

Joran Vastveit Aanonsen

Hjemmeboende eldres erfaringer med å ivareta egen legemiddeladministrasjon

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Joran Vastveit Aanonsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Det er økende legemiddelbruk med økende alder, og legemiddelrelaterte problemer ser ut til å ha en sammenheng med brukerens alder. Medisinbehandling hos eldre er spesielt utfordrende grunnet multimorbiditet, polyfarmasi og kognitiv funksjonsnedgang. Helsevesenet møter store kapasitetsutfordringer i fremtiden og det vil være avgjørende at flest mulig hjemmeboende eldre mestrer legemiddeladministrering og -oppfølging på en måte som øker pasientsikkerheten og reduserer behovet for helsetjenester.

Hensikt: Å utforske og beskrive eldre personers erfaringer rundt egen legemiddeladministrasjon og oppfølging. Problemstillingen: Hvilke faktorer påvirker hjemmeboende Eldres mulighet og evne til å ivareta egen legemiddeloppfølging og -administrering?

Metode: Kvalitativ eksplorativt design er valgt for studien. Data er innhentet med semistrukturert intervju av ni strategisk utvalgte informanter og analysert i tråd med refleksiv tematiske analyse.

Resultater: Analysen avdekket fire hovedtemaer med påvirkende faktorer for Eldres mulighet og evne til egen legemiddeladministrering og -oppfølging; folk har ulike forutsetninger, ulike kilder til kunnskap, aktivt bruk av individuelle strategier og understøttende ressurser. De mest fremtredende funnene var viktigheten av informasjon, samt opplevd samarbeid med fastlegen og inkludering i egen helse.

Konklusjon: Hjemmeboende Eldres mulighet for egen legemiddeladministrering og -oppfølging påvirkes av flere faktorer. Informantenes helsekompetanse og tilgang på tilpasset informasjon var vesentlig. Fastlegens tid, tilgjengelighet og relasjon med brukeren var viktig for inkludering i egen helse, et gjensidig samarbeid og for å få informasjonen som var nødvendig. Apoteket fremstår som en viktig understøttende ressurs med kompetanse på legemidler, som kanskje burde vært utnyttet bedre enn det gjør i dag.

Abstract

Background: Drug use is increasing with increasing age, and drug-related problems seem to have a connection with the user's age. Medication management in the elderly is particularly challenging due to multimorbidity, polypharmacy and cognitive decline. The healthcare system faces major capacity challenges in the future, and it will be crucial that as many home-dwelling elderly people as possible can cope with medication administration and follow-up in a way that increases patient safety and reduces the need for healthcare services.

Purpose: To explore and describe elderly persons' experiences of their own medication administration and follow-up. Research question: What factors affect the possibility and ability of home-dwelling elderly persons' managing their own medication follow-up and administration?

Method: Qualitative exploratory design has been chosen for the study. Data has been obtained with semi-structured interviews with nine strategically selected informants and analyzed in line with reflexive thematic analysis.

Results: The analysis revealed four main themes with influencing factors for the elderly's opportunity and ability to manage and follow up their own medicines; people have different assumptions, different sources of knowledge, active use of individual strategies and supporting resources. The most prominent findings were the importance of information, as well as perceived collaboration with the family physicians and inclusion in one's own health.

Conclusion: The home-dwelling elderly persons' ability to manage and follow up their own medication is affected by several factors. The informants' health literacy and access to adapted information were essential. The family physicians time, availability and relationship with the patient were important for inclusion in their own health, cooperation and to obtain the information that was necessary. The pharmacy appears as an important supporting resource with expertise in medicines, which perhaps should have been utilized better than it is today.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Bakgrunn	9
2.1 Politiske føringer og utfordringer	9
2.1.1 Legemiddelgjennomgang	9
2.1.2 Oversikt over legemidlene	10
2.1.3 Informasjon om egen helse og legemidler	11
2.1.4 Årsaker til lav etterlevelse	12
2.2 Forskningsgjennomgang	13
2.3 Hensikt og problemstilling	14
3 Teori	15
3.1 Egenomsorg	15
3.2 Salutogenese	15
3.3 Helsekompetanse	16
4 Metode og analyse	18
4.1 Design	18
4.2 Utvalg og rekruttering	18
4.3 Datainnsamling	20
4.4 Dataanalyse	21
4.4.1 Fase 1 - Bli kjent med datagrunnlaget	21
4.4.2 Fase 2 - Koding	22
4.4.3 Fase 3 – Lete etter temaer	23
4.4.4 Fase 4 – Kritisk gjennomgang av de første temaene	23
4.4.5 Fase 5 – Definere temaene og navngi de	24
4.4.6 Fase 6 – Rapportering	24
5 Forskningsetiske vurderinger	25
5.1 Informert samtykke	25
5.2 Forforståelse for tema	25

5.3	Datahåndtering	26
5.4	Nytte- og risikovurdering	26
5.5	Kvalitet.....	27
5.5.1	Troverdighet 27	
5.5.2	Pålitelighet 27	
5.5.3	Overførbarhet og bekreftbarhet	28
6	Resultater.....	29
6.1	Folk har ulike forutsetninger	30
6.1.1	Eget forhold til helse og medisiner	30
6.2	Ulike kilder til kunnskap	33
6.2.1	Legens betydning er uvurderlig	33
6.2.2	Apoteket kan være en viktig informasjonskilde	37
6.3	Aktivt bruk av individuelle strategier	37
6.3.1	For å holde oversikt	37
6.3.2	For å huske medisinene	38
6.3.3	Egne tilpasninger og vurderinger	39
6.4	Understøttende ressurser	39
6.4.1	Støtte av nærpåsoner rundt meg.....	40
6.4.2	Apoteket som en understøttende ressurs	40
6.4.3	Systemer som legger til rette for enklere medisinadministrering.....	41
7	Diskusjon.....	42
7.1	Hvilken betydning har helsekompetanse for å kunne ivareta legemiddeladministrering og -oppfølging hos hjemmeboende eldre?	42
7.2	Hvilken betydning har samarbeid med fastlege og inkludering i egen helse?	44
7.3	Kan personlige strategier bidra til god legemiddeladministrering	47
7.4	Hvilken rolle spiller understøttende ressurser?	48
7.5	Metodisk diskusjon	49
7.6	Implikasjon for praksis	50
8	Konklusjon	51
	Referanser/litteraturliste	52
	Vedlegg	55

Forord

Dette prosjektet har vært en opplevelsesreise for egen del, fra start til slutt. Fra prosessen med prosjektbeskrivelse, hvor alt virket så mye og umulig, til i dag hvor jeg leverer en ferdig masteroppgave. Det har vært en utrolig lærerik prosess med søvnløse netter, svette og tårer, men også mestringsfølelse ved hver eneste ferdigstilte del.

Jeg ønsker å gi en stor takk til deltakerne som har bidratt med viktige erfaringer og fortellinger, og til ressurspersonene som har vært så snille å hjelpe meg med rekruttering til tross for travle arbeidsdager. Uten disse ville ikke dette prosjektet vært mulig.

Det skal sies at et slikt arbeid går på bekostning av tid og energi til å være tilstede for egen familie. Jeg er derfor utrolig takknemlig for at familien min har gjort at jeg lettere kunne prioritere oppgaven, ved å heie på meg og ønske så inderlig at jeg skulle få til dette.

Jeg vil også rette en spesiell takk til samboeren min som har stått støtt som et fjell gjennom de søvnløse nettene, tårene og svetten, med et gjentakende mantra om at «det kommer en tid etter dette».

Til slutt vil jeg si hvor heldig og takknemlig jeg er for at jeg har fått undersøke og skrive om et tema som opptar meg, og som jeg håper flere skal brenne for i tiden som kommer. Jeg vil takke Universitetet Sørøst-Norge for veiledning underveis. Ikke minst og kanskje aller mest Mette Tøien, som har vært veilederen min i dette prosjektet. Hun har vært en enorm støtte, sparringspartner, og sortert tankene mine når jeg ikke klarte det selv. Tusen takk.

Oslo, 13.05.23

Joran Vastveit Aanonsen

1 Innledning

Vi blir stadig flere og vi blir eldre, noe som gir økt behov for helsetjenester i framtiden (St.meld.nr.7, 2019-2020). I møte med den voksende eldre befolkningen ønsker man å legge til rette for å klare seg selv så lenge som mulig, utsette eller redusere behovet for helsetjenester (St.meld.15, 2017-2018). Legemidler er viktig for forebygging og behandling av sykdom, men bruken er imidlertid ikke problemfri (Ruths et al., 2007). Alderdom og sykdom fører til endringer i kroppen, og eldre personer bruker gjerne flere medisiner (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, u.å). Tall fra reseptregisteret viste at 91% av alle over 65 år fikk reseptbelagt legemiddel i 2020 (Strand, 2023). Den normale aldringsprosessen endrer fysiologien ved blant annet at andel fett øker, mens muskelmasse og vanninnholdet reduseres (Wyller, 2020). Både fysiologiske aldersforandringer og kroniske sykdommer endrer farmakodynamikken og farmakokinetikken av legemidler. Dette er forskjellig fra person til person, som gjør at variabiliteten i legemiddelrespons øker med alderen. Homeostatiske mekanismer svekkes og følsomheten for legemidler øker, som gjør de eldre ytterligere sårbare. Eldre har derfor en høyere risiko for bivirkninger, interaksjoner og feil bruk av legemidlene, samt en høyere risiko for innleggelse på sykehus grunnet bivirkninger enn yngre personer (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, u.å).

Legemiddelrelaterte problemer ser ut til å ha en sammenheng med brukerens alder (Olsen & Andreassen, 2016). Legemiddelrelaterte problemer defineres som en hendelse eller et forhold som bidrar til uønsket helseeffekt, som legemiddelrelatert sykelighet eller død (Ruths et al., 2007). Samtidig medfører dette økte utgifter i helsevesenet (Ruths et al., 2007), og studier viser at rundt 10 prosent av alle sykehusinnleggelse hos eldre på somatisk avdeling er forårsaket legemiddelrelaterte problemer (St.meld.nr.28, 2014-2015). I tillegg til de økonomiske ulempene, gir det også fysiske og psykiske belastninger for enkeltpasienten.

Medisin håndtering hos eldre er spesielt utfordrende grunnet multimorbiditet, polyfarmasi og kognitiv funksjonsnedgang (Meraz, 2020). Noen av utfordringene er knyttet til der helsepersonell bistår i administreringen av legemidlene, men en annen utfordring er hvor pasientene selv administrerer medisinene sine. Med dette i tankene, samt at det drives prosjekter med høye kostnader for å gjøre det enklere for helsepersonell å innhente riktig, oppdatert legemiddellister, er det også viktig å undersøke pasientens perspektiv på legemidler og legemiddelbruk (Olsen & Andreassen, 2016) I dette prosjektet er det derfor håndtering av legemidlene, vurderinger som blir

gjort og hvilke muligheter og evner hjemmeboende eldre personer har for å følge opp behandlingen som er fokus.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet beskrives bakgrunn for valg av tema og problemstilling, hvilke politiske føringer, lover og forskrifter, samt gjennomgang av forskning som sier noe om temaet.

2.1 Politiske føringer og utfordringer

I Norge har vi utfordringer knyttet til legemiddelbruk på ulike nivåer. Dette gjelder både på systemnivå og helt ned til brukerens praktiske utfordringer. I Stortingsmeldingen 2014-2015 *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse* skrives det om utfordringer knyttet til uønsket legemiddelbruk og legemiddelrelaterte problemer. De trekker frem blant annet at helsepersonell har manglende tilgang til friske pasienters faktiske legemiddelbruk og at pasienter ikke får god nok veiledning, bruker legemidlene feil, eller ikke følger opp behandlingen da de ikke har tiltro til den (St.meld.nr.28, 2014-2015). Dette støtter egen erfaring som sykepleier fra både sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus. Det er både vanskelig å innhente riktig legemiddelliste, men også at man tidvis møter pasienter som er åpne om at de ikke tar medisinene som er forskrevet, bruker det annerledes enn forskrevet i form av både dose og hyppighet, og at de bruker medisiner som er tidligere seponert.

2.1.1 Legemiddelgjennomgang

I Legemiddelmeldingen 2014-2015 ble det skrevet at ett av målsetningene var å sikre god kvalitet i legemiddelbehandling. Det står at «god kvalitet ved behandling med legemidler innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling, på en god måte» (St.meld.nr.28, 2014-2015). Ett av virkemidlene for å oppnå dette var legemiddelgjennomgang, fra nå av kalt LMG, en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler (St.meld.nr.28, 2014-2015). Det hevdes videre at en god legemiddelgjennomgang vil kunne gi bedre helse, færre sykehusinnleggelseser og økt pasientsikkerhet. Det er en rekke lover og forskrifter som gir grunnlag for god legemiddelbehandling. For legemiddelgjennomgang gjelder to av lovene. Den første som regulerer dette, er Forskrift om fastlegeordning i kommunene. I paragraf 25 står det følgende:

«Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres.

Listeinbyggere skal få oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hos fastlegen hvis legemiddelbruken er endret. For listeinbyggere som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.

Fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinbyggeren.» (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 25).

2.1.2 Oversikt over legemidlene

Felles sanntids oversikt over legemidler i bruk på tvers av behandlere og behandlingsnivå ble løftet som et av hovedutfordringene i 2014 da Legemiddelmeldingen kom (St.meld.nr.28, 2014-2015), men er dessverre fortsatt relevant i dag ifølge Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (u.å). Det hevdes at manglende felles oversikt svekker pasientsikkerheten. Legemiddelrelaterte skader var blant de hyppigste pasientskadene på sykehus i 2019, hvor eldre personer var mest utsatt (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, u.å). Dette er derfor et innsatsområde i Pasientsikkerhetsprogrammet. Tiltak som trekkes fram er dobbeltkontroll, pasientmedvirkning og helsekompetanse, digitalisering og bruk av teknologi. Det sistnevnte er på dagsorden med innføring av Helseplattform som felles journalløsning for innbyggerne i Midt-Norge, som også innebærer felles sanntids legemiddeloversikt. Imidlertid er ikke alt på plass fra sykehusets side, slik at legemiddellisten blir oppdatert ved utskrivelse (Helseplattformen, u.å). Et annet prosjekt som foregår nasjonalt er Pasientens legemiddelliste, PLL, og skal være under utprøving i Bergen. PLL er et delprosjekt i Program for pasientens legemiddelliste som ledes av Direktoratet for e-helse. Det står på nettsiden at dette programmet skal bidra til Legemiddelmeldingens hovedmål om å sikre god kvalitet i behandlingen med legemidler. Dette skal gjøres ved å legge til rette for deling av legemiddelopplysninger på tvers av ulike virksomheter som spesialisthelsetjenesten, legekontor og

primærhelsetjeneste. Planlagt nasjonalt oppstart av innføring er i løpet av 2024 (Direktoratet for e-helse, 2022).

Den andre forskriften som regulerer dette er Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, men er kun gjeldene for pasienter på sykehjem. Der står det blant annet at virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst og minst en gang årlig for de pasientene med langtidsopphold i sykehjem (Forskrift om om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008, §5a).

2.1.3 Informasjon om egen helse og legemidler

Ett annet virkemiddel som trekkes fram i Legemiddelmeldingen er bedre informasjon til pasient og helsepersonell om legemidler for å redusere risikoen for feilbruk og bedre etterlevelse. For et par generasjoner tilbake ble medisinstudentene lært til å skåne pasientene for engstelse og misforståelser ved å unnlate å informere. Legene mente at informasjon om legemidlene ville skape mer forvirring, og at informasjonen krevde medisinsk bakgrunn for å forstå det. Dette har heldigvis endret seg og det menes nå at god sykdomsmestring er avhengig av at «pasienten og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandring i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling» (St.meld.nr.26, 2014-2015). I Stortingsmelding 26, *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015*, er det trukket fram at det er stort potensiale for å øke brukerens kunnskap og styrke kommunikasjonen mellom bruker og helsepersonell. I Legemiddelmeldingen skrives det at «god kunnskap om behandling legger grunnlag for informerte valg og er viktig for å gi pasienten eierskap til behandlingen» (St.meld.nr.28, 2014-2015). Rett til informasjon er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven hvor det står: «*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger...*» (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, s. §3-2).

I Legemiddelmeldingen ønsket Helse- og omsorgsdepartementet å utrede muligheten for standardiserte veiledningstjenester og trekker fram apotekets rolle som viktig informasjonskilde (St.meld.nr.28, 2014-2015). Apotekene tilbyr ulike tjenester innen kartlegging av helserisiko og er lavterskeltilbud for informasjon om riktig legemiddelbruk. Noen apotek tilbyr også

legemiddelsamtale med farmasøyt, hvor pasienten kan stille spørsmål og farmasøyten kan avdekke legemiddelrelaterte problemer. Utfordringen er at det er store variasjoner i hva som tilbys og det er opp til hver ansatt å vurdere behovet for informasjon i hvert tilfelle. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket derfor å utrede muligheten for standardiserte veiledningstjenester. Man ønsket å etablere tilpasset informasjonstilbud til grupper som særlig var i behov av veiledning. Som eksempel er pasienter med KOLS trukket fram hvor det er dokumentert at over 50 prosent har dårlig etterlevelse av behandling (St.meld.nr.28, 2014-2015). Det skrives dog at for å kunne drive god veiledning i riktig bruk av legemidler, er man avhengig av å ha tilgang til pasientens faktiske legemiddelbruk. I 2016 startet standardisert veiledning av inhalasjonsteknikk til pasienter med astma og KOLS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I 2018 bevilget Helse- og omsorgsdepartementet midler til «Medisinstart» som er en veiledningssamtale med farmasøyt på apotek for de som starter opp med medisiner for høyt blodtrykk, høyt kolesterol og blodfortynnende medisiner.

2.1.4 Årsaker til lav etterlevelse

Etterlevelse av behandling ble også trukket fram som en utfordring, og litteraturen viser at lav etterlevelse hos eldre og kroniske syke er et stort problem (St.meld.nr.28, 2014-2015). Det vises til et knippe nøkkelfaktorer som kan sees i sammenheng med lav etterlevelse. Blant disse er det dosering mer enn én gang per dag, komplekse behandlingsregimer, nedsatt kognitiv funksjon og depresjon, og til sist utilstrekkelig oppfølging. Det hevdes at tiltak som bruk av depottabletter og kombinasjonspreparater vil kunne forenkle doseringen. Doseringshjelpemidler og etablere allianse med pårørende, samt tettere oppfølging med hyppigere kontroller og korte ventetider hos legen vil øke etterlevelsen (St.meld.nr.28, 2014-2015). Andre årsaker som trekkes fram er usikkerhet rundt behandlingen og redsel for bivirkninger slik at de ikke tar legemidlene som forskrevet. Noen reduserer legemiddelbruken i perioder for å redusere bivirkningene, og noen glemmer å ta medisinene.

2.2 Forskningsgjennomgang

Det er gjort en del forskning på området og jeg vil i dette kapittelet vise til studier som omhandler eldre og legemidler. Søkeord som er brukt er polypharmacy, aged, self administration, general practitioners, family physicians, home dwelling og medication compliance i Medline og Cinahl databasene. Det er i tillegg gjort noen usystematiske søk.

En studie gjort i USA om eldre hjertesviktpasienters overholdelse av forskrevne legemidler viser at de tar enkelte legemidler annerledes enn forskrevet (Meraz, 2020). Årsakene vises å være at de gjør individuelle endringer for at det ikke skal forstyrre livsstil eller mål, og kan forståes som egenomsorg. Pasientene ser ikke på endringen som manglende overholdelse av medisiner, men heller en nødvendighet for å opprettholde følelsen av helse.

En kvalitativ studie som er gjort i Norge med fokusgruppeintervju om eldres meninger om pakningsvedlegg for reseptfrie smertestillende midler, underbygger behovet for å undersøke dette videre. Resultatene viser en variasjon av hvorvidt de eldre leser pakningsvedlegget. Noen syns at det er nyttig og viktig, mens andre ikke leser det på grunn av for liten skrift, forvirrende, lang tekst og vanskelige ord. I tillegg kan informasjonen om bivirkninger være skremmende (Nguyen, 2008).

En annen studie som er gjort i Sverige har undersøkt pasientenes erfaringer med administrering av legemidler. Her kommer det fram at de fleste deltakerne i denne studien administrerte medisinerne sine selv og var veldig fornøyd med det (Westerbotn et al., 2008). De skriver at eldres måte å håndtere legemidler kan ha innvirkning på deres autonomi og ressursutnyttelsen i helsevesenet, og nevner at det ville være interessant med videre forskning på hvordan man kan støtte eldre med administrering der de ikke ønsker hjelp fra andre eller ikke vet hvilken hjelp som fins (Westerbotn et al., 2008).

En studie fra Nederland viste at 95 prosent av deltakerne svarte at de opplever en eller flere praktiske problemer med å ta medisinerne sine (Notenboom et al., 2014). Av disse problemene er det vanskeligheten med å lese og forstå hvordan medisinerne skal brukes, håndtere både ytteremballasje og indre emballasje, istandgjøring og å innta medisinerne, som trekkes fram. I tillegg fremgår det at noen av strategiene for å håndtere de praktiske utfordringene var lite gunstige, og kunne gi i noen tilfeller kritiske utfall (Notenboom et al., 2014). En annen studie av samme forskere

finner at deltakerne har problemer med svelging av medisinene og til å håndtere blisterpakningene og beholdere (Notenboom et al., 2017).

Kallekleiv og Jahnsen (2022) publiserte en artikkel i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift angående legemidler i dosett. De hevder at det er en del forhold man burde vurdere før man tar i bruk dosett, men at man i Norge ikke har noen retningslinjer eller noen gode studier for å kunne gjøre denne vurderingen, slik som i enkelte andre land. Blant de forholdene blir det trukket fram hva dosetten er laget av og hvor tett den er, oppbevaringsbetingelser som lys, fukt og temperatur, tidsaspektet, samt egenskap for legemiddelet som sensitive for lys, fukt og temperatur. Kallekleiv og Jahnsen (2022) skriver også at bruk av dosett kan bidra til at pasienten mister oversikten over egen legemiddelbehandling, men at det kan være nyttig for å øke etterlevelsen.

Det kommer fram i oppsummert forskning fra Omsorgsbiblioteket at legemiddelrelaterte problemer forekommer ofte hos eldre, og pasientene selv oppgir for liten kunnskap om bivirkninger og bruk av legemidlene (Olsen & Andreassen, 2016). Videre settes det lys på behov for videre studier som beskriver hvordan hjemmeboende forstår og etterlever legemiddelbehandlingen sin. Det ses derfor som nødvendig og viktig å utforske dette temaet nærmere, og er grunnlaget for dette prosjektet.

2.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive eldre personers erfaringer og fortellinger om egen legemiddeladministrasjon og -oppfølging. Hvordan personene håndterer legemidlene og hvilke vurderinger de gjør vil være nyttig informasjon i arbeidet med å løse utfordringene rundt legemiddelbruk. Problemstillingen jeg har valgt og som er utgangspunkt for studien:

«Hvilke faktorer påvirker hjemmeboende eldres mulighet og evne til å ivareta egen legemiddeloppfølging og -administrering?»

3 Teori

I dette kapittelet viser jeg til aktuell teori som kan bidra til å besvare problemstillingen. Dette omhandler egenomsorg, salutogenese og helsekompetanse.

3.1 Egenomsorg

Dorothea Orem beskriver egenomsorg, self care, som handlinger mennesker utfører på eget initiativ for å opprettholde liv, helse og velvære (Cavanagh, 2010). Orem's teori går ut på hvordan sykepleie kan støtte oppunder menneskers mulighet til å utføre egenomsorg, mens i denne oppgaven vil kun begrepene bli brukt for å besvare problemstillingen.

Orem deler videre egenomsorg i to begreper, og oppfatter «egen» (self) som menneske med både fysiske, psykiske og åndelige behov (Cavanagh, 2010). Omsorg (care) oppfattes som handlingene mennesket gjør for å opprettholde liv og utvikle seg på en måte som er normalt for han eller henne.

Egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet er to andre begreper i Orem's teori som jeg ønsker å løfte fram (Cavanagh, 2010). Egenomsorgsbehov er ifølge Orem en innsikt som er uttrykt i handlinger som er nødvendige for å regulere ett eller flere aspekter i menneskelig funksjon eller utvikling som er forenelig med liv, helse og velvære. Dette kan forstås som målet for utøvelsen av egenomsorgen. Mens egenomsorgskapasitet er den komplekse evnen et menneske har for å identifisere kontinuerlige krav om veloverveide og målrettede handlinger for å regulere funksjon og utvikling. Motivasjon og bevisst ønske om å dekke behovet for egenomsorg trekkes fram som en viktig forutsetning i Orem's modell (Cavanagh, 2010). Egenomsorgssvikt forekommer når egenomsorgskapasiteten ikke er tilstrekkelig for å møte egenomsorgsbehovet.

3.2 Salutogenese

Sosiologen Aaron Antonovsky introduserte salutogenesen på 1970-tallet, som skulle vise seg å bli et vendepunkt i helseforskningens historie (Lindström et al., 2015). Man kan si at salutogenese ble en teori som snudde patogenese til salutogenese ved å rette søkelyset mot ressurser for helse og helsefremmende prosesser. Opprinnelig handlet teorien om stress og stressorer som en naturlig del av livet. Stress skaper spenning som må håndteres, enten om man gir etter og opplever sammenbrudd i retning av dårlig helse, eller håndterer belastningen og går i retning av god helse på

kontinuumet. Ett av nøkkelbegrepene i teorien er *opplevelse av sammenheng*, OAS. OAS defineres som en innstilling som sier noe om hvilken grad av tillit til at stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige. Samt at man har ressurser nok til å håndtere kravene som stimuliene stiller, og kravene er utfordringer som er verdt å engasjere seg i ((Antonovsky 1987: 19)Lindström et al., 2015, s. 28). Opplevelse av sammenheng består av tre dimensjoner; at livet er begripelig, håndterbart og meningsfylt. Dette bidrar til en indre trygghet og tillit til egne indre ressurser og ressurser i omgivelsene, samt evne til å til å bruke og gjenbruke ressursene på en helsefremmende måte. Lindström et al., (2015) skriver i boken Haikernes guide til salutogenese at den viktigste dimensjonen er meningsfullhet som er motivasjonsfaktoren, selve livets drivkraft. Med mening er man tilbøyelig til å skape struktur og lete etter ressurser, som igjen vil styrke forståelighet og håndterbarhet. Mening vil ikke si innholdet i det som gir livet mening, men at individet har en sterk opplevelse av mening i sitt liv. Antonovsky mente at OAS verken er en mestringsstrategi eller personlighetstrekk, men en livsinnstilling og en mestringsressurs som gjør individet i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse og håndtere hendelser i livet. Teorien handler om faktorer som kan påvirke egen helse i kontinuumet av helse, noe jeg anser som relevant for dette prosjektet.

3.3 Helsekompetanse

Helsekompetanse er et begrep som ble formelt definert i Norge først i 2019, oversatt fra det engelske begrepet «Health literacy». Begrepet kom gjennom den nasjonale strategien *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkning* som ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet og defineres slik: «Helsekompetanse er personens evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det trekkes fram ulike områder for hvorfor helsekompetanse er viktig. Blant annet hevdes det at høy grad av helsekompetanse er viktig for forutsetningen for egenmestring og behandling av egen sykdom, navigering i helsetjenester, mindre feilbruk av medikamenter, samt å finne og vurdere helseinformasjon. Det hevdes at man ser sammenheng mellom lav helsekompetanse og dårligere helse, svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppere innleggelseser. Det trekkes frem noen grupper som det er større utfordringer knyttet til lavere helsekompetanse enn

den øvrige befolkningen. Blant disse er eldre, personer med kroniske sykdommer, lav utdanningsnivå, etnisk og kulturell bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). En rapport som ble skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at denne gruppen utgjør 33% av befolkningen, men ser ingen tydelige overordnede forskjeller mellom kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå eller personer med eller uten langvarig sykdom (Helsedirektoratet, 2021). En systematisk studie viser at begrenset helsekompetanse gir betydelige kostnader (Eichler et al., 2009). Flere studier viser at begrenset helsekompetanse utgjør mellom 3-5% av de totale helseutgiftene, samt at personer med lav helsekompetanse bruker døgnet- og akuttmottak i noe større grad.

For å øke helsekompetansen pekes det på både individrettede og systemrettede tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ved de individrettede tiltakene trekkes ulike kampanjer fram, for eksempel Helsedirektoratets kampanjer innen tobakk, kosthold og fysisk aktivitet. Det hevdes at kampanjene må tilpasses målgruppen da eksempelvis alle eldre ikke er like fortrolig med digitale tjenester. Andre individrettede tiltak som trekkes fram er ulike former for pasientopplæring, som kurs og veiledning. Systemrettede tiltak handler om hvordan helse- og omsorgstjenesten organiserer seg for at brukerne enkelt skal finne riktig tilbud eller hvordan informasjon formidles som er tilpasset brukernes helsekompetanse. Involvering av frivillige organisasjoner og pasientorganisasjoner menes det at man kan nå nye målgrupper og tiltak blir mer treffsikre.

4 Metode og analyse

Polit og Beck (2021) skriver at med forskningsmetode mener man forskerens teknikk for å samle og analysere informasjon på den mest relevante og hensiktsmessige måten for å besvare studiens problemstilling eller forskningsspørsmål. Det kan også forståes som «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette kapittelet gjøres det rede for valg og refleksjoner som er gjort underveis i forskningsstudiet. Metodevalgene som er tatt er knyttet opp mot og styrt av studiens problemstilling. Kvale og Brinkmann skriver videre at «de viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet» (2015, s. 25), som jeg har forsøkt å etterleve.

4.1 Design

I denne studien er det brukt kvalitativ metode med eksplorativ design. Eksplorativ undersøkelse har som formål å få frem nye og uventede aspekter ved et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at dataene er tekst i form av beskrivelser og fortellinger, samt observasjoner (Polit & Beck, 2021). Dette er derfor velegnet for denne studien, da målet har vært å belyse påvirkende faktorer og erfaringer rundt Eldres legemiddeloppfølging og -administrering.

4.2 Utvalg og rekruttering

Ved bruk av kvalitativ metode ønsker man å komme nær personer i målgruppen som kan belyse problemstillingen fra flere sider (Johannessen et al., 2016). Utvalget skal derfor ikke være tilfeldig, men rekruttert for å få informanter som er mest relevante og interessante ut fra studiens formål. I følge Polit og Beck (2021) fins det flere forskjellige utvalgsstrategier innen kvalitativ forskning. Utvalgsstrategien jeg har brukt er et strategisk eller målrettet utvalg, oversatt fra *purposive sampling*. Polit og Beck (2021) skriver videre at denne strategien er hyppig brukt og kjennetegnes ved å velge spesifikke deltakere som vil ha størst nytte i studien. Innenfor denne utvalgsstrategien er det flere typer, hvor jeg har valgt *criterion sampling* som vil si at deltakerne må oppfylle kriterier for å kunne bli rekruttert til studien (Polit & Beck, 2021). Problemstillingen tar sikte på å undersøke erfaringer om egen legemiddeloppfølging og hvilke tanker de har om påvirkende faktorer. Jeg ønsket derfor et utvalg som brukte flere medisiner, gjerne var multimorbide og som hadde ansvar for en relativt avansert legemiddeladministrering selv. Dette ble grunnlaget for inklusjonskriteriene som var at deltakerne skulle være over 70 år, hjemmeboende og administrere legemidlene sine selv, samt bruke 5 eller flere faste legemidler. Polyfarmasi har ingen entydig definisjon, men knyttes

oftest til bruk av 5 eller flere faste legemidler per dag eller å bruke «for mange» legemidler (Wyller, 2020). Eksklusjonskriteriet i studien er kognitiv svikt da studien ikke er ment for å fremheve personenes behov for bistand til legemiddeladministrering, og for å kunne få en adekvat beskrivelse av erfaringene. Johannessen et al. (2016) skriver at det i teorien ikke er satt noe øvre eller nedre grense for antall informanter eller intervjuer, men at det avhenger av problemstilling og hva som er praktisk mulig. Kvale og Brinkmann skriver også at antall intervjupersoner avhenger av studiens formål, men at i nyere intervjuundersøkelser har man inntrykk av at det blir brukt færre deltakere og mer tid på forberedelser og analyse. De skriver om «loven om fallende utbytte» som en måte å tilnærme seg på. Det vil si at når ytterligere intervjuere ikke vil tillegge ny kunnskap er metningspunktet nådd og man har tilstrekkelig informanter (Kvale & Brinkmann, 2015).

I forkant av rekrutteringen sendte jeg søknad til NSD og en fremleggsvurdering til REK som begge ble godkjent. Jeg sendte deretter en forespørsel til hjemmebaserte tjenester i en mellomstor kommune på Østlandet. Forespørselen inneholdt en kort forklaring av prosjektet, prosjektbeskrivelsen i sin helhet, inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt informasjonsskrivet. Valget av hjemmebaserte tjenester som rekrutteringsinstans landet jeg på fordi jeg hadde kontakter i hjemmetjenesten og at jeg anså det som det mest tilgjengelige utvalget. Jeg ønsket ikke å bruke egen hjemkommune fordi det er en mindre kommune med få innbyggere, og hvor jeg selv hadde jobbet i hjemmebaserte tjenester. Jeg ønsket et utvalg som ikke hadde kjennskap til meg selv eller familie og visa versa. Årsaken til dette var refleksjonene rundt min rolle som forsker, min påvirkning og samspillet med informanten. Kvale og Brinkmann (2015) underbygger dette og skriver at dersom forskeren har en tilknytning til deltakere, er det fare for at man ikke får en like fullstendig og nøytral undersøkelse av fenomenet.

Etter at jeg hadde fått kontakt med lederen av hjemmesykepleien, fikk jeg en kontaktperson i den aktuelle sonen i hjemmebaserte tjenester. Hun hadde oversikt over brukerne og foreslo flere kandidater. Hun rådspurte seg videre med sine kollegaer om aktuelle kandidater ut fra inklusjonskriteriene, og kom til slutt fram til 8 kandidater. Den første kontakten ble gjort av kontaktpersonen per telefon hvor de fikk muntlig informasjon og forespørsel om de var interessert. 2 av 8 takket nei, mens 6 kandidater takket ja. Informasjonsskrivet og samtykkeskjema ble deretter gitt ut av kontaktpersonen til kandidatene som takket ja. Etter at kandidatene hadde samtykket både muntlig og skriftlig fikk jeg kontaktinformasjonen, kontaktet de på telefon og avtalte tidspunkt

for intervju. Metningspunktet var ikke nådd etter disse 6 intervjuene, så jeg tok kontakt med en leder av en annen hjemmesykepleiesone innenfor samme kommune. Hun fikk tilsendt den samme informasjonen som den første kontaktpersonen. Hun plukket ut 3 kandidater med samme fremgangsmåte. Jeg tok kontakt med kandidatene etter muntlig og skriftlig samtykke var gitt, og deretter gjennomførte intervjuene. Metningspunktet var da nådd og jeg satt til slutt med et rikelig datagrunnlag. Alle informantene er fra en kommune på Østlandet. Det ble til slutt 11 kandidater som fikk forespørsel, hvorav 9 takket ja til å være med. Det ble 3 menn og 6 kvinner. Fordelingen av kjønn var tilfeldig, basert på tilgjengelige deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene i rekrutteringsperioden. Alle informantene hadde bistand fra hjemmebaserte tjenester, men ikke vedtak på bistand til medisiner i henhold til inklusjonskriteriene.

4.3 Datainnsamling

I denne studien ønsket jeg å innhente beskrivelser om erfaringer eldre har med egen medisinoppfølging og -administrering. Jeg ønsket at deltakerne skulle føle trygghet nok til å kunne snakke åpent om dette temaet. Derfor valgte jeg individuelle, semistrukturerte intervjuer framfor fokusgruppeintervjuer da jeg anså temaet som mulig sensitivt for deltakerne. Johannessen et al. (2016) skriver at intervjuer én til én er hensiktsmessig når man ønsker fyldige og detaljerte beskrivelser og når temaet kan oppleves personlig og intimt. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at semistrukturert intervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra deltakerens perspektiver. Det er et intervju som hverken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men en samtale om dagliglivet med en profesjonell tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015). Semistrukturert intervju vil si å bruke en intervjuguide med temaer og spørsmål man ønsker å stille, men motivere deltakerne til å snakke fritt om temaene. Man vil da kunne holde tråden og sikre at man får informasjonen man trenger, men likevel gi deltakerne friheten til å fortelle så mye de vil (Polit & Beck, 2021). Intervjuguiden, vedlegg nr.6, inneholdt et sett med spørsmål. Det ble brukt åpne spørsmål i en rekkefølge med frihet til å kunne komme inn på temaene underveis i intervjusamtalen. Jeg gjennomførte et pilotintervju for å teste intervjuguiden og det tekniske utstyret. Intervjuguiden ble utbedret etter pilotintervjuet og første intervjuet med å legge til flere spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at dette er en del av en eksplorativ undersøkelse, at man lærer mer om temaet underveis og dette dilemmaet. Grunnet tidlig fase med kun ett ordinært intervju unnagjort, valgte jeg å justere. Uansett vil man kunne stille bedre spørsmål underveis i en eksplorativ studie som ifølge Kvale og Brinkmann (2015)

ideelt sett kan gi ytterligere nyanser og kompleksiteter. Alle de 9 intervjuene og pilotintervjuet ble utført i deltakernes eget hjem. De varte mellom 20 minutter til 1 time. Pilotintervjuet ble ikke transkribert og er heller ikke inkludert.

4.4 Dataanalyse

Analysen av dataene ble utført i tråd med Braun og Clarke sin refleksive tematiske analyse. Braun og Clarke (2022) skriver at tematisk analyse, som fra nå blir kalt TA, er en metode for å utvikle, analysere, og tolke mønstre og variasjoner på tvers av de kvalitative dataene. Den refleksive delen skriver Braun og Clarke at handler om refleksjonsprosessen som gjøres kontinuerlig underveis i studien. Dette innebærer å blant annet reflektere over egne antakelser, forventninger og handlinger, samt egne standpunkter. Å bli bevisst hvem man er og hva man tilfører forskningen (Braun & Clarke, 2022). Braun og Clarke sin reflektiv TA er en prosess med seks faser. Jeg skal nå beskrive disse fasene og analyseprosessen som er gjort i denne studien.

4.4.1 Fase 1 - Bli kjent med datagrunnlaget

Den første fasen i TA er å bli godt kjent med datagrunnlaget. I dette tilfellet var det ni lydfiler fra de gjennomførte intervjuene. Braun og Clarke (2022) anbefaler i denne fasen å høre på lydfilene flere ganger mens man gjør seg notater om ideer, refleksjoner og tanker om videre analyse. En del av denne fasen er transkribering, hvor lydfilene måtte gjøres om fra muntlig til skriftlig form for at de skulle være egnet til videre analyse. Transkriberingen ble utført ved å høre på intervjuene med ørepropper og ordrett skrive det som ble sagt. Lydfilene måtte spilles av flere ganger, spole fram og tilbake for å være sikker på å få med seg hvert ord, når setningen sluttet og begynte, og følelsesuttrykk. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at det ikke fins en universell form for transkripsjon, men at det er en del standardvalg man må ta. Jeg valgte å ta med pauser, latter og «eeeh», men valgte å ikke skrive ned ytterligere detaljer. Jeg hørte på intervjuene mellom 2-3 ganger for å være sikker på å få med meg alt. Underveis skrev jeg ned refleksjoner og tanker jeg hadde for videre analyse. Teksten ble transkribert med muntlig språk, og etter hvert gjort om til bokmål. Transkriberingen inneholdt ingen navn og ble anonymisert underveis ved å ikke skrive ned gjenkjennbare navn, steder og liknende.

4.4.2 Fase 2 - Koding

Neste fase er koding, hvor man systematisk og grundig går igjennom hele datagrunnlaget. Målet er å identifisere interessante og relevante sitater ovenfor problemstillingen, og betydningen av de (Braun & Clarke, 2022). Denne fasen ble en reise for egen del, fra å ikke ha noen tidligere erfaringer og liten selvtillit, til etter hvert å mestre dette bedre. Det mest utfordrende var å gi segmentene en betydningsfull kode, uten å gjøre det for abstrakt og analytisk eller for oppsummerende. Braun og Clarke (2022) skriver at man i refleksiv TA kan kodes i flere nivåer, fra helt overflatisk betydning til mer indirekte betydning. De skriver videre at koding ikke bare handler om å oppsummere dataene, men å finne den analytiske vurderingen. Jeg startet denne prosessen med å skrive ut alle intervjuene og lagde meg notater i marginen med forslag til koder. Deretter gikk jeg igjennom datagrunnlaget på nytt og lagde tabell i et word-dokument hvor jeg plasserte det relevante sitatet og forslag til koder ved siden av. Dette kalles for kondensering, hvor man trekker ut deler av teksten som inneholder betydningen av kodene (Johannessen et al., 2016).

Tabell 1 – Eksempel på kondensering og koding

Sitatet fra informanten	Kode	Forslag til tema
Intervjuer: «Hva kan du fortelle om oppfølgingen av medisinene dine?» Deltaker: «Ja, det syns jeg er, ja om det er så dårlig, det vet jeg ikke, men det er svakt vil jeg si. Nå har jeg gått på de faste i <u>mange</u> , <u>mange</u> år, og jeg får jo ikke vite resultatene. Jeg tar blodprøver, og det blir ikke fortalt meg, det er akkurat som det er bare et redskap for legene. Det er det. Så det savner jeg <u>veldig</u> .”	Følelsen av å ikke bli inkludert i egen helse og får ikke mulighet til å følge opp / Savner inkludering i helserelaterte vurderinger / Fastlegen gir ikke informasjonen jeg ønsker meg om egen helse for å selv kunne følge opp	Ulike erfaringer med inkludering og samarbeid med fastlege

Dette dokumentet gikk jeg igjennom flere ganger for å vurdere om koden ga mening og om det var relevant for problemstillingen. Dokumentet ble også gått igjennom ved de neste fasene. Til slutt satt jeg igjen med et sett koder som fremdeles var linket til sitatene og neste fase kunne starte.

4.4.3 Fase 3 – Lete etter temaer

Braun og Clarke (2022) forklarer at å lete etter tema innebærer å finne mønster på tvers av kodene og datagrunnlaget. Man starter med å identifisere mønster og variasjoner på tvers av datagrunnlaget, og samle kodene som omhandler det samme temaet (Braun & Clarke, 2022). Denne fasen har gått noe på tvers av fase 2 til 4, hvor man hele tiden reflekterte over hva kodene kunne dreie seg om. I dokumentet med sitatene og kodene som ble beskrevet ved den foregående fasen, hadde jeg også en rad som jeg kalte *forslag til temaer*. Her startet jeg med å skrive forslag hvor noe ble med videre i prosessen og noe ikke. Det kunne være fordi forslaget enten hadde et liknende forslag eller at temaet var for abstrakt og ikke gjenspeilte deltakerne. For å se temaene fra et annet perspektiv lagde jeg gule lapper med forslagene til temaene og undertemaene. Disse hadde jeg på kjøkkenbordet slik at jeg hadde stor nok plass til å flytte rundt, og lage nye og flere temaer. Etter hvert ble disse skrevet inn i et nytt dokument med ny tabell hvor tabellen ble snudd og temaene ble hovedkolonnen, mens kodene fremdeles hang med. Her gikk jeg også grundig igjennom kodene flere ganger med et kritisk blikk for å være sikker på at kodene hang sammen med riktig tema.

4.4.4 Fase 4 – Kritisk gjennomgang av de første temaene

Denne fasen innebærer kritisk gjennomgang av de første potensielle temaene opp mot datagrunnlaget. Braun og Clarke (2022) forklarer at ved å gå tilbake til sitatutdragene og kodene, vil man sjekke om temaene virkelig fanger meningen til sitatene og hele datagrunnlaget. Dette var enda en ny runde hvor man sjekket om kodene fremdeles gjenspeilet sitatene og om temaene sa noe om datagrunnlaget. Her ble det etter hvert utformet temaer, delt inn i *hovedtema*, *tema* og *undertema*. Det var fordi det ene temaet omhandlet et så stort tema som jeg følte behov for å dele opp ytterligere for å få fram de riktige nyansene av temaet. Her diskuterte jeg med og fikk god veiledning av veilederen min. Braun og Clarke (2022) har overskriften "Finding, losing, then finding your way again" for kapittelet om utvikling av tema i boken *Thematic analysis*. De skriver om

angsten og den overveldende følelsen man kan få underveis. Dette synes jeg beskriver denne fasen utmerket og jeg kan skrive under på hvilken utfordring det er å være i denne analyseboksen. Det var her jeg tok en pause fra analysen for å kunne ta noen steg tilbake og få et friskt syn på dataene igjen.

4.4.5 Fase 5 – Definere temaene og navngi de

Fase 5 handler, ifølge Braun og Clarke (2022), om å avgrense, definere og navngi temaene. Dette er fasen hvor jeg hadde mine siste runder med alle nivåene fra sitater til de temaene jeg hadde kommet fram til. Ved å navngi temaene kunne man lettere se om temaet var avgrenset nok og hadde fanget essensen i det deltakerne hadde fortalt i intervjuene. Sluttresultatet presenteres i resultatkapittelet.

4.4.6 Fase 6 – Rapportering

Braun og Clarke (2022) skriver at skrivingen av rapporten er en integrert fase i refleksiv TA og at dette ofte starter allerede i fase 3. Det startet med de uformelle nedskrevne refleksjonene og ideene jeg hadde i starten, til å utvikle seg til det mer formelle som er resultatet i denne oppgaven.

5 Forskningsetiske vurderinger

I dette kapitlet er det en redegjørelse av hvilke etiske vurderinger som er gjort opp mot litteraturen på området.

5.1 Informert samtykke

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at «konfidensialitet i forskning refererer til enigheten med deltakeren om hva som kan gjøres med dataene som blir et resultat av deres deltakelse».

Deltakerne fikk i forkant skriftlig informasjon om studiens formål, hva dataene skal brukes til, og at deltakerne og private data blir anonymisert for å ivareta personenes integritet. Informasjonsskrivet ga opplysning om at deltakelsen er frivillig og at de har mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. Informasjonsskrivet som ble gitt ut er utformet fra NSD sin mal, se vedlegg nr. 5. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet fra hver deltaker før intervjuet fant sted i henhold til Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014).

5.2 Forforståelse for tema

Studien og intervjuene ble gjennomført av meg som sykepleier under masterutdanning i Avansert klinisk sykepleie med kompetanse innen både farmakologi og sykdomslære. Jeg ville derfor ha forkunnskaper om både legemiddelhåndtering og erfaring med menneskers medisinerbruk. Dette kan ha gitt rom for forhåndstanker omkring temaet, men har også gitt grunnlag for utforming av problemstillingen og viten om behovet for å utforske temaet.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at et forskningsintervju vil være asymmetrisk da intervjueren har vitenskapelig kompetanse og samtalen vil derfor ikke være mellom to likestilte parter. Forskerens forkunnskap og utdanningen vil i dette tilfellet kunne skape et slikt maktforhold. Kvale og Brinkmann skriver videre at poenget ikke er at makten skal elimineres fra forskningsintervjuet, men refleksjon av hvilken rolle makt spiller i intervjukunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Braun og Clarke (2022) underbygger dette og skriver at det ikke kommer an på *om* egne forutsetninger vil påvirke studien, men *hvordan* forutsetningene vil påvirke studien. Det ble derfor viktig fra studiens start å være oppmerksom og reflektere rundt dette underveis.

5.3 Datahåndtering

Det anbefales å lage en datahåndteringsplan for de som skal samle inn personopplysninger (Universitetet-i-Sørøst-Norge, 2021). Jeg opprettet og sendte derfor en datahåndteringsplan via NSD, Norsk senter for forskningsdata, vedlegg nr. 1, som beskriver hvordan dataene skulle bli oppbevart og håndtert (NSD, u.å). Den ble godkjent og svarbrevet ligger som vedlegg nr. 3 og 4. Lydfilene fra intervjuene ble anonymisert og transkribert. Transkripsjonene ble oppbevart kryptert på lokal disk, mens lydfilene har blitt oppbevart på «Nettskjema for Diktafon».

Samtykkeerklæringene ble oppbevart i et låst skap i hjemmesykepleiens kontorer.

Samtykkeerklæringene og lydopptakene vil bli slettet når prosjektet er ferdig og godkjent.

5.4 Nytte- og risikovurdering

I boken Forskningsetikk av Slotfeldt-Ellingsen (2020) henviser han til helseforskningsloven §5 og skriver at forskning som involverer mennesker,

«... skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.»

Det var usikkerhet om prosjektet måtte forhåndsgodkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, heretter REK, da studien involverer mennesker. Det ble derfor sendt en fremleggingsvurdering til REK. REK konkluderte med at det ikke var behov for en fullstendig søknad, se vedlegg nr. 2. Ved et forskningsprosjekt må man alltid reflektere over risikoen for deltakerne og nytten som kommer ut av studiet (Slotfeldt-Ellingsen, 2020). I denne studien er det lagt stor vekt på å ivareta deltakernes anonymitet og risikoen ble vurdert derfor til å være liten. Nyttens ansås som å være stor da det er et viktig felt å undersøke. Studien kan gi nyttig informasjon og aspekter som kan bidra til å heve pasientsikkerhet, kvalitet og muligens egenomsorg. Flere av deltakerne har også gitt uttrykk for at de synes det er bra at temaet blir forsket på og har bidratt til at de selv har større fokus på dette i sin hverdag.

5.5 Kvalitet

I kvalitativ forskning måler man kvalitet på en annen måte enn i kvantitativ forskning. Polit og Beck (2021) skriver at man har ulike tilnærminger til kvalitetskriterier, men at de fleste går etter kriteriene av Lincoln og Guba, som foreslår fire kriterier. Disse er troverdighet, pålitelighet, overførbarhet og bekreftbarhet, som jeg har forholdt meg til.

5.5.1 Troverdighet

Troverdighet er ifølge Lincoln og Guba det primære og overordnet kriteriet (Fagermoen, 2005). Det handler om «å gjøre forskningsarbeidet på en slik måte at den øker troverdigheten og arbeide slik at en kan demonstrere dette for leseren» (Fagermoen, 2005, s. 50). Fagermoen (2005) skriver at man kan øke troverdigheten ved å benytte *peer-debriefing*, som vil si likemenn vurderer de ulike delene av forskningsprosessen. I dette tilfelle har det vært veileder som har hatt den funksjonen. Et annet forhold som Lincoln og Guba skriver om er *forskertroverdigheten*. De henviser til at forskeren er selve instrumentet og dens bakgrunn er derfor av betydning for studiens kvalitet. Jeg har derfor presentert min egen bakgrunn, som en del av de etiske vurderingene i studien. Fra tidligere hadde jeg erfaring med å ha sensitive samtaler med pasienter og mennesker gjennom mitt arbeid som sykepleier, samt målrettede samtaler i form av mål-samtaler innen rehabilitering. Jeg satte meg inn i intervjueteknikk fra Kvale og Brinkmann før intervjuene startet, og det ble gjennomført et pilotintervju som praktisk øvelse.

5.5.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler om dataenes stabilitet over tid og forhold, altså om dataene ville vært de samme dersom man hadde gjentatt studien med liknende deltakere og kontekst (Polit & Beck, 2021). Johannessen et al. (2016) på sin side skriver at dette er vanskelig å få til på grunn av at erfaringsbakgrunn alltid vil være ulik og derfor også tolkningen. De mener derfor at man kan styrke påliteligheten med å nøye beskrive konteksten og en åpen framstilling av fremgangsmåten av forskningsprosessen. Med dette i tankene har jeg gjennom oppgaven beskrevet og gjort rede for alle valg som er gjort underveis i studien. Jeg har forsøkt å gi en inngående forklaring på hvordan studien er gjort fra planlegging til ferdig resultat. Som tillegg vil jeg nevne at studien ikke har vært finansiert av noen organisasjoner og at egeninteressen er interessen for faget og temaet.

5.5.3 Overførbarhet og bekreftbarhet

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget i studien, altså andre deltakere, sted og forhold (Fagermoen, 2005). Lincoln og Guba mener forskeren har et ansvar for å gi tilstrekkelig innføring i dataene slik at man kan vurdere dette (Polit & Beck, 2021). Fagermoen (2005) skriver at bekreftbarhet er «studiens svar på reliabilitet». Hun skriver videre at dette handler om å kunne vise *gjennomsiktighet* ved «å lage en sti», hvor man kan vise til refleksjonsnotater, metodenotater og en innføring i prosessen fra transkripsjon til ferdig utviklet abstrakte begreper. Det er derfor beskrevet nøye hvordan analysen har foregått, refleksjonene underveis og hvilke valg som er tatt med begrunnelse. Videre blir dette diskutert i metodediskusjon senere i oppgaven.

6 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen av intervjuene i studien. Det er til sammen fire hovedtemaer med tilhørende temaer og undertemaer som vist i tabellen under. Informantene har gitt et innholdsrikt datagrunnlag som bidrar til å besvare hensikten og problemstillingen i studien.

Tabell 2 – Oversikt over hovedtema, tema og undertema

Hovedtema	Tema	Undertema
Folk har ulike forutsetninger	Eget forhold til helse og medisiner	Refleksjoner om medisiner og helse
		Behovet for informasjon
Ulike kilder til kunnskap	Legens uvurderlige betydning	Ulike erfaringer med inkludering og samarbeid med fastlege
		Store variasjoner i tilgjengeligheten og tid hos fastlegen
		Tillit gir grunnlag for god relasjon med fastlegen
		Overganger kan bli problematiske
	Apoteket kan være en informasjonskilde	
Aktivt bruk av individuelle strategier	For å holde oversikt	
	For å huske medisinene	
	Egne tilpasninger og vurderinger	
Understøttende ressurser	Støtte av nærpersoner rundt meg	
	Apoteket som en understøttende ressurs	
	Systemer som legger til rette for enklere medisinadministrering	

6.1 Folk har ulike forutsetninger

I denne studien er det intervjuet forskjellige mennesker med ulike forutsetninger, noe som også viser seg i intervjuene og resultatene. Dette er noe som legger grunnlaget for resten av resultatene. Temaet er delt inn i tre undertemaer; eget forhold til helse og medisiner, refleksjoner om medisiner og helse, og behovet for informasjon.

6.1.1 Eget forhold til helse og medisiner

Det var variasjoner i eget forhold til helse og medisiner. En del av informantene sa de hadde en aksept og forståelse for at de må ta medisiner. Flere av informantene kunne ramse opp medisinene sine og for det meste fortelle hva de var for, til tross for at dette ikke var en del av intervju spørsmålene. Den ene informanten sa at h*n gikk på det som kalles for folkemedisinene, som alle bruker, og det ble ansett som en naturlig del av helse og alderdom å bruke medisiner.

På den annen side var det informanter som fortalte at de gjør det fordi legen sier at de må ta medisiner. Flere av de var også ambivalente i forhold til medisinene og antall legemidler. En av informantene sa det slik:

«... Kan ikke skjønne at det ene ikke slår det andre ihjel, hehe. Jeg syns jeg tar litt mye. Men, men.. Det skal vel gjøre godt da, og jeg merker jo hvis jeg slutter med noe, så er det vondere igjen. Ja, så eehm, nei jeg må vel ha det jeg... vi prater sammen og jeg trenger dem.»

(Informant 1).

En av informantene beskrev også redselen for å ikke ta medisinene og henviste til at det er for han livsviktig å følge opp medisinene sine: «Nei, ikke det jeg kan huske. Nei, det går ikke an å glemme det, for det tør jeg ikke, for da tror jeg at jeg dør dagen etter.» (Informant 4).

Refleksjoner om medisiner og helse

Gjennom intervjuene kom det fram refleksjoner rundt egen helse og medisiner. Flere av informantene sa at de ønsket å ha kontrollen selv over legemidlene så lenge det går. «*Den kontrollen må jeg ha selv. Så lenge det går da. Det kan jo hende jeg blir så sliten at det ikke går.*»

(Informant 8). For noen var det viktig å bruke de funksjonene man har igjen, og henviste til at medisinerlegging er en slik ting. Noen av informantene så dette som en måte å være uavhengig, å ha kontroll og bevare sin integritet. «Det er jeg som doserer, ja og de bestemmer hva slags medisiner, men når de først har gjort det så er det jeg som følger opp og fyller opp dosetten». (Informant 5)

Noen av informantene var også ydmyke og oppmerksomme på at selv om man behersker medisineradministrering og -oppfølging nå, så kan det komme en tid hvor man ikke klarer det lenger. Det er en gruppe med høy alder med viten om at den kognitive funksjonen kan reduseres. En av informantene beskrev det slik: « ...Og det går bra. (Å følge opp medisinene) Det gjør det, men selvfølgelig kan dette med surr med medisiner, det kan godt komme. For du vet aldri hvordan utviklingen blir.» (Informant 2).

En annen informant trakk også fram usikkerheten rundt om det vil bli fanget opp om h*n ikke mestret det lenger, og har reflektert over hvilke løsninger som da hadde vært best dersom h*n ikke skulle mestre det lenger. H*n henviste til at det ikke er noen nær familie i nærheten og føler det er for liten kontroll på medisinerutlevering og doseringer.

«Hittil så har jeg vært oppegående, men plutselig så begynner jeg å tulle...

Det er klart at hvis hun i Stavanger hadde vært nærmere så hadde jo hun passet på og fylt dosetten og passet på og sånn. Men nå må jeg jo klare det selv. Og det er jo greit, det er jo veldig fornuftig at man kan klare seg selv mest mulig. Men den dagen jeg begynner å tulle mer enn det jeg gjør, hva da...» (Informant 9)

Behovet for informasjon er varierende

Analysen viste at behovet for og ønske om informasjon var svært forskjellige. En del av informantene følte stort behov og ønske om informasjon. Dette hadde sammenheng med ønske om å ha kontroll, men også nysgjerrighet og følelsen av å bli inkludert i egen helse. Dette kom særlig til syne hos de som opplevde å få utilstrekkelig med informasjon. En av informantene uttrykte det slik: «Ja. Jeg vil vite det, jeg vil vite virkningen av medisinene, så det er det samme man har gått på i så mange år. Er det virkning eller kunne du klare deg uten...» (Informant 2). Ønsket om å få innsikt i blodprøver, blodtrykkmåling og andre undersøkelser, var for å forstå hvorfor man

skulle bruke legemidlene, om dosen var riktig eller at man kunne klare seg uten. En annen årsak til ønske om informasjon var for å kunne ta forhåndsregler, men også redusere helseangst. Noen ønsket seg også mer informasjon om selve legemiddelet, hvordan de burde tas og samspillet med de andre legemidlene de brukte. Som informant 9 uttrykte:

«Der er det dette med medisiner igjen – hva er riktig å spise og er det riktig, tar jeg det riktig. Så der er det lite... Det er kanskje hjelp å få, men du har ikke lyst til å mase heller. For du ser jo, du ser jo hvor påseilt de er med jobb.» (Informant 9)

For denne informanten var det ikke åpenbart hvilke instanser eller steder man kunne skaffe seg slik informasjon, og følte seg til besvær hvis h*n forsøkte å spørre noen.

På den andre siden var det informanter som ikke så informasjonsmengden som et problem. Dels fordi de ikke hadde behov for det, fordi det var legen som bestemte over kroppen og det var legen som hadde gått skolen. Disse informantene sa at de gjør som fastlegen sier. Informantene tok dermed instruksene som de fikk og anså det ikke som nødvendig å sette seg inn informasjon rundt legemidlene og kroppen. Som en informant sa: «*Legen er sjefen over kroppen*» (Informant 6).

Det var også variasjoner om informantene tilegnet seg informasjon i tillegg til den informasjonen som ble gitt av fastlege. Flere tok opp dette med bruk av pakningsvedlegg, som noen satte seg grundig inn i: «*Ja, jeg leser jo veldig nøye disse pakningsvedleggene og, så merker jeg av alt som gjelder meg. Også når jeg har skumlest det sånn, så leser jeg veldig nøye.*» (Informant 5). Mens på den andre siden var det noen som unngikk å lese pakningsvedlegget av ulike årsaker. Dette var fordi man ikke ønsket å vite om bivirkningene fordi det kunne bidra til at man kjente etter og følte at man fikk bivirkningene som sto oppført. En annen informant hadde også fått beskjed om å ikke lese pakningsvedlegget av fastlegen på grunn av samme årsak:

«Han (legen) er veldig flink til å forklare meg hvorfor jeg skal ha den og den medisinen, også kommer jeg neste gang også sier jeg «nå har jeg lest vedlegget», «hvorfor gjør du det» sier legen. Ja. For da kan du, da kan du bli dårlig...» (Informant 1).

6.2 Ulike kilder til kunnskap

Muligheten til å tilegne seg kunnskap kom opp som et viktig funn i studien. Det var ulike erfaringer knyttet til dette og resultatene deles inn i to hovedfunn; legens betydning er uvurderlig, og apoteket kan være en viktig informasjonskilde. Førstnevnte viste seg å ha flere nyanser som derfor er delt inn i fire underkapitler.

6.2.1 Legens betydning er uvurderlig

Fastlegens rolle viser seg å ha en essensiell rolle i informantenes mulighet til å kunne tilegne seg informasjon og følge opp medisinadministreringen selv. Her kom det fram at informantene hadde ulike erfaringer med følelsen av inkludering i egen helse og samarbeid med fastlegen, tilgjengeligheten og tillit til fastlegen, men også følelsen av å bli fulgt opp av fastlegen. I tillegg dukket samarbeidet mellom sykehus og fastlege opp som en faktor.

Ulike erfaringer med inkludering og samarbeid med fastlege

Fastlegen er en tett samarbeidspartner når det gjelder helse og medisiner, siden det er de som har rolle som forskrivende instans. Det kom fram i intervjuene at informantene hadde svært ulik erfaring med inkludering i egen helse. Noen av informantene beskrev at samarbeidet var godt og at de følte seg inkluderte med å få spørsmål om hva informantene selv mente og åpnet opp for en felles vurdering av helseproblemer og legemidler. Som denne informanten fortalte: «*Ja, absolutt. Det verste er at han sier «ja, hva mener du?» sier han vettu. Ja, men det er du som har gått skolen, sier jeg, heheh. Så ler han da.*» (Informant 7).

Andre informanter kunne fortelle at legen var flink til å forklare når det skulle startes opp et nytt legemiddel eller når det blir gjort endringer på legemidlene. Virkning og bivirkning ble informert om og flere følte at de kunne ta opp temaet legemidler og bivirkninger med legen. Noen så det også som sin oppgave å ta opp dersom bivirkninger skulle forekomme. På den måten får informanten mulighet til å ta del i avgjørelser og det gir følelse av inkludering og samarbeid med fastlegen.

På en annen side var det informanter som hadde andre erfaringer. Disse hadde erfaringer med at ønske om informasjon ikke ble dekket, til tross for at de spurte legen. Noen kunne fortelle at de ble

undersøkt og ble bedt om å starte på medisiner, men ikke forklart hvorfor de skulle starte med det eller hvordan det skulle tas. Spesielt en informant kunne fortelle at hun ikke fikk informasjon fra fastlegen sin som hun ønsket seg:

«Ja, det er fastlegen, jeg savner det. Nei, jeg føler det er jeg som tar det opp. Det gjør jeg. Og før om åra så har man jo fått utskrift når man har tatt alle blodprøvene og se, sammenlikne med hvordan det har vært da, men det har ikke blitt de siste årene.»

(Informant 2)

Informanten beskrev at det er h*n som må ta opp temaet om medisiner og manglet informasjon om indikasjon, virkning og bivirkning. Dette måtte h*n lese seg opp på selv på pakningsvedlegg. Dette gjorde at informanten heller ikke følte seg trygg på hvilken oppfølging hun fikk av fastlegen, eller om det ikke ble ansett som relevant informasjon. Dette handlet om blodprøvesvar, blodtrykksmålinger og liknende, som hun stilte spørsmåltegn ved om legene anså det kun som et redskap ment for legene.

Informanten kunne også fortelle at h*n følte endring i hvordan h*n ble behandlet og snakket til etter at h*n var blitt eldre, og kunne ønske at legene snakket til informanten som et vanlig, oppegående menneske. Det samme kunne en annen informant fortelle, og sa at h*n hadde følelsen av å bli overhørt fremfor å bli hørt.

Et av spørsmålene i studien var om informantene gjorde endringer ved endret helsetilstand, hvor ingen av informantene hadde fått beskjed om å ta forhåndsregler eller gjøre endringer dersom slikt skulle oppstå. Eksempler på endring av helsetilstand som ble gitt var omgangssyke, feber, eller lite inntak av mat og drikke.

Store variasjoner i tilgjengelighet og tid hos fastlege

Noe av det som legger grunnlag for å kunne samarbeide med fastlegen og få informasjon er legens tid og tilgjengelighet, som viste seg i intervjuene å være variabelt. Noen av informantene kunne fortelle at det var lett å komme i kontakt med fastlegen, at de fikk time når de trengte det og hadde tid til å ta opp problemstillingene. Noen av informantene fortalte at legen sto parat og at det kun var en telefonsamtale unna, og flere av informantene hadde fast time for eksempel hver 3. måned.

Mens for den andre gruppen av informanter var det annerledes. Flere kunne fortelle om at det var svært vanskelig å få time hos fastlegen og at de gjerne måtte vente flere uker. Én av informantene fortalte at å få time om tre uker var kjapt. En annen informant beskrev det slik: «Å få time er verre enn å plukke ned solen. For det er jo håpløst altså.» (Informant 9). Informanten mente at det er for mange gamle mennesker og at det rett og slett ikke er lagt opp til det, med tanke på belastningen av helsevesenet og fastlegekontorer. Informanten beskrev det videre:

«Helsesekretæren er veldig grei og sånn, men hun er en drage. Men det må hun jo være, eller så hadde han (fastlegen) blitt overarbeidet. Ja, hun sitter på en uriaspost. Og det innser jeg. Ja, jeg ringer ikke i unøden. Men han er veldig grei altså, jeg skal ikke klage, men vi merker godt at det er legemangel her. Og nå har det blitt ti ganger verre.» (Informant 9).

En av konsekvensene var at noen av informantene følte det utrygt ved utprøving av medisiner fordi de ikke følte de hadde god nok tilgang til legehjelp dersom medisinen ga utilsiktet virkning eller bivirkning. Noen hadde i det hele tatt vansker å med komme igjennom på telefonen til legekantoret. En annen konsekvens var at man ventet til legevakt åpnet for å kunne få hjelp der.

Tillit gir grunnlag for god relasjon med fastlege

En annen faktor som viste seg å ha betydning, er relasjonen og tilliten til fastlegen. Opplevelsen av å føle seg fulgt opp av fastlegen var en av faktorene som skapte tillit til både legen og legemiddelbehandlingen. Noen av informantene kunne fortelle at de hadde god erfaring med tett oppfølging av fastlegen. Disse hadde gjerne fast time for eksempel hvert kvartal, det ble tatt regelmessige blodprøver og målt blodtrykk, som viste seg å være noe av det som var viktig for informantene. På den måten kunne de ha tillit til fastlegens kompetanse. I tillegg var det å bli lyttet til og at fastlegen tok affære dersom man kom med et problem. En av informantene sa det var viktig å ha tillit til fastlegen og stilte seg selv spørsmålet hvem skal man tro på hvis ikke h*n tror på det legen sier.

Andre informanter hadde hatt andre opplevelser hvor tilliten var brutt. Det var informanter som hadde opplevd å bli feilmedisinert, hatt uenigheter rundt legemiddelbehandling og ikke følte seg hørt. For noen av informantene handlet dette også om følelsen av å bare bli tildelt en fastlege som

ikke var interessert i pasienten og «bare blitt med på lasset» (Informant 2?). Dette bidrar til at dialogen med fastlegen blir hemmet og informantene har ikke tiltro til den informasjonen som blir gitt eller oppfølgingen informantene får. En annen informant kunne fortelle at han ikke trodde fastlegen leste epikrisene og var nødt til å fortelle fastlegen om innleggelse eller kontroll, som igjen skapte utrygghet hos informanten.

Overganger kan være problematiske

En siste faktor viste seg å ha betydning for informantenes mulighet til å følge opp egen legemiddelbehandling. Måten informasjon blir overbragt på kan variere og kan være problematiske, noe informant 9 beskriver her:

«Men så nå plutselig, så ringte, de siste blodprøvene, så ringte helsesekretæren og sa at du må ta mindre. Og da var det bare to dager i uken jeg skulle ha hel. Men de sa ikke hvilke dager! Så da satt jeg og så på, så fant jeg ut at da tar jeg tirsdag og torsdag hel. Så da gjorde jeg det selv, men hadde jeg vært tutlete, hadde jeg vært enda verre, hva da.»

Informanten fikk beskjed om endring av dosering av et legemiddel av helsesekretæren over telefonen, noe informanten stilte seg kritisk til.

En annen side av problematiske overganger som dukket opp i intervjuene var hvor informanten følges opp av både sykehus og fastlege, og ved ett tilfelle både lokal-, sentralsykehus og fastlege. Informanten opplevde at ingen av de hadde god nok oversikt over hvilke legemidler som var i bruk og i hvilken dose. Informanten så dette som problematisk, men tok også ansvaret for å informere de ulike når h*n var der på kontroller. Informanten fortalte:

«Ja, jeg må levere liste til dem. Og da har dem en liste på skjermen, men det kan være at den har blitt forandra på når jeg har vært på et sykehus, da kan jeg ha fått noen andre medisiner. Og da må dem spørre meg hvor lenge jeg har gått på dem da, og forklare hvorfor. For at ett sykehus og det andre sykehuset, dem har kanskje ikke akkurat sånn god kommunikasjon på akkurat medisin. Og jeg får jo en masse der nede som jeg skal bli fort bra igjen, og det er ikke sikkert dem, det andre sykehuset, får noen epikrise på det. Og kanskje jeg bare skal ta det så og så lenge.» (Informant 4).

6.2.2 Apoteket kan være en viktig informasjonskilde

Informantene påpekte at apoteket kunne spille en viktig rolle i legemiddelbehandlingen i form av informasjon og veiledning. Noen av informantene hadde gode opplevelser med apoteket og sa de var flinke til å informere om medisiner. Noen ble også overrasket over hvor mye de fulgte med på hvilke legemidler som var i bruk og om de kan tas sammen med det nye preparatet.

Andre informanter hadde derimot andre opplevelser og mente at apoteket kunne bidra i større grad med informasjon og veiledning. Noen av informantene fortalte at de fikk beskjed om å lese pakningsvedlegget når de hentet ut en medisin. Flere av informantene fortalte at de opplevde det vanskelig å lese pakningsvedlegget på grunn av liten skrift, svært mye tekst de ikke forsto og det meste av det som sto i pakningsvedlegget var om hvorfor man ikke skulle bruke legemiddelet. En av informantene ytret sterke meninger om apotekets rolle:

«Du får jo ikke vite så veldig mye på apoteket heller, det står ikke så mye i disse vedleggene. Og hvor mange leser vedlegget? Og jeg har mange ganger tenkt på, altså. Men apotekene, de er så opptatt av å selge andre ting, men der burde jo en av farmasøytene ha den oppgaven at de passer på det der. Det tror jeg er veldig viktig. Det er deres jobb og det er det de er utdannet til. Så jeg mener at de burde kanskje ha litt mer ansvar enn det de har.» (Informant 9).

6.3 Aktivt bruk av individuelle strategier

Ett av funnene var at informantene utviklet og brukte ulike strategier knyttet til egen legemiddelbehandling. Disse strategiene er delt inn i tre temaer; strategier for å holde oversikt, for å huske medisinene og egne tilpasninger og vurderinger.

6.3.1 For å holde oversikt

Alle informantene hadde utviklet og brukte ulike strategier for å holde oversikt over legemidlene, mens strategiene kunne variere noe. Hovedforskjellen mellom strategiene var om informantene brukte legemiddelliste eller om de brukte doseringslappen på pakningen, mens en av informantene brukte seg selv som strategi med å huske legemidlene og dosering i hodet. Informantene som

brukte legemiddelliste fikk enten alltid ny liste av fastlegen når det var en endring i legemiddelbehandlingen, mens andre fikk ny liste når de spurte om det. De sistnevnte skrev gjerne over med penn og gjorde endringer i listen på den måten. En av informantene sa også at h*n hadde med seg listen uansett hvor h*n skulle fordi man aldri vet om man blir syk eller kjører av veien, som en forsikring hvis noe skulle skje.

Informantene som brukte pakningen leste av doseringen og tok legemiddelet som det sto der, eventuelt husket det dersom dosen var annerledes. Legemidler som ikke var i bruk la de enten bort, leverte tilbake til apoteket, eller måtte huske å ikke ta de. Dette var en strategi som gikk mer på rutine enn å slavisk følge en oppdatert liste. Flere anga at rutine var svært viktig for å holde system og oversikt. Som en av informantene beskrev: «*Bare det at, om jeg er aldri så klar i hodet mitt, og det som er hver dag, det er fort gjort å glemme noe. Så det er rutiner, hvis ikke man har sånne rutiner, da er det liksom bare halvveis.*» (Informant 5). De fleste sa at de hadde lagd seg en rutine om å legge bort den pakningen de hadde tatt fra, slik at de holdt oversikt hvilke tabletter de hadde tatt og ikke. Noen holdt oversikt med å telle over antallet til slutt før inntak og ved dosettplegging for å sikre å få alt man skulle.

6.3.2 For å huske medisinene

Strategi for å huske medisinene viste seg å ha mye med rutine å gjøre. Alle informantene angå å ha rutine som strategi for å huske medisinene, gjerne i forbindelse med frokost og ved kveldsrunden, som denne informanten kunne fortelle:

“Nei, det er rutine. Nei jeg tar dem om morgenen når jeg står opp. Kommer meg på kjøkkenet, så setter på kaffen og tar meg et glass vann, så tar jeg pillene. Og så tar jeg meg en brødkive. Eller så kan det bli mye tull. Om kvelden så går jeg runden gjennom kjøkkenet og der står dosetten. Da er det bare å ta dem.» (Informant 7)

Flere av informantene bruker dosett som et hjelpemiddel hvor de kunne dobbeltsjekke at den forrige dosen var tatt. De fleste som fortalte at de hadde tatt feil eller glemt hadde tatt feil av dagen i dosetten, eller blitt distraheret fra rutinen og glemt.

6.3.3 Egne tilpasninger og vurderinger

En del av informantene fortalte at de gjorde noen egne tilpasninger og vurderinger, dels fordi de ikke fikk klar forordning av legen som skrevet i kapittel 5.2.1.4, mens andre gjør det for å unngå ubehageligheter eller vanskelig situasjoner. Det kunne være ærend og gjøremål utenfor hjemmet, noe som gjorde at de utsatte å spise frokost og derfor ikke kunne ta medisinene, eller at én av tablettene skapte behov for tilgjengelig toalett.

De som kunne fortelle om at de hadde glemt en dose hadde ulike vurderinger av håndtering av det. Noen informanter sa de hoppet over dosen, mens andre sa de tok den så fort de kom på det, som denne informanten:

«Da hadde jeg hatt det travelt og glemt det. Men da så jeg jo på dosetten, ikke sant. Det var en tirsdag eller, jeg husker ikke. Oi, jeg har glemt å ta medisinene, og da tok jeg den. Ja, da tok jeg den, men det var ikke riktig tid eller sånn, men da fant jeg ut det at okei, jeg må bare ta den.» (Informant 9).

Her beskrev h*n usikkerheten om h*n hadde gjort riktig eller ei. Gjennom intervjuene rundt dette temaet kom det fram at ingen av informantene som hadde fått veiledning av lege eller apotek om de skulle ta dosen eller ikke, eller hvordan de skulle gjøre dersom en dose ble glemt. En annen av informantene gjorde grundigere vurdering selv og fortalte at h*n vurderte hvilken virkning og hvor viktig medisinen var og gjorde vurderinger ut ifra det, om medisinen skulle tas eller ikke.

En annen vurdering som dukket opp, var når man starter med ny medisin eller gjør endring i legemiddelbehandlingen. De fleste informantene fortalte at de startet dette med en gang, mens en av informantene ventet: *«Hvis jeg får en ny medisin, så begynner jeg med den, men jeg spiser opp de jeg har den uka da, så begynner jeg på søndag.»* (Informant 6)

6.4 Understøttende ressurser

Alle informantene hadde ansvar og utførte legemiddelbehandlingen selv, men en av strategiene var å ta i bruk ressurser rundt seg. Understøttende ressurser er delt inn i tre temaer; støtte av nærpersoner rundt meg, apoteket, og systemer som legger til rette for enklere medisinadministrering.

6.4.1 Støtte av nærpersoner rundt meg

Det ble av flere fortalt at de hadde folk rundt seg som støttet de i håndtering av legemidler. Det var i hovedsak å hente medisiner på apoteket grunnet fysiske funksjonsnedsettelse. Noen av informantene spurte familie om å hente medisinene, mens en annen hadde en venn som kunne bistå med dette. En av informantene fortalte at h*n ikke hadde noen i nærområdet h*n kunne spørre.

Flere av informantene fortalte også at ektefellen hjalp til med å huske at medisinene ble tatt, og at det hadde blitt en ekstra sikring for at medisinene ble tatt til riktig tid. En av informantene sa det slik: «Jeg går hjemme her, så har jeg henne her så, vi husker det sammen.» (Informant 4).

En av informantene brukte svigerdatter som støtte i form av å få forklaring om de ulike medisinene og informasjon fra fastlegen. H*n brukte henne som mellomledd i en del av kontakten med fastlegen og beskrev det slik: «*For jeg er ikke så veldig mobil ut og inn og sånn, så slipper jeg å reise noe særlig. Så det blir mest henne som mellomledd.*» (Informant 3).

Svigerdatter hadde helsefaglig utdanning og leste seg grundig opp om medisinene som informanten brukte.

6.4.2 Apoteket som en understøttende ressurs

Apoteket var også nevnt som en understøttende ressurs i form av de ulike tjenestene de hadde. Mange så det svært nyttig og gjorde tilgjengeligheten på medisiner bedre. Informantene kunne fortelle at apoteket ringte når resepten hadde gått ut og når de fikk inn legemiddelet som skulle tas i bruk. Som en informant fortalte:

«Nei, dem er veldig flinke på å skaffe meg medisiner. Dem sender SMS til meg og, at jeg kan komme og hente det. Så slipper jeg å fly opp og ned og høre om de har medisin. De gir meg beskjed og så får jeg fast tid jeg kan komme og hente.» (Informant 4).

Dette gjorde det både forutsigbart for informanten og h*n opplevde at apoteket var på tilbudssiden. Som tidligere nevnt var det også flere som syns informasjonen fra apoteket var bra, og hadde opplevd å få beskjed dersom det var interaksjon mellom et annet legemiddel de brukte.

6.4.3 Systemer som legger til rette for enklere medisinadministrering

En annen understøttende ressurs som ble trukket fram er systemer som kan legge til rette for enklere medisinadministrering. E-resept var en av disse systemene som gjorde det lett å kunne hente ut medisiner, uavhengig hvor man befant seg. Det gjorde det enklere å være på reise og tilgjengeligheten opplevdes god. En av informantene fortalte også at h*n kunne følge med på e-resepten via Helsenorge.no for å se om det var mer igjen eller om det trengtes ny:

«Går inn på Helsenorge for å se om det er oppdatert da. Da slipper jeg å komme på apoteket og ikke få det.» (Informant 6). Likevel er det ulike erfaringer med systemer som innebærer digitale verktøy.

En annen informant uttrykte at blant annet bruk av PC og at det meste digitaliseres er problematisk: *«Vi eldre som er oppegående, men som er så gamle at vi ikke har PC og sånn, vi faller mellom to stoler.»* (Informant 9).

Et annet system som ble trukket fram og som flere av informantene brukte var dosett. Bruk av dosett er nevnt tidligere, men blir også trukket fram her som et understøttende system.

Det kom ikke fram i intervjuene at praktiske vansker var et problem, som å åpne pakninger, blisterpakninger og etc. En informant fortalte dog at noen tabletter måtte deles i fire for å oppnå riktig dose. Tabletten ble dermed så liten at det var vanskelig å vite om h*n hadde svelget den eller ei.

7 Diskusjon

Hensikten med studien var å få frem eldres erfaringer med egen legemiddelbehandling og -oppfølging, samt hvilke faktorer som påvirker deres mulighet til dette. I dette kapittelet diskuteres funnene i studien opp mot forskning, teori og politiske føringer for å besvare studiens problemstilling.

7.1 Hvilken betydning har helsekompetanse for å kunne ivareta legemiddeladministrering og -oppfølging hos hjemmeboende eldre?

Flere av informantene hadde kunnskap om egen helse og hvilke medisiner de brukte, men hos de fleste stoppet kunnskapen på et visst punkt. Helsekompetanse anses som viktig for egenmestring og egenbehandling, samt bidra til mindre feilbruk av medisiner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ifølge Eide og Eide (2017) gir økt kunnskap følelse av kontroll og er en forutsetning for selvbestemmelse og opplevelse av mestring. Noen av informantene opplevde å få god informasjon om indikasjon, virkning og bivirkning ved oppstart av medisiner. Samtidig var det ulikheter i behovet av informasjon, og noen sa at de gjorde som legen sa og la ansvaret mer eller mindre i legens hender. Sett i lys av Stortingsmelding 7, hvor det trekkes fram at man ønsker pasienten som en aktiv deltaker i egen helse og behandling (St.meld.nr.7, 2019-2020), samsvarer ikke dette nødvendigvis da noen av disse informantene lener seg mer eller mindre på legen og legens kompetanse. Goggins med flere (2014) trekker imidlertid fram at det er en sammenheng mellom helsekompetanse og personens ønske om å delta i samvalgsprosesser. Det kan derfor tolkes som at informantene med mindre kunnskap om egen helse og behandling, heller ikke følte behov for ytterligere informasjon. I Legemiddelmeldingen ble det hevdet at kunnskap om behandlingen skaper eierskap til behandlingen (St.meld.nr.28, 2014-2015). Motivasjonen for å tilegne seg denne kunnskapen kan derimot forstås som en påvirkende faktor. Sett opp mot Antonowsky sin teori, salutogenese, hvor motivasjonsfaktoren ligger i meningsfullhet. Ifølge teorien vil motivasjonen avhenge av om individet har en sterk opplevelse av mening. Det kan tolkes som at motivasjonen for å tilegne seg kunnskap om egen helse derfor er avhengig av opplevelsen av mening. Videre spiller opplevelse av sammenheng en rolle, hvor ut ifra definisjonen som sier at kravene er utfordringer som er verdt å engasjere seg i (Lindström et al., 2015). Dette kan forstås som at utfordringene er verdt å engasjere seg i når man har opplevelsen av mening, noe som man kan si er en selvfølge med tanke på medisiner av livsviktige medisiner. Imidlertid er somatisk sykdom og mulig biologisk

aldring risiko for depresjon (Wyller, 2020). Det har vist seg at depresjon kan gi lavere helserelatert livskvalitet hos eldre (Shmueli et al., 2001). Dette kan derfor tenkes å påvirke opplevelsen av mening og om utfordringen er verdt å engasjere seg i. Likevel er det nyanser på hvor mye kunnskap individene kjente behov for, for å kunne håndtere utfordringen. Dette kan tale i retning av at ressursene og forståelsen er ulike, mens en annen studie viser til at kunnskapen de fikk gjennom samtaler med legen utgjorde grunnlaget for mulighet til egenomsorg (Meranius & Hammar, 2016). Sett fra Orems egenomsorgsteori er egenomsorgsbehov innsikt som er uttrykt i handlinger (Cavanagh, 2010), som kan tolkes i dette tilfelle ved å sette seg tilstrekkelig inn i egen helse og legemiddelbehandling. Tett opptil er også egenomsorgskapasitet som er evnen til å identifisere kravene, og ved manglende egenomsorgsbehov eller -kapasitet vil det være en egenomsorgssvikt.

I Strategi for helsekompetanse ønskes det at befolkningen skal kunne ta riktige beslutninger, følge opp egen helse og legemiddelbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det trekkes fram at det er avgjørende å få tilstrekkelig med forståelig informasjon. Erfaringen til flere av informantene viste imidlertid at informasjonen som ble gitt ikke var tilstrekkelig. For noen var det heller ikke åpenbart hvor man kunne innhente informasjon om medisiner eller tjenestetilbud, som understøttes av rapporten om Helsekompetanse i befolkningen. Gruppen som ble intervjuet har statistisk lav helsekompetanse som har vansker med å navigere, innhente og kritisk vurdere informasjon ifølge rapporten (Helsedirektoratet, 2021). Samtidig som flere sa at apoteket tidvis bidro med nyttig informasjon og opplevde at apoteket passet på, var det ingen som fortalte om like tjenester, eller standardiserte veiledninger. Sett i lys av målet om pasientens helsetjeneste med ønske om en aktiv deltaker i egen helse og behandling, kan det se ut til å sprike mellom forventningene og hvilke muligheter som gis til pasienten for å innfri dette.

Innen helsekompetanse er forståelse og innhenting av informasjon en viktig del. Pakningsvedlegg er en annen viktig informasjonskilde, i tillegg til helsepersonell. Flere av informantene beskrev at de opplevde det vanskelig å lese pakningsvedlegget på grunn av liten skrift, svært mye tekst de ikke forsto og det meste av det som sto i pakningsvedlegget var om hvorfor man ikke skulle bruke legemiddelet. Sett i lys av en eldre studie gjort i Norge har ikke dette endret seg, hvor noen syns at det er nyttig og viktig, mens andre ikke leser det på grunn av for liten skrift, forvirrende, lang tekst og vanskelige ord. I tillegg kan informasjonen om bivirkninger være skremmende (Nguyen, 2008). Det kan derfor virke til at pakningsvedleggene ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for bruk av eldre.

7.2 Hvilken betydning har samarbeid med fastlege og inkludering i egen helse?

Resultatene viste at samarbeidet med og inkludering av fastlegen spilte en viktig rolle i forhold til informasjon, kunnskap om egen helse og medisiner. En annen kvalitativ studie gjort i Sverige av personer med multimorbiditet og polyfarmasi fant at deltagelse i egen medisinerings gjennom god kommunikasjon med legen gjorde de i stand til å bekrefte informasjon, som igjen reduserte risikoen for misforståelser (Meranius & Hammar, 2016). De aller fleste i denne studien oppga å ha god relasjon med fastlegen, men at noen av informantene hadde opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig informasjon eller informasjonen de ønsket seg. Noen av informantene savnet informasjon om helsetilstand, blodprøver og blodtrykk. Konsekvensen av dette var opplevelsen av manglende inkludering og utilstrekkelig informasjon om egen helse og medisiner slik at man kan følge det opp, ta forhåndsregler eller forstå hvorfor og hvordan legemidlene fungerer. Sett i lys av både Stortingsmelding nr. 26 og 28 som trekker fram viktigheten av informasjon for å få kunnskap til å følge opp egen behandling og få eierskap til behandlingen (St.meld.nr.26, 2014-2015), (St.meld.nr.28, 2014-2015), dukker spørsmålet opp om hva som er tilstrekkelig informasjon. Sett fra en annen side står det at informasjonen skal være tilpasset pasienten slik at den skal være forståelig (St.meld.nr.7, 2019-2020). Dette understøttes av pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 som sier at «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen....» (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, § 3-2). Dette kan forstås som at tilstrekkelig informasjon er så mye informasjon som hver enkelt trenger for å forstå. Imidlertid er det velkjent innen kommunikasjon at informasjonen som blir gitt, ikke alltid er i samsvar med informasjonen som blir tatt opp (Eide & Eide, 2017). Sett fra en annen side viser rapporten om helsekompetanse i befolkningen at 12 prosent synes det er vanskelig å kommunisere med helsepersonell, hvor man ser en sammenheng med utdanningsnivå og sykdomsbilde (Helsedirektoratet, 2021).

For å øke helsekompetansen i befolkningen trekker Helse- og omsorgsdepartementet fram at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient bør forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), noe funnene i denne studien og andre studier understøtter (Finbråten et al., 2023). Eide og Eide (2017) skriver at pasientinformasjon handler om å formidle kunnskap, som forutsetter en dialog og er på pasientens premisser. McCormack og McCance (2017) skriver at kommunikasjon er nøkkelen til personsentrert helsetjeneste og beskriver det som en

prosess med verbal og non-verbal deling av informasjon om verdier, preferanser og perspektiver. Hafskjold (2018) fant i sin doktorgrad at eldre personer oftest uttrykker bekymringer gjennom hint, og mener at anerkjennelse av dette er viktig for å understøtte personsentrert helsetjeneste til hjemmeboende eldre. Finsbråten med flere (2023) skriver helsepersonell opplevde behov for å øke kompetansen sin innenfor helsepedagogikk, kommunikasjon og samtaleteknikk. Videre skrives det at det var utfordrende å få tilstrekkelig med tid i pasientkonsultasjoner. Tiden og tilgjengeligheten viste seg også i denne studien å være en påvirkende faktor for å få tilstrekkelig med informasjon om egen helse og legemidler. Informanten henviste til fastlegemangelen og et gap mellom etterspørsel og tilbud, noe som gjør at det er vanskelig å få tid hos fastlegen. Mangel på tid gjorde også at informantene synes det var vanskelig å stille alle spørsmålene de hadde og følte seg utrygge når det ble startet et nytt legemiddel. Sett i lys av Legemiddelmeldingen hvor det skrives at etterlevelse av legemidler hos eldre og kroniske syke er et problem, og trekkes fram at tettere oppfølging vil øke etterlevelsen (St.meld.nr.28, 2014-2015). Dersom man ser på fastlegekrisen og ansvaret fastlegene har, dukker spørsmålet opp om hvorvidt det er lagt til rette for fastlegene til å overbringe informasjon på en tilpasset måte og for å møte etterspørselen. Presset på fastlegene kan tenkes å begrense deres mulighet til å imøtekomme dette og burde undersøkes videre.

På en annen side er det flere av informantene som kan fortelle om at de ikke føler seg tatt på alvor, blir overhørt og ikke behandlet som en vanlig oppegående person. Informanten beskrev noe som kan tolkes som aldersdiskriminering. Det er lite forskning på forekomsten av aldersdiskriminering innen helsevesenet. En studie viser derimot at eldre som opplever aldersdiskriminering har høyere sannsynlighet for å rapportere om dårlig helse, ha begrensende langvarig sykdom og depresjon (Jackson et al., 2019). Dette virker til å være en hemmende faktor for at informasjon og kunnskap skal videreformidles til de eldre pasientene. Noen av informantene hadde også opplevelsen av å «bli med på lasset» og ikke ha en fastlege som man har valgt og har god relasjon med. Grunnet fastlegekrisen oppgir de også at det er utfordrende å bytte fastlege. Denne manglende tilliten og relasjonen kan ses på som hemmende faktor for at informantene fikk informasjonen de trenger. Meranius og Hammar (2016) understøtter dette i sin studie og skriver at deltakelsen i egen helse og medisinerings avtok ved flere behandlende leger og manglende kommunikasjon med legen, som førte til at det ble vanskeligere å følge reseptbelagte behandlingsregimer. Det ble trukket fram eksempler hvor personer med redusert taleevne ble behandlet som kognitivt svekket, og hvor legen hadde et annet morsmål og for liten tid til å forklare. Eide og Eide (2017) understøtter dette og

skriver at tillit og mistillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. De trekker fram at tilliten som følger med yrkesrollen som helsepersonell innebærer at personer som søker hjelp lettere vil kunne vise sårbarheten enn for hvilken som helst annen person. Med denne tilliten følger også makten til lytting og avvisning, støtte eller krenke, slik informantene hadde erfart.

Svikt i kommunikasjon er en hyppig årsak til uønskede hendelser, og gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å heve kvalitet og styrke pasientsikkerheten (Eide & Eide, 2017). Pasientsikkerhetsprogrammet (u.å) poengterer dette og skriver at både svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell og helsepersonell og pasient truer pasientsikkerheten. Informantene kunne fortelle om ukonkrete forordninger per telefon som skapte usikkerhet om man gjorde riktig og følte seg alene om avgjørelser i forhold til dosering.

Ett av virkemidlene i Stortingsmelding 28 for å sikre god kvalitet i legemiddelbehandling var legemiddelgjennomgang, LMG. LMG er også nedfelt i Forskrift om fastlegeordningen hvor det står at LMG skal gjøres ved hver konsultasjon og at pasienten skal få ny legemiddelliste når endringer er gjort (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 25). Dette kunne imidlertid kun et fåtall fortelle at de får, og noen får hvis de spør om det. Derimot var det heller ikke alle som brukte legemiddelliste i sin legemiddeladministrasjon- og oppfølging. Det kommer ikke fram i denne studien årsaken til at de ikke brukte legemiddelliste, om de ikke fikk tilbudet eller om de valgte det bort. Likevel oppgir flere av informantene at de bruker legemiddellisten aktivt for å enten legge dosett, ta legemidlene eller som en sikkerhet dersom man blir innlagt. Legemiddelliste tolkes derfor som en fremmede faktor, selv om det ikke var en nødvendighet for alle informantene. Imidlertid kommer det fram situasjoner hvor det er vanskelig å holde en oppdatert legemiddelliste, spesielt i tilfeller hvor både fastlege og spesialister følger opp legemiddelbehandlingen. Liknende funn ble gjort i studien til Meranius og Hammar (2016) som skriver at det er problematisk når flere leger forordner legemidler uten å konferere med hverandre, som ofte fører til feilforordning. Det arbeides med sanntids legemiddelliste som skal være tilgjengelig for alle behandlende instanser, som Helseplattformen og PLL, men som foreløpig ikke fungerer optimalt. Funnene i studien understøtter behovet for dette og viser at et slikt verktøy er viktig for å sikre riktig legemiddelbehandling og -oppfølging.

7.3 Kan personlige strategier bidra til god legemiddeladministrering

Funnene i denne studien viser at alle informantene hadde strategier når det kom til legemiddeladministrering. De fleste strategiene var rutinebaserte, som kunne være å ta medisiner i sammenheng med måltid og ha medisinerne synlig så de ble minnet på å ta de. Liknende studie viser til de samme funnene (Albert et al., 2022). Studien viste til fordelene av å ha slike strategier med regelmessig inntak, følelse av kontroll og trygghet, samt opprettholdt deres autonomi som var svært viktig for deltakerne. Studien viste imidlertid noen ulemper med strategiene, som å glemme å kjøpe medisinerne eller forsinket medisinlevering, ved reiser hvor dagsrutinene ble annerledes og ved medisinendringer som måtte integreres med eksisterende strategi. Dessuten ble det beskrevet begrensninger ved at medisinerne ble glemt til tross for strategiene. Likt som i studien til Albert og medarbeidere var årsakene til at medisinerne ble glemt i dette prosjektet at de hadde tatt feil eller glemt, hadde tatt feil av dagen i dosetten, eller blitt distraheret fra rutinen og glemt. En sårbarhet knyttet til økende alder og kognitiv nedgang ble også ansett som en begrensning for strategiene (Albert et al., 2022). Dette understøtter funnene i dette prosjektet, hvor flere av informantene anerkjente at fremtiden var uviss grunnet økende alder. Derimot oppga ingen av informantene problemer med å være på reise, slik det blir beskrevet av Albert og medarbeiderne. Informantene anså det ikke problematisk å pakke med seg medisinerne og hadde som regel et system for dette. Likevel var det ikke alle som var mobile nok til å reise og spørsmålet var ikke relevant. Albert et al. (2022) beskrev også utfordringen ved å ha medisinerne synlig, ved at det var synlig for andre og stigmatiseringen ved dette. Dette var heller ikke noe som dukket opp i dette prosjektet.

Egne tilpasninger og vurderinger dukket opp som en strategi. Informantene gjorde endringer som avvek fra forordningen for at dagen og gjøremål lettere skulle la seg gjøre. Sett i lys av forskningsartikkelen om hjertesviktpasienter kan en del av disse ses på som en form for egenomsorg, snarere enn manglende overholdelse av legemidlene (Meraz, 2020). Andre tilpasninger og vurderinger virket derimot til å være presset fram grunnet manglende informasjon.

Utfordringer knyttet til praktisk håndtering som åpning av ytre og indre emballasje, istandgjøring og inntak av medisinerne ble lite beskrevet i dette prosjektet, sammenliknet med studien i Nederland som viste at 95 prosent av deltakerne opplevde dette (Notenboom et al., 2014). Det var imidlertid beskrevet utfordringer i forbindelse med inntak av legemiddel som måtte deles i fire, hvor tabletten ble så liten at det var vanskelig å vite om den var svelget eller falt ut, men kun en informant oppga

dette. Dette spriker fra funnene i studien til Notenboom et al. (2017) som fant at deltakerne hadde problemer med svelging av medisinene og håndtering av blisterpakningene og beholdere. Dette ble dog ikke eksplisitt spurt om i intervjuene, kun spørsmål om generelle utfordringer knyttet til legemiddeladministrering.

7.4 Hvilken rolle spiller understøttende ressurser?

Westerbotn (2008) skrev i sin studie at det ville være interessant med forskning på hvordan man kan støtte eldre med administrering der de ikke ønsker bistand fra andre eller ikke vet hvilken hjelp som finnes. Informantene i denne studien trakk blant annet fram apoteket som en støttende ressurs. Noen var svært fornøyd med informasjonen apoteket ga og opplevde at apoteket var gode på å skaffe de medisinene de behøvde. Andre informanter hadde et ønske om at apoteket kunne bidra ytterligere i forhold til informasjon om legemidlene, når de skulle tas, om de kunne tas samtidig med andre og liknende. I Legemiddelmeldingen og Strategi for å øke helsekompetanse var det et ønske om å utrede muligheten for og starte opp tjenester som skal være standardiserte i apotekene med hensyn til informasjon og veiledning (St.meld.nr.28, 2014-2015), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Likevel var det ingen av informantene som kunne fortelle at de hadde hatt dette, eller visste om det. Sett i lys av artikkelen i Farmatid om legemidler i dosett, hvor det kommer det fram at selv medisiner i dosett er en vurdering som bør gjøres av farmasøyter da det er ulike forhold som kan skade legemiddelet (Kallekleiv & Jahnsen, 2022). Det henvises til at det er for lite studier på området, og at vurderingen må gjøres skjønnsmessig. Viktigheten av farmasøytene og apoteket blir i denne studien sett på som en uutnyttet ressurs i denne sammenhengen. Albert et al. (2022) skriver at hjemmebesøk av farmasøyter er etablert i flere land, mens i Norge tilbys samtale med farmasøyt i noen apotek (St.meld.nr.28, 2014-2015). Hjemmebesøkene gjør det mulig å avdekke LRP, at feil dose eller legemiddel blir brukt, eller at strategiene er uhensiktsmessige. Samtalene med farmasøyt gjør også dette, men mulig i en mindre grad. Likevel kan dette indikere at å standardisere en slik tjeneste i en av formene vil kunne bidra til bedre kvalitet, å redusere LRP og feilbruk. En annen mulig løsning kan være *forebyggende hjemmebesøk*. Konseptet dekker ulike intervensjoner, men har som fellestrekk å være oppsøkende helsetjeneste for hjemmeboende eldre for å forbedre deres evne til å forbli uavhengige (Tøien, 2019). En studie viste at minimum årlig hjemmebesøk av velutdannede og erfarne sykepleiere bidro til opplevelse av trygghet, å bevare uavhengighet og følelsen av verdighet. Resultatet av dette ble

beskrevet som sannsynlig forsinkelse av behov for vanlig hjemmetjeneste og opprettholdelse av selvstendighet.

Systemer som støttende ressurs ble også trukket fram. Til tross for en eldre generasjon som har en lavere digital kompetanse enn øvrig del av befolkningen (Helsedirektoratet, 2021), brukes blant annet Helsenorge.no av noen eldre med polyfarmasi. Med tanke på at det stadig jobbes med løsninger som gir en sanntids legemiddelliste, kan dette også gjøre det enklere for disse brukerne å holde oversikt over egen legemiddelliste og at apoteket kunne bidra ytterligere (Helseplattformen, u.å), (Direktoratet for e-helse, 2022). Imidlertid er det variasjoner i bruk av legemiddelliste hos informantene av ukjent årsak. Dersom bruk av legemiddelliste er avhengig av tilgjengeligheten og fastlegens initiativ, vil det mulig kunne bidra til en større oppmerksomhet og bruk av legemiddelliste. Sett i lys av studien til Westerbotn et al. (2008) vil det være viktig å finne gode støttende ressurser for å kunne gi de eldre mulighet til å beholde sin autonomi og egenmestring som vises å være svært viktig for mange.

7.5 Metodisk diskusjon

Vurderingen av kvalitet, uansett type studie, knyttes til noen overordnede begreper (Fagermoen, 2005). Det dreier seg om hvilken grad forskeren har sannsynliggjort at studien bringer fram resultater som er troverdige, pålitelige og gyldige. I kvalitative studier gjøres dette ved å vise til refleksjoner, dokumentasjon av vurderinger og valg. For å sikre dette har jeg forsøkt å beskrive hele prosessen, fra valg av tema og problemstilling til ferdig rapporterte resultater, og er beskrevet i tidligere kapitler. Imidlertid er det noen refleksjoner rundt styrker og svakheter ved studien som gjenstår å diskutere.

Svakhetene ved denne studien kan være rekrutteringsmåte og utvalg. Rekrutteringen ble gjennomført via hjemmebaserte tjenester, noe som mulig kunne gi forventning om at intervjuer kom i regi av kommunen som sykepleier. Dette kan tenkes å ha gitt en annen føring for intervjuet enn det som var intensjonen. Mine forkunnskaper og kompetanse som sykepleier under videreutdanning kan tolkes som både svakhet og styrke. Dette kan både ha gitt tillit hos informantene, samt kjennskap til feltet som bidro til å utarbeide intervjuguiden og stille oppfølgingsspørsmål. På en annen side kan det tenkes å skape engstelse for å si noe feil eller gi inntrykk av å være behov av hjelp som i dette tilfellet ville hemme at viktig informasjon kom fram.

Dette til tross for at et informasjonsbrev ble gitt ut på forhånd. Samtidig var det viktig å rekruttere informanter som hadde erfaringer med studiens tema, som ved et strategisk utvalg (Fagermoen, 2005). Det ble vurdert til at hjemmesykepleien var en inngang for å nå de hjemmeboende eldre, som brukte flere legemidler og potensielt sett multimorbide for å omfatte den mer avanserte legemiddelbehandlingen, og var årsaken til rekrutteringsmåten.

Under prosessen var jeg kontinuerlig bevisst mine egne forkunnskaper og forhåndstanker om temaet, som er spesielt viktig i kvalitativ metode (Fagermoen, 2005). Jeg la vekt på å stille åpne spørsmål og la informantene fortelle fritt for å ikke styre informantene i en retning. Til tross for tidligere ervervede kommunikasjonsferdigheter og at jeg satt meg inn i intervjueteknikk, var det vanskelig å ikke gi noen form for non-verbale og verbale tegn i intervjuene. Det kunne være i form av bekræftende nikk og liknende, som kan ha påvirket informantene noe, men som bunnet i ønsket om å skape tillit og trygghet. Imidlertid skriver Fagermoen (2005) at forskeren arbeider for å etablere *intersubjektivitet*, en felles forståelse av meningsinnholdet som er en forutsetning for fortolkning. Oppklarende spørsmål som informanten enten bekræftet eller avkreftet ble derfor ofte brukt. Informantene ga varierte beskrivelser av erfaringer, noe som kan tyde på at de hadde muligheten til å snakke fritt. I resultatdelen har jeg inkludert sitater fra alle informantene for å sikre bredde og at alle informantenes stemmer ble hørt.

7.6 Implikasjon for praksis

Det er ønskelig fra helsemyndighetene at ressursene som ligger i pasientene selv skal kunne utnyttes bedre, hvor det å mestre egen sykdom og behandling er en del av dette (St.meld.nr.7, 2019-2020). I dag er det et gap mellom forventningene rundt dette og hva realiteten er, som er et av funnene i denne studien. Å øke helsekompetansen blant de hjemmeboende eldre og gjøre helsepersonell oppmerksomme på viktigheten av helsekompetanse i møte med pasienter er to av tiltakene for dette. Studiens resultater gir innsyn i eldres opplevelser og erfaringer, som kan skape bevissthet rundt temaet og gir grunnlag for videre arbeid med tilpasset informasjon og helsekompetanse, samt rette søkelys på mulig uutnyttede ressurser.

8 Konklusjon

Hjemmeboende eldres mulighet for egen legemiddeladministrering og -oppfølging påvirkes av flere faktorer. Informantenes helsekompetanse og tilgang på tilpasset informasjon var vesentlig.

Fastlegens tid, tilgjengelighet og relasjon med brukeren var viktig for inkludering i egen helse, et gjensidig samarbeid og for å få informasjonen som var nødvendig. Apoteket fremstår som en viktig understøttende ressurs med kompetanse på legemidler, som kanskje burde vært utnyttet bedre enn det gjør i dag. Strategier som rutiner viste seg å ha fordeler og en nødvendighet for å huske å ta medisinerne til riktig tidspunkt. Ulempen med dette var at feil forekom til tross for dette, og at strategien ville fungere dårligere ved redusert kognitiv funksjon. Egne tilpasninger kan forstås som egenomsorg framfor manglende overholdelse av forordning, men veiledning på dette burde være tilgjengelig som en del av en personsentrert helsetjeneste.

Studien viste nødvendigheten av å utforske eldres erfaringer rundt egen legemiddeloppfølging og -administrering for å kunne avdekke forskjellen mellom hva som skal forventes av den hjemmeboende eldre, sett i lys av ønsket om *en aktiv deltaker i pasientens helsetjeneste*, og hvilke muligheter og evner de har i møte med dette. Basert på funn i denne studien kan det se ut til å være nødvendig med videre forskning på løsninger for å inkludere hjemmeboende eldre i egen helse og legemiddelbehandling på en bedre måte, gi de verktøy og støtte som trengs for oppfølging av dette. Det kan være i form av oppsøkende og forebyggende hjemmebesøk av sykepleiere med lang erfaring og utdanning som Avansert klinisk sykepleier, samt undersøke muligheten for bedre utnyttelse av apotekets og farmasøytene kompetanse. Fastlegens og apotekets perspektiver rundt temaet vil også være viktig i videre forskning for å få fram muligheter og begrensninger for inkludering av pasienter i egen helse og støtte i legemiddelbehandling.

Referanser/litteraturliste

- Albert, V., Baumgartner, P. C., Hersberger, K. E. & Arnet, I. (2022). How do elderly outpatients manage polypharmacy including DOAC - A qualitative analysis highlighting a need for counselling. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(6), 3019-3026. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.027>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Cavanagh, S. J. (2010). *Orems model i praksis* (K. A. Kristensen, Overs.; 2. utg.). Munksgaard Danmark.
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Utprøving av pasientens legemiddelliste*. Hentet 12.03.23 fra <https://www.ehelse.no/prosjekt/pasientens-legemiddelliste-pll>
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313-324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7, 40-54.
- Finbråten, H. S., Romedal, S., Borge, C. R. & Eie, A. (2023). Helsekompetanse i pasient- og pårørendeopplæring – en tematisk analyse. *Sykepleien Forskning*, 18(91893):e-91893. <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleienf.2023.91893>
- Forskrift om om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 02.03.23 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Goggins, K. M., Wallston, K. A., Nwosu, S., Schildcrout, J. S., Castel, L. & Kripalani, S. (2014). Health Literacy, Numeracy, and Other Characteristics Associated With Hospitalized Patients' Preferences for Involvement in Decision Making. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 29-43. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.938841>
- Hafskjold, L. (2018). Older persons' worries expressed during home care and supportive communication: Analysing audio-recorded visits.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021). *Befolkningens helsekompetanse [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 20.03.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- Helseplattformen. (u.å). *På vei mot felles legemiddelliste*. Hentet 12.03.23 fra <https://helseplattformen.no/nyheter/pa-vei-mot-felles-legemiddelliste>
- Jackson, S. E., Hackett, R. A. & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet Public Health*, 4(4). [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30035-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0)

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- Kallekleiv, I. M. & Jahnsen, J. A. (2022). Legemidler i dosett. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 4, 24-26. <https://www.farmatid.no/vitenskap-og-fag/siste-fra-relis/legemidler-i-dosett>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: theory and practice* (2. utg.). Wiley-Blackwell.
- Meranius, M. S. & Hammar, L. M. (2016). How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 91-98. <https://doi.org/10.1111/scs.12225>
- Meraz, R. (2020). Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older Adults With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 35(1), 26-34. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000616>
- Nguyen. (2008). Eldres meninger om pakningsvedlegg for reseptfrie, smertestillende midler : En fokusgruppestudie fra eldresentre i Oslo. *Farmasøytisk institutt [1346]*. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-21443>
- Notenboom, K., Beers, E., Van Riet-Nales, D. A., Egberts, T. C. G., Leufkens, H. G. M., Jansen, P. A. F. & Bouvy, M. L. (2014). Practical problems with medication use that older people experience : A qualitative study. *J Am Geriatr Soc*, 62(12), 2339-2344. <https://doi.org/10.1111/jgs.13126>
- Notenboom, K., Leufkens, H. G. M., Vromans, H. & Bouvy, M. L. (2017). Learning from patients: Identifying design features of medicines that cause medication use problems. *Int J Pharm*, 517(1-2), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2016.12.004>
- NSD. (u.å). *Lag en datahåndteringsplan*. Hentet 11.02.23 fra <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan>
- Olsen, R. M. & Andreassen, S. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet - En oppsummering av kunnskap. *Omsorgsbiblioteket*. <http://hdl.handle.net/11250/2415062>
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Lovdata. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (u.å). *Legemiddelrelaterte skader*. Hentet 12.03.23 fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruths, S., Viktil, K. K. & Blix, H. S. (2007). Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. <http://hdl.handle.net/11250/2445189>
- Shmueli, Y., Baumgarten, M., Rovner, B. & Berlin, J. (2001). Predictors of Improvement in Health-Related Quality of Life Among Elderly Patients With Depression. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 63-73. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/predictors-improvement-health-related-quality/docview/1991082512/se-2?accountid=43239>
<http://openurl.bibsys.no/openurl?issn=10416102&aulast=Shmueli&aufirst=Yochi&title=International+Psychogeriatrics&atitle=Predictors+of+Improvement+in+Health-Related+Quality+of+Life+Among+Elderly+Patients+With+Depression&volume=13&issue=1&date=2001&pages=63&isbn=>
- Slotfeldt-Ellingsen, D. (2020). *Forskningsetikk : yrkesetikk ved forskningsvirksomhet*. Universitetsforlaget.

- St.meld.15. (2017-2018). *Lev hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- St.meld.nr.7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- St.meld.nr.26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- St.meld.nr.28. (2014-2015). *Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?ch=1>
- Strand, B. H. (2023, 13.03.23). *Folkehelse rapporten - Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 29.04.23 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Tøien, M. (2019). An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes. Users' and service-providers' perspectives.
- Universitetet-i-Sørøst-Norge. (2021). Innsamling, lagring og arkivering av forskningsdata. <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>
- Westerbotn, M., Fahlström, E., Fastbom, J., Agüero-Torres, H. & Hillerås, P. (2008). How do older people experience their management of medicines? *J Clin Nurs*, 17(5a), 106-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02151.x>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrí : en medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal.

Vedlegg

Vedleggene er lastet opp i egne dokumenter ved siden av oppgaven.

Vedlegg 1: Datahåndteringsplan via NSD

Vedlegg 2: Fremleggsvurdering fra REK

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD – utsettelse av frist

Vedlegg 5: Informasjonsskriv til deltakerne med samtykkeerklæring

Vedlegg 6: Intervjuguide