



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 77

Informasjon fra deltaker

Tittel *: En pille for alt

Antall ord *: 8865

Engelsk tittel *: A pill for everything

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

En pille for alt

A pill for everything

Kandidatnummer: 77

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Sammendrag:

Bakgrunn for valg av tema: Brukt på riktig måte kan legemidler bidra til bedre helse og økt livskvalitet for mange pasienter. Pasienters legemiddelbruk vurderes ofte ikke helhetlig. Leger forordner nye legemidler til ny symptomer. Sykepleieren er ofte ikke klar over eget ansvar i den medisinske behandlingen, da de ser på det som legens ansvar.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til optimalisert legemiddelbruk hos eldre i institusjon?

Hensikt: Hensikten er å øke kunnskap om hva som er sykepleiers funksjon i forhold til optimalisert legemiddelbruk. Medikalisering er et samfunnsfenomen som påvirker både sykepleier og pasienten. Derfor vil medikalisering benyttes i oppgaven.

Metode: Oppgaven er bacheloroppgave med litteraturstudie som design og tar for seg forskning, pensumlitteratur og annen faglitteratur.

Resultat: Helsepersonell baserer seg oftere på egen erfaring, enn systematiske verktøy, i arbeidet med å optimalisere legemiddelbruken. Mange eldre bruker legemidler med stor risiko for bivirkninger. Pasientenes motivasjon for å redusere antall legemidler, er ikke knyttet opp mot antallet legemidler de bruker. Helsepersonell bør alltid ha bivirkninger i mente, når de vurderer en pasient. Tidspress og arbeidsfordeling gjør at sykepleiere ofte ikke får observert effekt av legemidlene hos pasientene.

Konklusjon: Sykepleieren er sentral i prosessen for å optimalisere legemiddelbruken hos den eldre i institusjon. Ansvaret for å utføre den medisinske behandlingen ligger hos sykepleieren. Sykepleiere er viktige i hele prosessen ved medisinsk behandling. Samtidig fungerer de som samordnende mellompersoner i pasienters legemiddelbruk. Sykepleieren største bidrag til optimalisert legemiddelbruk forholder seg til overvåkning, vurdering og dokumentasjon. Den særegne posisjonen som sykepleieren har ved å være i et nært og tillitsfullt forhold til pasienten gjør at sykepleieren har kunnskaper om pasientens mål og ønsker, som bør være hovedfokuset i en hver medisinsk behandling. Sykepleiens holistiske tilnærming, gjør at sykepleiefaget er utfyllende i forhold til det naturvitenskaplige. Til tross for at overvåkingen og vurderingen av den medisinske behandlingen er sentralt for å optimalisere legemiddelbruken, så prioriteres dette ikke. Man må konstant arbeide for å oppnå optimalisering av legemiddelbruken. Det er ikke en oppgave man utfører en gang, men en kontinuerlig prosess. Optimalisering setter krav til sykepleiers kunnskaper og ferdigheter. Det bør sees mere på hvordan sykepleieren kan få bedre tid til den medisinske behandlingen, og hvordan kompetansen kan heves systematisk.

Nøkkelord: Optimalisert legemiddelbruk, polyfarmasi, sykepleiers funksjon, medikalisering, multimorbiditet

Abstract:

Background: Used correctly, drugs can contribute to better health and quality of life for many patients. In many cases the patients' drug use is not considered holistically. Doctors prescribe new drugs for new symptoms. In general nurses are not aware of his or her own responsibility in the medical treatment, as it is considered the doctor's responsibility.

Thesis: How can nurses contribute to optimized drug use in the elderly in an institution setting?

Aim: The aim of this study was to increase the understanding about what nursing is, in relation to optimized drug use. Medicalization is a social phenomenon that affects both the nurse and the patient. Therefore medicalization will be used as supporting theory.

Materials and method: The thesis is a bachelor thesis with a literature study as a design. Research, curriculum and other academic literature was used.

Results: Healthcare professionals more often based themselves upon their own experience, than on systematic tools, in their efforts to optimize drug use. Among elderly people there is often a use of drugs with a high potential of adverse drug effects. The patients' motivation to have their number of drugs reduced, are not linked to the number of drugs they use.

Healthcare professionals should always keep adverse drug effects in mind, when considering a patient. Monitoring the effect of the patients drugs are not being performed due to limited time and poor task management. The medicine process with the resident firmly at the centre, can be divided into 4 key areas: prescribing, dispensing and supply, administration and monitoring and review

Conclusion: The nurse is central to the process of optimizing drug use among the elderly in an institution. The responsibility for managing the medical treatment sits with the nurse, and they act as coordinating intermediaries in the patients' drug use. The Nurse is important in the whole process of the medical treatment. The nurse's largest contribution to optimized drug use relates to monitoring, assessment and documentation. The unique position the nurse holds, with a close and trustworthy relationship with the patients, gives the nurses knowledge of the patient's goals and wishes, which should be the main focus of any medical treatment. The holistic approach makes the nursing profession, complementary to the medical sciences. Despite the fact that the monitoring and assessment of medical treatment is central to optimizing drug use, this is not prioritized. One should constantly work to achieve optimization of drug use, and it is a continuous process. Optimization acquires knowledge and skills. It ought to be looked into, how the nurse can be allowed better time for the medical treatment and how the competence can be systematically raised.

Key words:Optimized drug use, polypharmacy, nursing, medicalization, multi-morbidity

Innhold

1 – Innledning.....	1
1.1 – Problemstilling	2
1.2 – Presiseringer og begrensninger	2
2 – Teori	3
2.1 – Medikalisering.....	3
2.2 – Legemiddelbruk og eldre	4
2.3 – Sykepleiernes funksjon	6
3 – Metode.....	8
3.1 – Fremgangsmåte	9
3.2 – Metoder i artiklene	11
3.2.1 – Systematisk oversikt.....	11
3.2.2 – Kvantitativ metode	11
3.2.3 – Kvalitativ metode	13
4 – Resultater.....	15
4.1 – Hovedfunn.....	22
4.2 – Oppsummering hovedfunn.....	23
5 – Drøfting	24
5.1 – Pasientsentrert medisin.....	24
5.2 – Medisinsk behandling	27
5.3 – Konklusjon	31
Referanseliste	32
Vedlegg 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	38
Vedlegg 2 – Sjekkliste.....	39

1 - Innledning

Medikalisering fremmer et helsevesen med en pille for alt som feiler deg (Thomas, 2009, s. 1). Ved å sykeliggjøre stadig flere tilstander, får man et økt behov for bruk av legemidler. Flere diagnoser og økt forbruk av legemidler, skaper en utfordring for utøvelsen av sykepleie. 17 % av den norske befolkningen er over 65 år, men de forbruker 40-50 % av alle reseptpliktige medikamenter (Norsk Helseinformatik, 2018). I 2017 fikk 23 % av legemiddelbrukere over 65 år mer enn 10 ulike legemidler på resept i løpet av året, mot 19 % i 2007 (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 13). Vi brukte i gjennomsnitt legemidler for 5 076 kroner hver i 2017, 8 490 kroner for de over 67 år, som totalt sett er en økning på nesten 7 prosent fra året før (Soldal, 2018).

Optimalisert legemiddelbruk kan defineres som den prosessen hvor helsepersonell engasjerer seg i den enkelte pasienten for å forstå deres mål, ønsker og kunnskaper, slik at den den best mulige behandlingen kan velges, sammen med pasienten (Cutler, Fattah, Shaw, & Cutts, 2011). Prosessen er en bevegelse fra en tilstand til en annen, og er individbasert. Bakgrunnen for å optimalisere, er at det er et mulig eller reelt problem. Et legemiddelrelatert problem kan defineres som «En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt» (Ruths, Viktil, & Blix, 2007, s. 2). En annen måte å forstå optimalisert legemiddelbruk er å gi pasienten den medisinske behandlingen, som gir dem en best mulig hverdag. Noe som ikke nødvendigvis trenger å bety færre legemidler.

Polyfarmasi er anvendelse av mange legemidler, ofte overdrevent eller unødig (Ranhott & Engh, 2016, s. 186). Polyfarmasi hos eldre pasienter kan gi økt risiko for uhensiktsmessig legemiddelbruk, bivirkninger, interaksjoner, sykehusinnleggelse og død (Maher Jr, Hanlon, & Hajjar, 2014, s. 5). Noe som stiller større krav til at det påsees at legemiddelbruken er optimalisert, hos eldre. Det er kombinasjonen av mange legemidler, snarere enn hvert enkelt legemiddel for seg, som representerer et potensielt problem og gir stor fare for bivirkninger (Wyller, 2015, s. 223). Brukt på riktig måte kan legemidler bidra til bedre helse og økt livskvalitet for mange pasienter. Noe som gjør det aktuelt for utøvelse av sykepleie.

1.1 - Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til optimalisert legemiddelbruk hos eldre i institusjon?

1.2 - Presiseringer og begrensninger

Det er lite forskning som ser direkte på sykepleierens funksjon ved optimalisert legemiddelbruk, eller medikalisering opp i mot problemstillingen. I oppgaven vil det sees på og drøfte sykepleierens bidrag med utgangspunkt i at både sykepleier og pasient befinner seg i et medikalisert samfunn. Legens og farmasøytens funksjon vil ikke drøftes uten at det er hensiktsmessig for sykepleiers bidrag og funksjon.

Dermed er det gjennom det systematiske litteratursøket, valgt ut artikler som også tar for seg pasienten, legen og farmasøyten. Det finnes en god del nyere forskning som ser på sikkerheten rundt legemiddelhåndtering. Mye av denne forskningen gjøres av leger og farmasøyter. Resultatene av disse blir ofte konsentrert rundt selve pillen, hensikten med pillen og selve legemiddelhåndteringen. Til forskjell fra legemiddelhåndtering, som forenklet dreier seg om prosedyrer for lagring og istandgjøring, handler legemiddelbruk om medikamentell behandling til enkeltindivider. Uønskede hendelser som medisiner gitt til feil pasienten eller feil ved istandgjøring osv, som ofte assosieres med feil administrering av legemidler, kommer ikke til å være et fokus i oppgaven.

Sykepleie til pasienter med polyfarmasi er utfordrende og et svært omfattende område. Fokuset kommer til å være på pasientene som er institusjon, og som er 65 eller eldre. Jeg vil anta at sykepleiere har større innflytelse på optimaliseringen av legemiddelforbruket i institusjoner. Det er ulike oppfatninger over hvor mange legemidler som må brukes samtidig, for at det skal bli betegnet som polyfarmasi. I oppgaven henviser polyfarmasi til samtidig bruk av mer enn fem forskjellige legemidler, da dette brukes i de fleste artiklene i oppgaven.

Det er viktig å presisere at ansvaret for å begynne, fortsette, endre eller avslutte en behandling med legemidler er et legeansvar ifølge helsepersonelloven og gjeldende forskrifter (Bielecki & Børdahl, 2013, s. 17). Selv om ansvaret ligger hos legen, så er sykepleierens tilbakemeldinger viktige for at legen skal kunne ha et helhetlig bilde av pasientens tilstand og mål. Sykepleieren er den som jobber tettest opp mot pasienten. Det er ofte et tillitsforhold

mellom pasienten og sykepleier. At det er et tett forhold gjør at sykepleier er i en god posisjon til å observere og vurdere pasienten, samt tilegne seg kunnskaper om pasientens ønsker og mål. Medikalisering er brukt som et teoretisk grunnlag for å skape økt forståelse, men det vil ikke ha hovedfokuset i drøftingen.

2 – Teori

2.1 – Medikalisering

Det medisinske «etablissement» er blitt en massiv trussel mot vår helse (Illich, 1975, s. 9). Begrepet medikalisering skaper et grunnlag for å kunne forstå og danne et helhetlig bilde av problemstillingen. Rent bokstavelig betyr begrepet «å gjøre medisinsk», og brukes om den prosessen som fører til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi. Kjernen i medikalisering beskrives som å kle noe i en sykdomsdrakt. Medisinsk og teknologisk forskning har åpnet for stadig flere og bedre behandlingstilbud, og brukernes forventninger er store (Jakobsen, 2005, s. 18). Vår tids kroppsidealer er med å gjøre at kroppens naturlige aldring, oppfattes som noe uønsket. En rekke områder blir utsatt for medikalisering, som sorg, tristhet, avhengighet, død, alderdom, graviditet og skjønnhet. Resultater blir da at stadig flere defineres som relevante for medisinsk intervensjon (Lian, 2006, s. 3).

Medikaliseringen omfatter hele vårt livsløp, fra før vi unngås (kunstig befruktning) til etter vår død (nedfrysing for senere gjenopplivning) (Lian, 2006, s. 3). Kunnskapen om lindring eller behandling, vil være vanskelig å overse, både for sykepleier og pasienten. Kritikken mot medikaliseringen er at det medfører at for mange vil bli diagnostisert, og dermed behandlinger som vil utsette dem for en rekke bivirkninger og samtidig gi en økning i helsekostnader (Meijel, 2014). Medikalisering påvirker både pasient, sykepleier og institusjon da de alle er del av et samfunn som er i utvikling. Pasienten på sin side vil gjerne ha behandling for de utfordringer og lyter som den står ovenfor. Sykepleieren ønsker å yte en sykepleie som er til det beste for pasienten. Samtidig er sykepleieren selv også del av det medikaliserte samfunnet. Institusjonene på sin side vil være styrt av både helsepolitiske prioriteringer og hvilke hensikt institusjonen har. «I mange år har jeg holdt fram at helse først og fremst handler om valg av verdier og er individuell» (Fugelli, 2003, s. 12). For pasienten vil disse valg av verdier i sterk grad påvirke motivasjonen for eller imot medisinsk behandling. Medikalisering en økende

samfunnstrend og polyfarmasi kan i mange tilfeller sees på som et resultat av medikalisering. Medikalisering er sett ut ifra dette, et kritisk begrep som berører medisinenes direkte og indirekte innflytelse på hverdagen, på hvordan den leves og hvordan den oppfattes (Stene-Johansen & Lye, 2017, s. 192).

Nyvinninger innen medisin og behandling vil kunne være positive for det enkelte individet, som står ovenfor en utfordring, og vil kunne være avgjørende for opplevelse av helse. Helse har mange ulike definisjoner, forstås ulikt og blir stadig debattert. En vanlig forståelse av helse, er at det er motsatsen til sykdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (World health Organization, 2006, s. 1). Helse blir her et totalt fravær av fysiske, mentale og sosiale utfordringer. WHO sin definisjon av helse er den mest kjente og mest brukte. «Helse er opplevelsen av fysisk og psykisk tilfredshet. God eller dårlig helse er ikke adskilt, men er en helhet. Fraværet av sykdom eller uførhet er hverken tilstrekkelig eller nødvendig for å ha en tilstand av god helse» (Card, 2017). Alan J. Card foreslår en definisjon på helse som er mer praktisk i forhold til verdibasert omsorg, enn den som WHO har. René Dubos uttalte: «Perfekt helse er en illusjon.... Helse er en tilstand som stadig må tilstrebes og tillempes etter som det samfunnet og miljøet en lever i forandrer seg.» (Kristoffersen, 2016, s. 40). Noe som skaper et grunnlag for at oppfattelsen av helse er noe som er i stadig endring, og blir endret av verdier og normer i samfunnet vi lever i. Hva som regnes som sykt eller friskt, avhenger av tid, sted, politikk og kulturell kontekst (Frich & Fugelli, 2006).

2.2 – Legemiddelbruk og eldre

Optimalisert legemiddelbruk er en essensiell del av det å pleie et eldre menneske (Rochon, 2019, s. 1). Medisinoptimalisering omfatter mange aspekter for å forbedre bruken av medisiner, og er grunnleggende for å takle de utfordringene som polyfarmasi medfører. Det er en økende bruk av begrepet optimalisert legemiddelbruk. Det har vokst frem fra samlebetegnelsen legemiddel administrering. Optimalisere i seg selv er definert som: Å gjøre så god som mulig, under de betingelsene som er gitt (Duerden, Avery, & Payne, 2013, s. 17). At betingelsene som er gitt, påvirker valg av medisinsk behandling, gjør at pasienten kan bli behandlet individuelt. Pasientsentret pleie har påvirket til at vi har fått pasientsentret medisin, som optimalisert legemiddelbruk er en del av. En bredere definisjon av pasientsentret

medisin, kan omfatte hele måten medisiner er valgt ut, anskaffet, levert, foreskrevet, administrert og gjennomgått, som inkludere et informert valg fra pasienten (Duerden, et al., 2013, s. 17). Dette blir med på å optimaliserer den medisinske behandlingen slik at den tar utgangspunkt i pasienten.

I de aller fleste tilfeller finnes det mer eller mindre gode argumenter for at pasienten bør bruke et legemiddel (indikasjon), og samtidig mer eller mindre gode argumenter for at pasienten ikke bør bruke det (kontraindikasjoner) (Wyller, 2015, s. 223). Dette er faglige indikasjoner, men inkluderer ikke pasientens ønsker og mål. At det ofte finnes argumenter både for og imot bruken av et legemiddel, stiller krav til at både den som foreskriver og de som følger opp den medisinske behandlingen har oppdaterte og nødvendige kunnskaper. Polyfarmasi er ikke i et hvert henseende negativt, men jo flere legemidler en pasient bruker, desto større er risikoen for bivirkninger og interaksjoner (Wyller, 2015, s. 198).

Deprescribing er et uttrykk som stadig dukker opp i nyere forskning, og har ikke hatt en direkte norsk oversettelse. «Å avslutte bruk av skadelige eller uhensiktsmessige legemidler, kalles på engelsk deprescribing og vi foreslår at det kalles avmedisinering på norsk» (Granås, Bakken, Ruths, & Finckenhagen, 2018). Avmedisinering sees på i nyere forskning som en mulig løsning til å redusere antall legemidler som en pasient bruker, og dermed kunne redusere polyfarmasi. Avmedisinering er ikke et mål i seg selv, da mange pasienter trenger eller har nytte av de medisinene de bruker. Internasjonalt er det spesielt et verktøy med kriterier som brukes ved gjennomgang av medisiner hos eldre og for å vurdere foreskrivning av nye legemidler, BEERS. Den er laget for å oppdage og unngå mulig uhensiktsmessige medisinering og inneholder en liste over legemidler som bør unngås hos eldre (AGS, 2018).

Riktig legemiddelbehandling er svært viktig for eldre pasienters helse og livskvalitet (Ranhott & Engh, 2016, s. 185). Økende alder medfører ofte sykdommer og plager som i de fleste tilfeller vil kreve legemiddelbehandling. God geriatrisk behandling kjennetegnes av et aktivt forhold til den samlede farmakologiske behandlingen, og av hyppige revurderinger (Wyller, 2015, s. 198). Selv om det bør foretas hyppige revurderinger, så bør ikke endringer gjøres for raskt, da den eldres kropp bruker lengre tid på å justere seg. Aldersforandringer gir svekkede reguleringsmekanismer og redusert organkapasitet, noe som vil påvirke legemidlers omsetning og effekt (Ranhott & Engh, 2016, s. 184). Medisinsk behandling til eldre blir dermed annerledes enn til yngre. Fysiologisk aldring gjør at kroppens evne til å benytte seg

av, og effekten av legemidler vil avvike fra yngre mennesker. Leverens evne til å bryte ned legemidler og nyrenes evne til å skille ut legemidler, er i mange tilfeller redusert hos eldre (Spigset, 2016a, s. 335). Redusert funksjon i lever og nyrene er de to største årsakene til endring i effekt av legemidler hos de eldre. Effekten av legemidler hos elder blir utfordret av fysiologisk og biologisk aldring. Studier på legemidlers effekt, ekskluderer i de fleste tilfeller de eldre, på grunn av bekymringer rundt multimorbiditet og bivirkninger, som vil skape vanskeligheter med å tolke resultatene (Rochon, 2019, s. 9). Dermed blir det fokusert lite på forskning som ser på hvilken effekt eldre har av ulike legemidler. Samtidig så vil muligheten for legemiddelinteraksjoner øke, med antallet legemidler man bruker. Et legemiddel kan påvirke effekten av et annet legemiddel ved å forandre opptaket, fordeling, metabolisme eller utskillelse i kroppen (Spigset, 2016b, s. 89).

2.3 – Sykepleiernes funksjon

Sykepleierens oppgave ved administrering av legemidler, er å gjøre i stand dosen, gi dosen til rette vedkommende og hjelpe til, slik at den inntas på riktig måte – samt observere pasientens respons på medisinene (Olsen, 2013, s. 92). Dokumentasjon og vurderinger kommer i tillegg til dette. Med tanke på at personsentrert medisin er blitt et begrep som begynner å komme inn i den kliniske praksisen, så kan dette medfører at helsepersonell må jobbe på en ny måte. Brukermedvirkning er sentral og må også innbefatte medisinsk behandling. I sykehjem blir ofte sykepleieren et mellomledd mellom pasient og legen. En oppgave som er viktig, da det er sykepleieren som har muligheten til å danne seg et mer helhetlig bilde av pasienten.

I Helsedirektoratets «Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien» presenteres forslag til tiltak (Helsedirektoratet, 2011). De fleste tiltakene som presenteres er rettet mot legene. Gjennomføre regelmessige observasjoner og vurdering av legemiddelbehandling av kvalifisert sykepleier (Helsedirektoratet, 2011, s. 6). Dette tiltaket er det eneste av forslagene som er myntet på sykepleieren. I tillegg er det anbefalt at: LMG utføres senest to uker etter innkomst til sykehjem, oppdatering ved første tilsyn etter at pasienten har vært hos annen spesialist eller behandler og gjennomføre årlig LMG (Helsedirektoratet, 2011, s. 6).

Legemiddelhåndtering er en delprosess i pasientens helhetlige behandling og skal tilfredsstillende krav til faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2015, s. 6). Noe som setter krav til sykepleierens faglige kunnskaper. Som sykepleier er man forpliktet til faglig forsvarlig legemiddelhåndtering. Med sykepleiernes autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på faglig forsvarlig måte, og formålet med autorisasjon er å ivareta pasientenes sikkerhet (NSF). Sykepleierens ansvar i forhold til legemidler er beskrevet som et overordnet mål i den nåværende rammeplanen for bachelor studiet i sykepleie. Studentene skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å håndtere legemidler forsvarlig (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Dette er også hjemlet i helsepersonelloven § 4 (1999). Noe som i seg selv kan oppfattes som selve forflytningen av et legemiddel fra medisinerommet til pasientens munn. Tar man med et annet punkt fra rammeplanen, som ikke står direkte knyttet opp i mot legemiddelhåndtering, får man en bedre balanse. Samtidig skal man forhindre at komplikasjoner og tilleggs lidelser oppstår (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer fastslår at sykepleieren må erkjenne faglig og personlig ansvar for sine egne handlinger. Wright viser i sin artikkel til en liste som engang ble utarbeidet av Nursing and Midwifery Council (NMC) i Storbritannia, se tabell 1 (Wright, 2015). Denne er inkludert, da den systematisk og oversiktlig tydeliggjør hva en sykepleier skal kunne. Videre så er det få oversikter over hva som er sykepleierens oppgaver, i forbindelse med legemidler. Dermed kan det lett oppstå en gråsoner mellom hva som burde være gjort og hva som blir utført av sykepleiere.

Tabell 1 – Sykepleieferdigheter

Essential medicine management skills required to be a registered nurse
<ul style="list-style-type: none"> • People can trust the newly registered graduate nurse to correctly and safely undertake medicines calculations • People can trust the newly registered graduate nurse to work within legal and ethical frameworks that underpin safe and effective medicines management • People can trust the newly registered graduate nurse to work as part of a team to offer holistic care and a range of treatment options of which medicines may form a part • People can trust the newly registered graduate nurse to ensure safe and effective practice in medicines management through comprehensive knowledge of medicines, their actions, risks and benefits

- People can trust the newly registered graduate nurse to safely order, receive, store and dispose of medicines (including controlled drugs) in any setting
- People can trust the newly registered graduate nurse to administer medicines safely and in a timely manner, including controlled drugs
- People can trust a newly registered graduate nurse to keep and maintain accurate records using information technology, where appropriate, within a multidisciplinary framework as a leader and as part of a team and in a variety of care settings including at home
- People can trust a newly registered graduate nurse to work in partnership with people receiving medical treatments and their carers
- People can trust the newly registered graduate nurse to use and evaluate up-to-date information on medicines management and work within national and local policy guidelines
- People can trust the newly registered graduate nurse to show understanding and knowledge to supply and administer via a patient group direction

(Wright, 2015)

3 – Metode

Bacheloroppgaven er definert som en litteraturstudie, og skal følge retningslinjene for en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, s. 79). Skriftlige kilder er her studier og forskning, som kan svare på problemstillingen i litteratursøket. En systematisk litteraturstudie går ut ifra en tydelig fremstilt problemstilling, og besvares systematisk ved å identifisere, utvelge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Det er ikke nok å arbeide systematisk gjennom søket og vurderingen av forskningen. Tydelig og systematisk fremstilling er også nødvendig, slik at prosessen kan etterprøves. Hensikten med en litteraturstudie er å beskrive kunnskapen på et bestemt område (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). En litteraturstudie skal inkludere all relevant litteratur som svarer på problemstillingen. Bacheloroppgaven skal derimot inkludere 4-6 artikler, som vil danne datamaterialet i oppgaven. Hovedsakelig vil datamaterialet være sykepleiefaglig forskning og vitenskapelige artikler og fra tilgrensende fagområder. Resultatene vil bli drøftet i lys av

oppgavens valgte fokus og teoretiske perspektiver. Med litteraturstudie som fremgangsmåte bruker en forskning og litteratur som allerede eksisterer, altså ikke egen forskning.

Trinnene i en litteraturstudie er oversiktlig beskrevet av Thidemann (2017, s. 80).

3.1 – Fremgangsmåte

Problemstillingen i bacheloroppgaven er: Hvordan kan sykepleier bidra til optimalisert legemiddelbruk hos eldre i institusjon? Den skal danne grunnlaget for hvilke artikler som er relevante, hva oppgaven skal svare på og ikke svare på. I tillegg ble medikalisering som et samfunnsfenomen valgt for å hjelpe å belyse problemstillingen. Det er brukt PICO-skjemaet for tydelig å fremstille en problemstilling. PICO skjemaet er blant annet beskrevet i «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2016, s. 33-34). Videre ble PICO benyttet for å få en tydelig fremstilling av søkeordene. Det var ikke tiltak som skulle sammenlignes, derfor ble Comparison ikke brukt. Databasene har egne standardiserte emneord (Thidemann, 2017, s. 87). Helsebibliotekets terminologibase «MeSH på norsk» hjelper å finne riktige søkeord. I tillegg er det sett på hvilke MeSH-ord som kom frem i artiklene. Søkeordene er kombinert med OR nedover i tabellen og AND bortover i kolonnene. OR utvider søket, ved at det inkluderer artikler som inneholder det ene eller det andre, mens AND begrenser søket, ved at det kun vil gi treff der begge søkeordene er med (Nortvedt, et al., 2016, s. 55).

Tabell 2 - Søkeord

Population	Intervention	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> ○ >65 år ○ Polypharmacy ○ Multiple drug use 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nurs* ○ Nurses/ nursing role ○ Nursing responsibility ○ Nursing interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsible medicines ○ Optimizing drug therapy

For å kunne velge ut artikler i søkene, ble det benyttet inklusjons og eksklusjonskriterier for å sikre at valgene ikke er tilfeldige, samt svarer på problemstillingen. Kriteriene som er vist i vedlegg 1, er med på å snevre inn søkene, og dekker problem, studiedesign, informanter, språk, tidsperiode og geografi. For eksempel så er det geografiske utvalget brukt for å eliminere organisatoriske og kulturelle forhold som ikke er sammenlignbare med norske forhold.

Søkene ble utført i CINAHL, BMJ databasene, Cochran, Pubmed, Sykepleien og UpToDate. Det var ingen av artiklene i hverken av BMJ databasene, Cochran, Pubmed som innfridde inklusjonskriteriene. CINAHL har en god del artikler til sykepleiefaget og tilgrensende fag. Det var her jeg har funnet mesteparten av artiklene i litteratursøket. I søkeloggen er det vist de aktuelle søkene som gav de inkluderte artiklene, se tabell 3. Søkeloggen viser kun de søkene som har resultert i utvalget av en artikkel. Det er tatt utgangspunkt i søkeordene i tabell 2, og inklusjons- og eksklusjonskriteriene i vedlegg 1. For å velge en artikkel er det lest et stort utvalg abstrakter og en god del artikler. I flere av søkene ble det mange treff, men bruken av søkeordene relatert til NURS gav også resultatet NURSING HOME og lignende. Dette gjorde at til tross for antall treff, var det få som sa noe om sykepleiers funksjon og bidrag. Videre så er det også vurdert om artiklene har søkt om etisk godkjenning og om de bryter med etiske prinsipper. Artiklene som velges må, ha en tydelig fremstilt metode og vurdering av egne data, slik at det kan la seg vurdere. Sjekklistene som ligger tilgjengelig på kunnskapsbasertpraksis.no ble benyttet for systematisk å gå igjennom artiklene og sikre kvaliteten på datasamlingen. Et eksempel på utfylt sjekklister, er vist i vedlegg 2.

Tabell 3 – Søkelogg

Søk	Søkeord	Treff	Artikler inkludert
1	Polypharmacy AND elderly	1	(Rochon, 2019)
2	Søkeordene fra tabell 2	159	(Dilles, et al., 2015)
3	Søkeordene fra tabell 2, kombinert med Medication monitoring	75	(Johansson-Pajala, et al., 2016)
4	Søkeordene fra tabell 2, uten Outcome	75	(Kalogianis, et al., 2016)
5	Søkeordene fra tabell 2, uten Intervention	172	(Mc Namara, et al., 2016)
6	Legemiddelbruk AND sykehjem	8	(Storli, et al., 2016)

3.2 – Metoder i artiklene

3.2.1 – Systematisk oversikt

Artikkelen til Rochon, (2019) presentert i tabell 4, er en systematisk oversikt. Det som gjør den relevant er at systematiske oversikter har den nyeste og oppsummerte kunnskapen om foreskriving av legemidler til eldre. Artikkelen tar for seg aktuelle aspekter rundt legemidler og eldre. Oversikten er hentet fra UpToDate, som er en database anbefalt av helsebiblioteket. Her finnes systematiske oversikter av god kvalitet. UpToDate har mer enn 6.900 anerkjente leger som er forfattere, redaktører og fagfellevurderer artiklene, for å ha den nyeste og de beste evidensbaserte anbefalingene, innen 25 spesialiteter (UpToDate).

En systematisk oversikt er en konsis oppsummering av den beste tilgjengelige kunnskapen, for å besvare viktige faglige spørsmål (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013, s. 151). Dette gir oss mulighet til å orientere oss om hva som finnes av kunnskap på et spesielt område, samlet under en problemstilling. Systematiske oversikter følger mye av de samme kriteriene som litteraturstudie. Ved kvantitativt å slå sammen resultater fra enkeltstudier, kan systematiske oversikter gi mere presise, robuste og overbevisende konklusjoner (Bjørndal, et al., 2013, s. 142). Ved at noen har gjort forarbeidet med å samle inn all relevant data, så er det lettere oppdatere seg på denne kunnskapen, men også vurdere kvaliteten. GRADE er et verktøy som brukes for å gradere kvaliteten av dokumentasjonen for de viktigste utfallene (Bjørndal, et al., 2013, s. 151). Høy, moderat, lav og veldig lav er de begrepene som brukes. Oversikten er inkludert da den både har samlet kunnskap og i tillegg ser på utfordringene rundt foreskriving av legemidler til eldre.

3.2.2 – Kvantitativ metode

Artiklene til Dilles, Van Rompaey, Van Bogaert og Elseviers (2015) og Kalogianis, Wimmer, Turner, Tan, Emery, Robson, Reeve, Hilmer og Bell (2016), presentert i tabell 5 og tabell 6, bruker begge en kvantitativ metode og er tverrsnittstudier. Kvantitativ metode er en naturvitenskaplig og forklarende tilnærming. Kvantitativ forskning gir oss målbare enheter, objektive data og kjennetegnes ved at den gir breddekunnskaper, man får et lite antall observasjoner fra et stort antall deltagere (Thidemann, 2017, s. 77-78). Ved å se på et større utvalg, får man informasjon om bredden ved et fenomen. Svarene fra innhenting av data, omgjøres til tall som kan vise gjennomsnitt eller antall prosent av en gitt populasjon. Data fra i kvantitativ forskning beskrives med validitet og reliabilitet (Forsberg & Wengström,

2015, s. 50). I kvantitativ forskning brukes det lukkede spørsmål, slik som man har i spørreskjema. Med Lukkede spørsmål betyr at det ønskes enkle svar, som enkelt kan gjøres om til talldata. Dette gjør også at dataene ikke lar seg påvirke av forskeren. Begge studiene benyttet seg av spørreskjemaer for å innhente informasjonen fra pasientene.

Fordeler med kvantitative studier er at man får representative oversikter, fordeling, frekvenser og kan se på årsaks-virknings-forhold (Thidemann, 2017, s. 78). I kvantitativ forskning finnes det to ulike hovedtyper av utvalg, utvalg som baseres på tilfeldighet (randomiserte) og utvalg som ikke baserer seg på tilfeldighet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 83). Randomisert kontrollert studier (RCT) anses som det beste når man skal se på effekt av behandling. Det var ingen RCT-studier som møtte inklusjonskriteriene i litteratursøket. Tverrsnittstudier foretar en måling på et bestemt tidspunkt, gjerne med flere variabler (Bjørndal, et al., 2013, s. 66). Det er ikke uvanlig innen sykepleieforskning å benytte data fra slike undersøkelser (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 221). Tverrsnittstudier er betegnet som et ikke-eksperimentell forskningsdesign. Designet egner seg til å beskrive utbredelse av en type fenomener på et gitt tidspunkt, som for eksempel prevalens av sykdommer i befolkning eller grupper (Christoffersen, et al., 2015, s. 222).

Dilles et al. setter lys på viktigheten av at både pasienter og sykepleiere er oppmerksomme på mulige bivirkninger (2015). Det er få studier på legemidlers effekt på eldre, noe som er nødvendig for å kunne hjelpe til bedre optimalisering av legemiddelbruk hos elder. Her er det forekomsten av mulige bivirkninger som er målt. At et legemiddel med uønsket virkning bør seponeres, kan virke logisk, men hva med pasientens ønsker og mål? Studien til Kalogianis et al. ser på eldre pasientenes vilje til å få legemidlene deres avmedisinert (2016). Det er relevant å få med pasientens perspektiv. Den enkeltes rett til å være involvert i beslutningene rundt egen behandling, og samtidig de individuelle ønsker og mål som den enkelte har, skal tas med i vurderingene omkring den enkeltes behandling (Kalogianis, et al., 2016). Tverrsnittstudie er en egnet måte for å besvare kjernespørsmålene i de to valgte studiene.

For å kunne stole på resultatene i en tverrsnittstudie, må populasjonen være klart definert og representative, utvelgelsen må komme klart frem og om de som svarte på undersøkelsen skiller seg fra dem som ikke svarte (Nortvedt, et al., 2016, s. 96-97). I begge studiene er pasientene valgt ut etter om de kunne svare på spørsmålene, og at de ikke var kognitivt svekket på en slik måte at de ikke kunne ha tillit til svarene. De som deltok og de som ikke

deltok var sammenlignbare i alder, kjønn og forekomst av demens, totalt var 232 pasienter, med en alder på ≥ 65 år, i stand til selv å fylle ut spørreskjemaet (Kalogianis, et al., 2016, s. 2). Noe som gir et grunnlag for å kunne stole på resultatene i denne studien. Et passende utvalg fra to ulike sykehjem og to ulike provinser i Belgia ble valgt ut (Dilles, et al., 2015, s. 2). I tillegg var det kun de pasientene hvor pasientens lege gav samtykke til at pasientinformasjonen kunne brukes, som kunne velges. Grunnet mental forverring (34 %) og ønsket om ikke å rapportere mulig bivirkninger (24 %), ble det mottatt rapporter fra 68 pasienter (Dilles, et al., 2015, s. 3). Noe som gir en lav svarprosent. Pasientene som rapporterte mulige bivirkninger hadde tilsvarende alder, men et mindre hjelpebehov, enn de som ikke svarte (Dilles, et al., 2015, s. 3). I spørreundersøkelser er det vanligvis bra med en svarprosent på 70, så lenge respondentene og ikke-respondentene har like karakteristika (Nortvedt, et al., 2016, s. 97). Artikkelen er inkludert til tross for lav svarprosent, da de viser til likheter i respondentene og ikke-respondentene, samtidig som det vil være uetisk å inkludere noen med forverret mental tilstand. Begge artiklene er valgt da de tar med pasientens perspektiv og tar for seg tema som er viktige, men lite forsket på. Dilles et al. sammenligner sykepleierne og pasientene, og er med på å få frem sykepleiernes funksjon og bidrag. En tverrsnittsundersøkelse alene kan imidlertid ikke avgjøre om det foreligger noe årsaks-virkningsforhold, til det kan kohortstudier være bedre (Forsberg & Wengström, 2015, s. 82).

3.2.3 – Kvalitativ metode

For å få frem erfaringer og holdninger er kvalitative metoder det foretrukne designet (Nortvedt, et al., 2016, s. 71). Artiklene til Mc Namara, Breken, Alzubaidi, Bell, Dunbar, Walker og Hernan (2016) vist i (tabell 7), Johansson-Pajala, Blomgren, Bastholm-Rahmner, Fastbom og Martin (2016) vist i (tabell 8) og Storli, Ingebrigtsen, Nakrem og Elstad (2016) vist i (tabell 9) er alle kvalitative studier. De har derimot basert seg på ulike måter for å innhente data. Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig, forstående tilnærming, hvor forskningsartiklene gir oss kunnskap om deltagernes subjektive opplevelser og erfaringer, ofte innhentet fra intervjuer og observasjoner (Thidemann, 2017, s. 78). Kvalitativ metode brukes når man ønsker å gå i dybden på et fenomen. Intervju av personer som har erfaring på området man ønsker å undersøke, er ofte brukt. De som intervjues velges ut etter kriterier for å kunne være representative for fenomenet, kalt utvalgsstørrelsen. Samtidig så vurderes

fremgangsmåten og om det er rett å intervju disse subjektene. For å sikre at forskning ikke bryter etiske grenser og prinsipper, så søkes det gjerne om en etisk godkjenning av forskningsprosjektet. Hensikten er å undersøke deltagerens opplevelse av et fenomen, forstå og lage teorier fra innsamlet data, basert på variasjoner, prosesser og strukturer (Forsberg & Wengström, 2015, s. 50). Det som kommer frem i et intervju er deltagerens opplevelse og erfaringer. Dette kan være til hjelp for å forstå hvordan et fenomen påvirker, oppleves og erfares av de som er valgt ut. Utvalget i en kvalitativ studie er ofte liten, da datainnsamlingen fra intervju er omfattende og krevende. Det som er særegent med kvalitativ metode er at den gjennom få undersøkelsesenheter, får inn mange opplysninger, som får frem det som er spesielt. Forskeren ser fenomenet innenfra og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland, 2017, s. 53). Resultatene i den ferdige artikkelen er basert på uttalelsene til subjektene, sett opp i mot problemstillingen, og presenterer en sammenheng og helhet om fenomenet.

Mc Namara et al. benyttet seg av semistrukturerte individuelle intervjuer for innsamlingen av data, og de ble tatt opp på bånd (2016, s. 2). Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, mens spørsmål, tema og rekkefølge kan variere (Christoffersen, et al., 2015, s. 74). Det var seks forskjellige temaer, som kommer frem i artikkelen. Da det er mange ulike profesjoner som påvirker foreskrivning og støtter pasientenes legemiddelbruk, ble det inkludert et bredt spekter av helseprofesjoner, for å få en bred forståelse av hvordan man oppfattet sin egen rolle, ansvar og utfordringer (Mc Namara, et al., 2016, s. 2). Totalt ble 26 helsepersonell, fordelt på lege, sykepleier, farmasøyt, tannlege og fysioterapeut inkludert. Over halvparten av informantene jobbet i institusjoner. Man kan anta at de fleste av informantene har erfaringene sine ifra institusjoner, unntatt fastlegene. Videre så sammenfaller resultatene med den systematiske oversikten vist i tabell 4. Artikkelen er inkludert selv om den har fokus på hjemmeboende pasienter. Artikkelen er relevant for oppgaven da den ser på erfaringene og holdningene til helsepersonell, som møter utfordringene med å jobbe for en ansvarlig og optimalisert legemiddelbruk for pasienter med multimorbiditet. Multimorbiditet og polyfarmasi er stadig økende i den eldre befolkningen.

Studien til Johansson-Pajala, et al. (tabell 8) brukte fokusgrupper med diskusjoner for å innhente data (2016). Fokusgrupper ble valgt da det har vist seg å være nyttig metode for å få frem dybdeinformasjon, fordi å samhandle med andre hjelper folk å utforske og bli bevisste på sine egne holdninger og oppfatninger (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 2). Sykepleiere fra fem langtidsinstitusjoner fordelt på to urbane områder i Sverige. Bekvemmelighet ble brukt

for å velge ut informantene, noe som gjør at utvalget ikke er tilfeldig. 26 sykepleiere tok imot tilbudet, hvorav fem var syke da intervjuene skulle skje. Studien er aktuell da den ved sykehjem, ser på sykepleierens oppgave med å overvåke legemidlenes effekt og virkning på pasienten, og de utfordringene som følger med det.

Storli et al. (tabell 9) brukte fokusgruppeintervjuer som hovedmetode for innsamling av data (2016). Fokusgruppeintervjuer er en rask og lite ressurskrevende metode, som kan gi innblikk i hvordan sykepleiere tenker og handler, for å ivareta sikkerhet og dermed gi en dypere forståelse av legemiddelbruk i sykehjem (Storli, et al., 2016, s. 3). I tillegg ble læringsloggene til sykepleierstudentene gjennomgått for supplerende data. Utvalget av sykepleiere er tilfeldig, og utgjør 15 sykepleiere, 1 vernepleier og 13 sykepleiestudenter. Artikkelen er systematisk i presentasjon av fremgangsmåte og vurderinger. Artikkelen ble valgt da den tar for seg opplæring, legemiddel-kompetanse og arbeidsorganisering, samtidig som det er sett ut i fra sykepleiefaget.

4 - Resultater

Artiklene er presentert i tabellene 4 – 9, og følger på de neste sidene. Hovedfunnene er i fritekst etter tabellene. Deretter følger en kort oppsummering av hovedfunnene. Tabeller er valgt for å få en mest mulig konsis og oversiktlig fremstilling av hva forfatterne av artiklene selv skriver. Videre presenteres det hensikten med studien, metoden som er brukt, utvalget i studien og konklusjonen, samt hva forfatterne sier om temaet i artikkelen deres.

Tabell 4 – Rochon, 2019

Forfatter:	Paula A Rochon		
	Redaktør: Jane Givens & Kenneth E Schmader		
Tittel:	Drug prescribing for older adults		
Publisert:	2019		
Land:	USA		
Database:	UpToDate		
Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Samle, vurdere og oppsummere forskning som handler om foreskrivning av legemidler til eldre	Systematisk oversikt	Alle nye symptomer hos eldre, burde bli betraktet som legemiddelrelaterte inntil det motsatte er bevist. Hver pasient er ulik, og må behandles deretter. Etterspør bruk av urter og kosttilskudd, da pasienter ofte ikke frivillig kommer med denne informasjonen. Forslag til hvordan avmedisinering kan utføres.	Artikkelen går i dyden på de ulike utfordringer ved legemiddelforbruk hos eldre. Hvordan oppnå optimalisert legemiddelbruk, ansvarlig legemiddelbruk, avmedisinering. unngå potensielt ukorrekt medisinering, rett bruk av medisin, oppfølging av bivirkning og terapeutisk nivå og involvering av pasienten og dens verdier. Trinnvis forslag til hvordan foreskrive legemidler til eldre.
	Utvalg:		
	Har fulgt kriteriene for inklusjon som er ved systematisk oversikt. Beskrevet på databasens nettsider.		

Tabell 5 – Dilles, et al., 2015

Forfatter:	Tinne Dilles, Bart Van Rompaey, Peter Van Bogaert og Monique M. Elseviers		
Tittel:	Resident and nurse reports of potential adverse drug reactions		
Publisert:	2015		
Land:	Belgia		
Database:	Cinahl		
Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Hensikten med studien er å evaluere verdien av rapportering av bivirkninger fra beboere på sykehjem, i den daglige kliniske praksis, ved parallelt å analysere beboere og sykepleieres rapportering av bivirkninger.	Kvantitativ studie, med tverrsnitt som design.	Sykepleierne og beboerne rapporterte mange mulige bivirkninger. Det var ulikt og utfyllende hva som ble rapportert. Ved å spørre beboerne om mulige bivirkninger, kan det økt den totale oppmerksomheten rundt legemiddelbivirkninger.	Sykepleiernes rapportering var markant lavere enn beboernes rapportering. Bare forvirring var rapportert mere av sykepleierne. Beboeren kan komme med mulig bivirkninger, som kan komplementere. Beboerne kan mangle kunnskaper til å skille mellom bivirkninger og andre årsaksforhold. Det kan ikke sees på som at leger og farmasøyter innehar gullstandarden i forhold til bivirkninger.
	Utvalg:		
	164 pasienter fordelt på to sykehjem, som behersket nederlandsk og var mentalt klare til å svare på spørsmålene		

Tabell 6 – Kalogianis, et al., 2016

Forfatter:	Mona J. Kalogianis, Barbara C. Wimmer, Justin P. Turner, Edwin C.K. Tan, Tina Emery, Leonie Robson, Emily Reeve, Sarah N. Hilmer, og J. Simon Bell
Tittel:	Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed?
Publisert:	2016
Land:	Australia
Database:	Cinahl

Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Å undersøke beboeres vilje til å få deres legemidler avmedisinert.	Kvantitativ studie med tverrsnitt som design.	Generelt er beboerne ved syke- og aldershjem i Australia villige til å forsøke å få deres legemidler avmedisinert, hvis deres lege sier at det er mulig. Dette setter fokus på viktigheten av at helsepersonell involveres proaktivt i den individuelle avmedisineringsprosessen.	Polyfarmasi er i stor grad vanlig ved alders- og sykehjem. Det er ikke markant forskjell på motivasjonen for å redusere antall legemidler, på de med eller uten polyfarmasi. Dermed burde man vurdere alle pasienter, uavhengig av antall medisiner. Økonomisk gevinst ser også ut til å være en motivator.
	Utvalg: 232 pasienter fra 6 forskjellige sykehjem, fordelt ut over sør Australia. Mentalt og kognitivt i stand til å delta. Leges samtykke til å bruke pasientinformasjon.		

Tabell 7 – Mc Namara, et al., 2016

Forfatter:	Kevin Peter Mc Namara, Bianca Daphne Breken, Hamzah Tariq Alzubaidi, J. Simon Bell, James A. Dunbar, Christine Walker og Andrea Hernan		
Tittel:	Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia		
Publisert:	2016		
Land:	Australia		
Database:	Cinahl		
Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Å utforske hvordan helsepersonell i Australia, håndterer multimorbiditet hos hjemmeboende pasienter. Samtidig å se på hva som hindrer og hva som oppfordrer til å se på en ansvarlig legemiddelbehandling til disse pasientene, med tanke på polyfarmasi	Kvalitativ studie. Basert på semi-strukturerte intervjuer.	Deltagerne opplevde at det ofte ble mere akutte behov, som kom foran det å vurdere multimorbiditet hos pasientene. I den team-baserte pleien til pasienter med multimorbiditet, er det stor mangel på en ledelse av arbeidet, til tross for at målene er klare. Delegering av ansvaret til spesialisert helsepersonell, kan støtte forbedret helhetlig pleie.	Artikkelen tar for seg systemiske årsaker som er til hinder for at pleie til pasienter med multimorbiditet og polyfarmasi er mest mulig optimalisert, fra uttalelsene til et bredt spekter av helsepersonell.
	Utvalg: 26 helsepersonell, med erfaring med multimorbiditet og polyfarmasi. Valgt ut etter å ha sett på det totale antallet helsepersonell som yter helsetjenester i ulike settinger.		

Tabell 8 – Johansson-Pajala, et al., 2016

Forfatter:	Rose-Marie Johansson-Pajala, Kerstin Jorsäter Blomgren, Pia Bastholm-Rahmner, Johan Fastbom og Lene Martin		
Tittel:	Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management		
Publisert:	2016		
Land:	Sverige		
Database:	Cinahl		
Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Utforske sykepleieres erfaringer med legemiddel-administrasjon til eldre, i kommune-helsetjenesten i Sverige. Med et fokus på deres legemiddel-overvåknings aktiviteter.	Kvalitativt design, med fokusgruppe diskusjoner.	Sykepleieren spiller en sentral og ansvarsfull, men også kompleks rolle som «årvåkne mellommenn» ved legemiddel-overvåknings prosessen. Muligheten til å overvåke pasientenes legemiddel-behandling, vil gjøre dem i stand til å forhindre uønskede bivirkninger. Nye strategier bør legges til rette for dette.	Ofte er sykepleiere alene som sykepleier, på vakt, med ansvar for pasientenes sikkerhet i forhold til bruk av legemidler. Tidspresstvinger gjør at sykepleiere må stole på at annet helsepersonell, uten den samme kompetansen, gjør de nødvendige observasjonene. Forholdene ligger ikke til rette for en hensiktsmessig legemiddel-overvåkning og ansvarsområdene må tydeliggjøres.
	Utvalg:		
	21 sykepleiere, hvorav 4 menn og 17 kvinner. Fordelt på 5 sykehjem fra 2 forskjellige urbane regioner i Sverige.		

Tabell 9 – Storli, et al., 2016

Forfatter:	Marit Storli, Oddbjørn Ingebrigtsen, Sigrid Nakrem og Toril A. Elstad
Tittel:	Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem.
Publisert:	2016
Land:	Norge
Database:	Sykepleien

Hensikt:	Metode:	Konklusjon:	Om temaet
Å utforske hvordan sikkerhetstiltak fungerer med tanke på å forebygge feilmedisinering og feilaktig legemiddelbruk i sykehjem.	Kvalitativt design, med fokusgruppeintervju. Samt undersøkelse av læringslogger fra sykepleierstudenter.	Studien har påvist at sikkerhetstiltak ikke fungerer tilfredsstillende, og at det er et udekket behov for legemiddelkompetanse i sykehjem. Et viktig spørsmål blir hvordan sykepleierkompetansen kan utnyttes til å forbedre pasientsikkerheten ved legemiddelbruk i sykehjem..	Feilaktig legemiddelbruk forekommer hyppig. Økt innsats på pasientsikkerhet er kommet i nasjonale føringer. Tidspress, dårlig samsvar med arbeidsoppgaver, bemanning og kompetanse og mangelfull opplæring er vanlig. Samhandlingsreformen har kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene. Sykepleiere har behov for økt kunnskap i farmakologi og aldersfysiologiske endringer.
	Utvalg:		
	Sykepleiere, og vernepleier tilfeldig satt i sammen. Fordelt på to sykehjem. Samt sykepleierstudenter og deres læringslogger		

4.1 – Hovedfunn

(Rochon, 2019)

Bivirkninger bør man alltid ha i mente, når man evaluerer eldre pasienter. Alle nye symptomer bør bli betraktet som legemiddelrelaterte inntil det motsatte er bevist. Hver enkelt pasient må vurderes individuelt og det må benytte god kliniske vurdering, i stede for rigid å forholde seg til retningslinjer, når legemidler skal vurderes. Foreskriving til eldre bør inkludere regelmessige LMG og seponering av unødvendige legemidler. Videre så bør den lavest mulige dosen med effekt benyttes, samt vurdere tryggere legemidler eller legemiddelfrie tiltak. Dette er alt for å sikre optimalisert behandling og i best mulig grad unngå bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Overforskriving, legemiddelinteraksjoner og bruken av uhensiktsmessige doser, er årsakene til bivirkninger som kan forhindres, hvor atypiske antipsykotiske legemidler og warfarin er involvert i de mest vanlige uønskede legemiddelbivirkningene.

(Dilles, et al., 2015)

Beboerne hadde et gjennomsnitt på åtte forskjellige legemidler som de brukte fast. Over 90 % av beboerne brukte legemidler med økt risiko for å føle seg somnolent/ trøtt/ sedert, arytmia og magesmerter. Medianen av mulige bivirkninger som ble rapportert av sykepleiere var markant lavere enn hos beboerne. Generelt gav beboeren tilbakemelding på flere mulig bivirkninger enn sykepleierne, unntatt når det gjaldt forvirring.

(Kalogianis, et al., 2016)

40,5 % av beboerne rapporterte et ønske om å slutte med et eller flere av deres legemidler. 78,9 % av beboerne var villige til å få et eller flere av deres legemidler avmedisinert, hvis deres lege sa det var mulig. Det var mer sannsynlig at beboere som brukt ≥ 9 legemidler, følte at de tok et stort antall medisiner, enn de som brukt < 9 legemidler, og i tillegg større sannsynlighet at de trodde at medisinerne deres forårsaket bivirkninger. Det var derimot ikke signifikant mer sannsynlig at beboere som brukte fast ≥ 9 legemidler ønsket å redusere antallet legemidler, enn de som brukte < 9 legemidler.

(Mc Namara, et al., 2016)

De fleste deltagerne brukte ikke regelmessig strukturerte tilnærminger for å involvere pasientens preferanser i de kliniske bestemmelsene. De gikk ikke inn på hvordan pasientene fulgt behandlingsplaner, eller prøvde å optimalisere pleieplaner. Majoriteten av

helsepersonellet var enten ikke klar over medisinske beslutningsverktøy eller kartleggingsverktøy for å støtte disse prosessene, eller de anså dem for å være lite brukervennlige og dermed så bort ifra dem. Leger uttalte også at de ikke ønsket å blande seg i det andre leger hadde foreskrevet og anbefalt. Det som kan legge til rette for forbedret pleie er relatert til forbedret kultur, implementering av elektroniske pasientjournaler, større involvering av farmasøyter, sykepleiere, pasienten, omsorgspersoner og behandlingskoordinatorer.

(Johansson-Pajala, et al., 2016)

For å kunne overvåke pasientenes legemiddelbehandling og ivareta pasientsikkerheten relatert til det, er sykepleierne avhengige av annet helsepersonell, som helsefagarbeidere, noe som krever stor tillit, kompetanse og konstant kommunikasjon. Å være avhengig av andre yrkesgruppers kompetanse, er utfordrende og sykepleiere blir stadig gitt nye oppgaver og utfordringer, uten at det blir gitt mer tid eller opplæring. Studienes resultater avslører at sykepleiere kan bli sett på som årvåkne mellommenn, nå det gjelder den medikamentelle behandlingen.

(Storli, et al., 2016)

Sikkerhetsprosedyrer i forhold til legemidler er ikke praktisk gjennomførbare på grunn av tidspress. Stadig nye preparater, synonympreparater og administrasjonsmåter introduseres. Det finnes allikevel ingen systematisk kompetanseoppbygning som sikret at alle fikk opplæring og generelt ble ikke opplæring i legemiddelhåndtering tatt på alvor. Opplæringen i legemiddelbehandling foregikk «ad hoc». Bivirkningene av legemidler, og spesielt ved polyfarmasi, kan motvirke hensikten med opphold, spesielt på korttidsavdelinger.

4.2 – Oppsummering hovedfunn

Hovedfunnene belyser mange aspekter ved optimalisert legemiddelbruk. Helsepersonell baserer seg oftere på egen erfaring, enn systematiske verktøy, i arbeidet med å optimalisere legemiddelbruken. Mange eldre bruker legemidler med stor risiko for bivirkninger. Pasientenes motivasjon for å redusere antall legemidler, er ikke knyttet opp mot antallet legemidler de bruker. Helsepersonell bør alltid ha bivirkninger i mente, når de vurderer en pasient. Tidspress og arbeidsfordeling gjør at sykepleiere ofte ikke får observert effekt av

legemidlene hos pasientene. Bruken av legemidler kan deles inn i fire hovedområder, sentrert rundt pasienten: Forordning, istandgjøring, administrering og overvåkning og vurdering.

5 - Drøfting

Optimalisert legemiddelbruk er sentralt for å kunne utøve medisinsk behandling som er til pasientens beste. Legene har det overordnede ansvaret ved medisinsk behandling, men det er sykepleiernes oppgave å utføre det (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 5). Medikalisering påvirker helsepersonell i hva de ser på som sykdom og dermed hva som behandles. Som befolkning har vi aldri vært friskere enn vi er i dag, likevel er vi fikserte på å unngå sykdom og ulykker (Solhaug, 2011). Pasienter blir preget av deres eget ønske om å være lytefrie og helsevesenets tilbud om behandlinger.

5.1 - Pasientsentrert medisin

Eldre pasienter i institusjoner bruker et stort antall legemidler, som må overvåkes og følges opp. Hensikten er å sørge for at pasienten har et best mulig utbytte av behandlingen, og at uønskede bivirkninger unngås. Uønskede bivirkninger medfører fire ganger flere sykehusinnleggelses hos eldre enn hos yngre og uønskede bivirkninger forekommer mest på sykehjem (Rochon, 2019, s. 19). Ikke alle uønskede bivirkninger medfører innleggelse, som gjør at forekomsten antageligvis er høyere. Overforskriving, legemiddelinteraksjoner og bruken av uhensiktsmessige doser, er årsakene til bivirkninger som kan forhindres, hvor atypiske antipsykotiske legemidler og warfarin er involvert i de mest vanlige uønskede legemiddelbivirkningene (Rochon, 2019, s. 19). En optimalisert legemiddelbruk tar sikte på å unngå disse hendelsene, men samtidig er det ikke alt som kan avmedisineres. Er det sterk indikasjon for å benytte et legemiddel som har stort potensiale for bivirkninger, må det veies opp i mot pasientens ønsker.

Sett ut ifra pasientsentrert medisinsk behandling, må pasienten kunne regnes som den som avgjør hva som er optimalisert. Noe som på sin side gjør sykepleierens oppgave med å undervise pasienten og innhente pasientens mål og ønsker, desto viktigere. De fleste deltagerne brukte ikke regelmessig strukturerte tilnærminger for å involvere pasientens

preferanser i de kliniske bestemmelsene, og gikk ikke inn på hvordan pasientene fulgt behandlingsplaner, eller prøvde å optimalisere pleieplaner (Mc Namara, et al., 2016, s. 3). Deltagerne som i denne studien var helsepersonell, oppgav begrenset tid med hver enkelt pasient, pasientens nivå av health literacy, kognitiv svikt og redusert hørsel som årsaker. Hver pasient er unik på sin måte, og dermed burde ikke slike utfordringer være til hinder for å arbeide pasientsentrert. Samtidig må man ta med i betraktning at det er et stort tidspress i helsevesenet, noe som studiene også viser. Til tross for tidspress, har pasientene rett på pleie og behandling av god kvalitet. Utilstrekkelig oppfølging av forordnet legemiddelbehandling er et viktig legemiddelrelatert problem, og årsaken til at mange eldre får feil eller mangelfull medisinsk behandling (Ranhott & Engh, 2016, s. 191).

Aldersrelaterte fysiologiske forandringer som redusert glomerulusfiltrasjon, reseptortetthet, kroppsvekt, albuminkonsentrasjon i serum, vanninnhold i kroppen, homeostatiske mekanismer, omsetningshastighet i leveren og økt fettinnhold, påvirke legemidlenes effekt på kroppen (Wyller, 2015, s. 223-227). Forandringene er individuelle, og vil dermed påvirke legemidlene ulikt. Forskningen inkludert i litteraturstudien viser derimot at det er høy forekomst av bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Pasientene har ikke en sykepleiers kompetanse, og har dermed ikke kunnskapene til å skille mellom aldersrelatert endring og mulige bivirkninger. Medianen av mulige bivirkninger som ble rapportert av sykepleiere var markant lavere enn hos beboerne, hvor de mest markante forskjellene var på munntørrehet, angst/agitasjon, hud utslett/kløe, føle seg somnolent/trøtt/sedert, muskel smerte/svakhet og hodepine. (Dilles, et al., 2015, s. 1). Medikaliseringen av samfunnet har gjort at disse symptomene, til tross for at de kan være resultat av naturlig aldring, blir sett på som sykdom. En pasient som var inne for mobilisering var så nedsløvet av medisinene, at mobilisering ikke lot seg gjennomføre (Storli, et al., 2016, s. 7). Noe som sammenfaller med kritikken mot medikaliseringen, hvor pasientene blir overbehandlet. For å unngå at uønskede hendelser med den medisinske behandlingen går ut over annen behandling, er man avhengig av god overvåking og vurdering av sykepleier.

Bivirkninger må følges opp slik at pasienten unngår en potensielt ugunstig medisinering. Pasientenes opplevelse av bivirkninger kan avvike fra det som helsepersonell oppfatter. Over 90 % av beboerne brukte legemidler med økt risiko for å føle seg somnolent/ trøtt/ sedert, arytmia og magesmerter (Dilles, et al., 2015, s. 1). Symptomer som somnolent og trøtthet kan i en del tilfeller tilskrives at pasienten er gammel og sliten. Om dette derimot skyldes den

medisinske behandlingen, kan dette redusere pasientens livskvalitet. Dermed må sykepleiere ha et bevist forhold til hva som er symptomer og hva som er naturlig for den enkelte pasienten. Sykepleiere skal kunne gi sikker og effektiv medisinsk behandling, gjennom å ha en omfattende kunnskap om legemidlers virkemåte, risikoer og fordeler (Wright, 2015). Kunnskapene må stadig oppdateres. Bivirkninger bør man alltid ha i mente, når man evaluerer eldre pasienter. Alle nye symptomer burde bli betraktet som legemiddelrelaterte inntil det motsatte er bevist, da fysiologisk og biologisk aldring endrer medisinenes virkning (Rochon, 2019, s. 9). Endringen er derimot ikke lik for alle. Siden alders- og sykdomsassosierte endringer i legemidlenes omsetning og effekt er svært ulike fra person til person, blir legemiddelresponsen mer variabel med alderen (Wyller, 2015, s. 223). Noe som igjen stiller krav til kompetanse ved overvåkingen av pasientens symptomer. Forskjellig nivå av endring på ulike organer gir forskjellig respons. Hos gamle kan legemiddelbivirkninger være mindre uttalt og ha et mer diffust og uspesifikt uttrykk enn hos yngre, for eksempel i form av delirium og funksjonssvikt (Ranhott & Engh, 2016, s. 193).

For å kunne overvåke pasientenes legemiddelbehandling og ivareta pasientsikkerheten relatert til det, er sykepleierne avhengige av annet helsepersonell, som helsefagarbeidere. Noe som krever stor tillit, kompetanse og konstant kommunikasjon. Å være avhengig av andre yrkesgruppers kompetanse, er utfordrende. Sykepleierne er avhengige av andre ansatte sin vurdering av pasientens helse status og rapportering av endringer (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 3). For å sikre seg lik forståelse av hva man ser etter hos pasienten, får sykepleieren en ledende og opplærende funksjon ovenfor de andre. Når noen har en mangelfull kompetanse, må kvaliteten av deres observasjoner vurderes nøye, da dette kan gå ut over kvaliteten på pasientens pleie. Sykepleierne burde kanskje konsentrert seg om de oppgavene som de har spesiell kompetanse på, og overlatt oppgaver uten krav om kompetanse til andre ansatte. Sykepleiere skal som del av et team yte en helhetlig pleie og et vidt spekter av behandlingsformer, som medisinsk behandling kan være en del av (Wright, 2015). Videre er det viktig med nøyaktig og målrettet dokumentasjon, og da er det ikke godt nok om det kun dokumenteres «spiste bra til måltidene». Sykepleiere er pasientenes advokat og spiller dermed en viktig rolle i overvåking av symptomer, generell tilstand og forsikre seg om at denne informasjonen blir nøyaktig dokumentert (Wright, 2015). I tillegg er dette en forventning til sykepleieren. Sykepleieren skal kunne skrive og bruke dokumentasjon, også elektroniske dokumentasjonsverktøy, sammen med ulike profesjoner, som leder og som del av et team, i ulike settinger, inkludert pasienters hjem (Wright, 2015).

Rent pragmatisk, og uten pasientens ønsker, så er avmedisinering fornuftig for å unngå uønskede hendelser. 78,9 % av beboerne var villige til å få et eller flere av deres legemidler avmedisinert, hvis deres lege sa det var mulig (Kalogianis, et al., 2016, s. 3). At deres lege måtte uttale seg om det var mulig, kan skyldes at respekten for legen er så stor at deres egne meninger blir sekundære. I tillegg er det mulig at pleiepersonalets holdninger til bruken av legemidler, smitter over på pasientene. Tar man med i betraktning at medikalisering har skapt en tanke om at uten medisiner så vil de ikke ha god helse, skaper det en bredere forståelse. Derimot vil det ikke hos alle eldre være realistisk å være lytefri, med tanke på de kunnskapene vi har om den fysiologiske og biologiske aldringen. Det var mindre enn 40,5 % av beboerne som rapporterte et ønske om å slutte å ta et eller flere av deres legemidler (Kalogianis, et al., 2016, s. 3). Trolig kan dette være et resultat av medikaliseringens makt i forhold til å skape en tro på at legemidler er nødvendige.

5.2 – Medisinsk behandling

Sykepleiere skal kunne bestille, motta, oppbevare og kassere medisiner i alle mulige settinger (Wright, 2015). Sykehjem og sykehus har ulik praksis i forhold til istandgjøring av legemidler. Ved sykehus har man gjerne farmasøyter på dagtid, som hjelper til med å sørge for at medisinene er tilgjengelige. På sykehjem blir dette sykepleierens oppgaver. I senere år er det fokusert mye på feil rundt istandgjøring og administrering av legemidler til pasientene (Storli, et al., 2016, s. 2). Hvor tidspress betraktes som en av årsakene til at sikkerhetsprosedyrer i forhold til legemidler ikke er praktisk gjennomførbare. Avbrytelser ved istandgjøring av medisin og manglende kunnskaper om de ulike legemidlene er forhold som har betydning for medisinavvik (Storli, et al., 2016, s. 2). I tillegg til dette, er det ennå ikke beviselig om multidoser reduserer antall feil. Derimot er det mulig at multidosene gjør at sykepleierne ikke får det samme nære forholdet til legemidlene. En annen svakhet i forbindelse med istandgjøringen av legemidler er utregningen flytende legemidler. Sykepleiere skal kunne foreta legemiddelregning på en korrekt og trygg måte (Wright, 2015).

Dårlig compliance kan medføre både forsterket og for dårlig effekt av legemidlet, og åpner for uønskede bivirkninger. Dette kan være knyttet til blant annet administrasjonsteknikk og regelmessighet i dosene. Det er viktig at sykepleiere har gode farmakologi kunnskaper om

viktigheten av å vedlikeholde det terapeutiske nivå av et legemiddel i pasientens system, for å sikre ønsket effekt (Wright, 2015). Ønsket effekt, men samtidig lavest mulig dose. Det terapeutiske nivået ligger mellom den minste mulige dosen som gir effekt og den dosen som gir bivirkninger (Slørdal & Spigset, 2016, s. 52). Som sykepleier må man kunne prioritere. Dermed blir det i en travel hverdag viktig for sykepleieren å prioritere den medisinske behandlingen, som også inkluderer overvåkning og vurdering av effekten fra legemidlene.

Stadig nye preparater, synonympreparater og administrasjonsmåter introduseres, men det finnes ingen systematisk kompetanseoppbygning som sikret at alle fikk opplæring (Storli, et al., 2016, s. 7). Dermed bør man jobbe systematisk for å sørge for at de ansatte sykepleierne får hevet kompetansen sin i takt med utviklingen av nye preparater og nye administrasjonsmåter. Sykepleiere blir stadig gitt nye oppgaver og utfordringer, uten at det blir gitt mer tid eller nødvendig opplæring. (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 6). Nye arbeidsoppgaver uten opplæring og tidspress vil kunne påvirke kvaliteten på pleien og behandlingen. Noe som forsterker behovet for å prioritere arbeidsoppgavene, med pasientens sikkerhet som hovedfokus. Medikaliseringen vil øke antall behandlingsformer og legemidler fremover. Dermed skaper det en utfordring for sykepleiere i å innhente gode kunnskaper. God oppfølging av legemiddelbehandling krever både at den gamle har evne til å innta riktig legemiddel i riktig dose til riktig tid, og at vedkommende er motivert for å følge opp behandlingen (Ranhott & Engh, 2016, s. 191). Balansen mellom å motivere pasienten, og handler etter pasientens ønsker kan være utfordrende i møte med eldre pasienter som har en kognitiv svekkelse. Den makten man har i rollen som sykepleier, bør ikke brukes for å få pasienten til å handle imot det som pasienten selv ønsker, til tross for at sykepleier kan ha en opplevelse av å handle for pasientens beste. Sykepleieren skal forholde seg til lovverk og etiske rammeverk, for å forsikre sikker og effektiv medisinsk behandling (Wright, 2015).

Det ble rapportert at tidspress hos pleiepersonalet, gjorde at det ble brukt beroligende midler til pasientene (Storli, et al., 2016, s. 7). At manglende bemanning gjør at behovsmedisiner benyttes i stede for å bruke sykepleietiltak, som kan berolige pasientene, blir et forsterkende eksempel på medikaliseringens kritikk, med en pille for alt. Som sykepleier bør man tilstrebe å først forsøke legemiddelfrie tiltak. Beroligende midler står øverst på listene over legemidler som bør unngås hos eldre. I forhold til manglende bemanning, så blir det sykepleierens oppgave å rapportere avvik, slik at bemanningssituasjonen kan vurderes av ledelsen. Med tanke på sykepleierens ansvar for å forhindre at komplikasjoner og tilleggslidelser oppstår, blir

det feil å benytte legemidler for å bøte på manglende bruk av sykepleietiltak. På den andre siden, er det klart at tiltak som legger beslag på pleiepersonellens tid, er en større kostnad, enn en pille. Bruken av beroligende for å unngå tidspress må kunne sees på som feiladministrerte legemidler, og mot sin hensikt om å ha en optimalisert legemiddelbruk. Samtidig så blir det vanskelig å se på det som pasientsentret.

Forordningsprosessen er kompleks og inkluderer: bestemme at et legemiddel er indikert, velge det beste legemidlet, bestemme en dose og hvor ofte, som er passende for pasientens fysiske status, overvåke og undervise pasienten (Rochon, 2019, s. 1). Disse er alle med å sørge for at behandlingen er mest mulig optimalisert. Derimot så har det ikke den samme effekten, om det kunne utføres på et av de mange legemidlene som pasienten bruker. Legemidlers innvirkning på hverandre og indikasjonen på hvert av de legemidlene som pasienten allerede har bør også vurderes. Det finnes lite evidens for hvordan man skal håndtere omfattende medisinlister, eller hvilken effekt en slik medikamentkombinasjon har (Wyller, 2015, s. 223). Noe som taler for at hver pasient vurderes individuelt. BEERS og andre kriterier og verktøy skal i utgangspunktet, være til hjelp for å redusere antallet uhensiktsmessige legemidler. Hver enkelt pasient må vurderes individuelt, og det må benyttes gode kliniske vurderinger, i stede for rigid å forholde seg til retningslinjer, når legemidler skal vurderes (Rochon, 2019, s. 7). Til tross for dette så er det allikevel, anbefalt i de nasjonale føringene å benytte beslutningsverktøy.

I institusjon blir sykepleieren den som skaper grunnlag for legens vurderinger igjennom dokumentasjon. Nøyaktig dokumentasjon av legemiddelforordninger er helt grunnleggende for å forebygge feilmedisinering (Storli, et al., 2016, s. 8). Sykepleiers dokumentasjon skaper et grunnlag for legenes prioriteringer. Sykepleiere beskrev seg selv som de som planla og prioriterte legenes arbeid (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 5). Sykepleieren jobber tettere opp mot pasienten og har stor tillit hos pasientene, og vil dermed kunne ha bedre kjennskaper til pasientens tilstand, ønsker og mål enn legen. Samtidig så vil sykepleierens vurderinger kunne være farget av det nivået av kompetanse sykepleieren har på fysiologisk aldring og legemiddelbruk hos eldre. I studien til Storli et al. kom det frem at sykepleier anså at de ikke hadde nok kompetanse innen geriatri (2016, s. 5). Kunnskaper inne geriatri blir viktige for å gjøre en riktig vurdering av pasienten. Eldre kan vise symptomer eller bivirkninger på en annen måte en yngre gjøre. Sykepleiere sjekker medisinlister, overvåker og evaluerer den medisinske behandlingen og ber legen om å foreskrive eller seponere basert på deres

vurdering (Johansson-Pajala, et al., 2016, s. 5). Det er viktig å se på bivirkninger av legemidler før man skriver ut nye legemidler, samtidig som man inkluderer pasientens ønsker og mål i beslutningsprosessen. Har en pasient store smerter, kan det å være smertefri være viktigere for pasienten, enn risikoen for leverskader. På den andre siden bør man som sykepleier tilstrebe og legge til rette for tiltak som kan lindre smerten. Gammel vane kan også være årsak til at eldre bruker en del legemidler. I mange tilfeller er seponeringsforsøk den eneste brukbare metoden for å finne ut om en pasient har nytte av et legemiddel (Wyller, 2015, s. 224). Gjør man et forsøk på å seponere, må kartleggingen av pasienten være systematisk, for å få et klart bilde av symptomer og effekt.

Foreskriving til eldre bør inkludere regelmessige LMG, seponering av unødvendige legemidler, vurdere legemiddelfrie tiltak, vurdere tryggere legemidler og bruke den lavest mulige dosen med effekt (Rochon, 2019, s. 15). Det er stor variasjon i hvordan en LMG gjennomføres. Virksomheten skal etter forskriftens § 5a sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig (Helsedirektoratet, 2015, s. 9). Forskriften viser til et minstekrav til hvor ofte og hvordan LMG skal gjennomføres. Haugesund kommune har derimot LMG to ganger pr år. Hvor sykepleier har ansvaret for den forberedende delen, samt innhenting av uttalelse om legemiddellisten hos ekstern farmasøyt. Videre sier Helsedirektoratet at: LMG utføres av legen alene eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier og pasienten og pårørende kan delta (2015, s. 23). At minstekravet ikke legger bedre føringer for at pasient og sykepleiere skal være deltakende, åpner for muligheten at vurderingen ikke er helhetlig. I og med at pasientenes opplevelser kan komplimentere helsepersonellens legemiddelovervåking, kan ikke leger og farmasøyter ansees å ha gullstandarden på bivirkninger (Dilles, et al., 2015). Derimot er sykepleieren i en spesiell posisjon, hvor sykepleieren jobber tett opp mot pasienten, og dermed innhenter mye informasjon. Sykepleiere skal samarbeide med mennesker som mottar medisinsk behandling og deres pleiepersonell (Wright, 2015). Sykepleierens samordnende funksjon må benyttes for pasientens beste. Både studien til Johansson-Pajala et al., (2016) og Kalogianis, et al., (2016) viser til at sykepleieren bør inkluderes i legemiddelgjennomgang og vurderingene rundt legemidler.

Bruken av legemidler i Norge er økende (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 14). Alderdommen medfører skavanker og eldre mennesker har et høyt forbruk av legemidler på grunn av økt forekomst av sykdommer i høy alder. Begrepet medikalisering har trolig bidratt til en kritisk

bevissthet hos leger om overdiagnostisering, som ser ut til å være et økende problem i vestlige land (Welch, Schwartz, & Woloshin, 2011, s. 23). Flere diagnoser og behandlingsformer er det som beskrives som resultatet av medikalisering. Kan legenes vurderinger være kritisk nok, når legemiddelbruken øker? Ansvar for å stille spørsmål ved eller redusere fenomenet ligger ikke bare hos den enkelte legen alene, men også hos politikere, de forskjellige helseprofesjonene, den farmasøytiske industrien og hos oss som samfunnsborgere (Bondevik, Madsen, & Solbrække, 2017, s. 15).

5.3 – Konklusjon

Sykepleieren er sentral i prosessen for å optimalisere legemiddelbruken hos den eldre i institusjon. Ansvar for å utføre den medisinske behandlingen ligger hos sykepleieren. Sykepleiere er viktige i hele prosessen som omhandler foreskriving, istandgjøring, administrering og overvåkning og oppfølging av medisinsk behandling av eldre i institusjon. Samtidig fungerer de som samordnende mellompersoner i pasienters legemiddelbruk. Sykepleieren største bidrag til optimalisert legemiddelbruk forholder seg til overvåkning, vurdering og dokumentasjon, samt innhente pasientens ønske, behov og mål, I tillegg er de sentrale i å sørge for god compliance. Sykepleiens holistiske tilnærming, gjør at sykepleiefaget er utfyllende i forhold til det naturvitenskaplige. Den særegne posisjonen som sykepleieren har ved å være i et nært og tillitsfullt forhold til pasienten gjør at sykepleieren har kunnskaper om pasientens mål og ønsker, som bør være hovedfokuset i en hver medisinsk behandling. Til tross for at overvåkingen og vurderingen av den medisinske behandlingen er sentralt for å optimalisere legemiddelbruken, så prioriteres dette ikke. Hver pasient er unik og må behandles deretter. Man må konstant arbeide for å oppnå optimalisering av legemiddelbruken. Det er ikke en oppgave man utfører en gang, men en kontinuerlig prosess. Optimalisering setter krav til sykepleiers kunnskaper og ferdigheter. Det bør sees mere på hvordan sykepleieren kan få bedre tid til den medisinske behandlingen, og hvordan kompetansen kan heves systematisk.

Referanseliste

- AGS. (2018). *American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. Hentet fra American Geriatrics Society: <https://www.americangeriatrics.org/media-center/news/draft-ags-updated-2018-beers-criteriar-potentially-inappropriate-medication-use>
- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bondevik, H., Madsen, O. J., & Solbrække, K. N. (2017). Snart er vi alle pasienter: Medikalisering i Norden fra vugge til grav. I H. Bondevik, O. J. Madsen, & K. N. Solbrække (Red.), *Snart er vi alle pasienter* (s. 7-24). Oslo: Scandinavian academic press.
- Card, A. J. (2017). Moving Beyond the WHO Definition of Health: A New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), s. 127-137. <https://doi.org/10.1002/wmh3.221>.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Cutler, S., Fattah, L., Shaw, M., & Cutts, C. (2011). What does medicines optimisation mean for pharmacy professionals? *The Pharmaceutical Journal*, 11(125), Hentet fra <https://www.pharmaceutical-journal.com/opinion/comment/what-does-medicines-optimisation-mean-for-pharmacy-professionals/11089476.article?firstPass=false>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskrivning* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Dilles, T., Van Rompaey, B., Van Bogaert, P., & Elseviers, M. M. (2015). Resident and nurse reports of potential adverse drug reactions. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(6), s. 741-749. Hentet fra <https://doi: 10.1007/s00228-015-1848-5>.
- Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). *Polypharmacy and medicines optimisation: making it safe and sound*. London: The King's Fund.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Legemiddelstatistikk 2018:2 - Reseptregisteret 2013–2017*. Område for Helsedata og digitalisering, Avdeling for Legemiddelstatistikk. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Frich, J. C., & Fugelli, P. (2006). Forestillinger om sykdom – forventninger til helse. *Tidsskriftet - den norsk legeforening*, s. 45-48. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2006/01/jubileumsnummer/forestillinger-om-sykdom-forventninger-til-helse>.
- Fugelli, P. (2003). *0-Visjon - Essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Granås, A. G., Bakken, M. S., Ruths, S., & Finckenhagen, M. (2018). Deprescribing = avmedisinering. *Tidsskriftet - Den norske legeforening*, Hentet fra <https://doi: 10.4045/tidsskr.17.0845>.
- Helsedirektoratet. (2011). *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmetjenesten*. Avdeling for medisinsk utstyr og legemidler. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer*. Medisinsk utstyr og legemidler. Avdeling for medisinsk utstyr og legemidler. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Illich, I. (1975). *Medisinsk nemesis*. (T. Hoff, Overs.) Oslo: Gyldendal.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johansson-Pajala, R.-M., Blomgren, K. J., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), s. 37-45. Hentet fra <https://doi: 10.3109/02813432.2015.1132891>.
- Kalogianis, M. J., Wimmer, B. C., Turner, J. P., Tan, E. C., Robson, T. E., Reeve, E., . . . Bell, J. S. (2016). Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? *Reserch in Sosial and Administrative Pharmacy*, 12(5), s. 784-788. Hentet fra <https://doi: 10.1016/j.sapharm.2015.12.004>.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie - fag og funksjon - Bind 1* (3. utg., s. 29-88). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for Sykepleie. s. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
- Lian, O. S. (2006). Den moderne EOS-myten om medikalisering som modernitetfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*, 14(1), s. 63-87. Hentet fra https://www.idunn.no/st/2006/01/den_moderne_eos-myten_om_medikalisering_som_modernitetsfenomen.
- Maher Jr, R. L., Hanlon, J. T., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf*, ss. 27-34. 13(1) Hentet fra <https://doi:10.1517/14740338.2013.827660>.

- Mc Namara, K. P., Breken, B. D., Alzubaidi, H. T., Bell, J. S., Dunbar, J. A., Walker, C., & Hernan, A. (2016). Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age and Ageing*, 46(2), s. 291-299. Hentet fra <https://doi.org/10.1093/ageing/afw200>.
- Meijel, B. v. (2014). Diagnostic Inflation: A Matter for Nurses! *Perspectives in Psychiatric Care* 50(1), s. 1-2, Hentet fra <https://doi:10.1111/ppc.12053>.
- Norsk Helseinformatik. (2018). *Legemiddelbehandling av eldre mennesker*. (T. Johannessen, & M. Kvam, Redaktører) Hentet fra Norsk Helseinformatikk: <https://nhi.no/forskning-og-intervju/legemiddelbehandling-av-eldre/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NSF. (u.d.). *Arbeidsgivers ansvar og sykepleierens ansvar*. (T. B. Stidahl, Redaktør) Hentet fra NSF.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283674/286497/Arbeidsgivers-ansvar-og-sykepleierens-ansvar> (27/02-2019)
- Olsen, I. (2013). *Farmakologi for sykepleiere og vernepleie*. (G. Bureid, Overs.) (2. utg.). Oslo: Universitetsforlag.
- Ranhott, A. H., & Engh, E. (2016). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhott (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademsik.
- Rochon, P. A. (2019). *Drug prescribing for older adults*. (J. Givens, & K. E. Schmader, Red.) Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>
- Ruths, S., Viktil, K. K., & Blix, H. S. (2007). Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskriftet - den norsk legeföreningen*, Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/11/aktuelt/klassifisering-av-legemiddelrelaterte-problemer>.

Slørdal, L., & Spigset, O. (2016). Farmakodynamikk - hva gjør legemidlet med kroppen. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 45-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Soldal, J. (2018). *Så mye brukte vi på legemidler i fjor*. Hentet fra Apotekforeningen.no:
<https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/2018/statistikk-legemiddelbruk-i-2017>

Solhaug, R. M. (2011). *Altfor fokusert på helse*. Hentet fra forskning.no:
<https://forskning.no/partner-filosofiske-fag-helsetjenester/altfor-fokuserte-pa-helse/803544>

Spigset, O. (2016a). Eldre og legemidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 333-340). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spigset, O. (2016b). Interaksjoner. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 87-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stene-Johansen, K., & Lye, M. (2017). Sunnhetens dominans. I H. Bondevik, O. J. Madsen, & K. N. Solbrække (Red.), *Snart er vil alle pasienter - Medikalisering i Norden* (s. 191-222). Oslo: Scandinavian Academic Press.

Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien.no*, Hentet fra [https://doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59801](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801).

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskrivning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Thomas, D. (2009). Medicalisation: The Pill-popping Phenomenon – A Critique of the Concept of Medicalisation. *Whitireia Nursing Journal*(16), s. 25-34, Hentet fra <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=829224101052034;res=IELHEA;type=pdf>.

UpToDate. (u.d.). *About us*. Hentet fra <https://www.uptodate.com/home/about-us>

Welch, G., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press.

World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet fra World Health Organization: 13 mars 2019
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wright, K. (2015). Medicines management: What nurses need to know. *Nursing and Residential Care, 17*, Hentet fra <https://doi.org/10.12968/nrec.2015.17.9.507>.

Wyller, T. B. (2015). *Geriatry - en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problem	<ul style="list-style-type: none"> ○ Polyfarmasi ○ >65 år ○ Sykepleierens rolle ○ Fysiologisk aldring? ○ Sykehjem og sykehus 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <65 år ○ Mindre enn 5 LM ○ Hjemmeboende ○ Farmasøytens rolle ○ Legens rolle
Studiedesign (Metode på forskningsartikkel)	Alle typer studiedesign	Rapporter, kronikker, studieprotokoll, bachelor oppgaver, kommentarer, og andre uttalelser som ikke følger et strengt studiedesign
Informanter	Sykepleiere, farmasøyter og leger. Uavhengig av kjønn, alder, yrkeserfaring og videreutdanning	
Språk	Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk	Artikler på andre språk enn de inkluderte
Tidsperiode	2014-2019	<2014
Geografi (de som har sammenlignbare forhold)	Norge, Europa, Canada, USA, Australia og New Zealand	Asia, Afrika og Sør-Amerika

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- f Innledende vurdering
- f Hva forteller resultatene?
- f Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til

Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest

23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- x Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- x Hvorfor ville de finne svar på det?
- x Er problemstillingen relevant?

Å utforske hvordan helsepersonell i Australia, håndterer multimorbiditet hos hjemmeboende pasienter. Samtidig se på hva som hindrer og hva som oppfordrer til å se på en ansvarlig legemiddelbehandling til disse pasientene, med tanke på polyfarmasi.

Å gi pasienter med multimorbiditet og samtidig polyfarmasi egnet pleie, er en økende utfordring

Viktig og relevant problemstilling. Da multimorbiditet og polyfarmasi er begge i stadig økning.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studiens mål er å beskrive, belyse et fenomen, ved å se på erfaringer og opplevelser.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Utformingen av studien er hensiktsmessig og beskrevet. De ser ut til å følge samme måte som er gjort i mange andre kvalitative studier av god kvalitet.

Intervjuene ble tatt opp, slik at de kunne gå igjennom dem etterpå. Dette ble gjort av to av forfatterne uavhengig av hverandre. Forskjellig koding, ble diskutert til det var konsensus.

Tips:

- x Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- x Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- x Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- x Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- x Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- x Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Det er gjort rede for utvalget i tabell 1. Kjønn, alder, geografi, arbeidsplass, foreskrivingsstatus er beskrevet. Det er god fordeling av alder, geografi og ulike arbeidsarenaer. Noe som kan være en mulig svakhet eller ihvertfall litt uforståelig er at det er inkludert 2 tannleger og 1 fysioterapeut. Tannlegene kan på sett og vis forstås ut i fra at munntørret er en veldig vanlig bivirkning av legemidler. Fysioterapeuter brukes i sykehus ofte til vurdering av ADL og fallrisiko, noe som legemidler kan være med å påvirke.

Utvalgsstrategien er å forsøke å gi et representativt utvalg av helsepersonell som yter helsetjenester til pasienter med multimorbiditet og polyfarmasi. Alle som ble invitert til å være med, deltok.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- x Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- x Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- x Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- x Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- x Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- x Har forskerne diskutert metning av data?

Intervjuguiden ble testet ut før selve datasamlingen startet. Semistrukturert intervjuer, Intervjuguiden er basert rundt 6 hovedområder, som også tydelig kommer frem i artikkelen. 5 av disse er basert på AGS Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity. Disse prinsippene samsvarer med anbefalinger fra flere Australske styringsdokumenter, men det er ingen enkel rapport, som tar for seg dette temaet. Det som er lagt til i tillegg er koordinering av pleie. Dette for ikke kunne ha fokus på det individuelle som er i de 5 andre områdene.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- x Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- x På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Den som utførte intervjuene var farmasøyt, og det drøftes om dette kan ha påvirket intervjuet og samtalene. Samtidig så ble funnene analysert uavhengig, og utkastet til artikkelen inkluderte forfattere som ikke var del av dataanalysen.

Jeg kan ikke se at studien har gjort noen endring.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- x Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- x Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- x Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien var godkjent av Monash University Human Research Ethics Committee.

Samtykke er også innhentet fra deltagerne.

Det ble også gitt ordforklaringer før intervjuene, for å forsikre lik forståelse.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- x Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- x Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- x Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- x Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- x I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

I generelle trekk er analysen beskrevet. Eksempler er også presentert i artikkelen. Jeg forstår og ser sammenhengen med sitater og kategoriene som forskerne har benyttet seg av. Slik jeg kan se det er tilstrekkelig data presentert for å underbygge funnene. Det er ikke kun presentert data med en vinkling, og noe av data kan være motsettende. Noe som øker tiltroen til at studien er representativ.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- x Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- x Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- x Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- x Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Hovedfunnene er klart presenter. Andre kilder er kommentert og sammenlignet med resultatene, for å se på troverdigheten i resultatene.

Forskernes argumenter er ikke tydelige stemmer i artikkelen. Det er deltagerne som kommer frem. Og de dekker et vidt spekter av data.

Kategoriene ble definert før intervjuene. Intervjuguiden ble testet før innsamling av data.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- x Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- x Har studien avdekket behov for ny forskning?
- x Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Resultatene gir et troverdig bilde av dagens praksis og kan dermed være et nyttig innspill.

Studien konkluderer med at dette bare er en enkeltstudie og at det er nødvendig med flere studier for å kunne danne grunnlag for kliniske modeller eller retningslinjer.