



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie Magisterexamen

Sjuksköterskors upplevelse av läkemedelshantering till äldre i kommunal hälso – och sjukvård

En kvalitativ studie

Nurses´ perception of drug management for the elderly in municipal health care

A qualitative study

Författare: Annica Karlsson
Handledare: Ingrid From
Examinator: Anna Ehrenberg
Granskare: Inger Johansson
Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap
Poäng: 15 högskolepoäng
Betygsdatum: 2013-08-09

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården upplevde läkemedelshantering till äldre. **Metod:** Studien hade en kvalitativ design och data samlades in med enskilda intervjuer av fem sjuksköterskor och analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. **Resultat:** Dataanalysen resulterade i fyra teman med underliggande kategorier. De teman som framkom var: Sjuksköterskan har en betydelsefull roll, att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning, att anpassa behandlingen till patientens förutsättning och att ha en fungerande verksamhet. Resultatet visade att det fanns en ökad medvetenhet kring läkemedelsbehandling till äldre men det behövdes mer utbildning inom området. Att ha en fungerande verksamhet ansågs viktigt och det var betydelsefullt att ha ett bra samarbete med andra. Det upplevdes positivt med läkemedelsgenomgångar och i resultatet framkom att sjuksköterskorna tog ett stort ansvar för kvaliteten, var uppmärksamma och följde upp läkemedelsbehandlingar. Att anpassa läkemedelsbehandlingen till patientens förutsättningar ansågs viktigt för att undvika läkemedelsrelaterade problem. Det framgick av resultatet att läkarkontinuitet underlättade arbetet för sjuksköterskorna och höjde kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning. Det fanns ett önskemål om en geriatriker inom verksamheten då en del sjuksköterskor upplevde att allmänläkarna saknade kunskap om läkemedelsbehandling till äldre. **Slutsats:** Sjuksköterskan har en viktig roll och tar ett stort ansvar för läkemedelsbehandlings kvalitet. Att anpassa läkemedelsbehandlingen till patientens förutsättningar är viktigt för att undvika läkemedelsrelaterade problem. Det finns ett behov av ökad kompetens inom området bland alla yrkesgrupper. Det är angeläget med ökad bemanning och god läkarkontinuitet i verksamheten för att höja kvaliteten på läkemedelsbehandlingen.

Nyckelord: Sjuksköterska, upplevelse, läkemedel, äldre, kommunal hälso- och sjukvård.

ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to describe how nurses in the municipal health care perceived drug management in the elderly. **Method:** The study had a qualitative design and data was collected through individual interviews with five nurses and analyzed according Graneheim and Lundman's qualitative content analysis. **Result:** Data analysis resulted in four themes with underlying categories. The themes that emerged were: The nurse has an important role, to have insight and expertise about drug treatment for the elderly, regulating the medication to the patient's condition is important and to have a functioning workplace. The results showed that there was an increased awareness of drug therapy in the elderly, but there was a need for more training within the area. To have a functioning workplace was important and it was essential to have a good cooperation with others. Medication reviews were perceived as positive and the result showed that the nurses took great responsibility for the quality, were attentive and followed up drug treatments. To match the medical treatment with the patient's physical condition was important in order to avoid medical related problems. It appeared from the results that the medical continuity facilitated the work of nurses and enhanced the quality of older medications. There was need of having a geriatrician at the workplace as some of the nurses felt that a general practitioner lacked knowledge about drug therapy for elderly. **Conclusion:** The nurse has an important role and takes great responsibility for the quality of drug treatment. Regulating the medication to the patient's condition is important thus preventing drug-related problems. There is a need for more expertise in the field among all professional groups. It is of utmost importance with increased staffing and good medical continuity in order to improve the quality of drug treatment.

Keyword: Nurse, experience, drugs, elderly, municipal health care.

Innehåll

BAKGRUND	1
Ålderns betydelse vid läkemedelsanvändning	2
Läkemedelshantering	3
Polyfarmaci	4
Kommunens hälso – och sjukvård	5
Sjuksköterskans ansvar	6
Kvalitetssäkring	7
Teoretisk referensram	7
Problemområde	9
Syfte.....	9
METOD	10
Design.....	10
Urval och undersökningsgrupp.....	10
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	11
Analys	12
Etiska överväganden	14
RESULTAT	15
Sjuksköterskan har en betydelsefull roll	16
Att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning.....	18
Att ha en fungerande verksamhet	22
Att anpassa behandlingen till patientens förutsättning	25
DISKUSSION	28
Sammanfattning av huvudresultat.....	28
Resultatdiskussion	28

Metoddiskussion	34
Slutsats	37
Förslag till vidare forskning	38
REFERENSER	39
Bilaga 1	45

BAKGRUND

Många äldre lider av kroniska och akuta sjukdomar som föranleder en stor användning av läkemedel. Äldre över 65 år är den grupp i samhället som konsumerar flest läkemedel sett till den totala föreskrivningen i Sverige (SBU, 2009). Under de senaste 20 åren har läkemedelsanvändandet hos personer över 75 år mer än fördubblats och ökningen är som störst bland dem som bor i särskilda boendeformer (Socialstyrelsen, 2010). Där är de boende idag ordinerade i genomsnitt 8-10 olika läkemedel per person men en ökning av antalet läkemedel kan också ses hos den grupp multisjuka äldre som bor i ordinärt boende (a.a.). Trots att äldre är den grupp som använder flest läkemedel är det vetenskapliga underlaget för behandling mycket begränsat hos äldre över 75 år (SBU, 2003). I många sammanhang definieras äldre utifrån kronologisk ålder och en vanlig definition är ”yngre äldre” 65 – 79 år och ”äldre äldre” 80 år eller mer (Josefsson, 2009). Enligt hälso - och sjukvårdslagen skall all hälso - och sjukvård vila på ”vetenskap och beprövad erfarenhet” men i praktiken är många behandlingsstudier baserade på yngre personer med enbart en sjukdom eller ett läkemedel (Socialstyrelsen, 2010). Det saknas framförallt vetenskapliga kliniska studier på multisjuka äldre med många olika läkemedel (SBU, 2003). Gustafsson (Gunnarsdotter, 2010) anser att medicinering av dementa och äldre över 80 år kan ses som ett experiment men han vidhåller samtidigt att det kan vara oetiskt att utprova nya läkemedel på äldre människor eftersom de förväntas få många biverkningar.

Läkemedelsbehandling är i grunden positiv och är en viktig del i den behandlande och förebyggande vården och bidrar till förbättrad hälsa och ökad livslängd (SBU, 2009; Kragh, 2005). Medellivslängden i Sverige har ökat stadigt sedan 1860-talet och är idag nära 80 år för män och knappt 84 år för kvinnor (Statistiska centralbyrån, 2012). En bidragande orsak till ökningen kan vara bättre behandlingsmetoder med nyare och effektiva läkemedelsbehandlingar som tillkommit på marknaden (SBU, 2009). För många personer som lider av exempelvis epilepsi, astma, hjärtsvikt och Parkinsons sjukdom bidrar läkemedel till symtomlindring, bättre livskvalitet och ökad livslängd (Kragh, 2005). Detsamma gäller gynnsamma läkemedelskombinationer till personer som lider av diabetes och hjärtsjukdomar där en minskad sjuklighet och dödlighet kan ses (a.a.).

Ålderns betydelse vid läkemedelsanvändning

Riskerna med läkemedelsbehandling till äldre är större på grund av de fysiologiska förändringar som sker i kroppen med ökad ålder samt att äldre ofta har flera sjukdomar och använder många olika läkemedel samtidigt (Kragh, 2005; Midlöv, 2005). Åldrandet medför succesivt förändringar i farmakokinetik som hur läkemedlet absorberas, distribueras, metaboliseras och elimineras ur kroppen samt farmakodynamiska förändringar som innebär en förändrad effekt av läkemedlet (Kragh, 2005).

Problem till följd av läkemedelsbehandlingar kallas läkemedelsrelaterade problem (LRP) och definieras ” A Drug-Related Problem is an event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcomes “(Pharmaceutical Care Network Europe [PCNE], 2010) och kan innefatta biverkningar, interaktioner, felaktig dosering, olämpliga läkemedelsval eller andra problem som kan sättas i samband med läkemedelsanvändningen.

Många symtom hos äldre som till exempel trötthet, glömska och förvirring kan många gånger misstolkas som ”normalt åldrande” men kan bero på läkemedelsbiverkningar (Fastbom, 2001). Detsamma gäller blodtrycksfall, fallolyckor, sömnrubbningar, muntorrhet, mardrömmar, aptitlöshet, huvudvärk, illamående och förstoppning som också kan också ha sin orsak i biverkningar av läkemedel (a.a.). Dessutom har äldre ofta en ökad känslighet för läkemedel, däribland många psykofarmaka, lugnande läkemedel och sömnmedel och de riskerar att drabbas av förvirring, dåsighet och yrsel vid behandling med dessa preparat (Fastbom, 2005). Hylén - Ranhoff och Børdahl (2008) menar att sjuksköterskor som arbetar med äldre behöver ha särskilda kunskaper om läkemedelsbehandling för att kunna skilja på vad som är sjukdomssymtom, funktionsnedsättning och vad som är läkemedelsbiverkningar hos äldre.

Flertalet studier har redovisat att olämpliga läkemedel kan leda till negativa effekter hos äldre och öka risken för bland annat fallskador med frakturer som följd (Ensrud et al., 2002; Fonad, Emami, Wahlin, Winblad & Sandmark, 2009; Herings, Stricker, De Boer, Bakker & Sturman. 1995). Läkemedelsrelaterade problem och felaktig läkemedelsanvändning hos äldre orsakar onödigt lidande och kostar samhället miljardbelopp varje år (Ihre, 2005; SBU, 2009). En allvarlig konsekvens av det är att en

stor andel, uppemot 30 procent, av alla akuta inläggningar på sjukhus beror på läkemedelsrelaterade problem (Fastbom, 2001; Paul et al., 2008; Socialstyrelsen, 2010.). Den vanligaste läkemedelsgruppen som föranleder akut sjukhusvård är den mot hjärt- och kärlsjukdomar följt av behandling med benzodiazepiner, neuroleptika och antidepressiva läkemedel (läkemedelsgrupp N) (Midlöv, 2005).

Läkemedelshantering

I sjuksköterskans ansvar ingår att hantera läkemedel på ett korrekt sätt och ha kunskaper om farmakologi (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan har ett medansvar att följa upp läkemedelsbehandlingar och vid behov vidta lämpliga åtgärder (a.a.). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, framgår att sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att förvara, iordningställa och administrera läkemedel till patienten. Läkemedelshantering bör skötas av så få som möjligt men det är vanligt förekommande i kommunens hälso – och sjukvård att sjuksköterskan delegerar till annan omvårdnadspersonal att lämna ut färdiga läkemedelsdoser till patienten (Kragh, 2005). En bidragande orsak till att arbetsuppgifter delegeras beror ofta på den höga arbetsbelastningen som sjuksköterskor har inom den kommunala vården (Kapborg & Svensson, 1999). Vid delegeringar är det sjuksköterskans ansvar att kontrollera att den person som mottar delegeringen har den kunskap som krävs, är erfaren och lämplig för arbetsuppgiften som ska delegeras (SOSFS 2000:1). Det är verksamhetschefen som beslutar och ansvarar för hur delegeringar ska tillämpas inom verksamhetsområdet (a.a.).

I rapporten om uppföljning av äldres läkemedelsanvändning (Socialstyrelsen, 2004) framkom att det finns oklarheter vem som bär ansvaret för uppföljning och omprövning av läkemedelsordinationer. Det finns inget regelverk som styr den frågan men det tas ofta för givet att det ingår i föreskrivarens ansvar. (a.a.). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso – och sjukvården (SOSFS 2000:1) är det verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret att läkemedelshantering inom verksamhetsområdet är av god kvalitet och att uppföljning sker kontinuerligt. Verksamhetschefen ansvarar även för att rutinerna kring läkemedelshantering fungerar och att ansvarsfördelningen är klarlagt (a.a.). Det är även verksamhetschefen som tillsammans med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen som bör se till

att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom verksamheten har tillräcklig kompetens för att rapportera misstänkta läkemedelsrelaterade problem hos de boende (a.a.).

Studier har visat på sjuksköterskans viktiga roll i samband med läkemedelshantering och rapportering av biverkningar (Bergqvist, Ulfvarson, Andersson – Karlsson & Von Bahr, 2008; Frazier, 2005). Frazier (2005) menar att eftersom sjuksköterskor är den yrkesgrupp som är mest involverad i läkemedelshantering har de ett bra utgångsläge att övervaka och bedöma negativa effekter av läkemedel. I en studie av Bergqvist et al. (2008) framkom att sjuksköterskor kunde upptäcka läkemedelsrelaterade problem hos äldre då de ofta hade goda kunskaper om patientens hälsostatus. Även Josefsson (2009) betonar sjuksköterskans betydelsefulla roll inom kommunens hälso – och sjukvård. Men sin legitimation i yrket och därmed den högsta kompetensen kan sjuksköterskan bedöma allmänna och särskilda tillstånd hos äldre (a.a.).

Polyfarmaci

Användandet av många läkemedel brukar benämnas polyfarmaci och begreppen kan förklaras på många olika sätt. Var gränsen för polyfarmaci går är inte fastställt. ”Det består av två delar: poly – med betydelsen ”flerfaldig” och farmaci som är benämningen på läran om läkemedlens beredning och tillverkning” (Kragh, 2005, s.13). Nationalencyklopedin definierar polyfarmaci som en medicinsk term som anger att en patient behandlas med flera läkemedel samtidigt. En annan definition är ”förskrivning och administrering av fler läkemedel än vad som är kliniskt nödvändigt till den enskilda patienten” (Kragh, 2005, s.13). Begreppet polyfarmaci kan också innebära olämplig läkemedelsanvändning (Fastbom, 2005).

Flertalet studier visar att polyfarmaci är vanligt förekommande bland äldre (Finne-Soveri, Noro & Björkgren, 2004; Kragh, 2004; Paul, End-Rodrigues, Thylén & Bergman, 2008). I Kraghs (2004) studie framkom att äldre på särskilda boenden i medeltal använde 8,6 läkemedel regelbundet och till över hälften av vårdtagarna gavs ≥ 10 läkemedel. Studien visade dessutom att till 33 procent av vårdtagarna gavs ≥ 3 psykofarmaka regelbundet och där menade Kragh att de negativa effekterna av behandlingen var större än nyttan med behandlingen. Kragh ansåg att de boende behandlades med läkemedel i sådan omfattning att fallolyckor och sedering kunde bli följden (a.a.).

Polyfarmaci medför ökade risker för att drabbas av biverkningar, interaktioner och att patientens följsamhet till läkemedelsordinationer minskar (Fastbom, 2005). Det finns flera faktorer som bidrar till polyfarmaci och en naturlig orsak är att många äldre ofta har flera olika sjukdomar som kräver behandling med läkemedel (SBU, 2009). Den ständiga tillkomsten av nya läkemedel, nya behandlingsmöjligheter och riktlinjer för olika behandlingar gör det effektivt att behandla sjukdomar och besvär (a.a.). Det är även vanligt att förebyggande behandlingar ges för att förhindra till exempel stroke och hjärtinfarkt och det leder till att antalet läkemedel ökar (a.a.). En annan orsak till ökad läkemedelsanvändning är att många äldre behandlas av flera olika läkare som inte känner till varandras ordinationer på grund av att en gemensam läkemedelslista saknas (Schöller, 2005.). Att många läkemedelsbehandlingar pågår utan tillräcklig uppföljning och ordinationer förnyas slentrianmässigt är också en bidragande orsak till polyfarmaci och där anses tidsbrist vara en bidragande orsak till att ordinationer inte omprövas samt att det krävs erfarenhet och kunskap från föreskrivaren sida att sätta ut läkemedel (a.a.). Vissa sjukdomstillstånd hos äldre kan ge en komplex symtombild med diffusa besvär som kan vara svåra att koppla till olika sjukdomar (a.a.). Bland annat kan depression hos äldre ge sig till känna som smärta, ångest och sömnstörningar och vid demenssjukdomar kan magbesvär vara tecken på oro och ångest (a.a.). Mot bakgrund av den diffusa symtombilden är det vanligt att äldre behandlas för ”felaktiga” symtom istället för en noggrann kartläggning av bakomliggande orsaker (a.a.). Dessutom kan läkemedelsbiverkningar vara svåra att upptäcka hos äldre och det kan leda till att biverkningssymtom misstolkas som sjukdomssymtom som behandlas med nya läkemedel, den så kallade förskrivningskaskaden (Fastbom, 2005). Andra bidragande orsaker till polyfarmaci kan vara okunskap om icke-farmakologiska behandlingsalternativ, bristfällig dokumentation och bristande samordning mellan olika vårdinrättningar (a.a.).

Kommunens hälso – och sjukvård

I Sverige regleras äldreomsorgen av hälso – och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) samt av socialtjänstlagen (SFS 2001:453) (Slettebø, 2008). År 1992 genomfördes Ädelreformen i Sverige och det innebar att kommunerna övertog stora delar av vården för äldre och handikappade som tidigare legat på landstingens ansvar (Kragh, 2005). I samband med

reformens införande blev kommunerna enligt socialtjänstlagen (SFS 2001: 453) skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för äldre med särskilda behov och ambitionen var att vårdinrättningarna skulle försvinna och de boende skulle få vistas i en mer hemlik miljö med högre boendestandard (Johansson, 2002). Omorganisationen medförde att de geriatriska sjukhusplatserna i landstingen minskade samtidigt som kraven på den kommunala äldrevården ökade i och med att vårdtagarna blev äldre med ökat omvårdnadsbehov och större behov av sjukvårdande insatser (a.a.). Sjuksköterskor som tidigare varit anställda av landstingen anställdes i kommunerna för att bistå med hälso- och sjukvårdsinsatser och särskilda tjänster inrättades för sjuksköterskor med medicinskt ansvar (MAS) som fick det övergripande ansvaret för den medicinska vården i kommunerna (Josefsson, 2009).

Kragh (2005) ansåg att äldrevården inte fått tillräckligt med resurser för en optimal omvårdnad och behandling av äldre multisjuka patienter. Hon påpekade att utveckling och forskning behövs inom flera geriatriska områden och statusen på arbete med äldre behöver stärkas inom den kommunala vården (a.a.). Utbildningsbehovet är stort vilket bland annat har visat sig i äldres läkemedelsbehandling där mer kunskap behövs inom området (a.a.). Utbildning av personal och ökad tillgänglighet på paramedicinsk personal är ett led i att förbättra vården (a.a.).

Sjuksköterskans ansvar

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står att ”Sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer” (Socialstyrelsen, 2005, s.8).

Inom den kommunala vården är sjuksköterskan ensam om att ha legitimation i omvårdnad och har därmed den högsta kompetensen (Josefsson, 2009). I ansvarsområdet ingår att leda omvårdnadsarbetet samt ansvara för att utbilda och handleda övrig vårdpersonal (a.a.). Under de senaste åren har arbetstyngden ökat inom den kommunala vården i och med att många äldre är multisjuka och i behov av avancerade sjukvårdsinsatser. Det har medfört en komplex arbetssituation för sjuksköterskor där kraven är stora (a.a.). Ensamarbete är inte ovanligt och sjuksköterskan bär ofta ansvaret

för stora grupper av vårdtagare, särskilt under kvällar och helger (Kapborg & Svensson, 1999). Många gånger får sjuksköterskan fatta egna beslut då läkaren inte alltid finns tillgänglig för konsultation (Josefsson, 1999). Mot bakgrund av det är det viktigt att sjuksköterskan har kunskaper om vad som är friskt åldrande och vilka sjuksomar som hör åldrandet till, samt har kunskap om läkemedelsbehandling till äldre (Josefsson, 2009).

Kvalitetssäkring

För en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling till äldre krävs samordnade insatser på flera plan (Eriksson, Kragh & Midlöv, 2005). Socialstyrelsen publicerade i juni 2012 rapporten; Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör (Socialstyrelsen, 2012). Resultatet visade att omfattande läkemedelsbehandlingar hos äldre medförde en ökad risk för fallskada, magtarmblödning, akut inläggning på sjukhus samt död. Mot bakgrund av rapporten har Socialstyrelsen utarbetat nya föreskrifter i ett led att förbättra äldres läkemedelsanvändning (SOSFS 2012:9). I föreskrifterna står att alla personer som är över 75 år och har fler än 5 läkemedel, har en laglig rätt att få en genomgång av sina läkemedel. Läkemedelgenomgången ska erbjudas vid läkarbesök på öppenvården, vid inskrivning på sjukhus, vid påbörjad hemsjukvård samt vid inflyttning i särskilt boende (a.a.). Dessutom ska patienter, med kriterier som ovan, men som är under pågående hemsjukvård eller bor i ett särskilt boende, erbjudas en årlig läkemedelsgenomgång. Det är läkarens ansvar att läkemedelsgenomgången genomförs men kan, om inte hinder finns, samarbeta med andra yrkesgrupper kring patienten (a.a.).

Teoretisk referensram

Onödigt lidande som orsakas av felaktig och olämplig läkemedelsbehandling hos äldre förutsätter en förståelse från sjuksköterskans sida. Att vara närvarande med alla sina sinnen är en förutsättning för att bilda sig en uppfattning om lidandets orsak (Martinsen, 1993, refererad i Kirkevold, 2000). Sjuksköterskan kan genom sin förståelse utföra omsorg men för att göra det krävs ett professionellt och moraliskt omdöme baserat på kunskaper och tidigare erfarenheter (Martinsen, 2008). Att ha ett kravlöst förhållande till patienten och inte förvänta sig något tillbaka är en viktig aspekt i Martinsens teori för att kunna utöva omsorg och detta kallas ”generaliserad ömsesidighet” (a.a.).

Den som mottar omsorg befinner sig i en beroendesituation och det är betydelsefullt att sjuksköterskan som är i en maktsituation utövar omvårdnaden moraliskt och etiskt och handlar för den andres bästa (Martinsen 2008). Även här betonar Martinsen vikten av tidigare erfarenheters betydelse för att utveckla ett moraliskt omdöme. Hon menar att det är genom erfarenheter och tidigare handling som värderingar och normer formas som sedan ligger till grund för vidare handlingar i livet.

Martinsen (refererad i Kirkevold, 2000) förklarar patientbegreppet på följande sätt; ” personer som på grund av sjukdom, ålder eller andra omständigheter är svaga, plågade och beroende av omsorg” (s. 203). Äldre är en utsatt grupp där övermedicinering är vanligt och många gånger sker ordinationer utan patientens vetskap där andra bedömer huruvida behandlingar ska sättas in eller inte. För att optimera läkemedelbehandlingen till äldre är det därför av stor vikt att sjuksköterskan kan gå in som ”professionell ställföreträdare” för patienten och göra en professionell bedömning av situationen och hjälpa patienten med det som orsakar lidandet (1993, refererad av Kirkevold, 2000).

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre kan leda till ökat lidande och försämrad livskvalitet och för att utöva omsorg i sammanhanget är det en förutsättning att som sjuksköterska kunna sätta sig in i patientens lidande, försöka förstå orsaken till lidandet, för att kunna åtgärda problemet (Martinsen, 2008). Genom att förstå att symtom som drabbar äldre kan ha sin orsak i läkemedel, kan behandlingen förbättras och livskvaliteten öka hos den drabbade. Dessutom bör sjuksköterskan i sin yrkesroll ha förmåga till ett medmänskligt engagemang, vara solidarisk mot patienten samt ha en empatisk förmåga för att en god vård och omsorg ska kunna tillämpas i sammanhanget (Martinsen, 2008). Genom att skapa en relation till patienten och vara engagerad kan sjuksköterskan öka sina chanser att upptäcka symtom som kan bero på felaktig läkemedelsbehandling. Att se till hela patienten, och att som sjuksköterska vara närvarande i mötet bidrar till en ökad förståelse (a.a.).

Martinsen (2008) menar att alla människor har ett beroende av att vara med andra och kan inte leva ifrån varandra och när människor drabbas av lidande, ohälsa eller andra tillstånd som kräver hjälp blir beroendet till andra mer tydligt och hon menar då att beroendet kräver ett gensvar som består av omsorg. Denna respons är i sammanhanget sjuksköterskans svar på patientens beroende i samband med läkemedelsrelaterad ohälsa.

Problemområde

Med stigande ålder ökar riskerna för att drabbas av olika sjukdomar som kan föranleda en stor användning av läkemedel. Förändringar i farmakodynamik och farmakokinetik medför att äldre har en påtaglig risk för att drabbas av läkemedelsrelaterade ohälsa till följd av läkemedelsbehandlingen. Tidigare studier har visat att läkemedelsrelaterade problem, felaktig läkemedelsbehandling och brist på uppföljning och omprövning av läkemedelsordinationer är ett omfattande problem som leder till onödigt lidande för patienten och kostar samhället miljardbelopp varje år. Det finns ett behov av kvalitetssäkring av äldres läkemedelshantering och tidigare studier har visat att sjuksköterskor har en betydelsefull roll att bedöma effekter och bieffekter av läkemedel. Då sjuksköterskor är den yrkesgrupp som ofta har en helhetssyn av patienten och är mest involverad i läkemedelshantering så finns goda möjligheter att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. För att kunna uppmärksamma problem som kan uppstå i samband med läkemedelsbehandlingen är det betydelsefullt att sjuksköterskan har god kunskap om äldre och farmakologi. För att optimera läkemedelsanvändandet hos äldre är det därför betydelsefullt att belysa hur sjuksköterskan upplever läkemedelshantering till äldre.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso – och sjukvården upplevde läkemedelshantering till äldre.

METOD

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativa undersökningar syftar till att nå en förståelse hos människor och hur de upplever sin situation (Hartman, 2004). I en intervju byggs kunskap upp genom ett samspel mellan människor där forskaren lyssnar och försöker förstå världen ur den intervjuades synsätt (Kvale & Brinkman, 2009).

Urval och undersökningsgrupp

Ändamålsenligt urval tillämpades i denna studie för att få en spridning av deltagarnas ålder, kön samt antalet år i yrket som sjuksköterska totalt och antal år i yrket inom kommunens hälso – och sjukvård. Denna urvalsmetod är enligt Hartman (2004) lämplig då kunskap efterfrågas om ett speciellt ämne och sedan väljs informanter ut som kan ge en den kunskapen, vilka utgår från studiens syfte. Urvalet av informanter gjordes av verksamhetscheferna i den kommun studien genomfördes. Urvalskriterierna för att få delta var att de var legitimerade sjuksköterskor med omvårdnadsansvar (OAS) och arbetade på äldreboende eller på ett korttidsboende. De som inte tillfrågades av delta i studien var ledningsansvariga sjuksköterskor (LAS), samordningsansvarig sjuksköterska (SAS) samt de sjuksköterskor som enbart arbetade i hemsjukvården. Totalt tillfrågades sju kvinnliga sjuksköterskor om deltagande i studien varav fem tackade ja.

Bortfall

Bortfallet blev två sjuksköterskor som inte svarade på informationsbrevet innan inlämningstiden gått ut.

Datainsamlingsmetod

Data samlades in med enskilda semistrukturerade intervjuer som genomfördes under vecka 7 – 9, 2013. Författaren hade i förväg utarbetat en intervjuguide (bilaga 1) med olika frågeområden som skulle tas upp i intervjun. Fördelen med att använda sig av en intervjuguide är att den som intervjuar håller sig till ämnet och inte lämnar intervjun med ett material som inte är relevant för syftet (Hartman, 2004). Intervjuguiden inleddes med demografiska uppgifter såsom: kön, ålder, utbildning, antal år i yrket som sjuksköterskan

inom kommunal hälso – och sjukvård och totalt samt om sjuksköterskan arbetade på äldreboende eller på korttidsboende. En inledande öppen fråga ställdes – ”beskriv hur du upplever läkemedelsbehandling till äldre?”. Efter hand ställdes följdfrågor gällande upplevelse av kompetens, ansvar, rutiner och förutsättningar. Ibland ställdes följdfrågor liknande; ”vad menar du med det?”, ”kan du ge ett exempel”, ”hur kände du då?”.

Tillvägagångssätt

Innan studien genomfördes kontaktades verksamhetschefen för de särskilda boendena samt verksamhetschefen för korttidsboendet i den aktuella kommunen för godkännande att genomföra studien. De kontaktades både muntligt via telefon och skriftligt via ett informationsbrev och fick lämna skriftligt samtycke till att studien fick genomföras. Samtycket återsändes till författaren i ett förfrankerat returkuvert. Efter att verksamhetscheferna godkänt studien kontaktades de igen av författaren och fick skriftlig och muntlig information om urvalskriterierna. Därefter gjorde verksamhetscheferna urvalet tillsammans för att få en spridning bland deltagarna gällande ålder, yrkeserfarenhet och vilken arbetsplats de arbetade på. Verksamhetscheferna skickade sedan e-post till de utvalda sjuksköterskorna där de fick kortfattade information om studiens innehåll och en förfrågan om att delta i studien. Namnlistor på de utvalda sjuksköterskorna skickades till författaren via e-post. Därefter kontaktade författaren informanterna skriftligt via ett informationsbrev (bilaga 2) där de fick information om studiens syfte samt upplysning om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan närmare motivering. Informanterna fick lämna skriftligt samtycke om deltagande i studien som sändes tillbaka till författaren i ett förfrankerat returkuvert. Totalt tillfrågades sju sjuksköterskor varav fyra av informanterna svarade omgående och godkände deltagandet i studien. Två påminnelser skickades ut via e-post med en veckas mellanrum och under den tiden svarade en till sjuksköterska och samtyckte till studien. Författaren hade i förväg satt ett stoppdatum för inlämning av samtycket men fick inget mer svar innan den tiden gått ut. Det blev till slut fem sjuksköterskor som deltog i studien.

Efter att informanterna tackat ja till medverkan i studien kontaktades de igen via telefon för att bestämma tid och plats för intervjun som de själva fick bestämma. Då en

sjuusköterska bad om att få frågorna i förväg så kontaktades samtliga informanter och erbjöds ta del av frågorna. Frågeområdena i intervjuguiden skickades via e-post.

Samtliga intervjuer kom att genomföras på respektive arbetsplats på arbetstid i ett enskilt rum i anslutning till arbetsplatsen. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och blev mellan 15-50 minuter långa. Inspelat material transkriberades i nära anslutning efter att de var genomförda och därefter raderades allt innehåll på diktafonen för att undvika att obehöriga kom åt materialet.

Analys

I analyskedet tillämpades kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys utvecklade till en början som en kvantitativ metod och användes för att analysera och hantera stora mängder data inom massmedieforskning (a.a.). Med tiden har metoden blivit vanlig inom omvårdandsforskning och används bland annat för att tolka och analysera transkriberad text från inspelade intervjuer. (a.a.). Lundman och Graneheim menar att ”kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll” (Lundman & Graneheim, 2012, s.189). I varje text finns ett manifest innehåll, det vill säga den text som är synlig för ögat och ett latent, underliggande budskap som handlar om det som inte sägs (a.a.). I analyskedet tolkas dessa var för sig och bildar kategorier och teman (a.a.). För att beskriva analysprocessen används begreppen analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema (a.a.). En vägledande uppfattning om metoden är att ”sanningen finns i betraktarens ögon” och det betyder att resultatet kan ses som giltigt trots att flera tolkningar är möjliga (a.a.).

Både manifest och latent innehållsanalys valdes och intervjuerna analyserades med induktiv ansats och det innebar en förutsättningslös tolkning och granskning av intervjutexten (Graneheim & Lundman, 2004). Inspelat material har analyserats enligt följande: Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger för att författaren skulle få en förståelse och känsla för helheten i materialet. Därefter plockades *meningsbärande enheter* ut från texten som ansågs svara mot syftet med studien. En meningsenhet består av korta meningar eller stycken som har ett gemensamt innehåll. Nästa steg i analysprocessen var att de meningsbärande enheterna *kondenserades*, vilket innebar att de kortades ner till ett mer vårdvetenskapligt språk och begriplig nivå. Detta utfördes med ambitionen att det väsentligaste innehållet i texten inte skulle påverkas. Därefter

abstraherades de kondenserade meningsenheterna genom att de *kodades*. En kod är en kortfattad beskrivning av vad en meningsenhet handlar om. Nästa steg i analysprocessen var att koder men liknande innehåll grupperades i olika *kategorier*, dessa kategorier återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa steg utgör tillsammans den manifesta delen av analysprocessen. Slutligen utfördes den latent innehållsanalysen och det innebar att författaren gjorde en tolkning av det underliggande (latenta innehållet) i texten och bildade olika teman (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
”... men sen även sånt här som följer med genom åren då, men det har dom ju också blivit bättre på, rensa bort liksom...”	Läkarna har blivit bättre på att sätta ut läkemedel	Läkarna sätter ut läkemedel i större utsträckning	Ökad medvetenhet	Att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning
”... det är... det är så mycket läkemedel å interaktioner... sånt där som man inte vet... så man lär sig hela tiden...”	Har bristande kunskaper om läkemedelsinteraktioner,	bristande kunskaper om läkemedelsinteraktioner	Det finns behov av kunskap om läkemedel	
”... Man har ett stort ansvar, å att följa upp alla, följa upp utsättningar av mediciner ... så att den boende inte mår dåligt...”	Har ett stort ansvar att följa upp läkemedelsbehandlingar	Ansvarar för uppföljning av läkemedelsbehandling	Sjuksköterskan tar ansvar för läkemedelsbehandlings kvaliteten	Sjuksköterskan har en betydelsefull roll
... sen kan jag ju tycka att tyvärr då att ... ju mindre personal det blir desto större tendens är det liksom att behandla med tabletter för att ingen... just det här att ingen har tid att sitta hos dom som är oroliga... det är ju jättetråkigt...”	Oroliga patienter som behandlas med lugnande medicin på grund av personalbrist	Personalbrist leder till ökad användning av lugnande läkemedel	Personalbemanningen påverkar val av läkemedel	Att ha en fungerande verksamhet

Etiska överväganden

Studien är forskningsetisk granskad av forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna. I syfte att skydda deltagarnas identitet och integritet tog författaren ställning till de forskningsetiska principerna inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning (vetenskapsrådet, 2002) samt Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries (2003) där det framgår att omvårdandsforskning vägleds av följande etiska principer; principen om *autonomi*, principen om att *göra gott*, principen om att *inte skada* samt principen om *rättvisa*. Att arbeta för de etiska principerna praktiskt innebär att ”utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras” (Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries, 2003) och intentionerna är att arbeta för att förverkliga de etiska principerna praktiskt. Syftet med studien var beskriva hur sjuksköterskor upplevde på läkemedelshantering till äldre. Studien kan leda till ökad medvetenhet bland sjuksköterskor om läkemedelshantering till äldre och kan höja kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning och sjuksköterskans ansvarsroll i den kommunal hälso – och sjukvården kan tydliggöras.

För att säkra deltagarens konfidentialitet och undvika påverkan från författaren var det verksamhetscheferna i den aktuella kommunen som bistod med urvalet. Då studien handlade om hur sjuksköterskor såg på läkemedelshantering till äldre ansåg författaren att det var olämpligt att närmaste chefen gjorde urvalet eftersom det kunde uppkomma känsliga uppgifter i intervjuerna som berörde hur verksamheten bedrivdes.

Samtliga informanter fick i förhand information om studien via ett informationsbrev. I brevet fick de upplysning om studiens syfte, vad undersökningen kunde bidra till samt upplysning om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan närmare motivering och att de kunde göra detta utan att det medförde några negativa påföljder för dem. Informanterna fick även lämna skriftligt samtycke innan studien börjar. Allt material har avidentifierats och behandlats konfidentiellt vilket innebär att ingen enskild person kan identifieras i föreliggande studie och för att bevara konfidentialiteten kodades informanterna (SSK1-SSK5). Alla ljud – och textfiler förvarades på en dator med lösenordskydd och endast författaren och dennes handledare har haft tillgång till det inspelade materialet. Insamlad data har enbart används i föreliggande studie och kommer inte att användas på annat sätt.

RESULTAT

Resultatet i studien baseras på den information som framkom under de intervjuer som hölls med fem sjuksköterkor som arbetar inom den kommunala hälso – och sjukvården. Sjuksköterskorna som deltog var alla kvinnor med olika bakgrunder och yrkeserfarenhet och med en genomsnittlig medelålder på 51 år (40 – 61 år). De arbetade på äldreboende eller på ett korttidsboende i en kommun i mellersta Sverige. De hade i genomsnitt arbetat i den aktuella kommunen i 10 år med en variation på 2 – 17 år och arbetat som sjuksköterska totalt mellan 7 – 35 år, med ett genomsnitt på 19 år. Resultatet kommer att presenteras utifrån de teman och kategorier som framkom under innehållsanalysen (Tabell 2). För att illustrera informanternas upplevelse av läkemedelsbehandling till äldre kommer citat att presenteras under varje kategori. Omvårdnadspersonalen avser i denna studie undersköterskor och vårdbiträden.

Tabell 2. Sjuksköterskors upplevelse av läkemedelshantering till äldre

Teman	Sjuksköterskan har en betydelsefull roll	Att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning	Att anpassa behandlingen till patientens förutsättning	Att ha en fungerande verksamhet
Kategorier	Sjuksköterskan tar ansvar för läkemedelsbehandlingens kvalitet	Ökad medvetenhet	Läkemedel kan bidra till negativa effekter hos äldre	Läkarkontinuitet underlättar
	Sjuksköterskan följer upp läkemedelsbehandlingar	Det finns behov av kunskap om läkemedel	Åldersförändringar hos äldre påverkar	Läkemedelsgenomgångar leder till förbättringar
	Är länken mellan patienten och läkaren	Erfarenhet inom yrket har betydelse	Alternativa behandlingsåtgärder	Att samarbeta med andra är betydelsefullt
		Delade meningar om läkarens kunskap		Personalbemanningen påverkar val av läkemedel
		Olika behandlingar beroende på läkare		Bristande rutiner i verksamheten

Sjuksköterskan har en betydelsefull roll

Sjuksköterkan tar ansvar för läkemedelsbehandlings kvaliteten

Att sjuksköterskorna hade en betydelsefull roll i organisationen och tog ett stort ansvar för äldres läkemedelsbehandling framgick av resultatet. Ansvaret bestod i att göra rätt bedömningar och vara uppmärksam på effekter och bieffekter av läkemedel samt ta sitt ansvar att våga ifrågasätta läkaren vid oklara ordinationer. Det speglade sig i sjuksköterskornas svar att de inte lämnade över hela ansvaret till läkaren utan tog sitt ansvar och var aktiv och upplyste läkarna.

”... Ja jag har ju ett ansvar som sjuksköterskan, har man ju ett ansvar, man kan ju liksom inte bara säga ”- ja tack” eller säga ”- ja det ser bra ut” utan man måste ju upplysa...”(Sjuksköterska 4)

Sjuksköterskorna beskrev att de var uppmärksamma på läkemedelsinteraktioner och på att de boende inte blev övermedicinerade. Det hände att sjuksköterskorna tog initiativ till att läkemedelsbehandlingar som inte hade någon effekt avslutades och ibland inträffade det att sjuksköterskorna hade önskemål om vad läkaren skulle ordinera och att de då försökte leda in läkaren på det spåret.

” ... ibland kan man känna kanske att om det är någon annan som ordinerar, försöker leda in på nånting som man själv vill att doktorn ska ordinera, samtidigt vill man väl att han ska ta ansvar för hur han tänker ... så det är ju en balansgång hela tiden...”(Sjuksköterska 5)

Att iordningställa läkemedelsordinationer och att ge delegeringar till omvårdnadspersonalen ingick i sjuksköterskans ansvar. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att de gjorde en rätt bedömning och att de förvissade sig om att personalen förstod sitt ansvar i samband med delegeringen. Dessutom bestod ansvaret i att besluta när vidbehovs läkemedel skulle ges och se till så att det sköttes på rätt sätt av omvårdnadspersonalen.

”... om dom har vid behovs mediciner att det också sköts rätt... det är ju mitt ansvar. Jag har ju det yttersta ansvaret... det är dom som ger men jag har det yttersta ansvaret att det blir korrekt utfört... så det är ju mycket ansvar egentligen...” (Sjuksköterska 1)

Det upplevdes ibland svårt när det blev avvikelser i samband med läkemedelshandlingen men sjuksköterskorna ansåg att de hade ett ansvar att ta upp felaktiga ordinationer med läkaren som kunde leda till ansvarsfall även om det kunde vara känsligt att påpeka brister för läkaren.

”... man har talat om såna här saker för läkaren som man haft, så har dom tyckt, nästan blivit stött för att man sagt saker, men det är ju mitt ansvar att som sjuksköterska att upplysa den personen, den läkaren om det här... tycker jag i alla fall... för vid alla ansvarsfall som är så är ju sjuksköterskan alltid inblandad om det är nånting som händer...”(Sjuksköterska 4)

Sjuksköterkan följer upp läkemedelsbehandlingar

Resultatet visade att sjuksköterskorna inom den kommunal hälso- och sjukvården följde upp läkemedelsbehandlingar och var observant på effekter av läkemedel och rapporterade till läkaren. Sjuksköterskorna beskrev att det var en självklarhet att följa upp läkemedelsordinationer.

”... jag gör ju bara vad läkaren ordinerar men det är självklart att när jag ser biverkningar måste jag rapportera det omedelbart, jag måste ju följa effekten av läkemedel som doktorn har ordinerat ... tycker jag... och vara medveten om biverkningar... det tycker jag ... och verkningar...” (Sjuksköterska 1)

Resultatet visade också att sjuksköterskan var uppmärksam och alltid tittade på läkemedelslistan om det kom någon ny boende eller om det var någon boende som betedde sig märkligt.

”... om någon beter sig egendomligt... det första jag gör är att gå och titta på läkemedelslistan och så tittar man igenom... är det något här eller är det något annat men ganska ofta är det med läkemedel...”(Sjuksköterska 1)

Är länken mellan patienten och läkaren

Det framgick av resultatet att det var betydelsefullt att ha kännedom om patienterna men det medförde också ett visst ansvar för sjuksköterskan att vara länken mellan patienten och läkaren. Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att de var förberedda och gav bra information inför läkemedelsgenomgångarna så att läkaren kunde bedöma vilka läkemedel som skulle vara kvar eller inte. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att ansvaret var stort vid uppföljning av läkemedelsbehandlingar när de skulle förmedla mellan patienten och läkaren vad som skulle tas upp på rondan.

”... jo men vi har ju jättestort ansvar för läkemedel å ... det är vi som träffar patienterna och förmedlar vad som ska tas upp på rondan... så att... absolut det är ett jättestort ansvar...” (Sjuksköterska 2)

Att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning

Ökad medvetenhet

Resultatet i föreliggande studie visade på att det fanns en ökad medvetenhet kring läkemedelshantering till äldre. Sjuksköterskorna upplevde att alla inblandade hade mer kunskap och var mer medvetna om äldres läkemedelsanvändning. Resultatet visade också på att sjuksköterskorna upplevde att läkemedel hade blivit bättre med åren. De beskrev att psykofarmaka, antidepressiva läkemedel och blodtrycksmediciner var av bättre kvalitet och gav färre biverkningar. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att de själva var mer medvetna om läkemedel och uppmärksammade om läkemedel verkligen behövdes.

”... åtminstone jag personligen är då väldigt medveten om mediciner som inte behövs, behövs verkligen alla dessa... då ta man ju det ihop med läkare, anhöriga och den boende själv om han eller hon är kapabel att bedöma själv...” (Sjuksköterska 1)

Studien påvisade också att det fanns en ökad medvetenhet om riskerna med att behandla äldre multisjuka som använde flera läkemedel samtidigt. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att läkemedelshantering till äldre var mer uppmärksammat och att det var mer fokus på vilka läkemedel som var lämpliga och vilka som inte borde ges till äldre. De beskrev att de fick information om läkemedelsbehandling till äldre.

”... då är det olika... fokus på vilka, vilka man i första hand, ja lugnande och sån här neuroleptika, så har vi ju fått upp listor på olämpliga läkemedel å... så det är... det kommer mycket mer information om det nu tycker jag...”(Sjuksköterska 5)

Att det fanns en ökad medvetenhet bland läkarna påvisades också i resultatet. En del sjuksköterskor upplevde att läkarna var bättre på att sätta ut läkemedel och att de ordinerade läkemedel i mindre utsträckning. Dessutom beskrev sjuksköterskorna att läkarna hade haft läkemedelsöversyn och fått tillsägelse att gå igenom vilka som hade neuroleptika. En del av sjuksköterskorna beskrev också att läkaren alltid gick igenom läkemedelslistan och ifrågasatte om läkemedel behövdes och gjorde medicinändringar som ledde till att bättre läkemedel sattes in som gav färre biverkningar. Upplevelsen var också att läkarna var medvetna om att åldersförändringar hos äldre kunde påverka effekten av olika läkemedel.

”... Doktorn vi har här han är lite försiktigt just med äldre också... han vill inte att dom ska ha så mycket läkemedel i och med att organen försämras, det blir försämrade upptagning, det är ju lätt att det ansamlas i kroppen ...”(Sjuksköterska 3)

Resultatet i föreliggande studie visade också på att det fanns en ökad medvetenhet bland anhöriga och att patienterna själva var medvetna om risker med läkemedelsbehandling. Det fanns tillfällen då anhöriga ifrågasatte ordinationer och behövde information av läkaren.

”... att anhöriga ... är ju också, läser mycket då, så kanske läkaren ordinerar nånting som strider emot det som dom har läst, då undrar ju dom varför deras anhöriga har fått ett sånt här läkemedel som anses farligt och inte ska ges till äldre, då får man kanske ordna en träff med ordinerande doktor så han får förklara varför han har gjort som han har gjort...”(Sjuksköterska 5).

Det finns behov av kunskap

Det påvisades i resultatet att det saknades kunskaper om läkemedelsbehandling till äldre inom den kommunala hälso – och sjukvården. Sjuksköterskorna menade att äldres läkemedelsbehandling kunde bli bättre och det fanns behov av mer utbildning och

repetition inom området. Dessutom framkom att det fanns bristande kunskaper om läkemedelsinteraktion.

”... det är så mycket läkemedel å interaktioner... sånt där som man inte vet... så man lär sig hela tiden...”(Sjuksköterska 2)

Det upplevedes positivt att få utbildning regelbundet och där menade sjuksköterskorna att det var betydelsefullt att även omvårdnadspersonalen fick kompetensutveckling inom området.

”... Ja. man kan väl aldrig få tillräckligt med utbildning tror jag... även jag tänker mig undersköterskor också ... som arbetar med det dagligen... det är ett ämne som alltid är aktuell... där man behöver repetition...”(Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskor beskrev att läkaren var bra på att förklara och gav bra information angående läkemedel men resultatet tyder på att sjuksköterskorna var aktiva och sökte mycket information själva om läkemedelsbehandling till äldre.

”... Man ser ju effekten av läkemedel och man läser ju hela tiden om, om dom här preparaten å vad dom ger för effekter på äldre...”(Sjuksköterska 4)

Erfarenhet inom yrket har betydelse

Att ha yrkeserfarenhet hade betydelse enligt sjuksköterskorna som menade att det var genom sin erfarenhet som de hade fått sina kunskaper om läkemedelsbiverkningar och lärdom om hur äldre reagerade på vissa läkemedel.

”... jag har ju på grund av att jag har arbetat så länge som sjuksköterska... jag har ju en del kunskaper naturligtvis och har sett mycket biverkningar av mediciner och ser hur dom påverkar...”(Sjuksköterska 1)

Det framkom av studiens resultat att sjuksköterskorna hade bristande kunskaper om farmakologi som nyutexaminerad sjuksköterska. Det speglade sig i sjuksköterskornas svar att de hade fått lära sig med åren som yrkesverksam.

"... man lär ju sig med tiden. Den här kunskapen som jag har idag, så hade jag definitivt inte när jag börja jobba ..."(Sjuksköterska 4)

Delade meningar om läkarens kunskap

En del av sjuksköterskorna upplevde att det fanns bristande kunskaper hos allmänläkarna. De ansåg att läkarna inte var medvetna om riskerna med läkemedelsbehandling till äldre. Sjuksköterskorna beskrev att det förekom att läkarna missade läkemedelsinteraktioner men de påpekade också att läkarna ibland nonchalerade läkemedelsinteraktioner och satte in läkemedel som integrerade med varandra. Sjuksköterskorna framhöll vikten av att ha en geriatiker inom verksamheten som de menade hade den kunskap som krävdes och var insatt i läkemedelsbehandling till äldre.

"... inte ens läkarna har kunskapen. Har man en geriatiker med sig då vet dom precis vad man pratar om men dom här allmänläkarna vet inte riktigt ... dom har inte den här kunskapen, det saknas å det tycker jag är jättetråkigt..."(Sjuksköterska 4)

Olika behandlingar beroende på läkare

Resultatet i studien visade att läkarna satte in olika behandlingar och att de hade favoritpreparat som de valde att använda. Sjuksköterskorna ansåg att läkarna hade olika syn på läkemedelsbehandlingen trots att det fanns rekommendationer vilka läkemedel som skulle användas i första hand på äldre människor. Sjuksköterskorna beskrev att vid dessa tillfällen fick de ifrågasätta ordinationen.

"... märker att dom har olika favoritläkemedel ... jag menar som sånt klassiskt liksom med benzodiazepiner att man använder i första hand om man ska ha det... Sobril då... Stesolid är ju ganska ute ... men så finns det vissa som ändå kör med det då, då får man liksom ifrågasätta "-det här ska vi väl inte ha? ..."(Sjuksköterska 5)

Dessutom upplevdes det att läkare inom andra vårdformer satte in läkemedel som inte lämpade sig till äldre. Sjuksköterskorna beskrev att läkarna på beroendemottagning ofta

satte in olämpliga läkemedel som de brukade använda på personer med ett missbruk men som enligt rekommendationer inte bör ges till äldre.

”... dom tänker utifrån sin behandling, dom tänker ju aldrig att det är en äldre person. Dom sätter ju in sina vanliga preparat som dom är van att dom ska sätta in när det är en beroende, när det är en människa som har ett missbruk, dom tänker ju inte att det är en människa som har ett missbruk plus att det är en äldre människa, så tänker ju inte dom eller...”(Sjuksköterska 4)

Att ha en fungerande verksamhet

Läkarkontinuitet underlättar

Det framkom i studien att sjuksköterskorna upplevde att läkarkontinuitet underlättade arbetet. De såg en fördel av att det var en och samma läkare som ansvarade för kontakten med patienterna och upplevelsen var att flera förskrivande läkare bidrog till att fler läkemedel ordinerades. Dessutom beskrev sjuksköterskorna att arbetsbördan ökade om det var tillfälliga läkare som anlätades i verksamheten och att de då fick ta ett större ansvar och vara mer pålästa inför ronderna.

”... ibland kommer det nån doktor som är tillfälligt då får man ju liksom ta mycket mer ... vara mycket mer påläst själv för att den doktorn kanske inte lägger ner hela sin själ i att studera journaler, vad som har gjorts och så... så då ligger det mer ansvar på en själv då om det är nån som man anlitar tillfälligt...”(Sjuksköterska 5)

Läkemedelsgenomgångar leder till förbättringar

Resultatet visade att läkemedelsgenomgångar upplevdes som positivt av sjuksköterskorna och det bidrog till att antalet läkemedel minskade och att läkaren hade kontroll på vilka läkemedel som var ordinerade. En annan positiv aspekt var att sjuksköterskorna beskrev att den personal som var delaktig i läkemedelsgenomgångarna fick en annan attityd och var mer kritiska till be om psykofarmaka och lugnande läkemedel. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att läkemedelsgenomgångar höjde kompetensen bland personalen.

”... Plus sen att det pågår läkemedelsgenomgångar regelbundet, åtminstone i det här huset och i andra hus där jag har arbetat och det höjer ju då kompetensen inom alla kategorier av personalen som arbetar inom omvårdnaden ... det gör det...”(Sjuksköterska 1)

Att ha ett fungerande samarbete är betydelsefullt

Att ha ett fungerande samarbete med omvårdnadspersonalen ansågs betydelsefullt. Det framkom i studien att sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att prata med personalen som var i den dagliga omvårdnaden. Upplevelsen var att omvårdnadspersonalen var uppmärksam och gav bra information till sjuksköterskan. Sjuksköterskorna framhöll omvårdnadspersonalens betydelsefulla roll i verksamheten och beskrev hur de upplevde samarbetet.

”... men oftast är det personalen här är... eller överhuvudtaget har jag märkt är väldigt medvetna också... och dom är mycket noggranna och det minsta lilla som dom är osäker kommer dom och säger till... å det uppskattar jag...”(Sjuksköterska 1)

Att det var viktigt att lita på omvårdnadspersonalen framkom i studien. I kommunens hälso- och sjukvård är det vanligt förekommande att sjuksköterskan delegerar att lämna ut färdiga läkemedelsdoser till patienterna och där menade sjuksköterskorna att det var viktigt att omvårdnadspersonalen gav ordinerade läkemedel på rätt tid.

”... Att dom får sina läkemedel på tider och att det inte missas, så att dom ... oavsett vad gäller med blodtryck å Waran, smärtlindring det är ju viktigt att dom får sina ordinerade läkemedel när dom ska ha det ...”(Sjuksköterska 3)

I studien framkom också att det var viktigt att ha en bra kommunikation och ett bra samarbete med läkaren. Sjuksköterskorna ansåg dessutom att det var viktigt att de lyssnade och samarbetade med anhöriga och sjuksköterskorna framhöll vikten av att alla berörda samarbetade med varandra.

Personalbemanningen påverkar

Det framkom i studiens resultat att det fanns en önskan och behov av mer personal inom kommunens äldrevård. Sjuksköterskorna menade att personalbrist medförde en ökad

användning av lugnande läkemedel och att mer personal skulle leda till ett ökat välbefinnande hos de boende.

”... sen kan jag ju tycka att tyvärr då att ... ju mindre personal det blir desto större tendens är det liksom att behandla med tabletter för att ingen... just det här att ingen har tid att sitta hos dom, som är oroliga... det är ju jättetråkigt...”(Sjuksköterska 5)

Dessutom beskrev sjuksköterskorna att låg sjuksköterskebemanning påverkade arbetet negativt och det medförde att sjuksköterskorna fick göra punktinsatser och att det mest akuta togs upp på rondan.

”... då hinner man ju inte mer än att göra det här akuta, man tar upp det mest akuta på rondan också så, man är ju inte med kanske och ser lika mycket, utan då gör man punktinsatser... så man lägger... man får väl lägga ribban på den... så mycket som det finns resurser för...”(Sjuksköterska 5)

Bristande rutiner i verksamheten

Att det fanns brister i ordinationssystemet Pascal framgick av sjuksköterskornas svar. De beskrev att det var ett svårt och krångligt system och upplevelsen var att det var tidskrävande och svårt att tyda läkemedelslistorna. Sjuksköterskorna menade att systemet behövde utvärderas och förbättras.

”... den skulle kunna vara bättre. ... det är krångligare... och äh dom här listorna som vi får dom är inte lika tydliga som dom listor man hade tidigare... det kanske är ... ja det får utvärderas lite till... man skulle behöva titta igenom det nogare... men jag tycker att ... äh... det är sämre, det är det. Det krävs mera energi att kontrollera listor... tycker jag ... och krångligare att komma in...” (Sjuksköterska 1)

Mot bakgrund av systemets brister hade förändrade rutiner inom verksamheten bidragit till osäkerhet kring överlämnandet av läkemedel till de boende. Sjuksköterskorna beskrev att de inte längre fick skriva bak på dosetterna och att personalen istället skulle kontrollera antalet läkemedel mot medicinlistan som var utskriven från Pascal. Detta hade

bidragit till att sjuksköterskorna kände sig osäkra på om personalen förstod sig på listorna och kunde räkna att antalet läkemedel överensstämde mot vad som var delat i dosetten.

”... då ska personalen gå och titta i medicinlistan då och kunna tyda den, den är ju inte så lätt, doskorten är det inte lätt att förstå sig på, så det kändes lite som att det var säkrare tidigare för då kolla ju personlen, räknade på baksidan och räknade tablettorna i dosetten, stämde inte det så hörde dom alltid av sig till en sköterska...”(Sjuksköterska 3)

Resultatet i föreliggande studie visade att läkarna på sjukhuset hade bristande kunskaper om ApoDos (nu mer Pascal). Sjuksköterskorna beskrev att läkarna skrev ut egna läkemedelslistor som inte stämde med läkemedelslistan från ApoDos. Detta var något som upptog sjuksköterskornas tid när de skulle tyda olika listor och försöka få klarhet i vilka ordinationer som var aktuella.

”... Sen har ju dom nå egna listor som dom har dragit ut som dom tittar på å då kan ju inte alla läkare, kan ju inte med apodosen heller så oftast stämmer det inte... å det har inte blivit ändrat i dosen men nå annanstans...”(Sjuksköterska 5)

Att anpassa behandlingen till patientens förutsättning

Läkemedel kan bidra till negativa effekter hos äldre

Att ett flertal läkemedel kunde leda till negativa effekter och biverkningar hos äldre beskrevs av sjuksköterskorna. De menade att flera läkemedel kunde öka risken för fallolyckor och de hade erfarenhet av att vätskedrivande läkemedel och blodtryckssänkande läkemedel kunde leda till negativa biverkningar hos äldre. De beskrev också att morfinliknande preparat, neuroleptika och olämpliga sömnmedel kunde leda till negativa effekter hos äldre men det var läkemedlet Stesolid som sjuksköterskorna ofta lyfte fram som ett olämpligt preparat till äldre.

”... dom senaste månaderna som jag kan säga att det sattes in Stesolid på patienter, 2 milligram, 2 x 3, som dunka ner den personen helt, en uppegående patienten som var dement men som gick väldigt mycket hela dagarna, å hon vart rullstolsburen för hon orka inte gå...”(Sjuksköterska 4)

Att behandlas med många olika läkemedel ökar risken för att drabbas av läkemedelsrelaterade problem och det framgick av resultatet att sjuksköterskorna ansåg att äldre behandlades med för många läkemedel. Sjuksköterskorna beskrev att utsättning av läkemedel kunde leda till bättre livskvalitet.

”... hon är hjärtpatient men massor av olika hjärtmediciner... vätskedrivande... en lång lista... och hon sviktade en hel del å var till sjukhuset ganska regelbundet... å sen tänkte vi att... nej hon hatar att svälja tabletter, det är jättesvårt med henne... å en del tabletter var för stora... så då minskade vi det till det minimala... hon får 3 tabletter nu å hon börjar må bättre... hon har varit en enda gång på sjukhuset efter det ... så det är fantastiskt på det viset...”(Sjuksköterska 1)

Åldersförändringar hos äldre påverkar

Åldersförändringar hos äldre kunde påverka effekten av olika läkemedel och leda till negativa biverkningar. I föreliggande studie framkom att en del av sjuksköterskorna upplevde att äldre läkemedelsbehandling generaliserades och att hänsyn inte togs till kroppsliga förändringar. Dessutom menade sjuksköterskorna att en försämrad absorption hos äldre kunde påverka effekten av läkemedel samt att äldre ofta hade en ökande känslighet för läkemedel som kunde leda till ökad risk för fallolyckor.

”... det är väl just det här att dom är mer känslig då... många... att dom tål mindre ... just det här med fallrisker å att dom är uppe och struttar å...” (Sjuksköterska 5)

Ibland upplevde sjuksköterskorna att det kunde vara svårt att veta om det var läkemedelsbehandlingen som gav negativa biverkningar eller om det var grundsjukdomen som orsakade försämringen. Dessutom hade sjuksköterskorna erfarenhet av att effekten av ett läkemedel kunde variera mellan olika individer.

”... det skiljer ju, det märker jag med vissa mediciner ... man märker att en tablett kan fungera väldigt bra i en viss styrka på en person, men sen nästa person som får den tablett, antingen så kanske den ... det svarar inte alls, den personen svarar inte alls på den medicinen eller svarar alldeles för bra ...” (Sjuksköterska 3)

Mot bakgrund av de kroppsliga förändringar som sker med ökad ålder och det faktum att äldre reagerar annorlunda på läkemedel än yngre ansåg sjuksköterskorna att det behövs mer forskning och fler läkemedelsstudier på äldre människor.

”... alla försök som görs, det görs ju oftast på män i 20 årsåldern å det tror jag stämmer väldigt mycket alltså, för det är ju så att äldre reagerar helt annorlunda på läkemedel än vad man gör som yngre, det ser man ju mer och mer, så... ja det blir lite fel när man sätter in vissa läkemedel hos äldre...”(Sjuksköterska 4)

Alternativa behandlingsåtgärder

Sjuksköterskorna påtalade vikten av att alternativa behandlingsmetoder kunde leda till minskad användning av lugnande läkemedel. De ansåg att det var viktigt att ta reda på bakomliggande orsaker, som kunde vara smärta eller förstoppning, istället för att behandla med läkemedel. De gav exempel på att kedjetäcke, bolltäcke, extra kaloriintag och utevistelse kunde leda till minskad användning av sömnmedel och lugnande läkemedel.

*”... om han kunde så skulle han ordinera att alla fick vara ute ... utevistelse... det kanske också skulle minska en del läkemedel, lugnande läkemedel, sömnmedel ...”
(Sjuksköterska 3)*

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Dataanalysen resulterade i fyra teman med underliggande kategorier. De teman som framkom var: Sjuksköterskan har en betydelsefull roll, att ha insikt och kompetens om äldres läkemedelsanvändning, att anpassa behandlingen till patientens förutsättning och att ha en fungerande verksamhet. Resultatet visade att det fanns en ökad medvetenhet kring läkemedelsbehandling till äldre men att det också fanns ett behov av mer kunskap inom området. Att ha en fungerande verksamhet ansågs viktigt och det var betydelsefullt att ha ett bra samarbete med andra. Det upplevdes positivt med läkemedelsgenomgångar och resultatet visade att sjuksköterskorna tog ett stort ansvar för kvaliteten, var uppmärksamma och följde upp läkemedelsbehandlingar. Att anpassa läkemedelsbehandlingen till patientens förutsättningar ansågs viktigt för att undvika läkemedelsrelaterade problem. Det framgick av resultatet att läkarkontinuitet underlättade arbetet för sjuksköterskorna och höjde kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning. Det fanns ett önskemål om en geriatriker inom verksamheten då en del sjuksköterskor upplevde att allmänläkarna saknade kunskap om äldre och läkemedel.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskan tar ansvar för kvaliteten

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso – och sjukvården upplevde läkemedelsbehandling till äldre. Det framgick av resultatet att sjuksköterskan hade en betydelsefull roll i verksamheten och tog ett stort ansvar för äldres läkemedelsbehandling och följde upp läkemedelsbehandlingar. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs att sjuksköterskan ska ha en förmåga att vara uppmärksam på förändringar i patientens tillstånd och vid behov åtgärda dessa. Dessutom ska sjuksköterskan kunna följa upp behandlingar och ifrågasätta oklara ordinationer (a.a.). Att detta sker bekräftas av föreliggande studie där det framkom att sjuksköterskorna ifrågasatte läkaren och tog ansvar för att läkemedelbehandlingar avslutades som inte hade någon effekt. Författaren anser att det är viktigt att sjuksköterskan vågar ifrågasätta felaktiga ordinationer men tror att erfarenhet inom yrket och kunskap inom området har betydelse i sammanhanget.

Resultatet i studien visade att sjuksköterskan tog ansvar för kvaliteten i verksamheten, hade en betydelsefull roll och var uppmärksam på förändringar i patientens tillstånd och rapporterar till läkaren. Även Martinsens (Kirkevold, 2000) teori innefattar ett ansvarstagande för människor som är beroende av hjälp och de handlingar som sjuksköterskan utför ska gynna den som drabbats av ohälsa eller sjukdom.

I föreliggande studie framkom att sjuksköterskan inom den kommunala hälso – och sjukvården hade en betydelsefull roll i omsorgsarbetet och med sin patientnära kontakt fanns det goda förutsättningar att bedöma negativa effekter av läkemedel. Detta stöds av vad som framkom i Griffiths et al. (2004) studie. Den visade att sjuksköterskan med sin nära relation till patienten hade en viktig roll att identifiera och förebygga läkemedelsrelaterade problem och i sin tur kontakta ansvarig läkare (a.a.). I denna studie ansåg sjuksköterskorna att det medförde ett visst ansvar att vara länken mellan patienten och läkaren och parallellt går att dra med Martinsens teori om att vara ”professionell ställföreträdare” för patienten (Martinsen, 1993, refererad av Kirkevold, 2000). Martinsen menar att sjuksköterskan som arbetar nära patienten kan gå in tillfälligt och göra en professionell bedömning av situationen och hjälper patienten med det som orsakar lidandet.

Kunskap och medvetenhet

Resultatet i föreliggande studie visade på att sjuksköterskorna upplevde att det fanns en ökad medvetenhet kring läkemedelsbehandling till äldre. De beskrev att de själva var mer medvetna och uppmärksam på riskerna med läkemedelsbehandlingen till äldre. Dessutom var upplevelsen att det var mer fokus på vilka läkemedel som var lämpliga att använda på äldre och att det fanns en ökad medvetenhet om riskerna med att behandla äldre multisjuka. Dessutom beskrev en del sjuksköterskor att läkarna ordinerade läkemedel i mindre utsträckning och att de var bättre på att sätta ut olämpliga läkemedel. Även Fastbom (Äldrecentrum, 2012) hävdar att det finns en ökad medvetenhet och ett ökat intresse för äldre och läkemedel och han menar dessutom att äldre själva och anhöriga har mer kunskap (a.a.). Sjuksköterskorna i denna studie upplevde också att anhöriga var mer pålästa och att de behövde information av läkaren vid oklara ordinationer. Sammantaget visar bägge resultaten på att den debatt som pågått under de senaste åren gällande

riskerna med äldre och läkemedel har gett positiv effekt i form av ökad medvetenhet bland alla inblandade.

Det fanns ett behov av mer kunskap om läkemedel och äldre inom den kommunala hälso – och sjukvården. Sjuksköterskorna menade att det saknades kunskaper och det fanns behov av utbildning kontinuerligt. Att all personal fick utbildning regelbundet framhölls som betydelsefullt och detta påpekade även Fastbom (2005) som viktigt. Tidigare studier har visat att sjuksköterskor har bristande kunskaper i farmakologi och att det är angeläget med utbildning inom området (Bergqvist et al., 2009; King, 2004; Ndosi & Newell, 2009). Bergqvist et al. (2009) fann att utbildning i farmakologi kunde bidra till att sjuksköterskor kunde identifiera och upptäcka oönskade effekter av läkemedel hos äldre. Den studien visade också på att korta utbildningstillfällen kunde öka medvetenheten bland sjuksköterskorna och leda till positiva resultat. Ndosis och Newells (2009) studie visade också på att sjuksköterskor hade bristande kunskaper om farmakologi, däribland okunskap om läkemedelsinteraktioner. Detta överensstämmer med resultatet i denna studie där sjuksköterskorna ansåg att de saknade kunskaper om hur läkemedel kunde påverka varandra. Således överensstämmer resultaten med varandra och dessa fynd tyder på att det behövs mer utbildning om farmakologi och äldre samt att det är viktigt att ha kunskaper om läkemedelsinteraktioner då sjuksköterskan i större utsträckning arbetar med äldre människor som ofta har flera olika läkemedel samtidigt.

Det påvisades i denna studie att erfarenhet inom yrket hade betydelse. Sjuksköterskorna hävdade att de var genom sin erfarenhet som de hade fått kunskap om biverkningar och hur äldre reagerade på vissa läkemedel. Resultatet tyder på att erfarenhet och kunskap har stor betydelse och det kan bidra till ökad säkerhet kring äldres läkemedelshantering. Även Martinsens (2000) framhåller vikten av erfarenhetens betydelse för att kunna förstå och menar att det är genom situationer som det finns erfarenheter ifrån som förståelsen och kunskapen växer fram. Hon anser att det är den erfarenhetsbaserade kunskapen som är den grundläggande för att kunna utöva omvårdnad (a.a.).

Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna ansåg att de hade bristande kunskaper som nyfärdig sjuksköterska och de menade att de hade fått lärt sig med åren. Detta överensstämmer med Ives, Hodges, Bullocks och Marriots (1996) och Manias och Bullocks (2002) studier som visade att det fanns kunskapsbrister om farmakologi bland

nyutexaminerade sjuksköterskor. För att ge sjuksköterskor förutsättningar för att klara av de krav som ställs och känna sig trygga med sina arbetsuppgifter kan det innebära att sjuksköterskeutbildningarna kan behöva förbättras vad gäller utbildning i farmakologi. Dessutom är det av betydelse att det finns bra utbildningsrutiner på arbetsplatserna samt att verksamheten uppmuntrar och möjliggör för sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Ökad kompetensen bland personalen höjer kvaliteten i verksamheten och bidrar till att nyutexaminerade sjuksköterskor får bättre förutsättningar att klara av sina arbetsuppgifter när det finns personal att rådfråga som har den kunskap som behövs.

Flertalet läkemedel som äldre använder är förenade med risker och det är viktigt att läkarna har kunskap om farmakologi hos äldre. Gurner och Thorslund (2010) menar att utbildning bland läkarna är en viktig åtgärd för att komma till rätta med bristerna med äldres läkemedelsanvändning och de anser att läkarna behövde lära sig metoder för att kunna uppmärksamma och sätta ut läkemedel. Föreliggande studie visade på att det fanns delade meningar om läkarnas kunskaper om läkemedelsbehandling till äldre. En del sjuksköterskor var nöjda med läkarens insatser och ansåg att de var uppmärksamma och hade de kunskaper som behövdes. Men en del sjuksköterskor upplevde att allmänläkarna saknade kunskaper om äldre och ordinerade olämpliga läkemedel. Dessutom menade sjuksköterskorna att läkarna hade olika syn på läkemedelsbehandling och valde preparat som de var vana att använda trots att de ansågs olämpliga. Flertalet studier styrker sjuksköterskornas upplevelse. Söderberg, Nilsson och Frisk (2012) rapporterar att det är vanligt att äldre behandlas med olämpliga läkemedel som Stesolid, Propavan och Tradolan. Även Kragh (2004) kom i sin studie fram till att det var vanligt förekommande att äldre behandlades med olämpliga läkemedel som sömnmedel och lugnande läkemedel. Detta tyder på brister och okunskap hos läkarna då dessa preparat bör undvikas på äldre personer och fynden visar på vikten av ökad kompetens bland läkarna om äldre och farmakologi.

I denna studie fanns ett önskemål om en geriatriker inom verksamheten. Det är få läkare som har kunskap om äldre och det har bland annat Socialstyrelsen rapport om ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi visat (Socialstyrelsen, 2011). Där står att det råder brist på specialistutbildade läkare inom geriatrik och framtidens behov anses stort. Rapporten visar också att det finns ett behov av ökad kompetens i geriatrik inom alla yrkesgrupper däribland specialistsjuksköterskor i vård av äldre.

Att ha en fungerande verksamhet

Att ha en fungerande verksamhet ansågs viktigt och det var betydelsefullt att ha ett bra samarbete med andra yrkesgrupper. Även Griffiths, Johnson, Piper och Langdon (2004) betonar betydelsen av att ha ett bra samarbete med övrig vårdpersonal. I denna studie framkom att läkemedelsgenomgångar leder till förbättringar i verksamheten. Detta hävdade också Eriksson, Kragh och Midlöv (2005) som rapporterade att antalet läkemedel och olämpliga läkemedel som till exempel neuroleptika och långtidsverkande benzodiazepiner minskade efter läkemedelsgenomgångar. Dessutom kunde de se positiva effekter hos den personal som var delaktig (a.a.). Detta stämmer överrens med resultatet i denna studie där sjuksköterskorna kunde se ett minskat antal läkemedel efter läkemedelsgenomgångar och en kompetenshöjning i personalgruppen. Dessutom upplevde sjuksköterskorna också att personalen blev mindre angelägna att be om lugnande läkemedel och psykofarmaka efter att de deltagit i läkemedelsgenomgångarna. Detta tyder på att det är betydelsefullt att läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet då det leder till positiva vinster för personalen i form ökad kompetens samt att äldre själva får en bättre livskvalitet.

Bristande läkarkontinuitet försvårade arbetet för sjuksköterskorna. Det blev ett ökat ansvar för sjuksköterskan som fick ta ett större ansvar när tillfälliga läkare anlätades i verksamheten. Dessutom ökade antalet läkemedel när flera olika läkare var inblandade. Detta styrks av rapporten om äldres läkemedelsanvändning (Socialstyrelsen, 2004) där det framkom att det finns ett statistiskt signifikant samband mellan antalet läkemedel och antalet förskrivare. Även andra studier har visat på att ett ökat antal föreskrivare var förknippat med högre antal förskrivna läkemedel (Bergman, Olsson, Carlsten, Waern & Fastbom, 2007). Således överensstämmer resultaten med varandra och de visar på brister i äldres läkemedelsanvändning och vikten av läkarkontinuitet i verksamheten.

Resultatet i denna studie påvisade att personalbrist kunde leda till ökad användning av lugnande läkemedel och att mer personal skulle leda till ökat välbefinnande hos de boende. Även Gurner och Thorslund (2010) beskriver detsamma. De rapporterar att underbemanning ibland medför att oroliga och ”stökiga” patienter behandlas med psykofarmaka för att det inte tid finns för att ge en god omvårdnad. Resultatet visar på redan kända problem med underbemanning inom äldreården. Fyndet i denna studie

tyder på att det är mycket angeläget med ökad bemanning inom verksamheten som i sin tur kan leda till minskad användning av lugnande läkemedel och minska risken för läkemedelsrelaterade problem hos äldre.

Läkemedelsverket gjorde år 2013 en undersökning om personalens och patienternas syn på dostjänsten Pascal och vad de tyckte kunde förbättras (Läkemedelsverket, 2013). I resultatet framkom att ordinationssystemet har fördelar men att det också behöver förbättras och anpassas till användaren. Även i denna studie framkom att systemet upplevedes krångligt och det var svårt att tyda läkemedelslistorna och sjuksköterskorna beskrev att de var osäkra på om omvårdnadspersonalen förstod sig på listorna. Resultatet påvisade också att läkarna på sjukhuset hade bristande kunskaper och inte förstod sig på ordinationssystemet Apodos, nu mer Pascal. Mot bakgrund av det skrev de ut egna listor som ofta inte stämde överrens med medicinlistan från dostjänsten och detta medförde ett extra arbete för sjuksköterskan som fick kontrollera olika listor. Läkemedelsverket (2012) anser att ordinationssystemet behöver förbättras på flera punkter och läkarna behöver teknisk support gällande användandet av systemet och vid förskrivningar av läkemedel. En allvarlig konsekvens med ordinationssystemet Pascal är att registerstudier har visat på att antalet läkemedel stiger i samband med övergången till systemet (Läkemedelsverket, 2013). Dessutom görs färre läkemedelssändringar och antalet olämpliga och riskfyllda läkemedelbehandlingar ökar utifrån Socialstyrelsens indikationer (a.a.). Detta visar att systemet har allvarliga brister när olämpliga läkemedel sätts in och ordinationer förnyas slentrianmässigt utan en aktiv uppföljning av insatta läkemedel.

Att anpassa behandlingen till patientens förutsättning

Förändringar i farmakokinetik och farmakodynamik medförde att äldre hade ökad risk för att drabbas av negativa biverkningar av läkemedel. Studien visade att ett flertal läkemedel som ibland ordinerades var direkt olämpliga med risk för negativa följder. I Socialstyrelsens rapport om indikationer för läkemedelsterapi hos äldre (Socialstyrelsen, 2010) finns en förteckning över preparat som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. En del av dessa preparat hade sjuksköterskorna i föreliggande studie erfarenhet av att de ibland ordinerades till äldre. Detta tyder på att indikationerna beträffande vilka läkemedel som bör undvikas inte är tillräckligt kända bland föreskrivande läkare. Det bekräftas av Söderbergs, Frisks och Nilssons (2012) studie som

visar att det finns en okunskap bland läkarna om Socialstyrelsens rekommendationer. Sammanfattningsvis visar båda resultaten på att läkarna behöver bli mer uppmärksamma på indikationerna för att en säker vård ska kunna bedrivas.

I föreliggande studie ansåg sjuksköterskorna att icke farmakologiska behandlingsalternativ kunde leda till minskad användning av lugnande läkemedel. Även Fastbom (Äldrecentrum, 2012) anser att det kan leda till positiva vinster för patienten när de får en behandling som är bättre än läkemedel. Fastbom (2005) menar också och det är angeläget med utbildning inom området men ingen av sjuksköterskorna i denna studie lyfte frågan om att det önskade mer kunskap om alternativa behandlingsmetoder. Författaren anser att sjuksköterskan bör ses som en resurs i omsorgsarbetet och med sin legitimation i omvårdnad och kunskaper om omvårdnadsåtgärder finns det goda förutsättningar att tillämpa icke farmakologiska behandlingsalternativ i verksamheten.

Metoddiskussion

För att beskriva hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso – och sjukvården upplevde läkemedelshantering till äldre valdes kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod som analyserade enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2012). Metoden är användbar då den kan tillämpas vid analys av intervjuer och kan anpassas till vilken kunskap och erfarenhet forskaren har (a.a.). Författaren ansåg att metoden lämpade sig väl till studien då intresset låg i att fånga sjuksköterskornas upplevelser.

Inom kvalitativ forskning används begreppen *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* för att bedöma trovärdigheten i en studie (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). *Giltighet* handlar om hur pass trovärdigt resultatet är mot bakgrund av urval, datainsamlingsmetod och analys (a.a.). Med *tillförlitlighet* menas om en annan person kan upprepa studien i liknande sammanhang, med liknande deltagare och komma fram liknande resultat (Beck, 1993). Med *överförbarhet* menas om resultatet kan överföras till andra grupper under liknade förhållanden (Lundman & Hällgren - Graneheim, 2012). Genom att ge en klar och tydlig bild av urvalskriterierna, val av urval, datainsamlingsmetod och hur analysprocessen har gått till väga samt ta i beaktande i vilket sammanhang studien genomfördes, ger det läsaren en chans att bedöma giltigheten och överförbarheten i studien (a.a.). Att beskriva metoden så noggrant som möjligt och

bifoga intervjuguiden bidrar också till att en annan person kan upprepa studien och komma fram till liknande resultat (tillförlitlighet).

I föreliggande studie användes ett ändamålsenligt urval och en förhoppning med urvalet var att få en spridning av intervjumaterialet. Detta stärker giltigheten i studien enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012). I föreliggande studie hade informanterna olika bakgrunder som sjuksköterska med varierande yrkeserfarenhet inom kommunens äldreomsorg. Mot bakgrund av den variation och bredd som blev efter urvalet gällande yrkeserfarenhet kan det antas att resultatet är överförbart till andra verksamheter under likande förhållanden men det är upp till läsaren att bedöma huruvida det är möjligt (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Totalt tillfrågades sju sjuksköterskor om deltagande i studien men det blev fem sjuksköterskor som deltog. Kavle (2009) skriver att ”intervjua så många personer som behövs för att ta reda på det du vill veta” (s. 129). Han menar att antalet personer som är nödvändigt att intervjua beror på undersökningens syfte. I föreliggande studie var det två sjuksköterskor som inte svarade på informationsbrevet men författaren anser ändå att underlaget blev lagom stort och svarade mot syftet med studien.

Författaren hade i förväg konstruerat en intervjuguide med totalt sex stora öppna frågeområden som svarade mot undersökningens syfte. Genom semistrukturerade intervjuer var förhoppningen att deltagarna själva skulle få chansen att svara utan alltför mycket styrning från författaren. Författaren anser att det kan ha varit en fördel att informanterna fick ta del av frågorna innan intervjun. Det kan ha bidragit till att de var mer insatta i ämnet och väl förberedda.

Samtliga intervjuer kom att genomföras på respektive arbetsplats i ett enskilt rum utan störande moment. Trost (2005, s. 66) beskriver att ”oavsett var intervjun sker så är det viktigt att man i anslutningen till analys av materialet kan resonera kring vilken inverkan lokalen kan ha på trovärdigheten hos data”. Författaren upplevde att det var en lugn stämning under intervjuerna och informanterna var positivt inställda till studien och villigt delade med sig av sina upplevelser. En del informanter berättade mycket ingående om hur de upplevde läkemedelshantering till äldre utan att så många fölfrågor fick ställas och till en del fick fler fölfrågor ställas för att få ett djup i frågorna.

Under intervjun strävade författaren efter att ha ett objekt förhållningssätt och inte ha någon förförståelse för att undvika att påverka informanterna med sina egna åsikter. Ibland var det svårt att vara helt objektiv eftersom en del sjuksköterskor ställde frågor som var riktade till en kollega som till exempel; ”vet du vad jag menar?” eller påstående som ”ja du vet”. Dock ansågs det inte vara till studiens nackdel utan det kan ha bidragit till att informanterna lämnade djupare svar eftersom författaren själv är sjuksköterska och insatt i ämnet. Författaren hade själv konstruerat intervjuguiden och skrivit syftet med studien och det kan betyda att det redan fanns en underliggande förförståelse och det kan ha bidragit till att följdfrågor ställdes under intervjun som författaren själv ansågs vara av vikt för studien. Dessutom kan den egna erfarenheten inom yrket och den underliggande förförståelsen omedvetet ha påverkat tolkningen av olika teman under analysprocessen.

Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Samtliga intervjuer transkriberades i nära anslutning till intervjun för att författaren lättare skulle komma ihåg detaljer som var av värde. Allt inspelat material transkriberas ordagrant och det innebar att skratt, hummande och pauser noterades i texten och det stärker tillförlitligheten i studien. Trost (2005) menar att det både finns för- och nackdelar med att använda sig av en ljudupptagare. Till fördelarna hör att det går att lyssna på materialet flera gånger samt att det är lärorikt att lyssna på sin egen intervjuteknik (a.a.). Författaren kunde genom att lyssna på sig själv och kritiskt granska sin intervjuteknik, höra egna misstag och ta med sig det som var bra till nästa intervju. Nackdelarna med att använda sig av en ljudupptagare är att det kan vara tidskrävande och det kan ta lång tid att spola fram och tillbaka vid oklarheter under transkriberingen (Trost, 2005). Dessutom missas detaljer som gester och ansiktsuttryck (a.a.). Under transkriberingen var det ibland tidsödande att spola fram och tillbaka för att förstå vad informanterna menade. Detta kan dock bero på liten erfarenhet hos författaren att transkribera taltext. I föreliggande studie kan diktafonen ha bidragit till att sjuksköterskorna kände sig störda av diktafonen och att intervjuerna hämmades. En av informanterna uttryckte klart att hon kände sig nervös och störd av diktafonen och det kan ha bidragit till att intervjun i det fallet blev kort.

I analysarbetet diskuterade författaren tillsammans med handledaren att koder och kategorier överensstämde med intervjutexten samt att tolkningen av teman var rimliga. Detta stärker trovärdigheten i studier enligt Lundman och Hällgren – Graneheim (2012)

som menar att det kan vara värdefullt att gå igenom analysarbetet med personer som är insatt i ämnet och forskning. Under resultatavsnittet i föreliggande studie finns de kategorier och teman presenterade som framkom under analysarbetet. Författaren har även redovisat citat ordagrant i resultatet, det bidrar också till att ge läsaren en möjlighet att bedöma giltigheten i studien (a.a.). I samband med analysprocessen var det ibland svårt att plocka ut lagom stora meningsbärande enheter i texten. Vissa meningar hade flera betydelser och ibland blev meningarna för korta och det fanns risk för fragmentering. Det upplevdes också svårt att placera vissa koder under rätt kategori eftersom vissa av dem kunde passa in i flera kategorier. Vid dessa tillfällen fick författaren gå tillbaka till den ursprungliga texten och säkerställa att meningsenheterna stämde överrens med den transkriberade texten och att de hade kondenserats på rätt sätt.

Slutsats

Avsikten med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso – och sjukvården upplevde läkemedelshantering till äldre. Resultatet visade inte på någon ny kunskap utan bekräftar redan tidigare känd forskning inom området. Resultatet visade framförallt att det råder en kunskapsbrist bland sjuksköterskor och läkare om äldre och farmakologi. Därutöver behöver läkarna bli mer uppmärksamma på Socialstyrelsens rekommendationer beträffande vilka läkemedel som bör undvikas på äldre. Dessutom bekräftas i studien att underbemanning och avsaknad av läkarkontinuitet leder till brister i verksamheten samt att ordinationssystemet Pascal behöver förbättras för att en säker vård ska kunna bedrivas. Det bekräftas även att alternativa behandlingsmetoder kan leda till positiva vinster för patienten samt vikten av att läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet då det höjer kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning.

Kliniska implikationer

Resultatet i studien kan ge en djupare förståelse för hur sjuksköterskor upplever läkemedelshantering till äldre och genom att låta andra sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ta del av studien kan det leda till en ökad förståelse och kunskap om läkemedelshantering till äldre. Flera faktorer för att höja kvaliteten på äldre läkemedelshantering identifierades i studien såsom att:

- Sjuksköterskor inom den kommunala hälso – och sjukvården behöver mer utbildning och kunskap om läkemedel och äldre, däribland kunskaper om läkemedelsinteraktioner. Dessutom är det angeläget att det finns kontinuerlig fortutbildning för sjuksköterskor efter examination.
- Läkarna behöver kunskap om äldre och läkemedel och Socialstyrelsen rekommendationer beträffande vilka läkemedel som bör undvikas på äldre behöver uppmärksammas mer inom läkarkåren.
- Det är angeläget med god läkarkontinuitet i verksamheten.
- Ordinationssystemet Pascal behöver förbättras på flera punkter för att en säker läkemedelhantering till äldre ska kunna tillämpas.
- Det är angeläget med ökad bemanning inom verksamheten som i sin tur kan leda till minskad användning av lugnande läkemedel och sömnmedel.
- Det är angeläget att det finns kunskaper om alternativa behandlingsåtgärder och sjuksköterskan bör ses som en resurs i omsorgsarbetet. Med sin legitimation i omvårdnad och kunskaper om omvårdnadsåtgärder finns det goda förutsättningar att tillämpa icke farmakologiska behandlingsalternativ i verksamheten.

Förslag till vidare forskning

I kommande studier skulle det vara intressant att undersöka hur omvårdnadspersonalen ser på läkemedelshantering till äldre och hur de upplever sin roll i teamarbetet kring patienten. Dessutom skulle det vara mycket intressant att veta hur äldre själva ser på sin läkemedelsbehandling och hur medvetna de är om vilka risker som finns.

Uppsatsförfattarens tack

Ett stort tack till min handledare Ingrid From för ovärderlig hjälp under skrivandet. Tack till sjuksköterskorna som deltog och därigenom gjorde det möjligt för mig att genomföra den här studien.

REFERENSER

Beck, C. T. (1993). Qualitative research: the evaluation of its credibility, fittingness, and auditability. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2), 263-266.

Bergqvist, M., Ulfvarson, J., Andersson – Karlsson, E. & Von Bahr, C. (2008). A nurse-led intervention for identification of drug-related problems. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64 (5), 451–456.

Bergman, A., Olsson, J., Carlsten, A., Waern, M. & Fastbom, J. (2007). Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 9-14.

Ensrud, K. E., Blackwell, T. L., Mangione C. M., Bowman P. J., Whooley M. A., Bauer D. C.,... Nevitt, M. C. (2002). Central nervous system-active medications and risk for falls in older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (10), 1629-1637.

Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. (2003). *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 23 (4), 1-5.

Eriksson, T., Kragh, A. & Midlöv, P. (2005) *Hur förbättrar vi äldres läkemedelsbehandling*. I B. Kragh (Red), *Äldres läkemedelsbehandling: orsaker och risker vid multimedcinering* (s. 237). Lund: Studentlitteratur.

Fastbom, J. (2005). *Läkemedel och äldre*. I B. Ihre (Red.), *Enligt ordination: om bättre läkemedelsanvändning* (s. 91-116). Lund: Studentlitteratur.

Fastbom, J. (2001). *Äldre och läkemedel*. Lund: Studentlitteratur.

Finne-Soveri, H., Noro, A. & Björkgren, M. (2004). Polyfarmaci inom de institutionella boendeformerna för äldre i Finland. *Finska läkarsällskapets handlingar*, 164 (2), 55-61.

Fonad, E., Emami, A., Wahlin T.R., Winblad, B. & Sandmark, H. (2009) Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), 2-10.

Frazier, S.C. (2005). Outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, 31 (9), 4-11.

Gurner U. & Thorslund M. (2010). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur & kultur.

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M. & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10 (4), 166–176.

Gunnarsdotter, S. (2010). Yngve Gustafson, professor och överläkare i geriatrik: Medicinering av riktigt gamla rena rama experimentverksamheten. *Läkartidningen*, 107 (6), 361-364.

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Herings, R.M., Stricker, B.H., De Boer, A., Bakker, A. & Sturman, F. (1995). Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. *Archives of Internal Medicine*, 155(16):1801-1807.

Hylen Ranhoff, A. & Børdahl, B. (2008). *Äldre och läkemedel*. IB. Kirkevold, Brodtkorb, Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (s.164). Stockholm: Liber.

Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

- Ihre, T. (Red.).(2005). *Enligt ordination: om bättre läkemedelsanvändning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ives, G., Hodge, K., Bullock, S. & Marriot, J. (1996). First year RNs' actual and self-rated pharmacology knowledge. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 14 (1), 13-19.
- Johansson, L. (2002). Den stora oredan i Säbo. *Äldre i centrum nummer 1*. Hämtad 13 januari, 2013, från äldrecentrum, <http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2004-2002/Nr-12002-Aldre-bostad---hem-eller-varldplats/Den-stora-oredan-i-Sabo/>
- Josefsson, K.(2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg*. Stockholm: Gothia.
- Kapborg, I. & Svensson, H. (1999). The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (4), 950-957.
- King, R.L. (2004). Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4), 392-400.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (red.). (2010). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till äldre*. Stockholm: Liber.
- Kragh, A. (2004). Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. *Läkartidningen*, 101(11), 994-999.
- Kragh, A. (red.). (2005). *Äldres läkemedelsanvändning: Orsaker och risker vid multimedcinering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I B: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård* Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket (2013). *Regeringsuppdrag: utvärdering av dostjänsten, rapport från läkemedelsverket*. Hämtad 15 maj, 2013, från Läkemedelsverket, http://www.lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2013/Rapport-utvardering_av_dostjansten_2013-02-28.pdf

Manias, E. & Bullock, S. (2002). The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: clinical nurses' perceptions and experiences of graduate nurses' medication knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (8), 773-784.

Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Midlöv, P. (2005). *Åldrande och läkemedel*. I B. Kragh (Red.), *Äldres läkemedelsbehandling: orsaker och risker vid multimedcinering* (s. 48). Lund: Studentlitteratur.

Ndosi, M.E. & Newell, R. (2009). Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4), 570-580.

Paul, E., End-Rodrigues, T., Thylén, P. & Bergman, U. (2008). Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre- En klinisk retrospektiv studie. *Läkartidningen*, 105(35), 2338-2342.

Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. (2010). *PCNE Classification V 6.2*. Hämtad 12 juni, 2013, från Pharmaceutical Care Network Europe, <http://www.pcne.org/sig/drpd/documents/PCNE%20classification%20V6-2.pdf>

Schöller, T. (2005). *Orsaker till polyfarmaci*. I B. Kragh (Red.), *Äldres läkemedelsbehandling: orsaker och risker vid multimedcinering* (s. 63-89). Lund: Studentlitteratur.

Slettebø, Å. (2008). *Lagens ramar och etiska utmaningar*. IB. Kirkevold, Brodtkorb, Hysten Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (s.169). Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen. (2004). *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Hämtad 28 november, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10283/2004-103-19_200410319.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 23 november, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2010) *Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Hämtad 23 november, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>

Socialstyrelsen. (2011) *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi: strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder*. Hämtad 13 maj, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18282/2011-3-34.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Äldre med regelbunden medicinering: antalet läkemedel som riskmarkör*. Hämtad 25 november, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18737/2012-6-18.pdf>

SOSFS 2000:1. *I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 23 november, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Äldres läkemedelsanvändning - Hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr 193). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 23 november, 2012, från statens

beredning för medicinsk utvärdering,

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Lakemedel_Aldre_Fulltext.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlagets* (SBU-rapport, nr 163). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 12 Mars, 2013, från statens beredning för medicinsk utvärdering,

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/aldrevard_2003/aldrevardfull.html

Söderberg, K., Frisk, P. & Nilsson, L.(2012). Rekommendationer om medel som bör undvikas är inte tillräckligt kända: olämpliga läkemedel ordineras främst i primärvården. *Läkartidningen*, 109 (20-21), 1019-1021.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 23 november, 2012 Från Vetenskapsrådet, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Äldrecentrum: forskning & utbildning. (2012). *Vanlig att äldre får för höga doser av läkemedel*. Hämtad 13 maj, 2013, från äldrecentrum, <http://www.aldrecentrum.se/Nyheter/vanligt-att-aldre-far-for-hoga-doser-lakemedel/>

Bilaga 1

INTERVJUGUIDE

Demografiska uppgifter

- Kön
- Ålder
- Utbildning
- Antal år i yrket som sjuksköterska/sjuksköterska i kommunens hälso – och sjukvård.

Inledande fråga

- Beskriv hur du upplever läkemedelsbehandling till äldre?

Följdfrågor

- Hur ser du på din kunskap inom området?
- Hur ser du på ditt ansvar inom området?
- Hur upplever du att rutinerna kring läkemedelsbehandling till äldre fungerar?
- Vad tycker du är viktigt att tänka på när det gäller äldre och läkemedel?
- Är det något som du tycker kan förbättras?