurs i legemiddelhandtering.

#### **2. Sjukepleiarar:**

- Autorisert sjukepleiar.
- Tilsett i minimum halv stilling.
- Arbeida på sjukeheimen i minimum eit halvt år.

Sjukeheimslegane i Bergen kommune har eit eige månadleg fagmøte, og eg fekk høve til å presentere prosjektet på eitt av desse møta. Dei som var interessert i å delta på eit gruppeintervju om behovsmedisinering i sjukeheimar blei oppmoda til å skrive ned namn og e-post på ei liste. Seinare blei denne lista brukt til å kontakte dei interesserte for deltaking i gruppeintervju. Det blei ikkje sett opp nokre særskilde inklusjonskriterium for sjukeheimslegane.

#### 4.2.2 Deltakarane i fokusgruppene

Av hjelpepleiarar meldte det seg sju interesserte, fordelt på seks ulike sjukeheimar. Alle hjelpepleiarane var kvinner.

Av sjukepleiarar meldte det seg åtte interesserte, men nokre dagar før gruppeintervjuet meldte ein av dei avbod på grunn av sjukemelding. Det endelege talet på sjukepleiarar som møtte opp til gruppeintervju var sju fordelt på fem ulike sjukeheimar. Med unnatak av ein mann, var alle deltakarane kvinner.

Dei ti interesserte legane som hadde meldt si interesse etter prosjektpresentasjonen på fagmøtet, blei kontakta på e-post. I e-posten blei det foreslått ein dato og tidspunkt for gruppeintervju, og fem legar ga tilbakemelding at dei hadde høve til å delta. Endå ein lege melde seg som deltakar rett før gruppeintervjuet skulle starte. Dette var ein av legane som hadde meldt si interesse i utgangspunktet. Til saman fekk fokusgruppa seks deltakarar, fordelt på fem sjukeheimar. To av desse måtte dessverre gå ein halvtime inn i gruppeintervjuet, då dei fekk melding om ein akutt sjuk pasient på sjukeheimen der dei arbeida.

Tileigna opplysingar om deltakarane i fokusgruppene var namn og arbeidsstad.

#### 4.2.3 Intervjuguiden

Det blei på førehand utarbeidd ein intervjuguide med fem hovudtema (vedlegg V). Denne var lik for hjelpepleiarane og sjukepleiarane. Intervjuguiden til legane inneheldt dei same grunnelementa, men var noko utvida (vedlegg VI).

#### 4.2.4 Gjennomføringa av dei tre gruppeintervjua

Alle gruppeintervjua blei gjennomført med nokre få dagars mellomrom i slutten av januar 2009. Gruppeintervjua med hjelpepleiarane og sjukepleiarane føregjekk på eit av Universitetet i Bergen sine undervisingsrom. Gruppeintervjuet med legane føregjekk på same staden som dei har sine månadlege fagmøte. På alle romma var det sett opp eit rundbord med stolar rundt. Det blei brukt digital bandopptakar under alle tre gruppeintervjua. Kvart av gruppeintervjua hadde ei tidsramme på halvannan time.

Eg fungerte som moderator for gruppeintervjua, medan to av vegleiarane var med som medmoderatorar. Mi rolle var å ønskje velkomen, presentere praktiske opplysningar, som bruk av bandopptakar, sletting av lyddata og samtykkeskriv (vedlegg), orientere om målet med prosjektet og gongen i gruppeintervjuet, samt styre gruppeintervjuet når det først var i gong. Medmoderatorane var til stor hjelp når det gjaldt å styre gruppeintervjuet, i tillegg til at dei oppsummerte og innleia temaa i løpet av gruppeintervjuet. På gruppeintervjuet med hjelpepleiarane deltok òg ein tredje vegleiar, men då berre som tilhøyrar – ho sat ikkje rundt bordet saman med oss andre.

### **4.3 Innsamling av generelle skriftlege direktiv**

Alle dei 33 sjukeheimane innafor Bergen kommune blei per brev bedt om å sende inn kopi av sine generelle skriftlege direktiv. I tillegg måtte det nokre ringerundar til. Dei fleste direktiva blei tilsendt per post, nokre blei overlevert av deltakarane i fokusgruppene, og nokre blei sendt elektronisk. Til saman blei det innsamla direktiv frå 26 sjukeheimar, men berre 24 av desse blei inkludert i analysen.

### **4.4 Analyse av gruppeintervjua**

#### **4.4.1 Transkripsjon av gruppeintervjua**

Når tale skal omsetjast til tekst, er formålet å gjere det på ein slik måte at teksten på best mogleg måte representerer det deltakarane i gruppeintervjuet hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2003). ”Ordrett skriftleggjering” som Malterud kallar det, er ikkje alltid det som er best for å oppnå dette. Under transkriberinga blei derfor ikkje gruppeintervjua alltid omsett ord for ord, men samtalen blei forsøkt attgjeven slik at meiningsinnhaldet, slik det blei oppfatta under gruppeintervjua, kom klart fram i teksten. Lyddataa blei omgjort til nynorsk med dialektelement under transkripsjonen.

#### **4.4.2 Analyse av transkripta frå gruppeintervjua**

Analyseringa av transkripta er basert på Malterud sine prinsipp om systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Som kodeverktøy blei dataprogrammet NVivo 8 brukt.

Først blei det gjort ei gjennomlesing av alle dei tre transkripta for å få eit overblikk over materialet. Dei inntrykka som umiddelbart festa seg under denne gjennomlesinga blei brukt til å skissere opp nokre hovudtema som synast å kome fram i alle gruppeintervjua. To av vegleiarane mine, som begge hadde vore med på alle tre gruppeintervjua, tok òg ei gjennomlesing av transkripta. Saman diskuterte vi oss fram til sju hovudkategoriar vi meinte var eit godt grunnlag for den vidare analysen. Kategoriane er attgjevne i Tabell 4. 1.

Deretter starta kodingsprosessen. Dette er ein prosess som er meint å skilje relevant tekst, som kan belyse problemstillingane, frå urelevant tekst (Malterud, 2003). Først blei det gjort ei grovkoding, der heile utsegner frå deltakarane blei koda inn i dei sju forskjellige kategoriane. Deretter blei det gjort ei finkoding, der utvalte setningar i dei allereie koda utsegnene blei systematisert inn i dei same sju kategoriane. Basert på setningane som blei koda i dette trinnet blei det notert stikkord om subgrupper innafor dei ulike kategoriane for kvar av dei tre fokusgruppene. Det blei òg samla nokre sitat som kunne representere ei eller fleire av subgruppene innafor den same kategorien.

Til slutt blei dei koda setningane for kvar kategori og dei tilhøyrande stikkorda om subgrupper brukt til å samanfatte eit resultatavsnitt for kvar av dei tre fokusgruppene. 1-2 sitat frå kvar av fokusgruppene blei plukka ut til å representere innhaldet i kvar av dei sju kategoriane.

**Tabell 4. 1: Kategoriar som blei funne i analyseprosessen og deira innhald.**

<b>Kategoriar</b>	<b>Innhald</b>
<p><i>Bruk av og praksis rundt behovsmedisinering:</i> Under denne kategorien ligg konkrete skildringar av:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kva og kor mykje som blir brukt av behovslegemiddel.</li> <li>- i kva situasjonar ein tyr til behovslegemiddel.</li> <li>- bruk av den enkelte pasient sitt legemiddelkort eller bruk av generelle skriftlege direktiv ved administrasjon av behovslegemiddel.</li> <li>- fordelar og ulemper med behovsmedisinering.</li> <li>- innhaldet på direktiva.</li> </ul>
<p><i>Kompetanse og kvalitet:</i> Under denne kategorien ligg både skildringar og tankar rundt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gitt opplæring og opplevd behov for opplæring.</li> <li>- kompetanse på pasientar, kjennskap til kollegaer og kunnskap om legemiddel og behandling, og korleis dette spelar inn på tryggleiken rundt eigne vurderingar.</li> </ul>
<p><i>Ansvar:</i> Under denne kategorien ligg både skildringar og tankar rundt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fordeling av oppgåver knytt til behovsmedisinering.</li> <li>- kven som gjer dei ulike vurderingane i behovsmedisineringsprosessen.</li> <li>- (opplevd) ansvarstyngde.</li> <li>- problemforskyving og ansvarsfråskriving.</li> </ul>
<p><i>Informasjonsflyt:</i> Under denne kategorien ligg både skildringar og tankar rundt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontakthøve.</li> <li>- tilbakemelding/meldeplikt. Munnleg.</li> <li>- dokumentasjon og rapportering.</li> <li>- kommunikasjon og samhandling mellom dei ulike gruppene med helsepersonell og mellom helsepersonell og pasientar/pårørande.</li> </ul>
<p><i>Rutinar:</i> Under denne kategorien ligg både skildringar og tankar rundt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- etterleving av lovverk, reglar og prosedyrar.</li> <li>- bemanningssituasjonen i sjukeheimar.</li> <li>- systemkvaliteten i sjukeheimen,</li> <li>- verktøy som kan setje ting i system.</li> </ul>
<p><i>Generelt om medisinering:</i> Under denne kategorien ligg både skildringar og tankar rundt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fokus og utfordringar i høve til medisinering i sjukeheimar.</li> <li>- medikaliseringsproblematikk.</li> </ul>
<p><i>Haldningar:</i> Under denne kategorien ligg eigne tolkingar av kva haldningar helsepersonellet har til:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behandlingsskulturen i sjukeheimar, både når det gjeld generell medisinering og behovsmedisinering.</li> <li>- etikk rundt behovsmedisinering.</li> <li>- kollegaer, pasientar og pårørande.</li> </ul>

#### 4.4.3 Validering av gjennomført analyse av gruppeintervjua

Ein deltakar frå kvar av dei tre fokusgruppene samtykka til å lese gjennom resultatata. Ein samanfatta resultatpresentasjon for kvar av dei tre gruppeintervjua blei sendt til dei respektive deltakarane. Deretter ga dei tilbakemelding om dei kjente seg igjen i høve til gruppeintervjuet i det samanfatta materialet. Eventuelle kommentarar blei følgt opp, slik at det endelege resultatet blei mest mogleg gyldig.

### 4.5 Analyse av dei generelle skriftlege direktiva

Det blei utvikla eit kodeskjema i statistikkprogrammet SPSS 15.0.1 for analysen av direktiva (vedlegg VII). Variablane var delvis basert på kva retningslinjene til Bergen kommune fortel at direktiva skal innehalde (*Retningslinje for legemiddelhandtering i sykehjem i Bergen kommune*, 2006), og delvis basert på kva dei innsamla direktiva såg ut til å innehalde. Kodane for somme av variablane blei endra undervegs i analysen, då nye opplysningar dukka opp etter kvart som dei enkelte direktiva blei analysert. Når kodinga var avslutta for alle direktiva, blei det i programmet utført frekvensanalysar, multippel respons-analysar, krysstabuleringar og kji-kvadrat-testing.

### 4.6 Etikk og personvern

Det blei ikkje søkt om løyve til å gjennomføre prosjektet hjå korkje Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) eller Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Avgjersla var basert på tidlegare erfaringar frå vegleiarane om at ein slik type prosjekt ikkje var meldepliktig til nokon av desse instansane, i stor grad fordi ein ikkje handterer sensitive pasientopplysningar og at samtalar i denne samanheng blir vurdert til å vere kvalitetssikring. Etikken og konfidensialiteten rundt prosjektet er likevel ivaretatt. Det blei utarbeida eit informasjonsskriv til deltakarane (vedlegg II), der det blei opplyst om formålet med prosjektet, handtering av innsamla datamateriale, at deltaking var frivillig og dei kunne trekkje seg når som helst utan å måtte grunngje dette. Dei som sa seg viljuge til å delta underteikna ei samtykkeerklæring (vedlegg III). Under analysen blei alle opplysningar som kunne identifisere deltakarar eller sjukeheimar anonymisert. Lydfilene blei sletta ultimo mai 2009.

## 4.7 Litteratursøk

Litteratursøk blei gjort for å få oversikt over eksisterande litteratur på emnet, samt å byggje opp ei breiare bakgrunnsforståing for området som skulle utforskast. Det blei gjort både usystematiske og systematiske søk i databasar som PubMed, Embase og Google Scholar etter artiklar som omhandla behovsmedisinering i sjukeheimar. Separate søk, både i form av MeSH-termer og fritekst blei kombinert i både PubMed og Embase. Avgrensingar i høve til språk blei gjort i høve til forskars språkkunnskapar. Det blei ikkje gjort avgrensingar i høve til årstal artiklane var publisert. Samstundes blei det gjort søk i BIBSYS etter både faglitterære og skjønnlitterære bøker om området sjukeheimsmedisin. I tillegg blei nettsidene til både Statistisk Sentralbyrå (SSB) og ulike statlege etatar nytta til søk etter statistikk og rapportar innafør området. Søk i Google og ulike nettaviser blei gjort for å få ei breiare forståing av kva plass dette området har elles i samfunnet.

Engelske søketermar som blei nytta var prn medication, as required/as needed medication, quality of drug therapy, nursing homes, medication in the elderly, medication administration, health professionals, beliefs/attitudes. Norske søketermar som blei nytta var legemiddelhandtering, legemiddelbruk i sjukeheimar, kvalitetssikring av legemiddelbruk, sjukeheimsmedisin, eldre og legemiddelbruk. I tillegg hadde eg stor nytte av å forfølge referansar frå dei artiklane eg fann interessante. Programvara EndNote X2 blei nytta for å handtere referansane.



## 5 Resultat

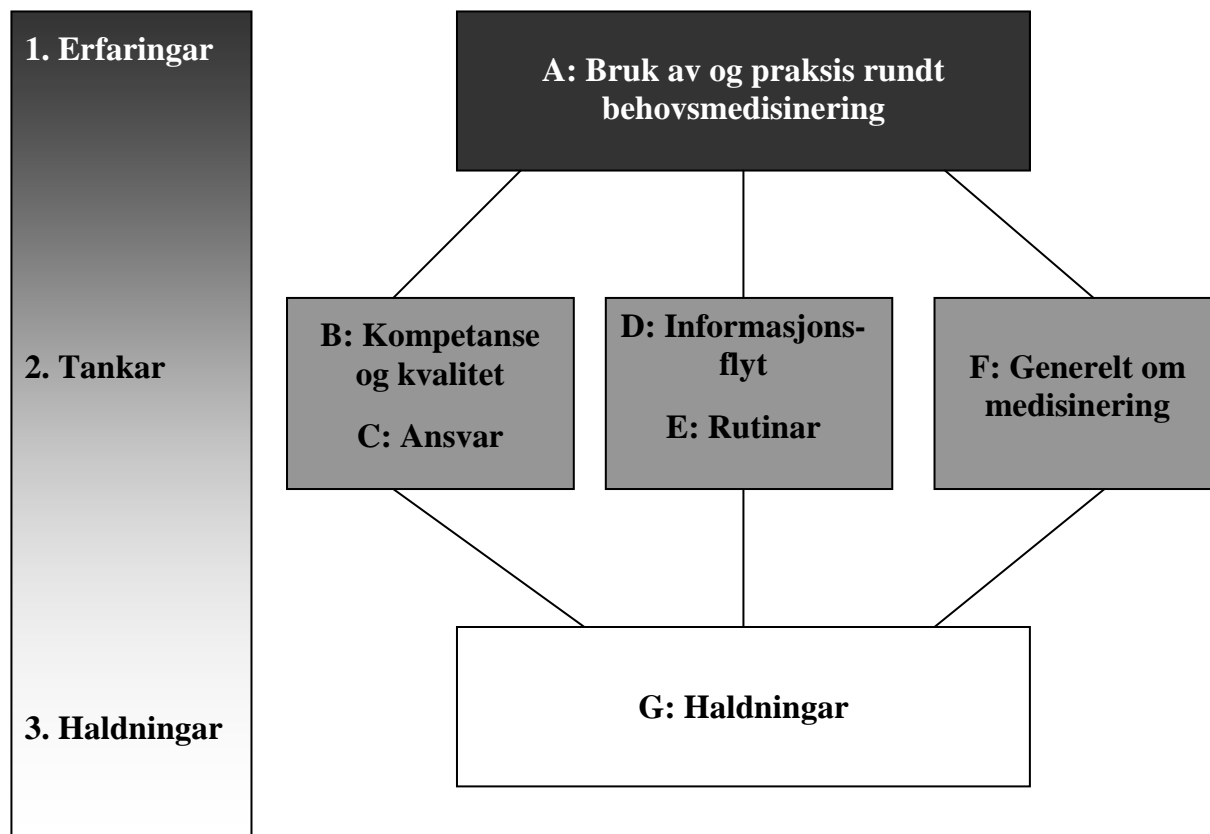
Det blei gjennomført tre gruppeintervju med sju hjelpepleiarar, sju sjukepleiarar og seks sjukeheimslegar i januar 2009. I tillegg blei det samla inn 26 generelle direktiv frå sjukeheimar i Bergen kommune. I dette kapitlet vil først resultatata frå analysen av gruppeintervjua bli presentert, deretter resultatata frå dokumentanalysen av dei generelle skriftlege direktiva.

### 5.1 Gruppeintervjua

Resultata frå gruppeintervjua er presentert basert på inndelinga i Figur 5. 1. Figuren viser korleis dei sju kategoriane som blei trekt ut av analysen forhold seg til kvarandre og tre av temaa som intervjuguiden var inndelt i – erfaringar, tankar og haldningar (vedlegg V og VI).

Kategori A inneheld konkrete skildringar av erfaringane rundt behovsmedisinering. Desse erfaringane er utgangspunkt for vidare tankar som kan delast inn i kategoriane B-F. Desse kategoriane saman legg igjen grunnlaget for dei ulike gruppene sine haldningar om feltet, her representert ved kategori G. Ein vil kunne finne delar av andre dimensjonar enn den dimensjonen kategorien er plassert under – dette er forsøkt illustrert ved fargelegging.

Det er valt ut eitt eller to sitat frå kvar av dei tre gruppene for kvar kategori. Desse blir presentert i ein tabell under kvar av kategoriane. Sitata illustrerer noko av det som blir presentert under kategorien. Nokre gonger viser dei òg likskapane eller ulikskapane mellom dei tre gruppene.



**Figur 5. 1: Kategoriene frå analysen og korleis dei forhold seg til kvarandre og dei tre temaa erfaringar, tankar og haldningar frå intervjuguiden.**

### 5.1.1 A: Bruk av og praksis rundt behovsmedisinering

Kategorien *Bruk av og praksis rundt behovsmedisinering* inneheld konkrete skildringar av erfaringane til dei ulike yrkesgruppene rundt bruken av behovsmedisinering. Skildringane viser kva og eventuelt kor mykje som blir brukt av behovslegemiddel på sjukeheimane, samt i kva situasjonar ein tyr til behovsmedisinering. I tillegg hamnar diskusjonar rundt innhald og bruk av dei generelle skriftlege direktiva og fordelar og ulemper med behovsmedisinering under denne kategorien (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer noko av det resultata viser, samt nokre av fellestrekk mellom dei tre gruppene (sjå Tabell 5. 1).

**Tabell 5. 1: Sitat frå kategorien 'Bruk av og praksis rundt behovsmedisinering'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
"Eg trur kanskje at av og til blir det gitt dersom éin er veldig uroleg, for då er plutselig ti stykk våken, sant. Så for å unngå det, så 'Nei, då får vi no heller gi dei sovemedisin', sant?" Hjelpepleiar 4.	"Eg trur alltid vi skal reflektere over om vi kan gjere det på ein annan måte, men når situasjonen er uroleg, så må det ikkje vere sånn at vi har dårleg samvit fordi vi gir, for vi må jo gjere noko med situasjonen". Sjukepleiar 6.	"Det er jo stort sett uro som det trengs behovslegemiddel for". Lege 1.
"Viss du ser hos oss akkurat no for tida, så e det kanskje litt meir behovslegemiddel på nattetid enn det er på dagtid. Då er det av beroligande legemiddel og smertestillande. Men det er på spesielle bebuarar". Hjelpepleiar 2.	"I første etasje har me rehabiliteringsplassar, så der går det ofte på smertestillande. I andre etasje har me korttid for demente, så der går det ofte på beroligande på behov". Sjukepleiar 7.	"Hos oss er alle klare og orienterte, og då er det jo pasienten som gir uttrykk for eitt eller anna, sant? 'Eg får ikkje sove, kan eg få noko?', og så får dei det. Medan på andre sjukeheimar er det gjerne slik at sjukepleiaren som observerer at her får ikkje pasienten sove, då må han få noko". Lege 3.

Hjelpepleiarane fortel at det er smertestillande og beroligande legemiddel som oftast blir gitt som behovslegemiddel. Sovemedisin og kvalmestillande blir og brukt ein del. I følge hjelpepleiarane skjer behovsmedisinering oftare på natta enn på dagtid. I kjølvatnet av dette fortel fleire av hjelpepleiarane at tidspress og lite ressursar gjerne er det som fører til at ein tyr til behovslegemiddel, spesielt beroligande og sovemedisin.

Det er derimot ulikskapar mellom sjukeheimane på kva som bli sett opp som behovslegemiddel på legemiddelkortet til den enkelte pasient og kva som står nedskrive på den generelle skriftlege direktiva. Til dømes fortel ein av hjelpepleiarane at Paracet sjeldan står nedskrive 'ved behov' hjå den enkelte pasient, og dersom det blir behov for dette må dei ty til direktiva. Andre bruker sjeldan direktiva, fordi alt blir ført opp på legemiddelkortet til pasienten så raskt som mogleg etter at behovet melder seg. Elles har dei ikkje nokre spesifikke meiningar om kva legemiddel som bør stå på dei generelle skriftlege direktiva og gir uttrykk for at dei er godt fornøgde med direktiva slik dei er og at dei ikkje saknar noko.

I følge sjukepleiarane er det smertestillande og beroligande legemiddel som oftast blir gitt som behovslegemiddel. Sovemedisin og kvalmestillande går òg igjen, i tillegg til meir akuttmedisinske legemiddel som Diural, Morfin og Skopolamin. Det kjem ikkje fram om dette gjeld frå legemiddelkorta til pasientane, frå dei generelle skriftlege direktiva, eller om det gjeld begge dei nemnte. Helger, kveldar og netter er då behovslegemiddel blir brukt mest. Ein sjukepleiar fortel til dømes at ho gjerne opplev eit "rush" i behovsmedisineringa mot slutten av kveldsvakta. Behovslegemiddel gir ein ofte for akuttsituasjonar, til dømes dersom

ein pasient går inn i ein terminal fase. I tillegg fortel dei at behovslegemiddel er eit godt hjelpemiddel i situasjonar der éin eller fleire av pasientane blir urolige. Dette skjer gjerne oftare når det er lite folk på jobb, eller mange vikarar, i følgje fleire av sjukepleiarane. Dei fortel at i desse periodane blir det nytta meir behovslegemiddel, fortrinnsvis beroligande. Unntaket er to sjukepleiarar frå same sjukeheim som ikkje kan kjenne seg igjen i at det blir gitt meir behovslegemiddel dersom det er mindre bemanning.

Sjølv om fleire av sjukepleiarane innrømmer at dei føretrekk å bruke legemiddelkortet til den enkelte pasient når dei skal gi behovslegemiddel, finn dei ein tryggleik i å ha dei generelle skriftlege direktiva òg. Dei grunngjev dette med at det kan kome til å oppstå situasjonar som er akutte eller avvik frå det normale, og at om ein ikkje har generelle direktiv vil det måtte stå veldig mykje på den enkelte pasient sitt legemiddelkort. Unntaket er ein sjukepleiar som ønskjer at legen regelmessig vil vurdere behovslegemiddel for kvar enkelt pasient og sette det på legemiddelkortet, slik at ein blei kvitt direktiva. Dei var einige om mykje når dei diskuterte kva som burde stå på direktiva – smerte, kvalme, søvnproblematikk og obstipasjon. Av akuttlegemiddel foreslo dei Diural, Morfin, oksygen og eventuelt Skopolamin. På tross av dette var fleire av dei skeptiske til tanken om å setje ned eit felles forslag til eit slikt direktiv for Bergen kommune.

Beroligande legemiddel og avføringsmiddel som behovslegemiddel er ein gjengangar i intervjuet med legane. Ein lege fortel at det stort sett er situasjonar med uro, ofte ropeåtferd, det blir nytta behovslegemiddel for. Bruk av sovemedisin og smertestillande er òg framtrekande i diskusjonen, medan kvalmestillande, hostedempande og diverse akuttlegemiddel blir nemnd nokre få gonger.

Legane snakkar om fordelar og ulemper med behovsmedisinering. Ved å ha behovslegemiddel kan ein unngå å setje pasientar på unødvendig mykje legemiddel, og samstundes unngå biverknader i dei periodane det ikkje er behov for det aktuelle legemidlet fast. Samstundes blir det poengtert at det å ha eit legemiddel ved behov, i staden for fast, kan føre til at pasienten ikkje får legemidlet i det heile tatt, på grunn av underbemanning og travle sjukepleiarar.

På tross av at det berre er eit par av legane som sjølv har vore borti å utarbeida generelle skriftlege direktiv, blir det diskutert mykje rundt dette og kva som skal kunne brukast som behovslegemiddel. Fleire av legane syns det er bra å ha eit slikt direktiv, fordi det kan fungere som ein ”tryggleiksventil” når legen ikkje er tilstades, spesielt i akuttsituasjonar. Ein av legane seier at ingen institusjon kjem utanom å ha generelle skriftlege direktiv, fordi det

ikkje er ein lege som kan stå på skuldra til sjukepleiaren heile tida. Ein annan lege seier at det fint går an utan direktiv, men at ein då må ha gode kontakthøve med sjukeheimslegen, eventuelt ein legevaktsentral. Nokre av legane er skeptiske til at B-preparat skal stå på direktiva. Ein av desse legane fortel at han likevel kjende seg nøydd til å setje nokre B-preparat på direktiva etter press frå sjukepleiarane. Dei er samde om at ein må skrive klare indikasjonar for kvart av legemidla på direktiva, for å unngå utryggleik og feilbruk. Dette kan vere ei utfordring, meiner ein av legane. Han er klar på at direktiva derfor bør reviderast ofte, gjerne i høve til korleis praksis er. Han lufter òg tanken om generelle skriftlege direktiv som er felles for alle sjukeheimane i Bergen kommune.

### 5.1.2 B: Kompetanse og kvalitet

Kategorien *Kompetanse og kvalitet* inneheld konkrete skildringar av erfaringane dei tre yrkesgruppene har med opplæring og undervisning i legemiddelhandtering og behovsmedisinering. I tillegg inneheld kategorien tankar om kompetanse, kjennskap og kunnskap og korleis dette verkar inn på både eigen tryggleik og kvaliteten på behovsmedisineringa (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer noko av det som resultat viser, samt nokre av fellestrekk mellom dei tre gruppene (sjå Tabell 5. 2).

**Tabell 5. 2: Sitat frå kategorien 'Kompetanse og kvalitet'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
"Vi har heller ikkje kurs, anna enn når vi skal få den delegeringa. Utover det så er der ingenting. Men det kunne vore veldig kjekt å fått det". Hjelpepleiar 5.	"Dei som har den behovsmedisineringa ute hjå oss var på kurs for å få det, med legen. Ellers så har vi ikkje lov å gi behovslegemiddel som ikkje står på legemiddelkortet". Sjukepleiar 2.	"Eg har jo fått signal om at det er behov for meir undervisning blant både hjelpepleiarar og sjukepleiarar på dette her, (...) men det er dessverre slik at det må gå på akkord med noko når det gjeld arbeidstida. Men det er liksom ein gong i veka eg kunne sett av litt tid til å ta opp sånne ting som legemiddelbruk, så det er eg i alle fall interessert i". Lege 4.
"Ein blir jo kjent med dei ein jobbar i lag med, og bebuaren òg sjølvsagt, som skal ha dette legemidlet. Nye sjukepleiarar som eg ringer til, som korkje kjenner meg eller bebuaren, dei blir usikker på <i>min</i> vurdering og bebuaren si sjukdomshistorie. Då kjem dei som regel alltid og vil vere der – ser og vurderer bebuaren – til vi blir kjent, eller trygge på kvarandre". Hjelpepleiar 2.	"Det er noko med å ha fagfolk og dei som kjenner pasientane. (...) For eg trur, for det fyrste handlar det om kompetanse, altså har du kompetanse på den og den pasienten". Sjukepleiar 4.	"Mi erfaring er at dei sjukepleiarane som eg kjende godt, som kjende pasienten godt, syns eg hadde veldig greie vurderingar – vi var einige. Det kom inn framande sjukepleiarar, som var leigd inn frå firma, som ikkje kjende pasienten. Som då var usikre og ikkje brukte legemidla på den måten som ein som kjende dei gjorde". Lege 5.

Alle hjelpepleiarar har hatt eit kurs med ein tilhøyrande eksamen for å få det delegerte ansvaret for generell legemiddelhandtering, det vil seie utlevering av legemiddel til den enkelte pasient. Ein av hjelpepleiarane fortel òg om månadleg internundervisning i både legemiddelhandtering generelt og behovsmedisinering spesielt. Dei andre hjelpepleiarane kan ikkje vise til noko liknande, og alle etterlyser meir ”behovsmedisineringsretta” undervisning, både i høve til sjukdommar, sjukdomsbilete, legemiddel og sjølve medisineringa. Å vite mest mogleg innafor desse områda er ønskeleg, og dei syns det er vanskeleg å hengje med i den voldsame utviklinga, spesielt i høve til synonympreparat.

Hjelpepleiarane har mykje kontakt med pasientane og meiner sjølv at dei kjenner både sjukdomsbiletet, behandlingsregimet og tidlegare bruk og effekt av behovslegemiddel – noko dei omtaler som ”god pasientkompetanse”. Dette gjer at dei kjenner seg trygge på vurderingane dei gjer i høve til behovsmedisinering. Gjensidig god kjennskap til sjukepleiaren som godkjenner avgjersla aukar tryggleiken endå meir.

I intervjuet med sjukepleiarane kom det fram at det er stor forskjell mellom sjukeheimane i organisert opplæring i legemiddelhandtering og behovsmedisinering. Enkelte plassar er denne svært mangelfull. Medan andre igjen fortel at dei må ha kurs med sjukeheimslegen dersom dei skal få lov til å gi behovslegemiddel frå dei generelle skriftlege direktiva. Ein av sjukepleiarane fortel at hjå dei deltar sjukepleiarane på kursa til dei hjelpepleiarane som skal oppdatere eller for første gong få legemiddelhandteringsbevis. Dette er fordi dei skal vite kva hjelpepleiarane har opplæring i. Samstundes blir dei meir reflektert over kva dei held på med i legemiddelhandteringsprosessen. Dette er ukjend for dei andre sjukepleiarane, men fleire gir uttrykk for at det er ein god idé som dei gjerne kunne adoptert. Utanom dette nemner nokre av sjukepleiarane at sjukeheimslegen innimellom går gjennom legemidla på dei generelle skriftlege direktiva, forklarar bruk og svarar på spørsmål sjukepleiarane måtte ha rundt legemidlet og medisineringa. Dette er med på å auke tryggleiken rundt vurderingar knytt til behovsmedisineringa, i følgje sjukepleiarane.

Høg kompetanse og god kjennskap til pasientar og kollegaer er òg med på å auke tryggleiken rundt, samt lette desse vurderingane. Manglar innafor desse områda kan redusere kvaliteten på behovsmedisineringa. God pasientkompetanse gjer at ein kanskje kan unngå å ty til behovslegemiddel, fordi ein kan løyse ubehaget til pasienten på anna vis. Alt dette er vanskelegare å oppnå med korttidspasientar enn med langtidspasientar. Kjennskapen sjukepleiarane har til hjelpepleiarane eller omsorgsarbeidarane er avgjerande for om dei godtar vurderinga til hjelpepleiarane om å gi behovsmedisinering over telefon, eller ønskjer å

oppsøke pasienten sjølv for å ta ein vurdering. Sjukepleiarane erkjenner at i mange tilfelle kjenner hjelpepleiarane pasienten betre enn dei sjølve, og i tillegg til å overlate ansvaret med å la dei administrere legemidlet til pasienten, er det for mange av sjukepleiarane greitt at dei har tatt vurderinga på kva behovslegemiddel ein skal gi òg.

Ein av sjukepleiarane meiner at kva type vurderingar ein gjer i høve til behovsmedisinering, avhenger mykje av kva bakgrunn og erfaring ein har. Ho tek som eksempel at ein onkologisk sjukepleiar gjerne vurderer uroa hjå ein pasient til å vere smerte, medan ein psykiatrisk sjukepleiar i same tilfelle vurderer det til å vere angst.

Legane trekk òg fram pleiarane sin kjennskap til pasienten. Fleire av dei erkjenner at hjelpepleiarane gjerne kjenner pasientane betre enn sjukepleiarane, og dersom det er langtidspasientar kjenner dei igjen symptom som stadig kjem igjen. Det er då greitt at somme av legemidla ”styrast” på det nivået. Samstundes er det viktig at sjukepleiarane og hjelpepleiarane samarbeider i vurderingane rundt behovsmedisineringa.

Vurderinga til sjukepleiarane om å gi behovslegemiddel eller ei er mykje basert på kjennskapen til pasienten. Ein lege har erfart at dei sjukepleiarane som kjenner pasientane gjer gode vurderingar, ofte dei same vurderingane som ho som lege ville gjort, enn sjukepleiarar som ikkje kjenner pasienten – fordi dei blir usikre på kva behovet til pasienten eigentleg er. Kor god kjennskap dei har til legemidla og deira bruksområde og effekt spelar òg ein rolle for kor gode vurderingane er.

Det er litt forskjellig kva som føregår av opplæring og internundervisning på sjukeheimane utifrå det som legane fortel. Nokre fortel om internundervisning på veke- eller månadsbasis, medan hjå andre er det eit område som lir, ofte på grunn av mangel på tid hjå legen. Ein lege fortel at han går inn å gir små ”drypp” med undervisning i forhold til situasjonar som oppstår både innafor behovsmedisinering og medisinering generelt. Kven som har ansvaret for organisering og gjennomføring av undervisning er òg forskjellig, og nokre gonger ikkje klarlagt. Fleire av legane fortel at dei har fått signal om at det trengs meir undervisning, fortrinnsvis frå pleiepersonalet sjølv. Legane sjølv meiner òg at meir undervisning er ønskeleg. Det gjeld blant anna område som samordning av søvnhigiene og åtferdsforstyringar ved demens. Opplæring og auka kunnskap er nødvendig for dei som skal vurdere når og kva ein skal gi innafor behovsmedisineringa, samt for å få til ein riktig behandlingkultur, slår ein av legane fast. Legane kan gjerne tenkje seg å vere med på å gi undervisning til pleiarane, og gjennomgang og løysing av vanskelege casar er eit tiltak dei stiller seg positive til.

### 5.1.3 C: Ansvar

Kategorien *Ansvar* inneheld nokre konkrete skildringar av kva oppgåver dei tre yrkesgruppene har i samband med behovsmedisinering, samt tankar knytt til ansvarsfordeling og ansvarstyngde både innafor behovsmedisinering spesielt, men òg generelt i arbeidskvardagen (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer noko av det som resultatata viser, samt fortel noko om kva dei ulike gruppene legg vekt på innafor dette området (sjå Tabell 5. 3).

**Tabell 5. 3: Sitat frå kategorien 'Ansvar'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
"Eg kan jo ikkje forvente at det skal vere ein sjukepleiar til kvar tid som heile tida skal ta seg av denne biten. Så vi er jo ei forlenga hand frå dei. Sjølv sagt er det eit stort ansvar, og ein må vite kva ein gjer, men det har ikkje skremt meg vekk på nokon måte". Hjelpepleiar 5.	"Viss eg gir ut noko, så er det min signatur som står der, og det er eg som har ansvaret. Så å gi det vidare til ein assistent, som så går vidare til pasienten – det trur eg at eg hadde vegra meg litt for å gjere faktisk". Sjukepleiar 1.	"Erfaringa mi er at sjukepleiarane av og til er i tvil, og då sit eg og tenkjer: - Kven er det eigentleg som skal vurdere det her? Så tenkjer eg: - Det er jo eit legeansvar". Lege 5.
"Du veit i dag på ein sjukeheim så skal du ikkje berre ha bebuarar. Du skal vaske klede og du skal bake til kaffien og du skal handle inn og du skal ditt og datt. Så det er jo så mykje dei få menneska skal gjere i løpet av eit døger, og då blir jo bebuar sett til å klare seg sjølv på ein måte". Hjelpepleiar 1.	"Med tanke på behovsmedisinering så har me som regel alltid nokon å diskutere med, og du står sjeldan heilt åleine på eige hand for å ta den avgjersla. Me er som regel fleire kollegaer på jobb, som kan vera med å bestemme". Sjukepleiar 7.	"Jo fleire pasientar legen har å jobbe på, jo meir er han eller ho avhengig av sine kollegaer, i høve til å delegere oppgåver. (...) Og klart at vi har lyst, vi er forplikta til å gjere vår eiga undersøking, (...) og det ideelle er at vi gjer det heile tida, men vi må stole på kvarandre". Lege 2.

I følge hjelpepleiarane er det sjukepleiarane som sit med hovudansvaret når det gjeld behovsmedisinering. Sjølv om hjelpepleiarane observerer og vurderer behov hjå pasientane, må sjukepleiar alltid kontaktast og gi dei løyve til å gi. Likevel innrømmer ein hjelpepleiar at dei gir Paracet utan å kontakte sjukepleiar. Sjølve administreringa av behovslegemidlet til pasienten er òg ei oppgåve som er pålagt sjukepleiarane, sjølv om også denne oppgåva ofte utførast av hjelpepleiarane. I tillegg har den sjukepleiarane som er vakt på natt, ansvar for å rapportere vidare til legen om kva som er gitt, eventuelt kor ofte og kva effekt det har hatt. Ansvaret med å følge opp og dokumentere effekt er eit ansvar hjelpepleiarane og sjukepleiarane deler.

På direkte spørsmål om kva hjelpepleiarane syns om ansvarstyngda dei har i høve til behovsmedisineringa, fortel dei at det er greitt, særleg fordi dei etter ei tid blir tryggare på seg sjølv i desse situasjonane. Det blir poengtert at det tross alt er eit ansvar dei sjølve har valt å ta på seg, sidan ein ikkje må ta i mot delegeringa om ein ikkje vil. Ein hjelpepleiar fortel at



dei er ei forlenga hand frå sjukepleiarane, og at nokre av dei må ta på seg dette ansvaret for ”bedrifta skal jo gå”. Ho legg til at sjølv sagt er ansvaret stort og ein skal vite kva ein gjer, men dette har ikkje skremt ho vekk på nokon måte. Likevel er dei raske med å nemne sjukepleiarane – dei er glad for å ikkje bere heile ansvaret åleine. Sjølv om dei syns det kan vere tungvint å ”springe huset rundt” etter ein sjukepleiar for å få gitt behovslegemiddel, er dei glad for at denne dobbelkontrollen fins.

Ein av hjelpepleiarane seier at ho er meir trygg på å dele ut behovslegemiddel, for det står i glaset sitt med alle opplysningar påtrykt, enn dei faste legemidla som ligg laust i dosetten.

Sjukepleiarane har ansvar for å godkjenne om det skal gis behovslegemiddel eller ei, og kva som skal gis. Dette ansvaret famnar stort sett om ein avdeling eller ei gruppe på sjukeheimen, men helger, kveldar og netter kan dei vere ansvarsvakt for heile sjukeheimen. I sistnemnte tilfelle er det ikkje alltid dei oppsøker pasienten for å ta ei vurdering sjølv, og gir gjerne løyve over telefon. Ein sjukepleiar fortel at sjølv om ho har mykje å gjere og er aleine sjukepleiar, vil ho i dei fleste tilfelle oppsøke pasienten og sjå til at alt blir gjort rett. Ho er veldig klar på at dei som sjukepleiarar har eit stort ansvar når det gjeld å godkjenne kva som blir gitt av behovslegemiddel. Har ho godkjent det, har ho eit ansvar dersom noko galt skulle skje. Ho seier at ho vegrar seg for å gi det ansvaret vidare til kven som helst. Ho legg samstundes til at der ho jobbar er det berre sjukepleiarar som har lov til å gi ut A- og B-preparat til pasientane.

Sjukepleiarane seier dei har eit ansvar for å vegleie og snakke med pasientane om legemiddel og medisiner. Dei har òg eit ansvar for å bringe vidare til kollegaer dei erfaringar dei har gjort seg og dei løysingar dei har kome fram til i høve til behovsmedisineringa til pasientane. I tillegg har dei eit ansvar for å informere legen om kva som er blitt gitt av behovslegemiddel, kor ofte og korleis effekt det har hatt. Sjølv om legen i mange tilfelle tar med sjukepleiarane sine tilbakemeldingar og betraktningar om behovsmedisineringa til pasientane i sine vurderingar, er dei klare på at avgjersler angående medisiner til sjuande og sist er eit legeansvar. Det er litt forskjell mellom sjukeheimane om det er sjukepleiarane eller hjelpepleiarane som har ansvaret for å dokumentere effekten.

Sjukepleiarane føler ofte at ansvaret dei har i samband med behovsmedisinering er stort. Dei føler gjerne at ansvaret kviler tyngre på dei om dei må ty til dei generelle skriftlege direktiva, enn om dei bruker legemiddelkortet til pasienten, for der er vurderinga gjort av ein lege. Likevel fortel dei at dei sjeldan må ta avgjerslene åleine, bortsett frå kanskje om nettene, fordi dei som regel er fleire på jobb som kan diskutera i lag.

Legane har oppfatning av at det er sjukepleiarane som sit med det største ansvaret innafør behovsmedisinering. Sjølv om dei trur dette ansvaret kan vere tøft mange gonger, spesielt om nettene, er dei som legar avhengig av å delegere slike oppgåver. Dei opplev sjølv stor ansvarstyngde når det gjeld medikamentell behandling. Ikkje berre ovanfor pasientane, som dei vil gi ei best mogleg helse og kvardag, men òg ovanfor bedrifta, som dei skal spare for unødig store legemiddelkostnader. I tillegg har dei eit ansvar for å vite kva som blir brukt av behovslegemiddel, og i kva omfang, og dei har ansvaret for å vurdere kva som skal stå som behovslegemiddel, både hjå den enkelte pasient og på dei generelle skriftlege direktiva. Mange syns dette er tøft å avgjere, og sjølv om dei har ansvar for å gjere ein eigen vurdering, seier dei at dei mange gonger lyttar til sjukepleiarane sine vurderingar og betraktningar og stoler på desse. Dei er likevel bevisst at det endelege medisinske ansvaret ligg hjå dei.

Ein av legane fortel at han opplev at nokre av sjukepleiarane krev meir ansvar når dei stadig ber han om å føre opp fleire legemiddel på dei generelle skriftlege direktiva. I tillegg ber dei gjerne om at behovslegemiddel for søvn må førast opp under faste legemiddel i staden for, fordi pasienten ”må jo få det kvar natt likevel”. I kjølvatnet av dette diskuterer dei at sjukepleiarane forskyv problemet når det gjeld søvnhygiene. Nattevaktene gir pasientane sovemedisin for seint, slik at dagvaktene ikkje får vekt dei om morgonen, medan dagvaktene held dei i age for lenge. Samstundes viser dei forståing for den ansvarstyngda som gjerne kviler på berre ein eller to sjukepleiarar på natta.

#### 5.1.4 D: Informasjonsflyt

Kategorien *Informasjonsflyt* inneheld alle aspekt av kommunikasjon. Det er skildringar av og tankar rundt korleis kommunikasjonen mellom helsepersonell føregår, både i form av skriftlege dokument og munnlege tilbakemeldingar. Kommunikasjon med pasientar og pårørande blir òg tatt opp i denne kategorien (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer noko av det som resultat viser, samt fortel noko om kva dei ulike gruppene legg vekt på innafør dette området (sjå Tabell 5. 4).

**Tabell 5. 4: Sitat frå kategorien 'Informasjonsflyt'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
”Vi pratar ein del rundt det, og er sikker før vi gir det, ja i det heile tatt vi følgjer opp, det syns eg”. Hjelpepleiar 6.	”Eg har jo vore borti at eg har måtte gi legemiddel etter [desse direktiva] som er utanom det som står på kortet. Eg sa i stad at eg då hadde meldeplikt til legen om det, men det syns eg er tryggjande. For eg har alltid fått gode tilbakemeldingar frå legen, og det å få ein tilbakemelding på at den vurderinga du gjorde, den var bra, det syns eg er veldig tryggjande for meg sjølv”. Sjukepleiar 3.	”I alle tilfeller er det viktig, som andre har sagt, at det som gis som ein eingongs eller i en nattlig situasjon til ein pasient, at dette blir tatt opp neste gang ved visitt – at det er kjent til legen kva pasienten brukar no”. Lege 6.
”Eg syns den kurven er veldig grei, for det står kven vi har snakka med, også vakthavande. Så dei skriv opp og så skriv vi effekten og kven som har gitt. Og kvifor vi har gitt sjølvstakt”. Hjelpepleiar 1.	”Nokre avdelingar hjå oss er flinke til det, men eigentleg så vil eg påstå at det er ein veikskap på vår sjukeheim, å skrive [effekt]”. Sjukepleiar 2.	”Eg er svært einig med det siste punktet der, at det er veldig klargjort indikasjon når det står ved behov – både skriftleg og at du snakkar med den som går visitt”. Lege 4.

Samhandling og kommunikasjon med kollegaer på fleire nivå er framtrekande i hjelpepleiarane sitt arbeid med behovsmedisinering. Dei må kontakte sjukepleiarane på førehand, for å få lov til å gi eit behovslegemiddel, og diskuterer gjerne med kvarandre før det blir gitt. Nokre gonger er sjukepleiar tilstades saman med hjelpepleiaren under sjølv administrasjonen. Og sjølv om sjukepleiar ikkje er tilstades er dei flinke til å kome innom seinare å følgje det opp, i følgje fleire av hjelpepleiarane. I tillegg må det i løpet av vakta dokumenterast kven som har gitt legemidlet og kven som har gitt løyve.

Hjelpepleiaren som kunne gi Paracet utan å kontakte sjukepleiar understrekar at dei gir rapport om dette på slutten av vakta. Vaktskifterrapporten er ein viktig del av kommunikasjonen mellom pleiarane. Ein hjelpepleiar fortel at dei bruker denne rapporten til å ta opp problem eller løysingar rundt medisineringa til pasientane, spesielt når det gjeld behovsmedisinering. I tillegg tar dei gjerne opp slike ting på previsitten. Ein annan hjelpepleiar seier derimot at kommunikasjon om pasientane og legemidla deira skjer tilfeldig mellom pleiarane. Ho fortel at på rapporten er det så mykje anna som skal tas opp at dette ikkje alltid blir prioritert. Kommunikasjonen rundt både generell medisinering og behovsmedisinering er i stor grad avhengig av kor stor interesse pleiarane som er på jobb har i dette området, i følgje denne hjelpepleiaren. Ein tredje hjelpepleiar trekk fram at det er viktig at dei som har opparbeida seg meir erfaring og betre kompetanse på ein pasient, må bringe denne informasjonen vidare til andre kollegaer på sjukeheimen. I tillegg fins det ein masse ”papir” som kjem med pasienten, som kan vere nyttig å setje seg inn i, seier ho.

I tillegg til å dokumentere kva som er gitt og kven som har gitt det skal dei òg dokumentere effekten av det som er blitt gitt. Ein av hjelpepleiarane fortel at dersom effekten er dårleg eller ikkje som forventa tar dei kontakt med legen. Fleire av hjelpepleiarane understrekar at dokumentasjon av effekt, samt vidareformidling av denne er særst viktig. Dette er fordi denne dokumentasjonen blir brukt i vidare medisinske vurderingar, både oppstart av terapi og seponering. På spørsmål om dei greier å følgje opp denne dokumentasjonen er svaret at det er dei nøydd til. Viss ikkje blir dei ”kalla inn på teppet” til sjukepleiarane.

Hjelpepleiarane har mykje kontakt med pasientane. Dette gjer at pasientane får ein tryggleik til hjelpepleiarane, noko som hjelpepleiarane sjølv hevdar lettast behandlinga av pasienten og utleveringa av legemiddel. Ein hjelpepleiar tar opp pasienten sitt medbestemningsansvar, og seier at dei må ha ein dialog med pasientane – der det er mogleg. Blant anna forklarar dei til pasienten kvifor dei må knuse tablettane eller gi flytande legemiddel ved svelgjevanskar, og prøver å informere dei om kvifor det er viktig at dei tar legemidla sine.

Sjukepleiarane fortel òg om samarbeidet mellom dei og hjelpepleiarane når det gjeld behovsmedisinering. Hjelpepleiarane må kontakte dei om behovslegemiddel skal gis, men det er ikkje alltid dei går og observerer pasienten. I mange tilfelle vil dei likevel gjere det. Ein sjukepleiar påpeiker at dette er fordi han i etterkant må skrive ein rapport om legemidlet og dokumentere effekten.

Dokumentasjon av effekt seier fleire av sjukepleiarane at dei kan bli betre på, det er gjerne ein veikskap på sjukeheimen. Likevel er ikkje dokumentasjonen av dette fullstendig fråverande. Dei fortel at effekten gjerne blir skriven inn i journalen eller sagt på vaktskifterapporten, men ikkje alltid nedskrive i effekt-ruta på kvitteringslista. Grunnane til at dette ikkje blir gjort kan vere mange – travelheit, at det blir gitt på slutten av ei vakt eller at ein rett og slett gløymer det. Den eine sjukepleiaren seier at ho hankar inn den som har kvittert ut legemidlet dersom ho ser at effekt-ruta står tom, og får positiv respons frå pleiarane på at ho gjer dette. Sjukepleiarane er einige om at dokumentasjon av effekt burde bli lagt betre inn i rutinane, og fleire av dei seier at dei i løpet av intervjuet er blitt meir bevisstgjorde på kor viktig det er å dokumentere effekten, fordi dei ser nytta av den. Dei diskuterer blant anna at dokumentasjon av effekt er ein tryggleik for dei sjølv ved seinare vurderingar. Dersom ein kan gå tilbake og sjå at ein pasient har hatt god effekt av eit behovslegemiddel tidlegare, blir vurderinga lettare å ta. Dokumentert effekt vil òg kunne hjelpe legane i sine vurderingar.

Klinisk tilbakemelding frå sjukepleiarane er òg viktig for vurderingane og avgjerslene til legane. Fleire av sjukepleiarane fortel om at legane høyrer mykje på deira erfaringar med pasientane og baserer mykje av avgjerslene sine om behandling på deira tilbakemeldingar. På same måte verdset sjukepleiarane tilbakemeldingar frå legen på vurderingar dei har gjort i samband med behovsmedisinering, spesielt dersom dei har måtte gitt frå dei generelle skriftlege direktiva.

Sjukepleiarane kommuniserer òg med pasienten rundt behovsmedisinering. Pasientar kan kome til å spørje om behovslegemiddel sjølv, og då er det ikkje lett å seie nei, i følge ein av sjukepleiarane.

Pleiarane diskuterer gjerne seg imellom, og i enkelte tilfelle òg med legen, før behovslegemiddel blir gitt. Mange gonger har dei saman funne gode løysingar for fleire pasientar i forhold til dette, og dei understrekar at det då er viktig at denne informasjonen blir spreidd vidare til andre kollegaer.

Legane seier det er viktig at dei får tilbakemelding om bruken av behovslegemiddel – kva som blir brukt og i kva omfang, samt dokumentasjon av effekt. Dette er viktig fordi dei då kan få kartlagt kva behovet er og kor stort det er, og gjere vurderingar i høve til behandling. Fleire fortel om slurv i samband med dokumentasjon av effekt og seier at dette må innskjerpast. Ein lege poengterer at dei som legar er med på å skape den kulturen, og at dei må vere flinke til å krevje ein slik type tilbakemelding og dokumentasjon frå pleiarane. Fleire fortel då at dei mange gonger har gitt beskjed, utan at det har betra seg noko særleg.

Frå legen si side er det viktig med god dokumentasjon i form av klare indikasjonar for behovslegemidla, samt god dialog med pleiepersonalet. Dette er viktig for at pleiarane skal bli minst mogleg i tvil og at sjansen for feil blir minst mogleg. Ein lege fortel om eit tilfelle der morfin sto på to ulike indikasjonar på ein pasient, ein i palliativ hensikt, ein anna som kunne gis ved akutte brystmerter om Nitroglycerin og oksygen ikkje skulle ha effekt. I følge legen var det ikkje godt nok definert på lista, noko som gjorde det vanskeleg for sjukepleiaren å vurdere det. Ein annan lege fortel at dei vanskelege casane blir vidareformidla til dei frå pleiarane, slik at legane somme gonger må ta avgjersla.

Det er litt ulikt korleis kontakthøva med lege er tilrettelagt på sjukeheimane. Nokon har døgnteneste, andre kan nåast på telefon fram til omtrent kl. 22 om kvelden. Ein av legane seier at retningslinjene må vere klar for når dei skal ringe og når dei ikkje skal ringje.

Dei fortel om samarbeid og kommunikasjon med sjukepleiarane i mange vurderingsprosessar, gjerne når det gjeld vurdering av symptom hjå demente. I mange tilfelle,

spesielt om dei har dårleg tid, har dei nytte av sjukepleiarane sine vurderingar når det gjeld behandling og behovsmedisinering. Dei nemner hovudsakleg sjukepleiarane når dei snakkar om kommunikasjon med pleiepersonalet.

### 5.1.5 E: Rutinar

Kategorien *Rutinar* inneheld både skildringar og tankar frå dei ulike helsepersonellgruppene om kor godt eller kor dårleg arbeidet på sjukeheimane er organisert. Dei tar opp blant anna etterleving av lovverk og prosedyrar, bemanning og kva system og verktøy som finnast, eller burde finnast for å gjere systemkvaliteten til sjukeheimen best mogleg (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer noko av det resultatata fortel (sjå Tabell 5. 5).

**Tabell 5. 5: Sitat frå kategorien 'Rutinar'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
”Det har ikkje vore noko sånne direkte retningslinjer før <i>no</i> ein er blitt observant på det. (...) Og kanskje nokre gjer litt meir ut av det og nokre har litt etterslep”. Hjelpepleiar 5.	”Eg føler på ein måte så må me innskjerpa rutinane. Du <i>skal</i> notere effekt av [legemidlet]”. Sjukepleiar 3.	”Det bør gjennomgåast alle typar legemiddel dei står på, eigentlig når de kommer inn på sjukeheimen. Dei står på sånn som dei har stått på i år og dag, blodtrykksmedisinar som ikkje er aktuelle, og statiner og allverdens. Så det er nok mange som står på ting som skulle vore seponert”. Lege 3.
-	-	”Det er utruleg vanskeleg å halde styr på alle legemidla, sant? Interaksjonar er jo utallige. (...) Og berre det å passe på dei her tinga i høve til blodtrykk og sånne ting. Så vi treng hjelp med det. (...) Helsevernetaten treng ein beskjed om at vi som bruker Profil, (...) er ikkje fornøgd med det som pasientjournalssystem”. Lege 2.

Hjelpepleiarane fortel at generelt sett er det blitt mykje strengare rutinar dei siste seks-sju åra, både når det gjeld kven som får lov til å gi behovslegemiddel og korleis ein gjer det. Dei har inntrykk av at retningslinjer for behovsmedisinering er relativt nytt, og ein av hjelpepleiarane stiller spørsmålet om dette kan vere ein av årsakene til at praksisen er så ulik – at nokre raskare tilpasser seg desse retningslinjene, medan andre har litt etterslep. Ulik tolking av den nye forskrifta blir òg nemnd i samband med dette.

Det er litt ulikskapar mellom sjukeheimane kor ofte legen er tilstades og kor ofte dei har legevisitt. Nokre fortel at dei har lege kvar dag, og legevisitt to gonger i veka, andre har berre

legen innom ein gong i veka. Kor ofte legen seponerer legemiddel hjå pasientane varierer òg. Nokre fortel om hyppige gjennomgangar, medan for andre opplevast det ikkje som om det er noko rutinar på dette. Alle har årskontrollar, men dette opplevast ikkje som nok, med tanke på kvaliteten av behandlinga som tilbydast pasienten. Ein av hjelpepleiarane etterlyser òg eit betre system for dokumentasjon av 'cave', slik at det ikkje skjer noko fatalt i høve til anten fast medisinerer eller behovsmedisinerer.

Rutinane for dokumentasjon av effekt er for dårlege i følgje sjukepleiarane, og fleire seier dei vil ta med seg denne bevisstgjeringa tilbake. Dei skulle òg ha ønska at grunnbemanninga i mange tilfelle hadde vore betre, då dette underbyggjer eit godt arbeidsmiljø, som er viktig for å skape gode rutinar. Det å ha ein god sjukeheimslege spelar òg inn på arbeidsmiljø og rutinar. Gode generelle skriftlege direktiv blir sett på som eit nyttig praksisverktøy.

I følgje legane er det ikkje gode nok rutinar for gjennomgang av pasientane sine legemiddel korkje når dei kjem inn til opphald, eller på årskontrollar. Dette er noko dei ønskjer å endre på. Verktøy for å betre praksis er noko legane snakkar mykje om. I tillegg til lister over synonympreparat ønskjer dei seg òg lister over kva som er føretrekt legemiddel ved ulike lidingar, samt sentralt utarbeida lister over kva ein bør ha på sjukeheimen sitt legemiddellager. Ein av legane nemner òg at ein gjerne kunne ha utarbeida felles generelle skriftlege direktiv for alle sjukeheimane i Bergen kommune.

Dei er svært misfornøgde med Profil-systemet, og fortel at pleiarane er det òg. Ein av legane fortel at det er eit godt pasientadministrativt-system, men eit dårleg pasientjournal-system. I tillegg syns dei det er vanskeleg å halde oversikta over interaksjonar mellom legemiddel og andre alarmerande situasjonar som oppstår i samband med legemidla til pasientane – dette treng dei òg hjelp til å få ei oversikt over. Dei ønskjer seg altså verktøy som gjer det enklare å føre institusjonskontroll.

Ein av legane påpeiker òg at rutinane og prosedyrane for behovsmedisinerer er blitt strengare dei siste åra.

#### 5.1.6 F: Generelt om medisinerer

Kategorien *Generelt om medisinerer* inneheld tankar om kva dei ulike helsepersonellgruppene syns om medisineringa generelt i sjukeheimar (sjå Tabell 4. 1). Sitata illustrerer nokre av desse tankane (sjå Tabell 5. 6).

**Tabell 5. 6: Sitat frå kategorien 'Generelt om medisinerings'.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
"Eg kan tenkje meg at i desse einingane som det er demente av forskjellig art og sånne ting, at ein kanskje burde setje litt andre ressursar inn, enn legemiddel". Hjelpepleiar 5.	"Eg syns det er veldig stor fokus med legemiddel, og det er veldig masse legemiddel, masse tablettar. Og av og til når eg deler ut ein (...) dose med masse sånn, så tenke eg: - Hjelpe meg, trengje du frukost i dag?". Sjukepleiar 4.	"Korleis skal ein differensiere det der, til dømes med ropeåtferd? (...) Det er eit veldig vanskeleg vurderingsspørsmål, og når nokon kjem å seier: - Nei, no er det sånn, no må han få <i>det</i> igjen, (...) så er det ikkje alltid det er sånn, <i>denne</i> gongen". Lege 1.
"Eg syns dei får altfor masse legemiddel, berre fordi dei er gamle". Hjelpepleiar 3.	"Nokon har nesten ingenting, medan nokon har veldig mykje. Det er veldig forskjellig". Sjukepleiar 5.	"Når ein høyrer studier om at ein sjukeheimspasient dupper av gjennomsnittleg 18,5 gonger per dag, eller eitt eller anna sånn, så byrjar ein jo å tenkje om dei kanskje er for mykje medisinerert av psykotrope legemiddel". Lege 4.

Fleire hjelpepleiarar nemner at dei gjerne skulle sett at det blei kutta ut ein del legemiddel og sett inn andre ressursar i staden for. Ein hjelpepleiar seier at ho trur ikkje det blir brukt for mykje legemiddel, men at det heller går litt på den gruppa som treng noko anna enn legemidlet. Eit par andre hjelpepleiarar derimot syns gjerne pasientane står på altfor mykje legemiddel, at oppfølging med seponering kunne vore betre.

Sjukepleiarane syns det er eit stort fokus på legemiddel i sjukeheimar, men på to måtar. På ein måte meiner fleire at legemiddel ofte er det einaste fokuset når det gjeld behandling – noko som kan vere svært negativt. På ein annan måte er det òg eit fokus på medisineringa i positiv forstand – at ein blir stadig meir bevisst på betre oppfølging. Men dei er likevel av den oppfatninga av at oppfølgingspraksisen foreløpig ikkje er god nok. Det er òg svært stor forskjell på kor mykje legemiddel kvar enkelt pasient brukar. Nokre pasientar står på svært mykje legemiddel, medan andre igjen står på svært lite.

Legane fortel om utfordringar i høve til medisinerings av demente pasientar. Dette blir blant anna illustrert ved at dei snakkar om at ropeåtferd kan ha same uttrykk, men ulik årsak. Dei kan finne på å rope fordi dei er tørst eller svolten, så det å ha eit alternativ til medisinerings er viktig. Dei gir ikkje uttrykk for at det blir brukt for mykje legemiddel, bortsett frå psykofarmaka og antihypertensiva, men dei stiller spørsmål ved terapival og oppfordrar til meir kritisk bruk av legemiddel.



### 5.1.7 G: Haldningar

Ein fast opptreden eller eit bestemt syn på ei sak kan karakteriserast som ei haldning. Desse sit gjerne litt ”i kroppen” til den enkelte, og kan vere ubevisst. Dei blir dermed ikkje alltid direkte uttrykt, men ligg gjerne meir skjult i det som blir sagt. Denne kategorien inneheld derfor tolkingar av kva haldningar dei ulike helsepersonellgruppene sit med innanfor medisinerer generelt og behovsmedisinerer spesielt. Etske refleksjonar, behandlingsskiltur og haldningar til seg sjølv og kollegaer blir tatt opp her (sjå Tabell 4. 1). Sitata som er valt ut er meint å illustrere nokon av tolkingane som er gjort (sjå Tabell 5. 7).

**Tabell 5. 7: Sitat frå kategorien ’Haldningar’.**

Hjelpepleiarar	Sjukepleiarar	Legar
”Pleieaspektet er blitt tatt meir og meir bort. Og det e jo klart at då blir jo òg desse legemidla... meir og meir frem. Eg syns det er feil”. Hjelpepleiar 5.	”Eg tenkjer kanskje nokon berre tyr til det litt for lett, eller nokon gjer det aldri på ein måte. Det er litt personavhengig, tenkjer eg i alle fall. (...) Ingen dag eller natt er jo lik, så det må jo alltid vurderast utifrå situasjonen eller personen”. Sjukepleiar 7.	”Det er jo å skjære alle over ein kam på ein måte, men (...) eg har ein fordom om at [nattevaktene] går rundt og trur at på natta skal alle vere snille barn og sove. (...) Og viss det er noko uro, (...) då må vi bare få dei rolig på ein eller anna måte”. Lege 2.
-	”Eg er nok litt meir ettergivande viss det er eit skikkeleg gamalt menneske, og nokre litt yngre som gjerne er på rehabilitering. Hatt ei dama på 97 år som står på Tramadol, altså er ein kanskje litt meir lemplig der. Ser alderen litt an kanskje, sant, kvifor skal eg spare så veldig på det”? Sjukepleiar 5.	-

Hjelpepleiarane har stor omsorg for pasientane, og det er mykje dette som gjer at dei har ei haldning til at det er greitt at sjukepleiar gir løyve til å gi behovslegemiddel over telefon, fordi dei fortast mogleg vil gjere noko med ubehaget til pasientane. Samstundes har dei ei haldning om at dei må ha god kompetanse på pasienten og vere flinke å oppdatere seg fagleg, for å vere trygg på at slik dei vurderer er rett. Dette er òg på grunn av omsyn til pasienten. Enkelte hjelpepleiarar gir uttrykk for at dess færre legemiddel som står ved behov dess enklare er det for dei, fordi kvar gong det er aktuelt med behovslegemiddel må dei få tak i ein sjukepleiar, noko som kan ta tid. Ved å få det som er behovet over på fast medisinerer slepp dei dette.

Omsorga hjelpepleiarane har for pasientane kan kome til å krasje med at dei òg vil vere tru mot systemet – lovar, regler og retningslinjer. Ein hjelpepleiar fortel at ho ofte har vondt av

rehabiliteringspasientar som er klare og orienterte og føler dei blir fråtatt styringa over eige liv og egne legemiddel, men ho seier at på den andre sida har ho retningslinjer ho må følgje. På same måte kan det vere vanskeleg å ta ifrå pasientar legemiddel dei eller pårørande har tatt med utanfrå, og som dei oppbevarer i veska eller nattbordsskuffen. Samstundes gir dei uttrykk for at dette er nødvendig, fordi dei meiner at ein skal vere varsam i bruken av alle legemiddel. Ein skal ikkje ha den haldninga om at ein Paracet ikkje er så farleg, særleg sidan den kan vere farleg i kombinasjon med andre legemiddel pasienten får.

Fleire av hjelpepleiarane har den haldninga at ein ikkje bør ty så lett til legemiddel kvar gong det oppstår eit problem. Dei syns det kan vere problematisk, vanskeleg og litt ekkelt å heile tida måtte medisinerer pasientane for alt mogleg, anten det er behovslegemiddel eller faste legemiddel. ”Det var då du skulle hatt den ekstra handa”, seier ein hjelpepleiar, og fleire av hjelpepleiarane har ei haldning til at sjukeheimane er for dårleg organiserte med for lite bemanning, og at dette fører til ein dårleg behandlingsskiltur. Dagens organisering av sjukeheimane gjer òg at mange pasientar ikkje får den merksemda dei treng, fordi pleieaspektet er blitt økonomisert bort.

Sjukepleiarane kjenner omsorg for pasientane og deira helse. Dette gjenspeglast blant anna i at dei gjerne lar ein hjelpepleiar som har betre kontakt med pasienten, administrere ut legemidlet, for å ikkje stresse pasienten unødig. Dette gjeld særskilt pasientar med demens og slagpasientar. Det same gjeld om ein pasient nektar å ta legemidla sine ein dag – dei godtar heller det innimellom enn å setje alle skyts inn på å få pasienten til å ta legemidla.

Nokre av sjukepleiarane gir uttrykk for at det er ulike haldningar til behovsmedisinering frå pleiar til pleiar, og gjerne frå lege til lege òg. Dette fører til at nokre sjukepleiarar aldri gir behovslegemiddel, medan andre tyr til det heile tida. På same måte vil legane vere ulike i kor mange eller kva legemiddel dei ordinerer for same lidning. Desse ulike haldningane er med på å skape ulike behandlingsskiltur.

Det er ulike haldningar blant sjukepleiarane i gruppeintervjuet òg. Enkelte har den haldninga at det er greitt at ein hjelpepleiar både vurderer og gir ut behovslegemiddel utan at sjukepleiaren skal observere det, fordi dei har så god kjennskap til pasienten og veit når dei skal gi kva av behovslegemiddel. Dette er det blanda stemning for. Somme har nemleg ei sterk haldning til at ein tar på seg eit ansvar når ein først har gitt klarsignal til behovsmedisinering og då ingen dag eller natt er lik må ein alltid vurdere utifrå den enkelte situasjon eller person. Derfor kan ein ikkje berre overføre dette ansvaret sånn utan vidare.

Haldningar til spesifikke pasientar eller pasientgrupper verker inn på avgjerslene til sjukepleiarane om å gi behovsmedisinering, spesielt om pasientane spør sjølv. Det er stor forskjell på til dømes demente og ikkje-demente og sjølv om ein skal lytte til pasienten så gjer dei gjerne avgrensingar i høve til kva gruppe dei høyrer til. Det kjem blant anna fram at ein sjukepleiar syns det er lettare å gi etter for yngre rehabiliteringspasientar og veldig gamle menneske. Terminale pasientar held ein heller ikkje igjen med. Haldningane til dei du er på jobb saman med kan òg påverke avgjerslene dine, meiner ein av sjukepleiarane.

Fleire av sjukepleiarane gir uttrykk for at det fins, og har sjølv ei haldning til at det er lettare eller meir akseptert å gi behovslegemiddel som står på legemiddelkortet til den enkelte pasient, enn om ein må bruke dei generelle skriftlege direktiva. Likevel har fleire ei haldning til at eit direktiv må vere tilstades, nettopp på grunn av det overnemnte.

Legane har ei haldning om at det er sjukepleiarane som har ansvaret og kontrollen for bruken av behovslegemiddel. Hjelpepleiarane blir ikkje nemnt i denne samanhengen før etter direkte spørsmål frå intervjuarane. Dei viser då at dei er bevisst at hjelpepleiarane er med i prosessen, men då på eit underordna nivå. Det er litt ulike haldningar mellom legane om, eller eventuelt når, hjelpepleiarane kan ta vurderinga på kva som skal gis av behovslegemiddel i ein gitt situasjon. Nokre seier klart nei, andre syns det er greitt for somme typar situasjonar og legemiddel. Sistnemnte tilfelle er likevel følgt av haldninga om at hjelpepleiaren samarbeider med sjukepleiaren i vurderinga. Elles har legane stor tillit til pleiepersonalet, spesielt sjukepleiarane. Dei stolar på vurderingane deira, ikkje berre på grunn av at tida ikkje alltid strekk til for legane til sjølv å gjere ei uavhengig vurdering, men òg på grunn av ei gjensidig respekt og tillit til kvarandre.

Legane har og ei haldning til at det er forskjellig praksis for behovsmedisinering frå sjukepleiar til sjukepleiar, og gjerne og frå avdeling til avdeling. Ulike haldningar hjå pleiarane og tradisjon – ei norm som har utvikla seg på ein avdeling med lite utskifting av personale, er nokre av årsakene til dette. Legane har òg ei haldning til at nattevaktene er meir liberale i bruken av behovslegemiddel enn dei som er på dag. Ein kan derimot ikkje finne ei haldning om at det blir brukt for mykje behovslegemiddel.

Legane har ei sterk haldning til at det er dei som sit med det øvste medisinske ansvaret. Det kan i somme tilfelle føre til at dei utviklar ei haldning om at dei veit kva som er best for pasienten når det kjem til behandling, men ein lege seier at han ein gong blei utfordra på dette synet. Det var eit tilfelle der dei pårørande hadde rett og legen tok feil, og han konkluderer med at ein må ha eit ope sinn. Haldningane til dei pårørande er varierende hjå legane. Nokre

ser dei som eit urokkeleg stengsel inn til pasienten, andre har ei innstilling om at dei taler på vegne av pasienten og at dei stort sett kan overtalast.

Ulikskapar på direktiva skyldast ulik legedekning på sjukeheimane og ulik behandlingsskulturar. Ein av legane har ei haldning om at reseptfrie legemiddel kan brukast som behovslegemiddel.

## 5.2 Dokumentanalyse av generelle skriftlege direktiv

Generelle skriftlege direktiv frå 24 av dei 33 sjukeheimane i Bergen kommune blei analysert i studien. Talet på indikasjonar låg i gjennomsnitt på 11,5 (median), medan variasjonen mellom sjukeheimane gjekk frå 3 til 17 indikasjonar. Til saman på alle direktiva fanst det 39 ulike indikasjonar, derav ein "Blank", det vil seie der det berre sto legemiddel, men ikkje kva det skulle brukast for. Seks av indikasjonane førekom berre éin gong, det vil seie dei fanst berre på eit direktiv.

**Tabell 5. 8: Førekomsst av indikasjonar på dei generelle skriftlege direktiva og tilhøyrande prosentar frå 24 sjukeheimar i Bergen kommune.**

Indikasjon	Frekvens	Prosent	Kumulativ prosent
Smerte	23	8,8	8,8
Kvalme	23	8,8	17,7
Forstopping	20	7,7	25,4
Søvnvanskar	20	7,7	33,1
Feber	18	6,9	40,0
Kramper/epilepsi	15	5,8	45,8
Uro/angst	11	4,2	50,0
Hoste	10	3,8	53,8
Lungeødem	8	3,1	56,9
Halsbrann	7	2,7	59,6
Diaré	7	2,7	62,3
Tung pust	7	2,7	65,0
Sterke smerter	7	2,7	67,7
Andre (26 indikasjonar)	84	32,3	100,0
<b>Totalt</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>	

Smerte og kvalme var dei to indikasjonane som førekom på flest av direktiva. Deretter følgde forstopping og søvnvanskar som fanst på 83% av direktiva, og feber som fanst på 75%. Det er 7 indikasjonar som utgjer halvparten av det samla talet på indikasjonar for alle listene, medan 13 indikasjonar utgjer to tredjedelar (sjå Tabell 5. 8).

Nokre av dei totalt 39 indikasjonane på direktiva er tilnærma like. Dei er gjerne meint å beskrive same type symptom, men er definert ulikt. Indikasjonar som omhandlar brystmerter, tung pust og lungeødem, samt psykiske symptom som angst, uro og åtferdsforstyringar er definert litt forskjellig frå sjukeheim til sjukeheim. Det er særskilt alvorsgraden i definisjonane som er forskjellig.

Til saman på alle dei innsamla generelle skriftlege direktiva fins det 51 forskjellige legemiddelsubstansar (ATC-nivå 5). Blant desse fins det fleire legemiddelmerke og –former å velje blant. Ti av legemiddelsubstansane fins på 13 eller fleire av direktiva og utgjer 60% av alle legemiddelsubstansane samla. Atten av dei førekjem berre éin gang, med andre ord fins dei berre på eit direktiv (sjå Tabell 5. 9).

**Tabell 5. 9: Førekomsten av legemiddelsubstansar på dei generelle skriftlege direktiva.**

<b>Legemiddelsubstans</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Prosent</b>	<b>Kumulativ prosent</b>
Metoklopramid	24	8,0	8,0
Paracetamol	24	8,0	15,9
Zopiclone	19	6,3	22,3
Glyseroltrinitrat	18	6,0	28,2
Oksygen*	18	6,0	34,2
Diazepam	17	5,6	39,9
Furosemid	16	5,3	45,2
Bisakodyl	14	4,7	49,8
Morfin	14	4,7	54,5
Oxazepam	13	4,3	58,8
Aluminium/magnesium-salt	7	2,3	61,1
Ekspektorantia kombinasjonar**	7	2,3	63,5
Laktulose	7	2,3	65,8
Kodein+paracetamol	7	2,3	68,1
Glukagon	6	2,0	70,1
Loperamid	6	2,0	72,1
Sennaglykosider	6	2,0	74,1
Natriumlaurylsulfat	6	2,0	76,1
Silikonforbindelsar	5	1,7	77,7
Acetylcystein	5	1,7	79,4
Haloperidol	5	1,7	81,1
Klotrimazol	4	1,3	82,4
Etylmorfin	4	1,3	83,7
Fusidinsyre	4	1,3	85,0
Natriumpikosulfat	4	1,3	86,4
Xylometazolin	4	1,3	87,7
Glyserol	4	1,3	89,0
Ipratropiumbromid	3	1,0	90,0
Salbutamol	3	1,0	91,0
Kloramfenikol	2	0,7	91,7
Hurtigverkande insulin	2	0,7	92,4
Oksymetazolin	2	0,7	93,0
Natriumdioktylsulfosuksinat	2	0,7	93,7
Prednisolon+cinkokain	1	0,3	94,0
Nitrazepam	1	0,3	94,4
Bromheksin	1	0,3	94,7
Terbutalin	1	0,3	95,0
Cetirizin	1	0,3	95,3
Hydrokortison+mikonazol	1	0,3	95,7
Krotamiton	1	0,3	96,0
Glukose	1	0,3	96,3
Klometiazol	1	0,3	96,7
Hydrokortison	1	0,3	97,0
Nystatin	1	0,3	97,3
Teofyllin	1	0,3	97,7
Kalsiumkarbonat	1	0,3	98,0
Tramadol	1	0,3	98,3
Alimemazin	1	0,3	98,7
Zolpidem	1	0,3	99,0
Idoform/mjølkesyrebakterier	1	0,3	99,3
Saltvatn	1	0,3	99,7
Alle avføringsmidler***	1	0,3	100,0
<b>Totalt</b>	<b>301</b>	<b>100,0</b>	

\* Oksygen er ikkje definert som eit legemiddel, men er ein medisinsk gass.

\*\* Ekspektorantia er eit fellesnamn på slimløysande legemiddel. Slik som det står her omfattar dei ulike hostemiddel.

\*\*\* Dette er ikkje ein legemiddelsubstans, men sto oppført slik på eit av direktiva.

ATC-gruppene Analgetika og Psykoleptika er dei som tar størst plass på direktiva. Deretter følgjer Midler mot funksjonelle gastrointestinale lidningar og Laksantia. Legemiddel innafør desse fire gruppene utgjer til saman to tredjedelar av det totale talet på legemiddel på direktiva. Medrekna Hjerteterapi, Hoste- og forkjølelsesmidler og Diuretika, som er dei påfølgjande gruppene etter dette, utgjer desse sju ATC-gruppene nesten 84% av det totale innhaldet på dei generelle skriftlege direktiva (sjå Tabell 5. 10).

**Tabell 5. 10: Førekomst av ATC-grupper (2. nivå) på dei generelle skriftlege direktiva og tilhøyrande prosentar.**

ATC-gruppe	Frekvens	Prosent	Kumulativ prosent
N02: Analgetika	70	18,7	18,7
N05: Psykoleptika	70	18,7	37,4
A03: Midler mot funksjonelle gastrointestinale lidningar	59	15,8	53,2
A06: Laksantia	52	13,9	67,1
C01: Hjerteterapi	27	7,2	74,3
R05: Hoste- og forkjølelsesmidler	19	5,1	79,4
C03: Diuretika	17	4,5	84,0
Andre	60	16,0	100,0
Totalt	374	100,0	

Fleire av legemidla som står på direktiva fins berre i ein styrke, då er denne angitt til å vere "ikkje relevant". Denne kategorien høver for 58.1% av legemidla på direktiva. For dei resterande legemidla der det er relevant at styrken er angitt er det 73% som har angitt styrken, medan 27% ikkje har det. Når det gjeld dosering er det 86% av legemidla på direktiva som har angitt dette, men for 12% av dei er denne uklar (sjå Tabell 5. 11). Med uklar dosering meinast at det er rom for tolking av kor mykje legemiddel ein faktisk kan gi til pasienten.

**Tabell 5. 11: Prosentvis førekomst av angitt styrke, dosering, maksimal dosering og legekontakt for alle legemidla på dei generelle skriftlege direktiva.**

	Rangering	Prosent
Styrke	Ja	31
	Nei	11
	Ikkje relevant	58
Dosering	Ja	74
	Nei	14
	Uklar	12
Maksimal dosering	Ja	58
	Nei	39
	Uklar	3
Legekontakt	Ja	37
	Nei	63

Ni av sjukeheimane har alltid styrken på legemidla angitt der det er relevant, medan éin sjukeheim aldri har det. Tre av dei ni sjukeheimane som alltid angir styrken til legemidla, angir alltid dosering òg, utan at denne nokon gong er uklar. Til saman er det ni sjukeheimar som alltid angir dosering for legemidla. For fem av desse er doseringa aldri uklar, medan for fire av dei er ho somme gonger uklar.

Maksimal dose er angitt for legemidlet i 61% av tilfella. I 3% av desse er denne likevel uklar. For 39% er ikkje maksimal dosering angitt i det heile. Når det gjeld legekontakt er tala omvendte. Det er angitt når ein skal ta kontakt med lege for 37% av legemidla på dei generelle skriftlege direktiva, medan fleirtalet ikkje har angitt dette (sjå Tabell 5. 11). Ein kunne ikkje finne nokon samanheng mellom at legekontakt var angitt når maksimal dose var utelate ( $p = 0,064$ ).

Tre sjukeheimar angir alltid maksimal dose, men berre ein av desse angir samstundes alltid når ein skal kontakte legen. Til saman er det fire sjukeheimar som alltid angir når ein skal kontakte legen, medan fem sjukeheimar aldri angir dette. Av desse fem er det berre éin av dei som då alltid angir maksimal dose.



## 6 Drøfting

I dette kapitlet vil eg først drøfte både materialet og metoden som er brukt i studien, med tanke på både styrkar og veikskapar. Deretter vil eg drøfte resultata frå fokusgruppeintervjua i høve til dei tre dimensjonane frå intervjuguiden (sjå Figur 5. 1), resultata frå dokumentanalysen og eksisterande litteratur om emnet. Til slutt vil eg drøfte den dokumentanalysen av dei generelle skriftlege direktiva, også i høve til fokusgruppeintervjua og eksisterande litteratur om emnet.

### 6.1 Metodedrøfting

#### 6.1.1 Fokusgrupper som metode

Malterud (2003) seier at val av metode skal følgje problemstillinga. I hovuddelen av prosjektet blei det gjort forsøk på å både skildre og forstå behovsmedisineringa i sjukeheimar utifrå ulike grupper av helsepersonell si livsverd. Ønsket var å få fram kvalitetar med området behovsmedisinering gjennom å undersøke meiningane til fleire av yrkesgruppene som er involvert i denne prosessen. Det var då meir meningsfylt å nytte seg av intervju, fordi ein ikkje ville kunne avdekke alle nyansane i eit spørjeskjema. I tillegg var det eit mål å avdekke dei ulike gruppene sine felles prioriteringar, normer, verdiar og haldningar, noko fokusgrupper er ideelt eigna for, blant anna i følgje Kitzinger (1994, 1995).

Ein av dei største styrkane ved bruk av fokusgrupper er at deltakarane får stor innverknad på gruppeintervjuet. Dei kan velje å trekkje fram det dei syns er viktig og samstundes triggjar dei kvarandre sine tankar på området. Til dømes, dersom éin tør å kome med nokre innrømmingar, tør gjerne fleire å gjere det same.

Dessverre er ikkje fokusgrupper så godt eigna til å få fram sensitive opplysningar. I dette tilfellet kan òg lojaliteten til si eiga yrkesgruppe gjere at ein blir redd for å setje denne i eit dårleg lys eller er redd for å hengje ut nokon. Ein annan veikskap er at ein kan risikere at deltakarane fungerer dårleg saman. Alle dei nemnte kan føre til at ein får eit dårleg datagrunnlag å arbeide vidare med, og i verste fall kan ein trekkje feil konklusjonar på

grunnlag av dette. Dette kan ein forsøke å korrigere ved å la éin eller fleire av deltakarane lese gjennom forskaren si tolking.

### 6.1.2 Deltakarane i fokusgruppene

Det blei sendt ut brev til alle sjukeheimane i Bergen kommune med førespurnad om at 1-2 hjelpepleiarar og sjukepleiarar melde seg til gruppeintervju om behovsmedisinering (vedlegg I). Dermed opna vi for at pleiarar frå både offentlege og private; små, middels eller store sjukeheimar kunne delta. Formålet med inklusjonskriteria, som blei oppgitt i brevet, var å få deltakarar til gruppeintervjua som mest sannsynleg hadde vore borti oppgåver knytt til behovsmedisinering, og fått tida til å gjere seg opp ein meining om korleis dei syns systemet fungerer. Det var òg eit poeng at dei hadde arbeida lenge nok på same plassen, då fleire studier har vist at det som har størst innverknad på praksisen rundt behovsmedisinering er sjølve sjukeheimen (Robers, 1988; Roberts et al., 1998; Schmidt et al., 1998; Stokes et al., 2004).

Talet på frivillige deltakarar som meldte seg var så høgt at vi ikkje tok mål på å foreta ein ytterlegare strategisk seleksjon. Ein strategisk seleksjon kunne ha ført til at gruppesamansetninga blei meir variert i høve til både alder, eigarskap og storleik på sjukeheimen dei kom frå, og arbeidserfaring frå sjukeheim. Slik fokusgruppene for hjelpepleiarane og sjukepleiarane vart, blei denne fordelinga tilfeldig. I fokusgruppa med hjelpepleiarar var det ei god blanding i høve til både eigarskap og storleik på sjukeheimen dei arbeida ved, medan deltakarane alle var godt vaksne med lang arbeidserfaring innan sjukeheimar. I fokusgruppa med sjukepleiarar var alder og arbeidserfaring meir variert mellom deltakarane, medan eigarskap og storleik på sjukeheimen dei arbeida på varierte mindre.

At legane blei rekrutterte frå deira månadlege fagmøte er ein styrke, fordi dei som møter på dette gjerne er meir enn middels interesserte i området sjukeheimsmedisin. I tillegg har dei ein føresetnad for å kjenne kvarandre frå før og er gjerne trygge på kvarandre, noko som kan vere ein fordel i eit gruppeintervju, og som og syns å vere tilfellet for akkurat dette gruppeintervjuet. Samstundes var denne rekrutteringsmetoden ein veikskap, fordi det allereie der blei ekskludert fleire sjukeheimslegar som gjerne ikkje hadde høve til å stille på dette fagmøtet, men som likevel kan ha noko å melde om området. Ein alternativ utvalsstrategi

kunne ha vore å invitere alle sjukeheimslegane i Bergen kommune per post. Ved høg respons kunne ein så ha utført ein seleksjon.

Å halde fokusgruppene homogene på yrke er både ein styrke og ein nødvendighet. Den hierarkiske kulturen vil kunne ha øydelagt gruppesamspillet i ei blanda gruppe, og dei ulike gruppene kunne ha følt at dei ikkje fekk anledning til å stresse det som var viktig for dei. I våre fokusgrupper flaut diskusjonen lettast hjå legane og sjukepleiarane. Ei mogleg forklaring kan vera at hjå hjelpepleiarane var lojaliteten til si eiga yrkesgruppe høgare og ein var redd for å setje yrkesgruppa i eit dårleg lys, som nemnt i 6.1.1.

### 6.1.3 Analyse av gruppeintervjua

Det er ein styrke at intervjuaren sjølv transkriberer gruppeintervjua (Malterud, 2003, side 80). Nærleiken til materialet gjer at ein lettare kan tyde ord og samanhengar, og skrive inn stikkord om sinnsstemningar og andre ikkje-verbale uttrykk i transkripta. Ein kunne ha auka validiteten ytterlegare om deltakarane i gruppeintervjua hadde lest gjennom transkripta, men dette var det ikkje høve til på grunn av tidsramma til prosjektet.

Den vidare analysen var basert på Malterud sine prinsipp om systematisk tekstkondensering, som igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Analysemetoden har til formål å gi kunnskap om deltakaranes erfaringar og livsverd (Malterud, 2003). Dette stemmer godt overeins med problemstillingane, der ønsket var å belyse ulike grupper av helsepersonell sine erfaringar, tankar og haldningar til behovsmedisinering i sjukeheimar. Å ha ein allereie godt utprøvd analysemetode å støtte seg på, gjorde dataanalysen strukturert og systematisk. Den var òg med å sikre ei gjennomarbeiding av dei nødvendige trinna frå rådata til resultat. I denne prosessen har meiningar frå dei tre transkriberte gruppeintervjua kome fram og blitt vurdert opp mot kvarandre, problemstillingane og det opphavlege datamaterialet. Analysemetoden har i sistnemnte tilfelle då vore eit reiskap for å sikre at resultatata har rot i det opphavlege datamaterialet, noko som er med å auke validiteten til resultatata.

### 6.1.4 Dokumentanalyse som metode

Ei dokumentanalyse i form av ei innhaldsanalyse er eit reiskap for å systematisere innhaldet i eitt eller fleire dokument, slik at det gir eit datagrunnlag å arbeide vidare med (Grønmo, 2004). I dette prosjektet var det innhaldet på dei generelle skriftlege direktiva, og ikkje dei enkelte tekstelementa, som var viktig å få vite noko om. Innan media blir innhaldsanalysar

blant anna brukt for å skildre mønstre og utviklingstendensar (Østbye et al., 2002, side 216). Ein kan seie at ein i dette prosjektet var ute etter å finne mønstre i dei generelle skriftlege direktiva òg, for deretter å samanlikne desse for dei ulike sjukeheimane.

#### 6.1.5 Materialet til dokumentanalysen

Dei generelle skriftlege direktiva til alle sjukeheimane i Bergen kommune blei etterlyst i same brevet som inneheld førespurnaden om deltakarar til gruppeintervju. Dette viste seg å vere ein veikskap, fordi fleire av sjukeheimane faktisk ikkje følgde opp denne førespurnaden. Det kan òg vere at dei misforsto kva som blei etterspurd. Eit eige brev for denne delen av prosjektet hadde kanskje gitt betre resultat. Ved å gjennomføre ringerundar til sjukeheimane, blei fleire direktiv mottatt. Dei manglande direktiva skyldast i mindre grad at sjukeheimen ikkje hadde slike, og i større grad at dei eg snakka med misforsto kva type dokument eg var ute etter. "Kjært barn har mange namn" og i tillegg er det stor forskjell mellom sjukeheimane kva skriva inneheld og vert nytta for (jamfør resultat).

#### 6.1.6 Analyse av generelle skriftlege direktiv

I følgje Grønmo (2004) kan ei innhaldsanalyse vere anten kvalitativ eller kvantitativ. Anten kan ein sjølv inndelege dokumenta i kategoriar, eller plassere innhaldet i førehandsbestemte kategoriar respektivt. Kategoriane var her bestemt på førehand, men dei hadde sitt utspring i innhaldet på direktiva. Prosjektet gjorde altså ei blanding av kvalitativ og kvantitativ innhaldsanalyse. Dette kan vere ein styrke ved at analysen byggjer på det innsamla datamaterialet. Det same gjeld for utveljinga av variablane, som òg byggjer på innhaldet på direktiva. Samstundes kan det vere ein veikskap fordi det kan tenkast at andre viktige kategoriar og variablar kunne vore viktige å få med.

Statistikkprogrammet SPSS er eit godt verktøy for å sortere og analysere innhaldet, men programmet er berre eigna for kvantitative storleikar, og vil ikkje kunne fange opp kvalitative eigenskapar ved innhaldet på direktiva. I dette prosjektet er talet på direktiv så lågt at det er lett å supplere med kvalitative tilleggsbetraktningar, utan å måtte utvikle noko eige kodeskjema for desse. Dersom talet på direktiv hadde vore større hadde eit eige kodeskjema for dei kvalitative eigenskapane ved innhaldet gjerne vore nødvendig.

### 6.1.7 Førforståinga sin innverknad på metode, analyse og resultat

Som forskar er ein avhengig av å kunne identifisere dei spora ein legg igjen i forskingsmaterialet, for å sjå korleis eins sjølv har innverka på prosessen. Det kan derfor vere lurt å skrive ned førforståinga ein har ved inngangen til prosjektet, spesielt i høve til kva resultat ein trur ein vil finne. Førforståinga består av fagleg bakgrunn og perspektiv, erfaringar med området ein ønskjer å studere, og den teoretiske referanseramma ein har opparbeida seg og vel å sjå forskinga gjennom (Malterud, 2003).

Førforståinga verkar inn på alle ledd av forskingsprosessen. Den verkar inn på utarbeidinga av intervjuguiden og spørsmåla som blir stilt under gruppeintervjua; samt analysen av data og korleis ein vel å tolke resultata. Både eg og dei to vegleiarane som var med under gruppeintervjua noterte ned vår førforståing, og vi hadde egne møter der vi diskuterte spørsmåla til intervjuguiden, kategoriane frå analysen av gruppeintervjua, og variablane som blei tatt med i kodeskjema for dei generelle skriftlege direktiva. Vi var felles og kvar for oss aktive i analyse og tolking av resultata, noko som òg vil vere påverka av førforståinga.

## 6.2 Drøfting av gruppeintervjua

Det som skil seg ut som hovudfunn er at det ser ut til å vere eit misforhold mellom det dei ulike yrkesgruppene er pålagt å gjere og det dei har høve til å gjere. Dei tilsette beveger seg i eit spenningsfelt mellom formelle, faglege og moralske forpliktingar, i høve til dei praktiske oppgåvene som skal løysast til dagleg på sjukeheimen.

Legane har det høgste formelle og faglege ansvaret når det gjeld behandling og medisineriing i sjukeheimen. Dette ansvaret er dei vel medvitne om, men grunna det store talet på pasientar dei har ansvar for og den knappe tida dei har til råde, støtter dei seg ofte på sjukepleiarane sine vurderingar og tilbakemeldingar.

Sjukepleiarane sit med eit formelt ansvar og eit fagleg ansvar i høve til den utdanninga og kompetansen dei har, for dei vurderingane dei gjer innafor behovsmedisineriinga. Ofte er éin sjukepleiar ansvarsvakt eller bakvakt for ein heil avdeling eller heile sjukeheimen, og det er ikkje alltid dei har høve til å oppsøkje pasienten om dei får spørsmål om behovsmedisineriing. I desse tilfella vil dei stole på hjelpepleiarane sine observasjonar og vurderingar av pasienten.

Hjelpepleiarane har den næraste kontakten med pasientane, og er kanskje dei som best kjenner det moralske ansvaret på kroppen. Dette kjenner dei ikkje berre ovanfor pasientane, men òg ovanfor kollegaene og bedrifta. Det er gjerne dette som er årsaka til at dei tar på seg både observasjonane, vurderingane og dokumentasjonen av behovsmedisineringa, sjølv om dei korkje har tilstrekkeleg kompetanse eller kunnskap til å gjere det.

Systemet rundt behovsmedisinering er tufta på stor respekt for og tillit til kvarandre hjå dei ulike yrkesgruppene. Ut i frå gruppeintervjua kan det synast som om ansvaret for behovsmedisinering ligg hjå legane og sjukepleiarane, men at sjølv oppgåveløysinga blir utført av hjelpepleiarane. Alle dei tre yrkesgruppene uttrykk stor respekt for pasientane og vil sørge for at dei får best mogleg behandling. Skeivfordelinga av ansvar og oppgåver, som i stor grad styrast av høge krav og knappe ressursar, gjer at intensjonen om rett behovsmedisinering er vanskeleg å oppfylle.

### 6.2.1 Erfaringar

#### *Erfaringar rundt praksis og legemiddelbruk i behovsmedisinering*

I alle dei tre intervjua blir legemiddel mot uro, i hovudsak beroligande (anxiolytika), trekt fram som ofte brukt innafor behovsmedisinering. Det fins fleire studiar som viser at åtferdsforstyrningar, som uro, roping og vandring, er ei av hovudårsakene til at det blir gitt ein slik type legemiddel (Nygaard et al., 2004; Sorensen et al., 2001). Samstundes har det dei siste åra stadig blitt meir fokus i media på "neddoping" av sjukeheimspasientar, og deltakarane er sjølvstakt klar over dette. Ein kan undre seg om det er dette som gjer at dei er av denne restriktive oppfatninga om beroligande legemiddel, eller om ho er høgst reell. I følgje ein internasjonal studie står denne legemiddelgruppa for 17% av det totale talet på administrerte behovslegemiddel (Stokes et al., 2004). I denne studien er beroligande legemiddel på ein tredjeplass etter analgetika (30%) og laksantia (26%). Desse blir òg trekt fram som mykje brukt i gruppeintervjua, men diskusjonen rundt bruk av beroligande legemiddel ved behov overskuggar dette.

Legane diskuterer ein del rundt fordelar og ulemper med behovsmedisinering, og sjukepleiarane er òg inne på det i sine diskusjonar om kvifor det blir gitt. I følgje legane er fordelene med behovslegemiddel først og fremst at ein unngår for mykje legemiddel og unødvendige biverknader hjå pasienten. For sjukepleiarane er fordelene den at dei har noko

konkret å ty til om situasjonen skulle krevje det. Faren er at skiljet mellom at legemiddel blir nytta for eit behov hjå pasienten, eller at det blir nytta for eit behov hjå pleiepersonalet ikkje verkar klart nok. Ein sjukepleiar innrømmer at ho somme gonger på nattevakt gir beroligande til ein pasient for rett å slett få fred til å gjere det ho skal. Dette blir bekrefta av Malmedal (1999). Litt meir i grenseland er det når pleiepersonalet ønskjer å gi smertestillande til terminale pasientar. Gjer dei dette mest for å lette eit ubehag dei *trur* pasienten har, eller for å tilfredsstillе eit ønske hjå dei sjølve om å gjere noko for pasienten? Samstundes viser ein studie at pasientar i sjukeheimar med ei demensdiagnose har lågare sjanse for å få smertestillande ved behov, ofte på grunn av at sjukepleiarane ikkje oppfattar det som nødvendig (Nygaard et al., 2005). Det er dette legane ser på som ei ulempe med behovsmedisinering – at pasienten kan risikere å ikkje få legemidlet i det heile tatt.

#### *Erfaringar rundt bruk av generelle skriftlege direktiv*

Forskjellen i bruken av dei generelle skriftlege direktiva frå sjukeheim til sjukeheim kan ha mykje å gjere med kor godt denne lista er utarbeida og kjent for dei tilsette, samt kva som faktisk fins av legemiddel på denne. Analysen av dei generelle skriftlege direktiva gjort i denne studien viser store forskjellar i både utforming og innhald, noko som gir ein varierende kvalitet. Ein kan undre seg om dårleg kvalitet på direktiva er ei medverkande årsak til at somme sjukepleiarar kvir seg for å ty til behovslegemiddel frå desse. I gruppeintervjuet med sjukepleiarane blir det nemnd at å gi frå direktiva er forbunde med meir ansvar for deira del. Då må dei i større grad stole på sine egne vurderingar, noko som dei enkelte sjukepleiarane vågar å gjera i ulik grad. Dette kan ha bakgrunn i kor erfarne dei er, kor godt dei kjenner pasienten, eller kor god kunnskap dei har om symptomuttrykk, og farmakologien til dei aktuelle legemidla. Det kjem særleg fram i gruppeintervjuet med sjukepleiarane at erfaring og tryggleik i høve til fleire av dei overnemnte har stor innverknad på om ein syns det er greitt å ty til direktiva eller ei. Ein av legane har det inntrykket at dess betre ein sjukepleiar kjenner pasienten, dess betre er vurderingane i høve til å bruke legemiddel frå dei generelle skriftlege direktiva.

Der kor legane kan sjå for seg felles generelle skriftlege direktiv for sjukeheimane i Bergen kommune, er sjukepleiarane mykje meir skeptiske. For legane innbyr kanskje felles direktiv til kvalitetssikring og eit mindre press om at legemiddel dei veit er ugunstige for mange pasientar ikkje då gis i deira fråver. Det er tross alt eit krav om at legemiddel som blir utlevert til ein pasient på førehand må vere vurdert av rekvirenten (Forskrift om

legemiddelhåndtering, 2008, § 7, 1. ledd). Det betyr at legemidla og doseringa som er oppgitt for dei på dei generelle skriftlege direktiva skal vere trygt å gi til ein kva som helst pasient på sjukeheimen – med mindre det er eksplisitt gitt beskjed om kva dei enkelte pasientane ikkje kan bruke av desse. For sjukepleiarane vil felles direktiv gjere kvardagen meir byråkratisk, med meir legekontakt før behovslegemiddel kan bli gitt. Sjukepleiarane gir òg uttrykk for at sjukeheimane ikkje er einsarta i høve til rutinar og pasientsamansetning, og at det er nøydd å vere forskjell på direktiva.

## 6.2.2 Tankar

### *Tankar om oppgåvefordeling og ansvar*

I alle dei tre fokusgruppene kom det fram at behovsmedisinering er forbunde med eit stort ansvar og i somme tilfelle ein del utryggleik. Legane har tankar om at sjukepleiarane har ei rolle som ”minilegar” når legen ikkje er tilstades, og at dei kan kome borti situasjonar der dei er i tvil og i grenseland for eigen kompetanse. Sjukepleiarane gir uttrykk for at det er ei ansvarstygde som veg tungt, og at vurderingane i somme tilfelle kan vere vanskelege, spesielt om dei står aleine om å ta avgjersla. Hjelpepleiarane har tankar om at sjølv å gi ein Paracet ved behov skal ein vere forsiktig med, og at ein må vite kva ein gjør når det gjeld behovsmedisinering.

Vurderinga bak og avgjersla om å utlevere behovslegemiddel til ein pasient er ei oppgåve som lenge har vore pålagt sjukepleiar (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987). Likevel blir ansvaret for vurderinga bak, og i somme tilfeller òg avgjersla om å utlevere behovslegemiddel, skyvd over på den gruppa som har minst føresetnad for å kunne handtere denne oppgåva forsvarleg – hjelpepleiarane. Kvifor skjer dette, og kva kan konsekvensane av ein slik praksis bli?

I dei tilfella sjukepleiarane gir hjelpepleiarane ansvaret for å ta vurderinga i høve til utlevering av behovslegemiddel har dei gjort ei avgjersle om at dette er greitt. Bak ei avgjersle ligg det ein kortare eller lengre tankeprosess, som kan vere enkel eller kompleks, avhengig av kva som skal avgjerast og kva føresetnader ein har for å ta denne avgjersla. I tilfellet med behovsmedisinering må prosessen i tillegg vere effektiv, då situasjonen kan vere akutt. Det er gjort studiar som har søkt å forstå dei kognitive prosessane hjå sjukepleiarar, som ligg til grunn for avgjerslene knytt til utlevering av legemiddel til pasientar i sjukehus,



anten det faste legemiddel eller behovslegemiddel (Eisenhauer et al., 2007; Manias et al., 2004). Manias et al. (2004) viser til mønstergjenkjenning som ein del av avgjersleprosessen for behovsmedisinering. Ein pasient kan få symptom som liknar på tilfelle sjukepleiarane har vurdert og behandla tidlegare, anten hjå den aktuelle pasienten eller hjå andre pasientar. Dersom sjukepleiarane får ei oppringing frå ein hjelpepleiar med skildring av symptom dei gjenkjenner frå tidlegare situasjonar, kan det vere ein grunn til at dei tar avgjersla over telefon, og vel å ikkje oppsøke pasienten for ei sjølvstendig vurdering. Dersom dei i tillegg har erfaringar med kva legemiddel som har best effekt for dei aktuelle symptoma, vil det kunne lette avgjersla endå meir. Sjølv om tryggleiken i høve til vurdering av visse symptom aukar, er det ikkje synonymt med at det fører til presise slutingar om diagnose og behandling (Manias et al., 2004). Dette blir òg stressa i gruppeintervjuet med legane. Ein lege poengterer at det kan vere ulike årsaker til same åtferd, eksempelvis ropeåtferd, og at éi type behandling kan virke i den eine gongen, men ikkje den neste. Medan sjukepleiarane i deira gruppeintervju trekk fram korleis ulik bakgrunn kan innverke på tolking av symptom. Ein sjukepleiar fortel at der ein onkologisk sjukepleiar ser smerte, ser gjerne ein psykiatrisk sjukepleiar angst. Den tolkinga ein hjelpepleiar gjer av symptoma hjå ein pasient er ikkje nødvendigvis dei same som ein sjukepleiar eller lege ville gjort. Utfallet av telefonsamtalen mellom hjelpepleiar og sjukepleiar vil kunne bli forskjellig avhengig av om hjelpepleiaren vel å legge fram tolkinga si av symptoma, eller ei meir nøktern skildring av dei.

Eisenhauer et al. (2007) identifiserer ti kategoriar ein kan inndele tankane til sjukepleiarane under utleveringa av eit legemiddel til pasienten. Ein av kategoriane som blei identifisert var "work arounds". Sjukepleiarar omgår i somme tilfelle sjukehuset sine prosedyrar for å framskynde at pasientane får legemidla sine, eller fordi dei vil effektivisere arbeidet sitt. Dette kan vere medverkande årsaker til at prosedyrane for utlevering av behovslegemiddel i somme tilfelle blir omgått på sjukeheimane òg. Sjølv om intensjonen med dette gjerne er tenkt å gagne pasientane, ved at dei får behovslegemidlet raskare, kan det føre til at tryggleiken rundt behovsmedisineringa blir svekka. I følgje Helsetilsynet utgjer uheldige hendingar knytt til legemiddelhandtering gjort av helsepersonell 27% av alle meldingar til Meldesentralen. Lokale prosedyrar, saman med regelverk, er meint å skulle vere barrierar som skal minske risikoen for svikt (Helsetilsynet, 2008).

Kjennskap til pasientar og kollegaer er òg med på at prosedyrane blir omgått. Dette kjem fram i alle tre gruppeintervjua. Både sjukepleiarar og legar nemner at det er greitt at

hjelpepleiarane tar vurderinga om behovsmedisinering i somme tilfelle, fordi dei gjerne har best kjennskap til pasienten av dei tre gruppene. Dei har ”god kompetanse” på pasientane, som ein sjukepleiar uttrykk det. Kor greitt det er at sjukepleiaren overlet vurderinga til hjelpepleiaren har samstundes ein samanheng med kor god kjennskap det er mellom dei to. Sjukepleiaren vil sjeldnare oppsøke pasienten for ei eigen vurdering om ho har god kjennskap til både pasienten det gjeld og hjelpepleiaren som tar kontakt. Spørsmålet er om hjelpepleiarane og sjukepleiarane gløymer pasientperspektivet, på grunn av dei relasjonane dei har til kvarandre? Som helsepersonell er begge gruppene plikta til å utføre arbeidet sitt på ein forsvarleg måte (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sjølv om hjelpepleiarane har betre kjennskap til pasienten er ikkje det synonymt med at vurderinga er fagleg god og at prinsippet om forsvarleg praksis er ivaretatt. Dei ti kategoriane tankeprosessen til sjukepleiarane kan delast inn i, vitnar om at utlevering av legemiddel er ein svært krevjande intellektuell prosess (Eisenhauer et al., 2007). Dei sju R’ane sjukepleiarane må følgje ved utlevering av eit legemiddel – rett pasient, rett legemiddel, rett dose, rett styrke, rett legemiddelform, rett måte, og rett tid (Bielecki et al., 2004) - er òg ein indikator på at dette er ei oppgåve som krev ein del fagkompetanse om legemiddel. Hjelpepleiarar har ikkje den same farmakologikunnskapen som sjukepleiarane, og det er ikkje som fagleg forsvarleg at dei i somme tilfelle overtar heile ansvaret for utlevering av behovsmedisin.

Hjelpepleiarane har ein idé om at ansvarstyngda dei har i høve til behovsmedisinering er grei, fordi dei har ein dobbelkontroll i sjukepleiarane. Hjelpepleiarane reknar med at sjukepleiarane seier nei, dersom dei ikkje er einige i vurderingane deira. Samstundes kan dei ikkje hugse at sjukepleiar nokon gong har vore negativ om dei har ringt å spurd. Denne forma for pulverisering av ansvar er eit viktig funn i studien og reflekterer eit misforhold i kva hjelpepleiarane trur dei har av makt (lite) og kva dei i praksis har (mykje). Dette paradokset som hjelpepleiarane finn seg i er interessant å sjå nærmare på.

### *Tankar om undervisning og kompetanse*

Drøftinga i avsnitta over viser at prosessen rundt utlevering av behovslegemiddel er krevjande og at høg kompetanse innafor dette området er sentral. Likevel er alle dei tre yrkesgruppene klare på at undervisninga både generelt og i høve til behovsmedisinering er for dårleg, og at ein burde sette inn meir ressursar og systematikk for å bøte på dette.

Ein av grunnane til at undervisninga er mangelfull er uklarleikar rundt kven som har ansvaret for både organisering og gjennomføring. Igjen kan ein sjå at rutinane er for dårlege. Det faglege miljøet i sjukeheimar er allereie lite, spesielt for sjukepleiarar og legar. Dårlege rammer for vidare utvikling gjer ikkje underverker for rekrutteringa til desse arbeidsplassane. Det har vore fleire medieoppslag dei siste åra om at ufaglærde stadig utgjer ein større del av arbeidsstyrken i sjukeheimar (Dagsavisen, 18.03.2009; NRK Østlandssendingen, 23.04.2007). Dette er kan ikkje sameinast med dei store pleiebehova hjå fleirparten av sjukeheimspasientane (Romøren, 1999), og dei komplekse arbeidsoppgåvene dette medfører. Eldrebølgja gjer at vi kjem til å trenge både fleire sjukeheims plassar og fleire faglærde i sjukeheimane framover (Statistisk Sentralbyrå, 1999). Å vere ein del av undervisninga kan vere utviklande for legane òg. Fleire av legane i gruppeintervjuet uttrykk at dei ønskjer å ha meir undervisning, og at det er trist at dei ikkje blir spurt oftare. Sjukeheimslegane er allereie pressa på tid, men på sikt vil undervisning gi betre kompetanse hjå pleiarane på sjukeheimen og dette vil kunne lette arbeidet til legane. Den nye legemiddelhandteringsforskrifta gir verksemdsleiar ansvaret for å organisere undervisning (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 4, 5. ledd a)), men kanskje farmasøytiske rådgjevarar bør tilby sine tenester for å få desse rutinane på plass?

#### *Tankar om dokumentasjon og kommunikasjon*

Dokumentasjon av effekten av eit behovslegemiddel er viktig å følgje opp, dette gir alle dei tre yrkesgruppene uttrykk for. Likevel er rutinane for dette for dårlege. Både hjelpepleiarar, sjukepleiarar og legar fortel om slurv i høve til dokumentasjon av effekt. Det er tilfeldig kor effekten blir dokumentert, om den blir dokumentert i det heile tatt. Det er heller ikkje klart kven som har ansvaret for at dette blir gjort.

Det har blitt foreslått endå ein "R" til dei allereie sju eksisterande som er nemnt over – rett respons hjå pasienten (Wilson et al., 2004). Utleveringa av eit behovslegemiddel stoppar ikkje i den augneblinken ein har fått det i pasienten. Då held prosessen fram ved at ein må observere effekten av legemidlet hjå pasienten. Dette blir òg poengtert i Helsetilsynet sitt høyringssvar til *Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (Helsetilsynet, 2007). Det kan verke som om det er hjelpepleiarane si oppgåve å dokumentere effekten av eit gitt behovslegemiddel, medan det er sjukepleiarane si oppgåve å følgje opp at det faktisk blir gjort. Det kunne vore ein idé å overlate ansvaret for å notere effekten av eit gitt behovslegemiddel til hjelpepleiarane. Det er dei som har den næraste

kontakten med pasientane, og å tydeleggjere at dette er deira ansvar vil kanskje i større grad kunne sikre at dokumentasjon av effekt blir gjort. Om dette skal gjennomførast må ein sjølvstøtt legge føringar for korleis det skal gjerast. Ein må forklare kva effekt ein skal sjå etter, samt aktuelle biverknader. Det må vere klart kva som skal skrivast på kvitteringsarket for gitt behovslegemiddel hjå den enkelte pasient, og kva og kor eventuell utfyllande informasjon om effekten skal dokumenterast.

I prosessen rundt behovsmedisinering er kommunikasjon mellom dei involverte partane nødvendig, men samstundes vanskeleg. I tillegg til at dei kommuniserer utifrå ulike føresetnader, noko som kan føre til misforståingar, kan det verke som om kommunikasjonen berre delvis er sett i system for dette området. Tid er òg ein faktor som kan spele inn. Utanom den kontakten mellom yrkesgruppene som er nedfelt i prosedyrar, til dømes vaktskifterapport og legevisitt, verkar det ikkje å finnast noko møtearena for diskusjon av behovsmedisineringa av pasientar. Det fins sjølvstøtt unntak frå denne regelen, men kommunikasjon rundt behovsmedisinering syns å skje tilfeldig, både innetter same yrkesgruppe og mellom yrkesgruppene. Klare kommunikasjonslinjer var ikkje innarbeida og verka meir knytte til lokal bedriftskultur enn forankra i rutinar og prosedyrar. Organisert tverrfaglege møter, der både pleiepersonell og lege er involvert, gir betre arbeidsdeling og eit rettare innsatsnivå for alle dei involverte. I tillegg får ein jamleg vurdert pasientane, og årskontrollane kan sløyfast (Waalder et al., 1999).

### 6.2.3 Haldningar

#### *Medisinering generelt og behovsmedisinering spesielt*

Både hjelpepleiarane og sjukepleiarane gir uttrykk for at det er eit for stort fokus på bruk av legemiddel kvar gong det oppstår eit problem hjå ein pasient, og at ein oftare burde kunne ty til ikkje-medisinske ressursar. Samtidig erkjenner dei at for å ha høve til å gjere dette treng ein ”den ekstra handa”. Innan dei får tak i den, er behovslegemiddel eit godt hjelpemiddel. I følge Vike (2004) er mangel på ressursar blitt eit typisk problem generelt for norske kommunar dei siste tiåra. Det ansvaret som blir lessa over på dei tilsette ved sjukeheimen vil anten gå utover fagleg integritet eller pasientanes ve og vel. Det er spesielt vanskeleg å ignorere pasientane, fordi dei tilsette har ein relasjon til pasientane og veit at dei er avhengige av deira innsats (Vike, 2004). Kanskje nettopp på grunn av dette har dei utvikla ei haldning om at det er greitt at hjelpepleiarane får løyve over telefon til å gi behovslegemiddel, fordi dei

lovfesta krava ikkje kan foreinast med personalressursane som finst og ønsket om å hjelpe pasienten.

### *Behandlingskultur og haldningar til seg sjølv og kollegaer*

Fleire av sjukepleiarane peiker på at ulike haldningar blant både pleiepersonell og legar bidrar til å skape forskjellar i behandlingsskultur. Sjukepleiarane innrømmer til dømes at det finst haldningar til spesielle pasientar eller pasientgrupper som kan kome til å verke inn på avgjersla om å gi behovslegemiddel eller ei. Dette er blant anna vist i høve til pasientar med og utan demensdiagnose (Nygaard et al., 2005). Ein hjelpepleiar fortel at retningslinjer somme gonger kjem i vegen for pasientane sitt medbestemmingsansvar, men det kan i like stor grad skyldast haldningane pleiepersonalet har til dei, i følgje sjukepleiarane. Legane meiner òg at ulike haldningar mellom pleiepersonalet og ikkje minst haldningar som er felles for pleiepersonalet, slik at det har utvikla seg til å bli ein tradisjon, er med på å skape forskjellar i behandlingsskultur.

Meir interessant blir det når ein ser på korleis haldningane dei ulike helsepersonellgruppene har til kvarandre innverkar på behandlingsskulturen. Legane har ei haldning til at sjukepleiarane har den fulle kontrollen når det gjeld behovsmedisinering. Samstundes har dei òg ei haldning til at nattevaktene er meir liberale i sin bruk av behovslegemiddel. Desse haldningane legg sjølvstundt grunnlag for kva føringar legane vel å setje når det kjem til ordinering av behovslegemiddel. Dersom legane sine haldningar til korleis behovsmedisinering føregår, ikkje stemmer overeins med haldningane til pleiepersonalet om korleis behovslegemiddel skal brukast, vil dette kunne gå ut over kvaliteten på behovsmedisineringa og føre til ein utryggeleik for pasientane som blir gitt behovslegemiddel.

Gruppeintervjua synast å avdekke ein type behandlingsskultur for behovsmedisinering som ikkje er ideell, korkje for legar, pleiepersonale eller pasientar, og det er rom for betring. Den nye legemiddelhandteringsforskrifta er, som fortald i innleiinga, ein del av kvalitetsbetringa innafor helsetenestene i Noreg (Helsedirektoratet, 2005). Å integrere nye retningslinjer i ein eksisterande behandlingsskultur vil ikkje vere gjort over natta, då kulturen er tufta på haldningar, og haldningar er noko som sit djupt i kroppen på eit menneske. Dei personane som blei intervjuva verka likevel innstilt på at det måtte ei endring, om ikkje fleire, til. Resultata frå denne studien, saman med ein dialog med dei tilsette ved sjukeheimen, er eit godt grunnlag for vidare kvalitetsarbeid.

### 6.3 Drøfting av dei generelle skriftlege direktiva

Det som gjorde mest inntrykk i analysen av dei generelle skriftlege direktiva var den store variasjonen mellom sjukeheimane i talet på indikasjonar og kor mange legemiddel ein hadde til rådje å bruke for desse. Ein kan sjå verdien av å ha ein standard for utarbeiding av desse direktiva.

Først drøftast kva faktorar som spelar inn på innhaldet på dei generelle skriftlege direktiva. Desse faktorane er pasientane, pleiepersonalet, sjukeheimslegane og i somme tilfelle farmasøytar, som alle kan vere medverkande årsaker til både variasjonen og breidda i indikasjonane, valet av legemiddel som nyttast for kvar av dei, og informasjon om dosering og legekontakt. Deretter vidareførast denne drøftinga, og saman med kva som kom fram i gruppeintervjua sjå på korleis ein kan få til ein god standard for dei generelle skriftlege direktiva.

#### 6.3.1 Pasientane

I gruppeintervjuet med sjukepleiarane var det fleire som reflekterte rundt at det er forskjell på kva ulike ”grupper” av pasientar kan trenge behovslegemiddel for. Uttrykk for angst og uro er gjerne det som melder seg oftast hjå demente pasientar, medan smerte kanskje er det symptomet ein vil oftast vil finne igjen hjå rehabiliteringspasientar. I tillegg kan ein gjere forskjell på korttids- og langtidspasientar, unge og gamle. Det er sannsynleg at pasientsamansetninga har innverknad på kva ein vil finne av både indikasjonar og legemiddel på dei generelle skriftlege direktiva.

Fordelinga av ulike pasientgrupper, uansett korleis ein vel å definere desse, vil vere forskjellig frå sjukeheim til sjukeheim. Likevel er det ein del indikasjonar som går igjen på fleire lister. Indikasjonar som smerte og feber er vanlege i alle delar av befolkninga – også dei som er innlagt på sjukeheim. Forstopping er ein del av aldringsprosessen, og kan i tillegg bli forsterka av sjukdom og inaktivitet (Kunnskapsforlaget, 2004). Dei overnemnte er plager som den gamle legemiddelforsyningsforskrifta føreslår at sjukeheimane har på dei generelle skriftlege direktiva (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987, Merknad til § 8). Det er med andre ord ikkje uvanleg at desse indikasjonane førekjem på fleirtalet av direktiva. Søvnevanskar kan oppstå hjå ein del av dei som blir innlagt i sjukeheimar (Voyer et al., 2006), så det er forståeleg at ein finn denne indikasjonen på mange av direktiva. Ein kan

sjølvstøtt diskutere om dette bør stå på dei generelle skriftlege direktiva, eller alltid bli vurdert og nedskrive av ein lege på legemiddelkortet til den enkelte pasient.

Samstundes kan det vere forskjell på kva legemiddel som er mest hensiktsmessig for dei ulike pasientgruppene. Det vil då vere logisk å velje legemiddel som tolererast godt av alle, ikkje minst den mest utsette pasientgruppa, som normalt sett er eldre pasientar med ulike grad av funksjonssvikt (Romøren, 1999). Det er utarbeidd ei liste over legemiddel som ein bør unngå å gi til eldre menneske over 70 år (J. Straand et al., 2006). I følgje ein rapport frå Helsetilsynet i Hordaland (2007), der dei har samla resultata frå tilsyn med ni sjukeheimar i fylket, var det fleire av legane ved sjukeheimane som ikkje kjende til den overnemnte lista. Legemiddel frå denne lista førekjem berre på eitt av direktiva som er analysert i denne studien, men til gjengjeld er det på dette direktivet oppført to legemiddel som ein anbefaler unngått til eldre. Det eine legemidlet er Vallergan (alimemazin), kor det er fare for såkalla antikolinerge og ekstrapyramidale biverknader, som blant anna kan gi forvirring og rørsleforstyringar. Det andre legemidlet er Apodorm (nitrazepam). Nitrazepam er eit beroligande legemiddel med lang halveringstid, som kan akkumulere i kroppen til eldre menneske slik at sedasjonen vedvarer til neste dag. Dette er uheldig fordi denne såkalla ”hang-over”-effekten kan auke faren for fall og påfølgjande brot hjå eldre menneske.

### 6.3.2 Pleiepersonalet

Observasjonar av og erfaringar med kva situasjonar som kjem igjen med jamne mellomrom, der behovsmedisin kan vere nødvendig, blir som regel gjort av pleiepersonalet. Dei kommuniserer dette vidare til legen som har ansvar for å utarbeide og oppdatere direktiva, og kan i så måte ha innverknad på kva indikasjonar og tilhøyrande legemiddel som blir sett opp. Legane uttrykte under intervjuet at dei somme gonger kjende seg pressa av sjukepleiarane til å setje opp fleire legemiddel, og fleire indikasjonar på direktiva enn det som allereie sto. Sjukepleiarane på si side kan hende kjenner seg pressa av hjelpepleiarane. Til pleiepersonalet sitt forsvar skal det seiast at dei etter alt sannsyn gjer dette med tanke på pasientane (Vike, 2004). I gruppeintervjua i denne studien, gir både sjukepleiarane og hjelpepleiarane uttrykk for at dei raskast mogleg vil dempe ubehaget til pasienten det gjeld, samt omgivnadane rundt. Det er tidspunkt det er vanskeleg å få fatt i legen, og det kan kjennast vondt å ikkje kunne hjelpe pasienten. Noko av det same kjem fram i ei kvalitativ masteroppgåve i helsefag frå Høgskulen i Buskerud, som omhandlar legemiddelhandtering generelt i sjukeheimar. Ein hjelpepleiar fortel i eit gruppeintervju at det gir ei oppleving av å bidra med noko positivt,

dersom ein ved hjelp av behovsmedisinering til dømes kan lindre smerte hjå ein pasient (Martinsen et al., 2007).

### 6.3.3 Sjukeheimslegane

Sjukeheimslegane er dei som har hatt ansvaret for utarbeidinga og revideringa av dei generelle skriftlege direktiva (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987), så det er rimeleg å tru at deira innverknad er stor når det gjeld kva som kjem med på listene. Kvar enkelt lege har sitt eige erfaringsgrunnlag og sine eigne haldningar til kva som bør vere med på dei generelle skriftlege direktiva. Allereie der har ein eit utgangspunkt for at direktiva vil avvike frå kvarandre både i høve til indikasjonar og legemiddel. Her ligg òg mykje av årsaka til at fleire av indikasjonane definert forskjellig, sjølv om dei er tilnærma like. Oppfatningane av dei same symptoma kan vere ulike frå lege til lege, og "klargjering" av indikasjonane på dei generelle skriftlege direktiva er ei av dei vanskelegaste oppgåvene sjukeheimslegen har.

Kor tilgjengeleg legen er for sjukeheimen er òg ein innverkande faktor. Dei generelle skriftlege direktiva fins fordi det ikkje alltid vil vere ein lege tilstades på sjukeheimen (Waalder et al., 1999), og ansvaret for nyoppståtte medisineringsbehov blir delegert nedover i systemet. Somme, inkludert ein del legar, vil kanskje hevde at dei generelle skriftlege direktiva òg er med på å spare legen for unødvendige oppringingar – i den grad desse finst. Det fins likevel eksempel på sjukeheimar der ein har kunne eliminert direktiva, fordi dei har innført døgnteneste for sjukeheimslegane, eller etablert god kontakt med legevakt.

### 6.3.4 Farmasøytane

Farmasøytar fungerer eller har fungert som rådgjevarar for kva som skal vere på dei generelle skriftlege direktiva til somme sjukeheimar, både når det gjeld indikasjonar og legemiddel (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987; Forskrift om legemiddelhandsøring, 2008). Farmasøytar har ekspertise på legemiddel og deira bruk, og tar legemiddeltryggleik svært alvorleg. Det er naturleg at farmasøytar vil jobbe for at behovsmedisineringa skjer på ein forsvarleg måte og at risikoen for utryggleik og feil blir minst mogleg. Dei vil derfor sørge for at indikasjonane er så klare så mogleg, og at den rette typen legemiddel, i høve til pasientsamansetninga på sjukeheimen, blir føreskrive for dei enkelte indikasjonane. I tillegg vil mange farmasøytar gjerne sjå at det berre er eitt valhøve for kvar indikasjon, eller i det minste så få som mogleg, for å auke tryggleiken for pleiarane. Farmasøytane vil òg sørge for



at informasjon om styrke, normaldosering og maksimaldosering er på plass og at denne er så klar som rå.

### 6.3.5 Sjukeheimskulturen

Alle dei overnemnte faktorane som kan verke inn på kva som blir innhaldet på dei generelle skrifteleg direktiva, utgjer samla kulturen til sjukeheimen. Som nemnt i innleiinga har fleire studiar vist at sjukeheimskulturen er ein av hovudårsakene til kva som blir føreskrive og brukt av behovslegemiddel (Roberts et al., 1998; Schmidt et al., 1998; Stokes et al., 2004). Kulturen er ulik frå sjukeheim til sjukeheim, då kvart enkelt menneske som fins innafør systemet i sjukeheimen bærer med seg ulike erfaringar, tankar og haldningar. Dei generelle skriftlege direktiva er ein del av behovsmedisineringa og blir kanskje påverka av kulturen i like stor grad som føreskrivinga og bruken av behovslegemiddel.

### 6.3.6 Framtidsutsikter

Implikasjonane av den store variasjonen i både innhald og kvalitet på dei generelle skriftlege direktiva, som drøfta over, kan sjåast opp i mot kva som kjem til uttrykk i gruppeintervjua. Både hjelpepleiarar og sjukepleiarar vegrar seg for å bruke direktiva i høve til behovsmedisinering. Legane på si side finn det vanskeleg å klargjere indikasjonane som står på direktiva, og somme kjenner press frå pleiepersonalet om stadig å skrive på nye indikasjonar og legemiddel. Ein kan sette inn fleire tiltak for å bøte på dette – mi anbefaling er å utarbeide om ikkje eit felles direktiv, så i alle fall ein felles mal for utarbeidinga av direktiva. Det er verksemdsleiar som har ansvaret for at generelle skriftlege rutinar er på plass og fungerer (Forskrift om legemiddelhandsling, 2008, § 4). Verksemdsleiar kan nytte seg av faglege rådgjevarar med medisinsk eller farmasifagleg bakgrunn for å gjennomføre oppgåvene sine.

I malen bør det vere eit forslag til estetisk utforming med tanke på lesbarheit og nytteverdi. Eit direktiv i tabellform, med kolonnar for indikasjon, legemiddel, normaldosering og maksimal dosering er mykje meir oversiktleg å bruke enn om direktiva er i listeform. Forslag til kva type indikasjonar, kva desse inneber og korleis dei skal definerast på direktiva, samt kva legemiddel som kan brukast for kvar av dei, kan òg vere nyttig. I følgje den tidlegare legemiddelforsyningsforskrifta skulle direktiva tross alt berre brukast ved *mindre alvorlege plager*, og talet på legemiddel skulle vere avgrensa, og dei skulle berre unntaksvis vere sterktverkande (Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten, 1987, Merknad til § 8). I

følgje den nye legemiddelhandteringsforskrifta må alle legemiddel som utleverast til pasient, på førehand vere vurdert av legen (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 7, 1. ledd). Det inneber at indikasjonar og legemiddel som blir ført opp på direktiva bør kunne bli gitt til ein kva som helst pasient på sjukeheimen. Indikasjonar som til dømes hypo- og hypeglykemi, bør då kunne stå på den enkelte pasient sitt legemiddelkort. Meir alvorlege indikasjonar, som til dømes ”brystsmerter utan kjent angina” bør ikkje stå på direktiva – då bør lege kontaktast uansett. Dersom ein skal ha legemiddel for akuttsituasjonar på direktiva, bør ein skilje dei frå dei mindre alvorlege indikasjonane. Det kan løysast ved å lage to tabellar, med føringar for når og korleis ein skal nytte seg av dei forskjellige. Klar informasjon om når ein skal kontakte lege må vere oppført.

#### **6.4 Ikkje berre elende**

Til tross for at drøftinga over har fokusert mykje på dei negative funna i høve til behovsmedisinering, kom det fram eksempel på områder innafor behovsmedisinering som fungerer svært godt på somme plassar. Det fanst sjukepleiarar som alltid vil oppsøke pasienten ved spørsmål om behovsmedisinering, fordi dei er svært bevisst at dette ansvaret er deira. Det fanst òg eksempel på sjukepleiarar som aldri hadde opplevd at mindre ressursar medførte meir behovsmedisinering. Ulike typar undervisning innafor behovsmedisinering, mykje på initiativ frå sjukeheimslegen, men ikkje alltid sett i system, var å finne på fleire sjukeheimar. Det fanst òg generelle skriftlege direktiv som var svært godt gjennomarbeida, og som godt kunne vore brukt som mal for resten av sjukeheimane i Bergen kommune. Som ein av sjukepleiarane sa på slutten av gruppeintervjuet:

”No må ikkje du finne ut at ”Guri! Alle pasientane på sjukeheim i Bergen dei berre får legemiddel til frukost!”. Det er ikkje sånn verden er, det er masse kjekt òg”.

## 7 Konklusjon

Helsepersonell frå sjukeheimar i Bergen kommune sine inntrykk i høve til behovsmedisinering er at det er eit nødvendig hjelpemiddel for å ivareta pasientars behov. Samstundes påpeiker dei ei mangel på opplæring og at prosedyrane og rutinane ikkje fungerer slik dei skal. Ei betring av desse aspekta vil føre til ei kvalitetsbetring innan området.

Dei generelle skriftlege direktiva viser ein stor variasjon i både utforming og innhald. Studien viser at direktiva ikkje held dei kvalitetskrav dei skal, korkje i følge gamal eller ny forskrift om legemiddelhandtering.

Dei to undersøkingane gjort i denne studien viser at verksemdsleiarar i sjukeheimane i Bergen kommune har ei oppgåve med å optimalisere rammene rundt behovsmedisinering, slik at den fungerer best og rettast mogleg etter intensjonane i den nye legemiddelhandteringsforskrifta, men òg i høve til det praktiske arbeidet. Ei kvalitetsbetring av området vil føre til auka tryggleik både for dei tilsette ved sjukeheimen og pasientane.



## 8 Referanseliste

- Abrahamsen, D. R. (2004). Pleie- og omsorgstjenester. *Samfunnsspeilet*, 4/04, 30-32.
- Aftenposten. (23.06.2008). - Dopet ned på sykehjem. Hentet 18.10.2008, fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2500449.ece>
- Bergesen, A. (1997). *Hun passer ikke her - doping og demens*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bielecki, T., Børdahl, B., Endresen, L., Borgen, F. H., & Tharaldsen, H. M. (2004). *Legemiddelhåndtering : lærebok for sykepleiere og vernepleiere med øvingsoppgaver i legemiddelregning* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Caplex.no. Caplex nettleksikon. Oslo: Cappelen.
- Dagsavisen. (18.03.2009). Ufaglærte pleier de eldre. Hentet 15.05.2009, fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article405016.ece>
- Eisenhauer, L. A., Hurley, A. C., & Dolan, N. (2007). Nurses' reported thinking during medication administration. *J Nurs Scholarsh*, 39(1), 82-87.
- Fauskanger, H. T. (2009). Samtale med rådgjevingsfarmasøyt Hanne T. Fauskanger om kva legemiddelhandteringskurs inneber, 05.05.2009. Bergen.
- Folkehelseinstituttet. (2008, 16.01.2009). Levealder i Norge - fakta om forventet levealder. Hentet 04.02.2009, 2009, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:72449::1:5647:44:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:72449::1:5647:44:::0:0)
- Forskrift om legemiddelforsyning i helsetjenesten. (1987). *Forskrift av 18. november 1987, nr. 1153 Forskrift om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste*.
- Forskrift om legemiddelforsyning i sykehus. (1968). *Forskrift av 6. september 1968, nr. 1 Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner*.
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift av 3. april 2008, nr. 320 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Hentet 20.08.2008 <http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20080403-0320.html>.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Gyldendal, A. o. (2005). Store Norske Leksikon, bind 8: Jag-Konn. I P. Henriksen (Red.), *Store Norske Leksikon* (4 ed., Vol. 8, s. 687:683). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Helsedepartementet. (1997). *Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet 29.12.2008, fra

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-50\\_1996-97.html?id=191307](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-50_1996-97.html?id=191307).

Helsedepartementet. (2005). *Stortingsmelding nr. 18: Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk (Legemiddelmeldinga)*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet 10.12.2008, fra <http://odin.dep.no/>.

Helsedepartementet. (2006). *Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet 31.12.2008.

Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, fra [http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om\\_kvalitetsstrategien/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf).

Helsedirektoratet. (2008a). *Presentasjon av ny forskrift om legemiddelhåndtering 2008*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 26.08.2008, fra [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00052/Presentasjon\\_av\\_ny\\_f\\_52799a.ppt](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00052/Presentasjon_av_ny_f_52799a.ppt).

Helsedirektoratet. (2008b). *Veileder: Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov av 2. juli 1999, nr. 64 Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 04.01.2009 <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>.

Helsetilsynet. (2007). *Utkast til ny forskrift om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp - høringssvar*. Oslo, fra [http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks\\_8968.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_8968.aspx).

Helsetilsynet. (2008). *Tilsynsmelding 2007*. Oslo.

Helsetilsynet i Hordaland. (2007). *Oppsummering etter tilsyn med ni sjukeheimar - kartlegging av legemiddel, utgreiing av aldersdemens og journalføring*. Bergen.

Holm, S., & Notevarp, J. O. (2007). *Klinisk legemiddelhåndtering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hughes, S. G. (1998). Prescribing for the elderly patient: why do we need to exercise caution? *Br J Clin Pharmacol*, 46(6), 531-533.

Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. (2002). *Forskrift av 20. desember 2002, nr. 1731 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Hentet 31.12.2008 <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302.

- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov av 19. november 1982, nr. 66 Lov om helsetjenesten i kommunene*. Hentet 05.02.2009 <http://lovdata.no/all/hl-19821119-066.html>.
- Kunnskapsforlaget. (2004). *Store Medisinske Leksikon, bind 2 E-H*. I M. Nylenna (Red.) (s. 116). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Malmedal, W. (1999). *Sykehjemets skyggesider: Når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Manias, E., Aitken, R., & Dunning, T. (2004). Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. *J Adv Nurs*, 47(3), 270-278.
- Mannesse, C. K., Derkx, F. H., de Ridder, M. A., Man in 't Veld, A. J., & van der Cammen, T. J. (2000). Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing*, 29(1), 35-39.
- Martinsen, F. R., & Høgskolen i Buskerud . Avdeling for sykepleierutdanning. (2007). *Legemiddelhåndtering i sykehjem : hvilke utfordringer står sykepleiere og hjelpepleiere overfor når det gjelder legemiddelhåndtering i sykehjem : en kvalitativ studie*. Drammen: [F.R.Martinsen].
- NRK Østlandssendingen. (23.04.2007). Tre av fire ufaglærte. Hentet 15.05.2008, fra <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.2277637>
- Nygaard, H. A., & Bondevik, M. (2006). *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 730-737.
- Nygaard, H. A., Naik, M., & Ruths, S. (2000). Mental svikt hos sykehjemspasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120(26), 3113-3116.
- Nygaard, H. A., Ruths, S., Straand, J., & Naik, M. (2004). Not less but different: psychotropic drug utilization trends in Norwegian nursing homes during a 12-year period. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Aging Clin Exp Res*, 16(4), 277-282.
- Onder, G., Pedone, C., Landi, F., Cesari, M., Della Vedova, C., Bernabei, R., et al. (2002). Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc*, 50(12), 1962-1968.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T., & Nygård, L. (2004). *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*. Trondheim: SINTEF.

- Ranhoff, A. H., Schmidt, G., & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Retningslinje for legemiddelhandtering i sykehjem i Bergen kommune*. (2006).BKDOK-2004-00640.04. Bergen: Bergen kommune.
- Retningslinjer for legemiddelhandtering på sykehjem i Bergen kommune*. (2004).
- Robers, P. A. (1988). Extent of medication use in U.S. long-term-care facilities. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 45, 93-100.
- Roberts, M. S., King, M., Stokes, J. A., Lynne, T. A., Bonner, C. J., McCarthy, S., et al. (1998). Medication prescribing and administration in nursing homes. *Age and Ageing*, 27(3), 385-392.
- Romøren, T. I. (1999). *Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Ruths, S., Strand, J., & Nygaard, H. A. (2003). Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 176-180.
- Ruths, S., Straand, J., & Nygaard, H. A. (2003). 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*, 12(3), 176-180.
- Rytter, E., Nakken, K. O., Mørch-Reiersen, L. T., Efstad, A., & Selvig, K. (2007). Bruk av antiepileptika hos sykehjemsbeboere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(9), 1185-1187.
- Schmidt, I., Claesson, C. B., Westerholm, B., & Svarstad, B. L. (1998). Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 47(7), 961-971.
- Skogen, O. R. (2006). Geriatri som klinisk fag. I H. A. Nygaard & M. Bondevik (Red.), *Tverrfaglig geriatri: en innføring* (2.utg ed., s. 186-187). Bergen: Fagbokforlaget.
- Snowdon, J., Day, S., & Baker, W. (2006). Audits of medication use in Sydney nursing homes. *Age Ageing*, 35(4), 403-408.
- Sorensen, L., Foldspang, A., Gulmann, N. C., & Munk-Jorgensen, P. (2001). Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(2), 147-154.
- Statistisk Sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå. (2008a). *Bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsformål, etter alder. 1994-2007*: Statistisk sentralbyrå.



- Statistisk Sentralbyrå. (2008b). Bebuarar i institusjonar for eldre og funksjonshemma, etter alder. 1992-2007. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (2008c). Plassar i institusjonar for eldre og funksjonshemma. 1996-2007: Statistisk sentralbyrå.
- Stokes, J. A., Purdie, D. M., & Roberts, M. S. (2004). Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharmacy World & Science*, 26(3), 148-154.
- Straand, J. (2007). Bedre legemiddelbruk i sykehjem. I A. H. Ranhoff, G. Schmidt & U. Ånstad (Red.), *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Straand, J., Fetveit, A., Rognstad, S., Gjelstad, S., Brekke, M., & Dalen, I. (2006). A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice--The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study [NCT00281450]. *BMC Health Serv Res*, 6, 72.
- Tozer, T. N., & Rowland, M. (2006). *Introduction to pharmacokinetics and pharmacodynamics : the quantitative basis of drug therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tørisen, H. M. (Red.). (2008). *Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge 2008* (Vol. 50). Oslo: Felleskatalogen AS.
- Usher, K., Lindsay, D., & Sellen, J. (2001). Mental health nurses' PRN psychotropic medication administration practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 383-390.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser : den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribes.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., & Morin, C. M. (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr*, 42(1), 1-20.
- WHO. (1990). The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD). Hentet 30.12.2008, fra <http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>
- Wick, J. Y. (1999). P.R.N. orders: When does the danger outweigh the convenience? *The Consultant Pharmacist*, 14(5).
- Wilson, D., & DiVito-Thomas, P. (2004). The sixth right of medication administration: right response. *Nurse Educ*, 29(4), 131-132.
- Wyller, T. B., & Laake, K. (2001). Dosering av legemidler til gamle. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(19), 2298-2299.
- Waalder, H. M., Nilsen, J., & Nasjonalt geriatriprogram. (1999). *Legetjenester i sykehjem : en nasjonal kartlegging 1999 : et prosjekt gjennomført på oppdrag av Statens helsetilsyn og planlagt og finansiert av Nasjonalt geriatriprogram (kap. 670 post 62)*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Østbye, H., Helland, K., Knapskog, K., & Larsen, L. O. (2002). *Metodebok for mediefag*.  
Bergen: Fagbokforl.

## **9 Vedlegg**

- Vedlegg I: Brev til sjukeheimane
- Vedlegg II: Informasjonsskriv til sjukepleiarane og hjelpepleiarane
- Vedlegg III: Samtykkeskriv
- Vedlegg IV: Presentasjon for sjukeheimslegane
- Vedlegg V: Intervjuguide for sjukepleiarar og hjelpepleiarar
- Vedlegg VI: Intervjuguide for sjukeheimslegane
- Vedlegg VII: Koding av variablar for generelle skrifteleg direktiv



Lillan Mo Andreassen  
Institutt for samfunnsmedisinske fag, Postboks 7804  
5020 BERGEN

07.01.09

## **Sjukeheim**

Adresse  
Poststad

### **FØRESPURNAD OM DELTAKING I GRUPPEINTERVJU OM BEHOVSMEDISINERING INKLUDERT GENERELLE SKRIFTLIGE DIREKTIV**

Viser til brev av 26. november 2008, ”Masteroppgave i farmasi angående behovsmedisinering i sykehjem”. Formålet med prosjektet er å få kunnskap om helsepersonell sine tankar, haldningar og erfaringar knytt til **handteringa av behovslegemiddel i sjukeheimar**.

Prosjektet blei presentert 28. november 2008 for sjukeheimslegane i Bergen kommune sitt fagmøte, og også desse vil delta i eit gruppeintervju med same tema. Per Waardal, Byrådsavdelingen, Bergen kommune har samtykka til prosjektet. Vegleiarane mine er Anne Gerd Granås og Kjell H. Halvorsen, Senter for farmasi, Universitetet i Bergen; og Hanne T. Fauskanger, Avdeling for farmasøytiske tenester, Apoteka Vest. Desse vil hjelpe meg med å gjennomføre prosjektet.

#### **Med dette brevet ønskjer eg to ting:**

1. Å rekruttera 1-2 sjukepleiarar og hjelpepleiarar frå dykkar sjukeheim som kan stille på gruppeintervju.
2. Kopi av sjukeheimens generelle skriftlege direktiv returnert i vedlagt konvolutt innan 16. januar 2009.

Gruppeintervjua er tenkt å vare i halvanna time og i kvar gruppe er det ønskeleg med 6-8 deltakarar. Intervjua vil bli tekne på band og deretter bli omsett til tekst (sjå vedlagt informasjonsskriv). Sjukepleiarar og hjelpepleiarar som deltar må vere tilsett i minimum halv stilling og ha arbeida ved sjukeheimen minimum seks månader. Hjelpepleiarar som deltar må også ha godkjent legemiddelhandteringskurs.

**Dato for gruppeintervjuet for sjukepleiarar vil vere fredag 23. januar, og for hjelpepleiarar måndag 26. januar.** Tidspunkt og stad er felles og vil vere kl.10.30 på Institutt for samfunnsmedisinske fag, Kalfarveien 31. Reiseutgifter dekkast, lett servering. Eg ber om påmelding på e-post til [Lillan.Andreassen@student.uib.no](mailto:Lillan.Andreassen@student.uib.no), eller mobil 993 86 849, innan 16. januar 2009.

Eg håper de har lyst og anledning til å delta i å diskutere behovsmedisinering! Dette er eit mykje debattert område i samband med medisinering av eldre, og vi har håp om at dette prosjektet kan få fram dei ulike yrkesgruppene sine erfaringar og synspunkt.

Kontakt meg gjerne på mobil 993 86 849 for ytterlegare spørsmål.

Med venleg helsing

Lillan Mo Andreassen, Masterstudent i farmasi, Universitetet i Bergen.



## **INFORMASJONSSKRIV TIL SJUKEPLEIARAR OG HJELPEPLEIARAR/ HELSEFAGARBEIDARAR SOM ER INTERESSERTE I Å DELTA I GRUPPEINTERVJU.**

Mitt namn er Lillan Mo Andreassen og eg er masterstudent i farmasi ved Universitet i Bergen. Eg held no på med den avsluttande masteroppgåva mi, der tema er behovsmedisinering i sjukeheimar. Vegleiarane mine er Anne Gerd Granås og Kjell H. Halvorsen, Senter for farmasi, Universitetet i Bergen; og Hanne T. Fauskanger, Avdeling for farmasøytiske tenester, Apoteka Vest.

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om ulike grupper av helsepersonell sine tankar, haldningar og erfaringar knytt til handteringa av behovslegemiddel i sjukeheimar. For å oppnå dette ønskjer eg å gjennomføre yrkesspesifikke gruppeintervju, med helsepersonellgrupper som har ansvarsoppgåver innan dette feltet: sjukeheimslegar, sjukepleiarar og hjelpepleiarar. Sjukeheimslegane har blitt førespurt på eige møte.

Gruppeintervjua vil vare i halvanna time, og vil bestå av opne spørsmål rundt handteringa av behovslegemiddel. Forutan meg sjølv, vil ein eller fleire av vegleiarane mine vere tilstades under intervjuet. Eg kjem til å bruke bandopptakar under intervjuet, samt ta notater. Desse utgjer grunnlaget for seinare omsetting av lydmateriala til tekst. I løpet av denne prosessen vil opplysningane som blir innhenta anonymisert, og opptaka vil bli sletta når oppgåva er ferdig, seinast mai 2009. Ingen enkeltpersonar vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgåva. Opplysningane vil bli behandla konfidensielt, det er kun forskargruppa (meg og mine vegleiarar) som har tilgang på desse opplysningane.

Deltakinga er frivillig og du kan trekkje deg når som helst undervegs, utan å måtte grunngje dette nærare. Dersom du trekkjer deg vil alle innsamla data om deg bli sletta.

Dersom du har lyst til å delta i gruppeintervjuet, er det fint om du gir meg beskjed, anten på e-post [Lillan.Andreassen@student.uib.no](mailto:Lillan.Andreassen@student.uib.no), eller på mobil 993 86 849.

Samtykkeskriv (sjå vedlegg 2) skal underteiknast og leverast til meg dagen for intervjuet om du ønskjer å delta. Dette kan kopierast opp om det er fleire frå dykkar sjukeheim som ønskjer å delta.

Med venleg helsing

Lillan Mo Andreassen  
Masterstudent i farmasi  
Universitetet i Bergen





**DELTAKING I GRUPPEINTERVJU OM BEHOVSMEDISINERING INKLUDERT  
GENERELLE SKRIFTLIGE DIREKTIV**

**SAMTYKKEERKLÆRING**

**Eg har fått informasjon om prosjektet ”Tankar, haldningar og erfaringar rundt handtering av behovslegemiddel i sjukeheimar, hjå ulike grupper av helsepersonell”, og samtykker med dette til å delta i eit gruppeintervju som skal gi data til dette prosjektet.**

Dette inneber at eg deltar på eit gruppeintervju som omhandlar dette området, i regi av ein farmasistudent og hennar vegleiarar.

Det inneber òg at gruppeintervjuet eg deltar i bli tatt opp på lydband. Opptaket vil kun vere tilgjengeleg for forskargruppa, og vil bli sletta når prosjektet er ferdig, seinast mai 2009.

- Eg er klar over at det er frivillig å delta i gruppeintervjuet.
- Eg veit at eg når som helst kan trekkje meg frå gruppeintervjuet, utan å måtte grunngje dette.
- Eg veit at alle opplysningane blir behandla konfidensielt.

---

**Dato**

---

**Underskrift**



## **Presentasjon sjukeheimslegar Bergen kommune.**

Kort om meg sjølv:

Namnet mitt er Lillan Mo Andreassen, eg går femte og siste året på master i farmasi ved Universitetet i Bergen. I løpet av dette siste året på utdanninga, skal ein gjennomføre eit sjølvstendig forskingsprosjekt.

Kort om prosjektet:

Saman med vegleiarane mine ønska vi å sjå nærare på behovsmedisinering, inkludert medisinering etter generelle skriftlege direktiv, i sjukeheimar. Meir spesifikt vil eg altså gjennomføre fokusgruppeintervju med hjelpepleiarar, sjukepleiarar OG sjukeheimslegar der eg vil få fram tankar, haldningar og erfaringar rundt behovsmedisinering i sjukeheimar. Dette har delvis utspring i eit doktorgradsarbeid (Kjell Halvorsen) om legemiddelrelaterte problem hjå eldre, som har blitt gjort i samarbeid med sjukeheimar i Bergen kommune; delvis fordi dette er eit viktig område for tverrfagleg samarbeid mellom farmasøytar og anna helsepersonell; og delvis på bakgrunn av den nye forskrifta om legemiddelhandtering som kom 1. mai i år.

Kvifor gjere dette prosjektet?

Når eg som student skal gjere ein masteroppgåve er det veldig kjekt å ha kontakt med nokon i det praktiske arbeidslivet ulike stader. Nyttar høve og rettar ein takk til Hanne T Fauskanger i Avdeling for farmasøytiske tenester, då det er ho som har vore inngangsporten min til å kome i kontakt med dykk som er legar – og med sjukeheimar i Bergen..

Vil gjere prosjekt som omhandlar legemiddelbruk i ein gruppe av befolkninga som vi veit er i stadig auke. Eldre – viktig gruppe legemiddelbrukarar der det ofte kan vera vanskelig å skilje mellom symptom på normal alderdom, legemiddelbiverknader og ein ny sjukdom. Ofte har den eldre pasienten fleire diagnosar.

Vurderingar kring behovsmedisinering kan med andre ord gjerne by på utfordringar.

Det er viktig at systemet rundt behovslegemiddel fungerer optimalt – dette vil gi tryggleik for pasientar, pårørande, personale (både pleiarar og legar).

Kva eg forventar å få ut av denne oppgåva? Kven kan ha nytte av dette?

Det er mykje opp til dykk og dei helsearbeidarar eg kjem i kontakt med. Eg har lese ein del artiklar kring temaet, eg har snakka med nokon farmasøytar om dette. No håpar eg å få komme i kontakt med nokre av dykk som har ansvar for dette og handterer det i kvardagen.

Eg vonar at Bergen kommune kan ha nytte av å vite korleis personane som faktisk arbeidar med systemet til dagleg tykkjer det fungerer. Kan hende vil ein kunne bruke resultat frå oppgåva mi som grunnlag for ein fagleg standard kring behovsmedisinering i sjukeheimar i Bergen? Seinast i går snakka eg med ein sjukepleiar på ein sjukeheim her i kommunen, som meinte at det var ei stor forventning til at nye retningslinjer kunne fjerne usikkerheit, uvitskap og varierende praksis på området.

Eg ønskjer å få med 6-8 legar som kan vera med i eit fokusgruppeintervju i siste halvdel av januar. Dette intervjuet vil vare i halvanna time. Tid og stad vil eg så langt råd er forsøke å tilpasse dykk. Ønskjer å få fram meiningar, haldningar og erfaringar rundt behovsmedisinering – legar som er engasjerte i og har synspunkt på saken.

Melde seg her – eller sjå mitt brev til sjukeheimar tidleg i januar.

Takk for oppmerksamheita.



## INTERVJUGUIDE FOR HJELPEPLEIARAR OG SJUKEPLEIARAR

Tema	Overordna spørsmål	Probes
<p><i>1. Erfaringar</i></p> <p>a) Praksis i dag</p>	<p>a) Fortel om korleis behovsmedisinering føregår på din sjukeheim?</p>	<p>Korleis blir det utført reint praktisk? Dag/natt? Ulike skift? Legemiddelkort og generell liste. Kor ofte gis behovslegemiddel? Kva typar legemiddel blir i dykkar oppfatning gitt mest? Reviderast lista ofte?</p>
<p>b) Opplæring og kompetanse</p>	<p>b) Fortel om korleis dykk opplev opplæringa i samband med behovsmedisineringa.</p>	<p>Både i utdanninga og på sjukeheimen. Kven bør ha ansvaret? Eigen kompetanse? Faggruppa mi sin kompetanse? Andre faggrupper si kompetanse (L/SP/HP)? Kurs og erfaring?</p>
<p>c) Vanskelege slutningar</p>	<p>c) Fortel om ein gong du opplevde at det var vanskeleg å vurdere om du skulle ty til behovslegemiddel eller ei?</p> <p>c) Fortel om kva erfaring dykk har med å rapportere effekt/korleis du vurderer effekten av eit gitt behovslegemiddel.</p>	<p>Dårleg kommunikasjon, ”feil” kompetanse, vanskeleg å vurdere symptom hjå pasienten, dårleg organisering av vakta? Korleis reagerer dei andre i gruppa på det som blir fortald – kommentarar?</p> <p>Kvifor vurderer ein evt. ikkje effekt av gitt behovslegemiddel? Får legen tilbakemelding om vanskelige slutningar?</p>

<p>d) Samspel og dialog</p> <p>ANNE GERD OPPSUMMERAR NR 1, OG INNLEIER NR 2.</p>	<p>d) Fortel om korleis dykk tykkjer kommunikasjonen og samarbeidet mellom dei ulike partane involvert i behovsmedisinering er.</p>	<p>Legar – sjukepleiar – hjelpepleiar. Helsepersonell – pasient. Kommunikasjon i forhold til organisering av vakt? Når HP har vurdert symptom, kallar dei på sjukepleiar? Kor heldig/uheldig er det å ikkje ha sjukepleiar tilstades? Eksempel på tilbakemeldingar til legen? Større eller mindre ansvarsområde for enkelte?</p>
<p>2. Tankar</p> <p>e) Kontroll og fridom</p> <p>-----</p> <p>f) Restriktivt/ope system</p> <p>KJELL HERMANN OPPSUMMERAR NR 2, OG INNLEIER NR 3.</p>	<p>e) Har du gjort deg opp nokon tankar om kor mykje kontroll og/eller fridom du har i di rolle innanfor behovsmedisineringa?</p> <p>-----</p> <p>f) Fortel om kva du tenkjer angående kor mange og kva type legemiddel som bør vere på ei behovslegemiddelliste.</p>	<p>For mykje/for lite fridom? For stort/for lite ansvar? Har L for mykje/for lite kontroll?</p> <p>-----</p> <p>Strengare? Meir opent? Tilpassast den enkelte pasient – på legemiddelkortet?</p> <p>Ueinigheit på jobb? Mellom vakter?</p>

<p>3. Haldningar g) Kultur, miljø og praksis</p>	<p>Bakgrunn i Kjell sitt prosjekt: Observerer ulik praksis når det gjeld bruk av behovslegemiddel i sjukeheimane.</p> <p>g) Har dykk forslag til årsaker til at praksis er ulik?</p>	<p>Internasjonale studier har vist at miljøet og kulturen på sjukeheimen er hovudfaktorane til variasjonen.</p> <p>Fysiske rammer (medisintraller/rom) ? Økonomiske rammer? (sparetiltak) Personalmessige rammer? (for få på jobb, ulik kompetanse) Kommunikasjon (pers-pers, pers-pas). Anna type haldningar som delast innanfor sjukeheimen?</p>
<p>h) Pasientens ønske og/eller behov versus kva ein har lov til. (Etikk og moral).</p> <p>LILLAN OPPSUMMERAR NR 3, OG INNLEIER NR 4.</p> <p><i>Med bakgrunn i det som er sagt tidligare:</i></p>	<p>h) Fortel om når pasienten ønskjer å få et behovslegemiddel. Kva gjer de da?</p> <p>h) Fortel om når pasienten ikkje ønskjer å få et behovslegemiddel.</p> <p>h) Fortel om når personalet har et behov for å gje pasienten et behovslegemiddel. Kvifor blir dette gitt?</p>	<p>Konflikt: Fagleg forsvarleg/praktisk mogleg/lovar og regler? Fornyng av mynde?</p> <p>Pasientens medbestemming (ansvar for egne medisinar) ivaretatt? I forhold til kor oppegående pasienten er. Case?</p>





## INTERVJUGUIDE FOR LEGAR

Tema	Overordna spørsmål	Probes
<p><i>1. Erfaringar</i></p> <p>a) Praksis i dag</p>	<p>a) Fortel om/veit du korleis behovsmedisinering føregår på din sjukeheim?</p>	<p>Korleis blir det utført reint praktisk? Dag/natt? Ulike skift? Legemiddelkort og generelle direktiv. Reviderast direktiva ofte? Kor ofte gis behovslegemiddel? Kor mykje? Kva typar legemiddel blir i dykkar oppfatning gitt mest?</p>
<p>b) Opplæring og kompetanse</p>	<p>b) Fortel om korleis dykk opplev opplæringa i samband med behovsmedisineringa.</p> <p>b) Kva er grunnen til (store) forskjellar i opplæringa av sjukepleiarar/hjelpepleiarar?</p> <p>b) Kva erfaringar har dykk med utarbeiding av generelle skriftlege direktiv og delegeringsansvar?</p>	<p>Både i utdanninga og på sjukeheimen. For alle grupper. Kven bør ha ansvaret?</p> <p>Møtearena? Tid brukt på opplæring? Eigen kompetanse? Andre faggrupper sin kompetanse (SP/HP)? Kurs og erfaring? Fornyng av mynde?</p>
<p>c) Vanskelege slutningar</p>	<p>c) Reflektere rundt praksisen med at det er hjelpepleiarar som vurderer symptom, og gjerne berre får klarsignal frå sjukepleiarar via telefon.</p> <p>c) Kva erfaringar har dykk med dokumentasjon av effekt av eit gitt behovslegemiddel?</p>	<p>Får legen tilbakemelding om vanskelige slutningar? Erfaringar med ”førehandsmedisineringar” og ureglementerte hendingar/avvik frå prosedyrar?</p> <p>Kvifor vurderer ein evt. ikkje effekt av gitt behovslegemiddel?</p>



<p><i>3. Haldningar</i> g) Kultur, miljø og praksis</p>	<p>Bakgrunn i Kjell sitt prosjekt: Observerer ulik praksis når det gjeld bruk av behovslegemiddel i sjukeheimane.</p> <p>g) Har dykk forslag til årsaker til at praksis er ulik?</p>	<p>Internasjonale studiar har vist at miljøet og kulturen på sjukeheimen er hovudfaktorane til variasjonen.</p> <p>Bruk av tid? Akuttsituasjonar eller "vanleg" drift"? Fysiske rammer? (medisintraller/rom) Økonomiske rammer? (spareiltak) Personalmessige rammer? (for få på jobb, ulik kompetanse) Kommunikasjon (pers-pers, pers-pas). Anna type haldningar som delast innanfor sjukeheimen?</p>
<p>h) Pasientens ønske og/eller behov versus kva ein har lov til. (Etikk og moral).</p> <p>LILLAN OPPSUMMERAR NR 3, OG INNLEIER NR 4.</p> <p><i>Med bakgrunn i det som er sagt tidligare:</i></p>	<p>h) Korleis er føringane/instruksane som blir gitt til sjukepleiarar/hjelpepleiarar dersom: - pasienten ønskjer å få eit behovslegemiddel? - pasienten ikkje ønskjer å få eit behovslegemiddel?</p>	<p>Pårørandes innverknad?</p>

<p><i>4. Forslag til betre praksis på eigen arbeidsplass</i></p> <p>ANNE OPPSUMMERAR NR 4 OG INNLEIER NR 5. <i>Kan ev droppast viss dårlig tid.</i></p>	<p>Om du no skal gje nokon gode råd til korleis systemet/praksis i dag kan betrast...?</p> <p>Ny forskrift – betring eller forverring av praksis?</p>	<p>Betre praksis – kva meiner vi? Fungerer ting betre andre plassar? Kommunikasjon og samarbeid. Opplæring. Organisering av bakvakt. Fysiske barrierar. Likskap mellom sjukeheimane?</p>
<p><i>5. Medisinering generelt i sjukeheimar</i></p> <p>AVSLUTTE. ANDRE SPØRSMÅL/KOMMENTARAR FRÅ DELTAKARANE?</p>	<p>Avslutningsvis kunne vi tenkt oss noen refleksjonar om kva dykk tenkjer om medisinering i sjukeheimar?</p>	<p>For mye/passe/lite/feil lm/avvik/  Fortel om kva deler av terapien ein under/overbehandlar? Kunne noko vore kutta? Noko lagt til?  Tverrfaglig samarbeid. Legemiddelgjennomgangar.</p>

## KODING AV VARIABLAR FRÅ DEI GENERELLE SKRIFTLEGE DIREKTIVA

Variabel	Koding
Sjukeheim	1 = Sjukeheim A 2 = Sjukeheim B etc.
Indikasjon	* sjå liste nedanfor tabell
Legemiddel	String – legemiddel lagt inn anten med generisk namn (dersom fleire merke), eller med merkenamn.
ATC-kodar (2. nivå)	101 = A01, 102 = A02 ... 201 = B01 301 = C01 etc.
Styrke	1 = Ja 2 = Nei 3 = Ikkje relevant
Dosering	1 = Ja 2 = Nei 3 = Uklar
Maksimal dosering	1 = Ja 2 = Nei 3 = Uklar
Legekontakt	1 = Ja 2 = Nei

\* Liste over koding for indikasjonar oppført på dei generelle skriftlege direktiva

1	Smerte	23	Blank
2	Obstipasjon	24	Astma/tung pust
3	Uro/angst	25	Hyperglykemi
4	Søvnvanskar	26	Allergisymptom
5	Hoste	27	Tung pust
6	Hemorroider	28	Uro hjå pasientar med mental svikt
7	Augebetennelse	29	Sterke smerter
8	Halsbrann	30	Tung pust og kjent hjertesvikt
9	Rhinitt	31	Brystsmerter utan kjent angina
10	Kvalme	32	Kjent angina pectoris
11	Brystsmerter	33	Lungestuving ved kjent hjertesjukdom
12	Hypoglykemi	34	Brystsmerter ved kjent hjertesjukdom
13	Lungeødem	35	Anginasuspekte brystsmerter
14	Kramper/epilepsi	36	Akutt tung pust
15	Feber	37	Sterke, vedvarande brystsmerter/ mistanke om hjarteinfarkt
16	Hudkløe utan utslett	38	Betydeleg uro/forvirring
17	Hudkløe med utslett	39	Akutte psykosar/deliriøse tilstandar
18	Luftmerter/oppblåstheit		
19	Diaré		
20	Slimplager		
21	Utagerande åtferd		
22	Soppinfeksjon		

