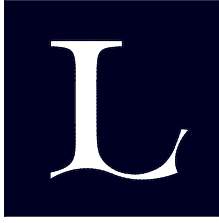


## Sjuksköterskans syn på faktorer som påverkar läkemedelsbehandlingen hos äldre personer

Linda Lundberg  
Carina Storck  
2015

Specialistsjuksköterskeexamen  
Vård av äldre

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Sjuksköterskans syn på faktorer som påverkar  
läkemedelsbehandlingen hos äldre personer

Nurses views on the factors that influence drug treatment in  
older persons

**Linda Lundberg & Carina Storck**

Kurs: O7008H, Examensarbete 15 hp

Vårterminen 2015

Specialistsjuksköterskeprogrammet

med inriktning Vård av äldre 60 hp

Handledare: Eva Karlsson

# Sjuksköterskans erfarenhet av polyfarmaci hos äldre

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelning för omvårdnad

Linda Lundberg och Carina Storck

## Abstrakt

*Bakgrund:* Den farmakologiska utvecklingen har lett till att antalet äldre ökar i Sverige och resten av världen då fler sjukdomar kan behandlas vilket har lett till en ökad läkemedelsanvändning framförallt hos de äldre. Risken för läkemedelsbiverkningar ökar kraftigt med stigande ålder och tillsammans med ett stort antal läkemedel utgör detta en bidragande orsak till sjukhusinläggningar med höga samhällskostnader och ett stort lidande för den äldre. Sjuksköterskan har ett ansvar i att säkerhetsställa läkemedelsbehandlingen genom att observera, dokumentera, hantera och åtgärda förändringar som kan drabba patienten både fysiskt och psykiskt. *Syfte:* Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av polyfarmaci på särskilda boenden. *Metod:* Data insamlades via semistrukturerade intervjuer och analyserades enligt en tematisk kvalitativ innehållsanalys. Åtta sjuksköterskor på olika särskilda boenden i en kommun intervjuades. Analysen resulterade i det övergripande temat: Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning med de två kategorierna: sjuksköterskans syn på ansvar och faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen. *Resultat:* I resultatet framkom att sjuksköterskan känner ansvar gällande de äldres läkemedelsanvändning men att tidsbrist och att arbetsgivaren inte ger sjuksköterskorna förutsättningar till vidareutbildning samt möjligheter till att delta i föreläsningar och kortare utbildningar, förhindrar sjuksköterskans utveckling och möjligheter att hålla sig uppdaterad angående läkemedel och äldre.

Nyckelord: äldre, läkemedel, ansvar, utbildning, intervjustudie, kvalitativ metod

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Bakgrund .....   | 1  |
| Inledning.....   | 1  |
| Läkemedel och äldre .....  | 1  |
| Polyfarmaci och dess konsekvenser .....                          | 2  |
| Ansvar och kunskap .....   | 4  |
| Problemformulering .....   | 5  |
| Syfte .....  | 6  |
| Metod .....  | 6  |
| Design.....  | 6  |
| Urval.....   | 6  |
| Datainsamling.....   | 7  |
| Dataanalys .....   | 7  |
| Etiska övervägande .....   | 8  |
| Resultat.....  | 8  |
| Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning ..... | 9  |
| Sjuksköterskans syn på ansvar .....                              | 9  |
| Faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen .....              | 12 |
| Resultatdiskussion.....  | 15 |
| Metoddiskussion.....   | 20 |
| Konklusion .....   | 22 |
| Vidare forskning.....  | 23 |
| Referenser.....  | 24 |
| Bilaga 1 .....   | 29 |
| Intervjuguide .....  | 29 |
| Bilaga 2 .....   | 30 |
| Informationsbrev .....   | 30 |
| Bilaga 3 .....   | 31 |
| Samtyckesformulär.....   | 31 |

# Bakgrund

## Inledning

I omvårdnaden av äldre personer på särskilt boende (SÄBO) är kunskapen om läkemedelsbiverkningar en viktig del för att optimera läkemedelsbehandlingen och öka livskvalitén (Cowan, While, Roberts & Fitzpatrick, 2002). Antalet äldre ökar i Sverige och resten av världen och med detta följer även en ökning av andelen äldre som förbrukar läkemedel (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2009). En av anledningarna till att allt fler blir äldre är den farmakologiska utvecklingen de senaste decennierna vilket har lett till att äldre kan leva längre då fler sjukdomar kan behandlas. Även riskfaktorer såsom hypertoni, och benskörhet behandlas vilket leder till att antalet läkemedel ökar per person. Att använda många läkemedel samtidigt utgör en betydande riskfaktor då risken för biverkningar ökar och interaktioner mellan läkemedel kan få förödande konsekvenser (Ibid.).

Ålderspensioneringen i Sverige börjar för de flesta vid 65 års ålder och används därför ofta som gräns mellan yngre och äldre (Larsson & Rundgren, 2010). I arbetet valdes därför denna definition av äldre.

## Läkemedel och äldre

Prevalensen av sjukdomar ökar med ålder och konsekvenserna av sjukdomar och trauman blir också mer uttalade ju äldre den som drabbas är. Dessutom blir följderna av sjukdomen mycket svårare då den äldre kanske inte kan klara sig själv och därmed blir vårdberoende. En snabb och klinisk bedömning och insättande av farmakologisk behandling är därför extra viktigt för att behålla livskvalitet och oberoende, samtidigt som reservkapaciteten hos äldre minskar med åldern vilket måste beaktas vid dosering av läkemedel (Kaufman, 2013).

Det biologiska åldrandet handlar inte bara om det vi ser som grått hår och rynkor, utan det som den äldre påverkas mest av är den nedsatta funktionen i flera organ vilket minskar motståndet för yttre påfrestningar som till exempel sjukdomar och läkemedel (Kaufman, 2013). På grund av att äldre ofta har nedsättningar på olika organ och att risken är stor att de läkemedelsbehandlas för någon sjukdom, utesluts äldre ofta ur läkemedelsstudier av etiska skäl. Även äldre personer med kognitiv nedsättning utesluts då de inte kan medverka till

samtycke. Detta medför att det saknas medicinska studier för äldre, att referensvärden saknas och att rätt dosering vid läkemedelbehandling för äldre därför är oklar vilket medför att läkemedelsordinationerna i dagsläget baseras på erfarenhet och allmän praxis (SBU, 2003).

Detta innebär att basen av vetenskaplig expertis är svagast för åldersgrupper som oftast behandlas för fler sjukdomar samtidigt (SBU, 2003).

Läkemedelsomsättningen i kroppen, vilket innebär läkemedlets absorption, distribution, metabolism och elimination påverkas av det biologiska åldrandet (Kaufman, 2013; Mangoni & Jackson, 2004). Saltsyreproduktionen i ventrikeln minskar med stigande ålder vilket kan ha betydelse för absorptionen då de flesta perorala läkemedel löses upp i sur miljö. En minskad vätskevolym innebär en högre vävnadskoncentration av vissa vattenlösliga läkemedel samtidigt som kroppsfettet ökar. Detta får till följd att fettlösliga läkemedel har en större yta att fördelas på och samlas i kroppen vilket påverkar distributionen av läkemedlet och kan leda till förlängd halveringstid. Fettlösliga läkemedel måste metaboliseras i levern för att utsöndras och på grund av försämrad leverfunktion metaboliseras de långsammare vilket kan leda till att koncentrationen blir för hög. Njurarnas funktion och elimination minskas redan vid 30 års ålder och beräknas vara halverad när man är runt 80 år. Vid behandling med läkemedel som utsöndras via njurarna måste doseringen därför beaktas noggrant då risken är stor för toxisk påverkan med svåra biverkningar till följd av en successivt ökad koncentration (Ibid.).

## Polyfarmaci och dess konsekvenser

Gnjidic et al. (2012) menar att fem läkemedel eller fler är en korrekt definition av polyfarmaci då antalet var starkt relaterat till förekomsten av läkemedelsrelaterade problem. I vår studie har därför denna definition valts.

Läkemedelsförskrivningen har under de senaste åren ökat hos äldre (Hovstadius & Pettersson, 2013; Jyrkkä, Enlund, Korhonen, Sulkava & Hartikainen, 2009) och studier visar att äldre personer boende på SÄBO är ordinerade i genomsnitt sex till sju läkemedel dagligen (Onder et al., 2013; Vetrano et al., 2013). Att förskrivningen ökat beror på att många nya läkemedel introducerats på marknaden och att det idag finns goda möjligheter att kunna behandla många av de sjukdomar äldre får. I samband med detta ökar därför även riskerna för läkemedelsbiverkningar och interaktioner (Stegemann et al., 2010).

Polyfarmacins konsekvenser är förutom fler biverkningar även läkemedelsinteraktioner och olämplig läkemedelsanvändning. Användandet av många och olämpliga läkemedel är vanligt förekommande hos äldre som läggs in på sjukhus. Antalet läkemedel har en signifikant betydelse gällande frekvensen av sjukhusvistelse, fallrisk och funktionsförsämring av äldre. Dessutom står de mest sköra äldre på fler antal läkemedel, fler läkemedel som ökar fallrisken och fler läkemedel som interagerar med varandra än resten av gruppen äldre. Biverkningar kan vara yrsel, dåsighet, förstoppning, muntorrhet, sömnstörning, stelhet, blodtrycksfall, fallrisk, inre blödningar, förvirringstillstånd, stelhet, njur-och hjärtpåverkan, blodsockerfall, matleda och rubbning i salt/-vätskebalansen (Bennett et al., 2014; Haasum, Fastbom & Johnell, 2012; Marcum et al., 2012; Olivier et al., 2009; Ruggiero et al., 2010; Somers et al., 2010; Tosato et al., 2014; Yamashita et al., 2011). Risken för biverkningar ökar kraftigt med stigande ålder i samband med ju fler läkemedel patienten får (Lindsay, 2009).

All multimedcinering behöver inte vara negativt för den äldre, dock behövs det god farmakologisk kunskap för att kunna ansvara för den eventuellt multisjukas läkemedelsbehandling som måste vara individanpassad med avsatt tid för utvärdering och uppföljning (Hajjar, Cafiero & Hanlon, 2007; Kragh, 2013). Det finns få studier som visar varför multimedcinering uppstår men skulle kunna vara enkel att undvika om principen är att ett läkemedel sätts in när det finns indikation för det och sedan sätts ut när behovet inte längre kvarstår. Detta försvåras då det ofta är flera ordinatorer och att läkemedel sätts in under tidspress. Det händer även att patienten söker ny läkarkontakt för ytterligare bedömning av samma symtom vilket kan leda till ytterligare läkemedelsbehandling (Ibid.).

Läkemedelsbiverkningar är en omfattande orsak till sjukhusinläggningar av äldre och enligt Olivier et al. (2014) & Somers et al. (2010) är de viktigaste riskfaktorerna hög ålder och polyfarmaci. Förutom att det åsamkar äldre lidande leder det till höga kostnader för samhället.

Uddevalla kommun (2014) genomförde ett projekt där sjuksköterska, läkare, farmaceut tillsammans med omvårdnadspersonal fick gemensam utbildning angående läkemedel och äldre. Vid läkemedelsgenomgångarna uppmärksammades totalt 95 läkemedelsrelaterade problem och symtombehandling mot till exempel nedstämdhet, andfåddhet, klåda och smärta ofta bidrog till polyfarmaci med både för många och ibland olämpliga läkemedel. Att från början säkerställa diagnoser ansågs därför viktigt för att optimera läkemedelsbehandlingen och därigenom bidra till en bättre livskvalitet för de äldre (Ibid.).

## Ansvar och kunskap

Enligt 1 §, kap. 3 a, i SOSFS 2012:9 är läkaren ansvarig för läkemedelsgenomgångar och ska vid behov samarbeta med andra läkare, sjuksköterskor, apotekare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas en gång årligen till patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem läkemedel eller fler i enlighet med 3 §, kap. 3 a. Vidare ska patienter som har eller misstänks ha läkemedelsrelaterade problem erbjudas enkel läkemedelsgenomgång vilket innefattar kartläggning av vilka läkemedel som patienten är ordinerad och varför samt vilka av dessa som patienten använder, samt kartläggning över om patienten använder andra läkemedel utöver de ordinerade (SOSFS, 2012:9, kap. 3 a, 4-5 §). Utöver kartläggningen ska läkaren se över läkemedelslistan och göra en bedömning gällande om läkemedelsbehandlingen är säker och ändamålsenlig.

All hälso- och sjukvård (HSL, SFS 1982:763), 2 a §, skall bedrivas i enlighet med kraven på en god vård och se till att patientens behov av trygghet i behandling och vård tillgodoses. Vidare skall det enligt 24 § i kommunen finnas en sjuksköterska som svarar för att rutiner så att läkarkontakt tas i de fall då patientens tillstånd erfordrar det. Enligt 26 d § tillfaller det landstinget att avsätta de läkarresurser som behövs för att erbjuda god hälso- och sjukvård för de som bor på SÄBO.

Även sjuksköterskan har ett ansvar enligt Socialstyrelsen (2005) som menar att sjuksköterskans kompetens ska innefatta korrekt hantering av läkemedel med tillämpning av de farmakologiska kunskaperna. Att observera, prioritera, dokumentera och värdera ska ingå i sjuksköterskans förmåga som vid behov ska kunna hantera och åtgärda förändringar som drabbar patienten både fysiskt och psykiskt. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan inom vård av äldre (Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012) beskrivs att sjuksköterskan inom äldrevård ska uppmärksamma och förebygga risker kontinuerligt. Förutom att säkerhetsställa läkemedelsbehandlingen ska hon/han kunna tillämpa sina kunskaper om åldrandets påverkan på farmakodynamik och farmakokinetik samt vara kunnig i vilka biverkningar som äldre kan få av läkemedel.

Att den farmakologiska kunskapen bland sjuksköterskor är bristfällig visade Ndosi och Newells (2009) studie där syftet var att undersöka om sjuksköterskor hade tillräckliga



farmakologiska kunskaper när det gällde de läkemedel de vanligtvis administrerade. Vidare ville de se om kunskaper i farmakologi var relaterade till erfarenheter och utbildningsgrad. Resultatet visade att kunskapen om läkemedelsdosering, indikationer och biverkningar var tillfredsställande men att kunskapen om farmakodynamik och farmakokinetik var bristfällig, likaså kunskapen om läkemedelsinteraktioner. De farmakologiska kunskaperna var starkt relaterade till sjuksköterskornas erfarenheter och visade att ju mer erfarenheter desto bättre kunskaper. Generellt visade studien att specialistutbildade sjuksköterskor hade signifikant bättre kunskaper än allmänsjuksköterskor.

En timmes utbildning räcker för att höja den farmakologiska kunskapsnivån hos sjuksköterskor (Lim, Chiu, Dohrmann & Tan, 2010). Deltagarna erhöll utbildningsmaterial och en timmes undervisning i läkemedelshantering och biverkningar. Kunskapstester före och efter visade på genomgående förbättrade resultat och sjuksköterskorna upplevde en större förståelse om äldre och biverkningar.

Hälso- och sjukvården ska rapportera biverkningar och även misstänkta sådana till Läkemedelsverket (LVFS 2012:14, 19 §). Detta gäller i praktiken anställd hälso- och sjukvårdspersonal och inkluderar sjuksköterskor. Enligt John, Arifulla, Cheriathu och Sreedharan (2012) brister sjuksköterskor i rapportering vilket beror på okunskap angående biverkningar, rädsla för att rapportera fel, osäkerhet i rapporteringsförfarandet, tidsbrist samt ointresse då detta skapar merarbete.

För att underlätta läkemedelshantering för patienter och vårdpersonal används ApoDos vilket är apotekets dosexplicerade läkemedel (Läkemedelsverket, 2009-2010). Enligt Johnell och Fastbom (2008) riskerar de äldre som är ApoDosanvändare att i högre grad behandlas med olämpliga läkemedel än de som har ordinarie läkemedelsförskrivning vilket kan förklaras med att ApoDosanvändarna ofta behandlas med ett större antal läkemedel. Förfarandet att ändra i ApoDosen kan upplevas komplicerad vilket kan få till följd att ordnatören undviker att ändra recepten och det finns också en risk att recepten förnyas okritiskt.

## Problemformulering

Äldre personer lever allt längre och risken att drabbas av sjukdomar ökar med ålderdomen. Den farmakologiska utvecklingen har lett till att många sjukdomar kan behandlas och symptom

lindras varför äldre ordineras många läkemedel. De som inte klarar att bo i egna bostaden lever sina sista år på SÄBO där förekomsten av polyfarmaci är mycket vanligt förekommande. Risken för biverkningar och interaktioner ökar i takt med personens åldrande och antalet läkemedel och kan leda till stort lidande för den äldre personen. Av etiska skäl saknas medicinsk forskning av denna grupp varför den vetenskapliga kunskapen är undermålig och effekter av läkemedelsbehandlingen därför inte klarlagd. Flertalet äldre boende på SÄBO har även svårigheter att kommunicera varför sjuksköterskan har en viktig uppgift i att vara delaktig i läkemedelsbehandlingen genom observation och uppföljning. Forskning vad gäller sjuksköterskans delaktighet i en förbättrad läkemedelsbehandling är i stort sett obefintlig varför behovet av studier i ämnet är stort. Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter gällande läkemedel och äldre människor skulle kunna synliggöra faktorer som kan bidra till en säkrare läkemedelsanvändning och leda till en ökad livskvalitet.

## Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenhet av faktorer som kan leda till polyfarmaci för äldre personer på särskilda boenden.

## Metod

### Design

Författarna valde en kvalitativ design i form av en intervjustudie med semistrukturerade frågor och tematisk innehållsanalys. Forskning som bidrar till att uppnå förståelse för människans upplevelser och erfarenheter genom datainsamling och analys av observationer och/eller intervjuer associeras enligt Polit och Beck (2012, s 487) med kvalitativ forskning.

### Urval

Ett ändamålsenligt urval gjordes av sjuksköterskor genom att utse en tillsvidareanställd sjuksköterska med patientansvar från SÄBO. Det fanns kollegial kännedom om dessa 12 sjuksköterskor och författarna utgick därför ifrån att intervjuerna skulle komma att kunna genomföras i ett öppet och tillåtande klimat samt minska risken för ett stort bortfall. Då de representerade olika arbetsplatser antogs det ge studien ett bredare perspektiv och minska risken för påverkan av övriga kollegor i arbetsgruppen. Intresseförfrågningar om deltagande

skickades ut via email till 12 patientansvariga sjuksköterskor på SÄBO i Uddevalla kommun. Förutom presentation av författarna informerades de om studiens syfte, genomförande, beräknad tidsåtgång för intervjun och möjlighet att ta del av det färdigställda resultatet. Kriterierna för urvalet var att deltagarna innehade en tillsvidareanställning i kommunen med patientansvar och inte arbetade på samma äldreboende. Av de 12 sjuksköterskor som tillfrågades svarade åtta ja till att delta i studien. Av dessa var sex kvinnor och två män, mellan 35 år till 60 år (md = 50,6 år). Antal år som yrkesverksamma sjuksköterskor varierade mellan 7 år till 28 år (md = 15,8 år). Fem av sjuksköterskorna hade någon form av vidareutbildning varav två var distriktssköterskor med förskrivningsrätt, en med palliativ-, en med rehabilitering- och en med geriatrisk vidareutbildning. Samtliga fullföljde deltagandet i studien.

## Datainsamling

Intervjuerna varade mellan 30 - 45 minuter och genomfördes på platser som deltagarna valde vilka i samtliga fall var på arbetsplatsen. De åtta enskilda intervjuerna fördelades jämnt mellan författarna och inleddes med frågor om deltagarnas bakgrund för att sedan övergå till de fem intervjufrågorna (*Bilaga 1*). Semistrukturerade frågor valdes då det enligt Polit och Beck (2012, s 537) är att föredra då forskarna vill ha svar på specifika ämnen men ge möjlighet till den som intervjuas att prata fritt om ämnet. Intervjuernas uppskattade tidsåtgång och frågornas antal valdes för att få en tillräcklig mängd data för att besvara syftet men samtidigt kunna vara överskådligt. För att skapa stimulans i berättandet samt få djupare information och minimera risken för missförstånd ställdes följdfrågor som: ”Hur menar du?” ”Kan du ge exempel?”, ”Kan du berätta mer?” Intervjuerna spelades in som ljudfiler på band och transkriberades ordagrant i nära anslutning till utförd intervju. Enligt Polit och Beck (2012, s 542 - 543) är detta förfarande att föredra vid intervjustudier så att inte viktigt data förloras och att full koncentration och fokus kan läggas på samtalet.

## Dataanalys

Forskarna läste materialet ett flertal gånger, både tillsammans och enskilt för att få en känsla av helhet för materialet. Det insamlade materialet bearbetades efter en tematisk kvalitativ manifest innehållsanalysmodell som enligt Graneheim och Lundman (2004) fokuserar på att hitta likheter och skillnader för att förstå och tolka innehållet. Textenheter som stämde överens med syftet, valdes ut och skrevs ner. Kondensering av texten är en del av

analysprocessen som enligt Graneheim och Lundman (2004) syftar till att minska textmassan till en hanterbar mängd utan att förlora innehållets mening samtidigt som det lyfter innehållets kärna. Överflödigt text togs bort och koder skapades vilka senare sammanfördes och delades in i subkategorier. Dessa subkategorier fördelades inom två framträdande kategorier. När de två kategorierna inte kunde sammaföras längre utkristalliserades ett övergripande tema. Enligt Graneheim och Lundman (2004) anses ett tema genomsyra och vara en röd tråd i de meningsbärande enheterna, koderna eller kategorierna samt svara på frågan ”hur?”.

## Etiska övervägande

Forskningsetisk prövning gjordes av den etiska gruppen vid Institutionen för hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet. Efter godkännande påbörjades den empiriska delen av studien efter forskningsetiska rekommendationer enligt Polit och Beck (2012, s 152 - 153) som beskriver deltagarnas rätt till information om studiens syfte, förfarande och möjlighet till frivillighet i deltagandet samt information om forskarnas skyldigheter till konfidentiell hantering av all data. Deltagarna informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att uppge anledning. Tillsammans med den skriftliga informationen bifogades även ett samtyckesformulär för deltagarna att skriva under och returnera (*Bilaga 2 & 3*). Deltagarna informerades även om möjligheten att få ta del av studiens färdiga resultat. Allt material hanterades strikt konfidentiellt, intervjuerna sparades på lösenordsskyddade datorer och det inspelade materialet raderades efter avidentifierad utskrift.

## Resultat

Innehållsanalysen resulterade i det övergripande temat; **Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning** med kategorierna; **Sjuksköterskans syn på ansvar och Faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen** (*tabell 1*).

*Tabell 1.* Översikt av tema (n=1) och kategorier (n=2)

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| <b>Övergripande Tema</b> | Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning |  |
| <b>Kategorier</b>        | <i>Sjuksköterskans syn på ansvar</i>                       | <i>Faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen</i> |

## Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning

De två kategorierna har sammanställts till ett övergripande tema: Möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning. Under intervjuerna framkom hur sjuksköterskan såg på sin egen roll för att kunna vara delaktig i en bättre läkemedelsanvändning men också andra faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen. Både vad gällde sjuksköterskans roll och andra yttre faktorer uppgav sjuksköterskorna idéer och tankar på vad som kunde förbättras men också vad som försvårade möjligheterna.

### **Sjuksköterskans syn på ansvar**

Sjuksköterskorna kände att de hade ett ansvar gentemot patienten, deras välmående och därför även deras läkemedelsanvändning. Flera uttryckte vikten av att se helheten och att prata för patienten och se till deras intressen.

*”Vi har ju egentligen hela människan och då är det liksom läkemedlen... sen att vi inte har just det med vad dom ska ha men vi har ju ansvaret att se till om det är rimligt och det här...”*

Sjuksköterskorna ansåg att de hade ett egenansvar gällande läkemedelsanvändningen till de äldre. Svaren varierade från ”lite ansvar” till ”jättestort ansvar”. I ansvaret ingick att ifrågasätta läkarens ordination, granska kritiskt, följa upp och återkoppla. Sjuksköterskorna ansåg även att deras ansvar bestod i att ta tillvara på patientens intresse så att det inte läkemedel ordinerades in i onödan. Ansvaret bestod också i att rapportera det övrig omvårdnadspersonal berättade och att rapportera över värden av till exempel blodtryck, blodglukos och vikt till läkaren. Över hälften av sjuksköterskorna nämnde ordet ”problem” eller ”problemställning” vilket de tyckte var deras ansvar att påpeka för läkaren.

*”Om inte vi tar upp problemet med doktorn... om vi inte gör det så händer det ju ingenting”.*

Skillnader i hur sjuksköterskan såg på sin del av ansvaret kunde kopplas ihop med hur väl fungerande samarbete den enskilde hade med vårdcentralens läkare. I de fall då läkaren var kunnig och intresserad av den äldre kunde också sjuksköterskan släppa en del av ansvaret och lita på att läkaren skötte in- och utsättningar av läkemedel samt följde upp kontinuerligt.

*”Det jag tänkte på om dom besvären som patienten har, är det relaterat till läkemedel, är det biverkningar av läkemedel eller interaktioner av läkemedel., tycker det är viktigt att man tänker på att patienterna i och med ålderdom blir mindre aktiva. Att dom går ner i vikt och på så sätt också måste se över vilka läkemedel dom har om det verkligen är rätt dos och rätt sort... det ligger väldigt mycket på sjuksköterskan”*

Att ha koll på att aptiten och vad patienten åt ansågs lika viktigt som att hålla koll på vilka och hur många läkemedel en patient fick. Sjuksköterskorna uttryckte även hur läkemedlen påverkade patienten och hur de såg på polyfarmaci och dess följder. Flera sjuksköterskor beskrev den ökade fallrisken hos de äldre vilket de misstänkte var relaterad till att de var ordinerade ett stort antal läkemedel. Sjuksköterskorna beskrev även att kunde iaktta äldre med förstoppning, yrsel, ortostatism, illamående och residualurin vilket de misstänkte kunde vara biverkningar eller interaktioner på grund av flera olika läkemedel. En sjuksköterska beskrev en patient som hade 18 läkemedel på morgonen där hon upplevde att flera av dem ”tog ut varandra”. Det gavs bland annat läkemedel mot illamående men sjuksköterskan menade att illamåendet lika gärna kunde bero på övermedicinering och interaktioner. Den sjuksköterska som hade flest år i yrket reflekterade över skillnaden på läkemedelsanvändningen nu och förr:

*”Jag har en kvinna nu som är 95 år som har 13 olika sorters läkemedel på morgonen. Det förekom inte förr, inte så mycket... man behandlar mycket mer biverkningar av läkemedlen. Jag tror att eftersom det blir mer och mer olika läkemedel som dom äter på samma gång så tror jag att det kan ha... får andra biverkningar och komplikationer än vad äldre har haft tidigare... jag tycker man lever längre med fler komplikationer... man dog förr tidigare fast med större värdighet.”*

Sjuksköterskorna menade att det var upp till dem själva att hålla sig uppdaterade och intressera sig för den äldres välmående och dennes läkemedelbehandlingar. Alla sjuksköterskor utom en nämnde internet som informationskälla och FASS var det vanligaste sättet att hålla sig uppdaterad.

*”Jag skulle plocka ut ett par tabletter åt en och då hade jag med mig med min telefon och då kunde jag slå det i FASS där i telefonen och det är ju utseende och allting. Det är jättebra att få en bild på det för det... alla är vita runda med en skåra i mitten... så, nä... så det är FASS som gäller.”*

Andra elektroniska källor som nämndes förutom FASS för inhämtande av farmakologiska kunskaper kunde även vara sjukvårdsrådgivningens hemsida och "Pascal" vilket är ett webbaserat ordinationsverktyg där man bland annat kan se patienternas läkemedelslistor. Övriga informationskällor som nämndes var tidningen "Substans" från Västra Götalands läkemedelskommitté som utkommer varannan månad, kunskap och erfarenheter från kollegor och läkare och studenter.

*"... diskuterar med läkaren, pratar med mina kollegor, går på läkemedelsutbildningar som erbjuds, sen är det bra när det kommer studenter... dom fräschar upp minnet ibland, man får tänka efter lite mer..."*

Flera av sjuksköterskorna försökte gå på de utbildningar och föreläsningar som erbjöds men påtalade problemet med att kunna delta i kortare utbildningar ta del av föreläsningar då ingen ersättare tillsattes, vilket gjorde att endast en eller två från varje SÄBO kunde gå trots att innehållet var relevant för arbetet.

Sjuksköterskorna var noggranna med att rapportera misstänkta biverkningar som de själva upptäckt eller fått information om av omvårdnadspersonalen till läkaren. Trots detta hade ingen av samtliga tillfrågade sjuksköterskor gjort någon biverkningsrapportering till Läkemedelsverket. En trodde sig ha gjort det för cirka 27 år sedan tillsammans med läkare. Sjuksköterskorna ansåg inte att det fanns tydliga direktiv och riktlinjer om hur de skulle gå till väga och ingen arbetsplats hade fasta rutiner för detta. De kände inte heller till någon kollega som de visste hade gjort någon rapportering. Trots detta var två av dem distriktsköterskor med förskrivningsrätt med förväntade kunskaper i rapporteringsförvarandet. I de flesta fall rapporterades en misstänkt biverkning över till läkaren och sedan förlitade sig sjuksköterskan på att denne gjorde en anmälan.

Sjuksköterskornas svar på varför de inte rapporterade biverkningar till Läkemedelsverket kunde vara:

*"Jag menar... hur långt ska man gå? Om jag nu rapporterar över till doktorn som är ordinatören å han får till sig det att nån har reagerat negativt på ett läkemedel både i smått och stort så är det doktorn tycker jag som ska göra den avvikelser eller hur"*

*”Nej, nej, faktiskt inte för vi har ju inga rutiner å vi vet ju inte riktigt öh... ja hur man går till väga faktiskt. Sen är det väl den här tidsbristen också”.*

### **Faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen**

En av sjuksköterskorna poängterade att det är viktigt med tydliga individuella vårdplaner så att behovsmedicinering ges först efter att icke-farmakologiska åtgärder prövats. Faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen uppgavs bland annat vara personalens blandade åsikter om olika läkemedels effekter för patienten.

*”... och undersköterskorna tycker väldigt mycket också, dom har väldigt mycket åsikter... för det funkar på deras farmor och då ska vi sätta in på den här patienten, eller det funkar för den här patienten och då tror dom att det är allmängiltigt och så kan dom bli sura om man sätter ut någonting. Och man säger, nå men ni kan prova med varm mjölk eller fika eller en energidrink till kvällen så sätter vi ut insomningstabletten kanske inte så poppis... eller varför ger ni vitt bröd, varför kör ni inte med fiber och ger dom frukt istället för att köra in Movicol för Movicol är inte gott, nå då blir det lite jobbigt...”.*

Sjuksköterskorna tyckte generellt att omvårdnadspersonalen var uppmärksamma och duktiga på att rapportera om de upplevt biverkningar som till exempel dåsighet, fall och aptitlösa. Sjuksköterskorna kände stort förtroende för att kontaktpersonerna till varje patient hade bildat sig en korrekt uppfattning och hade diskuterat med andra kollegor innan patientens status rapporterades. Omvårdnadspersonalen värnade om den äldre personens välmående vilket underlättade att en dialog kunde föras gällande vilka mediciner som faktiskt behövdes eller eventuellt kunde plockas bort innan det togs upp med läkaren.

*”Alltså... jag tycker det är jätteviktigt att använda sig av personalen på boendena som känner patienterna. Anhöriga att dom vill att dom ska ha si och så, det är en sak, men personalen är där dygnet runt”.*

Tidsbrist och brist på kontinuitet bland sjuksköterskorna upplevdes som ett problem för att kunna följa upp och göra adekvata bedömningar. Mycket administrativa uppgifter och att exempelvis köra ut madrasser och prover upplevdes ta onödig tid från sjuksköterskans patientnära uppgifter. Sjuksköterskorna upplevde inte att de hade tid över för att kunna reflektera över om patienten var övermedicinerad eller inte utan dosettdelning kunde ske av



bara bara farten. På de SÄBO där baspersonalen fått utbildning i farmakologi kunde det ses en mindre användning av läkemedel att ge vid behov. En sjuksköterska beskrev:

*”På boendet kunde man sätta på mössa å fleecfiltar runt bena och så gå ut och gå runt huset om det var någon som var orolig, och när de kom ut och det blev iskallt i ansiktet och luften var kall så glömde de bort sin situation och så var det bra med det sen. Det går att bryta men man kan inte bara säga att kom nu så tar vi en kopp kaffe för man kan inte dricka 10-12 koppar kaffe om dan utan man måste hitta på nya idéer”.*

Sjuksköterskorna såg anhörigas engagemang både som en fördel för patienten men också ibland en nackdel när det kom till diskussion om insättande eller utsättande av läkemedel. Försvårande bitar kunde vara att få med sig den anhörige på utsättning av läkemedel då det ofta kunde vara ett preparat som den äldre personen haft under många år. Sjuksköterskorna såg ibland medicinutsättningarna som en process där både patient och anhöriga skulle vara delaktiga. Ofta gick det att föra en dialog med den anhörige efter att en in/eller utsättning prövats och tillsammans med den anhörige göra en utvärdering.

*”Ibland gör man för husfridens skull och ibland gör man saker för en anhörig... men man försöker alltid prata med dom och man försöker prata med patienten... men ibland går det verkligen inte”.*

En sjuksköterska poängterade dock problemet med den lättillgängliga informationen på internet. En nackdel kunde vara anhörigas tillgång till samma information som sjukvårdspersonalen vilket kunde leda till önskemål om in och utsättning av läkemedel efter att anhöriga läst bipacksedlarna om läkemedelsbiverkningar. Diskussioner kring vilka läkemedel som var mest lämpade uppstod trots att de anhöriga ofta saknade medicinska kunskaper. I slutändan poängterade dock sjuksköterskorna att det var läkarens uppgift att ordinera och även att prata med anhöriga i de fall då det behövdes. När det gällde dialogen med de anhöriga ansåg sjuksköterskorna sig ha lika stor roll som läkaren men att läkaren ensam svarade för ordinationen. Då sjuksköterskorna på SÄBO inte har lika tät kontakt med läkarna som i landstinget ansåg de att det var viktigt att ha en bra och dialog med ansvarig läkare och att det fanns en tilltro till att var och en skötte sitt ansvarsområde. Sjuksköterskorna på SÄBO hade rond med läkare en gång i veckan.

En annan faktor som sjuksköterskorna ansåg påverka läkemedelsanvändningen var läkarna själva. Läkare hade i allmänhet svårigheter med att sätta ut läkemedel som en annan kollega satt in vilket ledde till att läkemedelslistor ofta var svårbegripliga. Om en patient åkte ut och in mycket på MÄVA kunde läkemedel sättas in och när patienten sedan kommit ut i primärvården ville inte ansvarig läkare sätta ut något en annan kollega satt in.

Staffettläkare nämndes också vilket sjuksköterskorna tog upp som ett problem, både när det gällde ovanstående som in- och utsättningar men också då de märkte att uppföljningar och utvärderingar halkade efter. Stafettläkarna tog endast de akuta jourfallen och hade få tider avsatta för återbesök. Flertalet vårdcentraler i Uddevalla kommun använde sig av stafettläkare och vissa vårdcentraler hade endast en eller två fastanställda läkare.

*”dom sätter sig aldrig in i patienternas läkemedel utan jag måste tänka till och komma med frågorna”.*

Dock hade sjuksköterskorna ett bra samarbete med de vårdcentraler där det var kontinuitet med tillsvidareanställda läkare. Där fanns också tid avsatt för årliga läkemedelsgenomgångar, kontinuerliga uppföljningar, rond varje vecka och en dialog med läkarna. På dessa vårdcentraler upplevde sjuksköterskorna att läkarna var noga med att plocka bort läkemedel som kanske inte längre behövdes och det fanns också tid avsatt för att kunna göra hembesök. Sjuksköterskorna själva hade önskemål och idéer på hur läkemedelsanvändningen skulle kunna förbättras. En önskan som framkom var samarbete med farmaceut eller apotekare då de är uppdaterade på nya läkemedel, biverkningar och interaktioner. Andra önskemål som framfördes var ökad läkartillgänglighet och då kommunanställda läkare eller primärvårdsläkare som endast ansvarade för kommunal verksamhet.

*”Jag önskar egentligen när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården... att det skulle finnas läkare anställda av kommunen som är intresserade... som har ett specifikt uppdrag att sköta kommunenes invånares läkemedel. Inte det här att låta vårdcentralen som intar har tid och inte har avsatt intresse eller så där...”*

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna ansåg sig ha ett ansvar när det gällde den äldres läkemedelsanvändning. Speciellt anmärkningsvärt var att de sjuksköterskor som arbetade med läkare på vårdcentraler som var specifikt intresserade av den äldres välbefinnande lättare kunde släppa på sitt eget ansvar medan de som arbetade med underbemannade vårdcentralers läkare var mer noga med att själva göra uppföljningar. Att vårdcentralerna var bemannade med stafettläkare sågs som ett stort problem då kontinuiteten blev lidande och läkarnas intresse för de enskilda patienterna upplevdes som bristfällig. Enligt HSL (SFS 1982:763), 26 d § ska det avsättas tillräckligt med läkarresurser till SÄBO för att kunna erbjuda god hälso- och sjukvård men detta följdes endast på de vårdcentraler där sjuksköterskorna upplevde att tillgängligheten och samarbetet med läkarna fungerade. Att sätta ut läkemedel som inte längre är nödvändiga när de äldre blir mer sköra är ett tidskrävande arbete menar Liu (2014) då läkemedlets nytta får vägas mot den äldre personens preferenser. För att göra korrekta bedömningar krävs att läkaren är insatt i den äldres medicinska hälsa och livskvalitet samt en dialog med anhöriga. De sjuksköterskor som arbetade mot vårdcentraler där det fungerade mindre bra, uttryckte önskemål om att det skulle finnas läkare som var knutna till kommunal verksamhet, med intresse för äldre och deras läkemedelsbehandling och därmed kunna vara mer engagerade och tillgängliga. Resultatet visade att läkarna på de vårdcentraler där samarbetet upplevdes vara otillfredsställande brister i sina åtaganden när det gäller översyn av läkemedelslista och bedömning gällande läkemedelsbehandlingens säkerhet (SOSFS, 2012:9, kap. 3 a, 4-5 §). Under en svensk intervjustudie av Karlsson, Nilsson och Ekman (2006) studerades läkarnas förväntningar på sjuksköterskor. Sjuksköterskan förväntades med sitt omvårdnadsansvar och kännedom om den äldre människan få läkare att känna sig närvarande hos den äldre trots att de inte var fysiskt närvarande. Sjuksköterskan förväntades se till att läkemedelslistorna var uppdaterade och korrekta samt även reflektera och ifrågasätta läkemedelsbehandlingarna och därmed underlätta för läkarna egna reflektioner över vilka läkemedel som ordinerades.

Sjuksköterskans grad av ansvarskänsla borde inte bero på läkartillgängligheten på vårdcentralerna utan vara konstant enligt gällande regelverk oavsett övrig vårdpersonals intresse eller kunskap.

Enligt Socialstyrelsen (2005) åligger det sjuksköterskan att observera, prioritera och värdera vilket försvårades av brist på kontinuitet bland sjuksköterskorna och av tidsbrist enligt studiens deltagare. Sjuksköterskans alltmer utökade åtaganden som utökade administrativa uppgifter minskade möjligheterna till att personligen följa upp och göra bedömningar rörande läkemedelsbehandlingen. Sjuksköterskorna fick därför förlita sig på andrahandsinformation från undersköterskorna istället för att vara ute bland patienterna på boendet och själva bilda sig en uppfattning. Enligt Kragh (2013) måste tid avsättas för uppföljning och utvärdering för att förhindra polyfarmaci. Tidspress anses vara en av orsakerna till att detta inte följs och att nya läkemedel sätts in och enligt studiens deltagare också anledningen till att sjuksköterskan inte hinner följa upp i tillräcklig utsträckning. Omvårdnadsansvaret ligger på sjuksköterskan och vi anser inte att det är förenat med patientsäkerhet att sjuksköterskan på grund av hög arbetsbelastning måste förlita sig på information om att en patient saknar aptit, ramlar ofta eller är trött utan att själv utföra bedömningen. Arbetsgivaren borde vara mer stöttande i att upprätthålla vårt ansvar gentemot patienterna. Att sjuksköterskorna idag inte hinner göra egna bedömningar leder till att vi inte kan arbeta patientsäkert och risken för att ett läkemedel sätts in vid behov ökar.

Då resultatet visade att sjuksköterskorna generellt litade mycket på undersköterskornas kompetens och förmåga att göra rätt bedömningar tyder det på att utbildning behövs i hela vårdkedjan vilket även förordas av Socialstyrelsen (2014). Omvårdnadspersonalen som arbetade närmast patienterna ansågs därför vara mycket viktiga i uppföljningsarbetet och att uppmärksamma eventuella utblivna effekter samt biverkningar av ordinerade läkemedel. Att förlita sig på omvårdspersonalens observationer och rapporter förutsätter att sjuksköterskan har ett nära samarbete med och kännedom om omvårdnadspersonalens kunskaper då de inte innehar den formella kompetens som krävs för att ta det ansvaret. Sjuksköterskornas uppfattning om hur omvårdnadspersonalen förhöll sig till användande av läkemedel varierade från tilltro till att läkemedel löser allt till att vara kritiska och ifrågasättande inför läkemedel.

På de boenden där omvårdnadspersonal genomgått utbildningen gemensamt tillsammans med sjuksköterska, läkare och farmaceut var även patienterna ordinerade färre läkemedel och läkemedel vid behov mot oro och sömn användes i mindre utsträckning (Uddevalla kommun, 2014). Den utbildade omvårdnadspersonalen var medvetna om riskerna för biverkningar och använde alltid i första hand varierande icke – farmakologiska insatser vilket fungerade med gott resultat. Då resultatet av gemensam utbildning visade sig utfalla väl för att motverka

polyfarmaci skulle projektet kunna användas på alla SÄBO och permanentas för att kvalitetssäkra vården och läkemedelsanvändningen (HSL, SFS 1982:763). Enligt Trivalle et al. (2010) kan en veckas utbildning och handledning i äldres förskrivning ha en positiv effekt på läkemedelsrelaterade problem. Under en vecka fick läkare, sjuksköterskor och farmaceuter på vårdavdelningar specifik utbildning om läkemedelsförskrivning för äldre och metoder för att identifiera och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Totalt ingick 576 patienter över 65 år och resultatet visade att utbildningen genererade 14 % mindre läkemedelsrelaterade problem.

Sjuksköterskorna visade på stort intresse angående att hålla sig uppdaterade vad gäller läkemedel och dess biverkningar men det saknades stöd från arbetsgivarens sida som inte möjliggjorde för samtliga att delta i de utbildningar som gavs i ämnet trots att detta skulle kunna gagna både de äldre och samhället i stort. Det kan tyckas anmärkningsvärt då ju endast en sjuksköterska hade vidareutbildning inom geriatrik och det tydligt visat sig ingå i sjuksköterskans ansvar att hålla sig uppdaterad och informerad inom detta område (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Att sjuksköterskor även behöver vidareutbildning inom geriatrik när de arbetar med äldre på SÄBO är nödvändigt för att kunna erbjuda en optimal vård och borde därför erbjudas och uppmuntras av arbetsgivaren. Donald et al. (2013) visade att förekomsten av specialistutbildade sjuksköterskor på särskilda boenden hade positiva hälsoeffekter på de boende. De äldre personerna hade i lägre utsträckning depressioner, urininkontinens, trycksår och agiterat beteende. Dessutom uttryckte de anhöriga i högre utsträckning att de var nöjda med sjukvården. Kunskap behöver även uppdateras kontinuerligt då nya läkemedel ständigt uppkommer på marknaden och befolkningen blir allt äldre.

Att sjuksköterskor i samma kommun har likvärdig utbildning tror vi främjar gott samarbete och även strävan mot ett gemensamt mål för en trygghet i behandling och god vård i enlighet med Hälso- och sjukvården (HSL, SFS 1982:763), 2 a §.

Forskarnas arbetsgivare har tidigare sponsrat Distriktsköterskeutbildning med inriktning mot folkhälsa och flera av de sjuksköterskor som på arbetstid och med betald studentlitteratur studerat till distriktsköterskor har senare tagit anställning i primärvården. Det finns idag specialistutbildningar för sjuksköterskor som riktar sig mot just äldre där vi får möjligheten att lära oss mer om den äldres biologiska förmåga att reagera på olika läkemedel och dess

biverkningar. Trots att sjuksköterskan i den kommunala vården i huvudsak vårdar äldre efterfrågar inte arbetsgivaren denna utbildning vare sig i annonser vid nyrekrytering eller uppmuntrar redan tillsvidareanställda sjuksköterskor till specialistutbildningen. Det skulle även gagna arbetsgivaren att de vidareutbildade sjuksköterskorna stannade kvar i den kommunala sjukvården. Genom ökad utbildning inom just det område som arbetet gäller tror vi att intresset för den äldre människan ökar och att vi blir mer uppmärksamma på de olika stadierna i det biologiska åldrandet (Kaufman, 2013). Att särskilja det friska åldrandet från det sjuka är en förutsättning för att kunna arbeta i den kommunala sjukvården. Sjuksköterskornas upplevelse av brist på utbildning måste därför tas på allvar då det ligger i dennes ansvar att hålla sig uppdaterad och påläst. Resultatet visade på ett stort intresse för utbildning och önskvärt vore om arbetsgivaren kunde sponsra just denna utbildning för en ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet. Enligt HSL (SFS 1982:763), 29 a §, 31 §, åligger det verksamhetschefen att säkerhetsställa patientens trygghet och säkerhet i vården samt utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Att uppmuntra och stötta sjuksköterskorna att förbättra och utveckla vården ingår därför i verksamhetschefens befattning.

Sjuksköterskorna upplevde sig lättare kunna skilja på biverkningar vid polyfarmaci om de fick adekvat utbildning och ansåg att vården idag inte bedrevs patientsäkert då det inte fanns tid för fortbildning. Då även kortare utbildningar visat sig ge resultat (Bergqvist, Ulfvarson & Andersén-Karlsson, 2009; Lim, Chiu, Dohrmann & Tan, 2010; Trivalle et al., 2010) skulle det vara önskvärt om samtliga sjuksköterskor fick möjligheten att närvara då dessa tillfällen erbjuds. Sjuksköterskorna hade inte så stora krav på arbetsgivaren mer än att få gå på just dessa korta utbildningstillfällen. Att sjuksköterskorna idag nästan enhälligt sökte kunskap via FASS på internet räcker inte för att upprätthålla de farmakologiska kunskaperna och FASS ger inte heller någon information om den äldre människans biologiska åldrande och dess påverkan på läkemedelsomsättningen (Fastbom, 2006; Kaufman, 2013; Mangoni & Jackson, 2004; Stegemann et al., 2010). Vårdpersonal har möjlighet att söka kunskap om olika läkemedelsbiverkningar via hemsidan Janus ([www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)). Där går också att kombinera olika läkemedel för att få fram interaktioner. Trots att distriktssköterskorna med förskrivningsrätt har kunskap om denna hemsida användes den inte av någon i studien.

De farmakologiska kunskaperna är starkt relaterade till sjuksköterskans utbildningsnivå och erfarenhet enligt Ndosi och Newell (2009) men vi kunde i resultatet inte se skillnader i syn på ansvarstagande eller åsikter som kunde härledas till sjuksköterskans utbildningsnivå eller

erfarenhet. Dock hade samtliga deltagarna en gedigen erfarenhet mellan sju och 28 år och möjligen hade resultatet visat på skillnader om sjuksköterskor med endast ett eller ett par år i yrket hade deltagit. Sjuksköterskornas syn på ansvar kunde därför tänkas vara förknippat med intresse för sitt yrke och den äldre människan. Då de boende på SÄBO ofta bor en längre tid på boendet skapas också en relation mellan sjuksköterska och patient vilket kan leda till att sjuksköterskan engagerar sig i den äldre och känner ett större ansvar för omvårdnaden kring denne. Studien visade att även undersköterskorna som arbetade som kontaktpersoner kring den äldre var personligt engagerade och kände ett stort ansvar för att rätt information rapporterades över till sjuksköterskan. Ett gott teamarbete med undersköterska, sjuksköterska och läkare kan leda till ökad ansvars känsla där helhetsbilden av den äldre kan sammanställas med hänsyn till patientens vilja, välbefinnande och medicinska hälsa. Davidsson, Vibe, Ruths och Blix (2011) visade att teamarbete vid läkemedelsgenomgångar minskade antalet ordinerade läkemedel för äldre på SÄBO. Även SOSFS (2012:9) föreslår samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal då den samlade kompetensen och kännedom om den äldre ger förutsättningar för att optimera läkemedelsbehandlingen.

Förvånansvärt nog hade ingen av de åtta tillfrågade någon gång gjort en biverkningsrapportering till läkemedelsverket även om det ingår i sjuksköterskans ansvar att rapportera nytillkomna och även endast misstänkta biverkningar (Läkemedelsverket, LVFS 2012:14, 19 §). Trots att två var distriktssköterskor med förskrivningsrätt där de fått adekvat utbildning gjordes biverkningsrapportering inte ändå och sjuksköterskorna ansåg inte att det fanns några rutiner för hur de skulle gå till väga. Sjuksköterskorna förlitade sig också på att ”någon annan” rapporterade biverkningarna även om de aldrig försäkrade sig om att det gjordes. Därmed kunde inte resultatet visa att sjuksköterskorna skötte sin del av ansvaret vare sig med att rapportera till Läkemedelsverket eller med att föra en ansvarsdialog med läkare. Att ingen av sjuksköterskorna hade någon överenskommelse med ansvarig läkare när det gällde vem som skulle ombesörja biverkningsrapporteringen anser vi inte borde vara ett problem då det enligt Läkemedelsverket åligger även sjuksköterskan att rapportera dessa. Oavsett om även läkaren i sin tur gör detta åligger det ändå sjuksköterskan att rapportera misstänkta/ eller redan befintliga biverkningar. Trots att läkemedelsrapporteringen bland sjuksköterskor fortfarande är bristfällig, visade Conforti et al. (2012) bevis på sjuksköterskors potentiella förmåga upptäcka läkemedelsbiverkningar. Sjuksköterskor rapporterade misstänkta läkemedelsbiverkningar i högre grad än läkare. Sjuksköterskor rapporterade

hudreaktioner och neurologiska reaktioner i större utsträckning än läkare. De vanligaste neurologiska biverkningar som rapporterades var yrsel, trötthet, aggression och förvirring. Läkarna rapporterade oftare biverkningar som påverkade blodbildningen, respiratoriska organ och lever.

Enligt John, Arifulla, Cheriathu och Sreedharan (2012) beror den låga rapporteringsfrekvensen utöver tidsbrist och okunskap i rapporteringsförfarandet även på rädsla att göra fel, sjuksköterskornas ointresse men också på okunskap gällande biverkningar. Då det saknas rutiner på deltagarnas arbetsplats för hur biverkningsrapporteringen går till är det befogat med någon utbildning angående förfarandet och sjuksköterskans ansvar vad gäller rapporteringen. Det ligger även i arbetsgivarens intresse att se till att sjuksköterskorna har färdigställda rutiner och adekvat utbildning för att kunna fullfölja sitt ansvar. Enligt en svensk studie (Ekman, Petersson, Tågerud & Bäckström, 2012) rapporteras biverkningar i högre grad av de sjuksköterskor som genomgått någon slags utbildning i rapporteringsförfarandet. Trots att samtliga sjuksköterskor ansåg att de kunde bidra till att höja frekvensen av rapporteringar så gjordes detta mycket sparsamt. Av 453 sjuksköterskor hade endast 61 skickat en biverkningsrapport minst en gång. Av de som fått utbildning var rapporteringsfrekvensen 30 % till skillnad från 11 % av dem som inte fått någon utbildning. Majoriteten av sjuksköterskorna var intresserade av att delta i en utbildning i farmakologi som en del i sin professionella utveckling. Endast en tredjedel av sjuksköterskorna ansåg sig inneha tillräcklig allmänkunskap i farmakologi (Ibid.). Berqvist, Ulfvarson och Andersén-Karlsson (2009) visade att sjuksköterskor med hjälp av ett bedömningsinstrument och en farmakologisk endagarsutbildning kunde identifiera en betydande mängd läkemedelsrelaterade problem och därmed öka kvaliteten på läkemedelsbehandlingen för äldre patienter.

För sjuksköterskorna skulle detta kunna öka kunskapen kring läkemedelsbiverkningar och polyfarmaci samt medverka till att läkemedelsverket får kännedom om läkemedlens biverkningar och därmed bidra till att synliggöra riskerna och utvecklandet av nya läkemedel.

## Metoddiskussion

För en så trovärdig kvalitativ studie som möjligt skall resultaten utvärderas i relation till processen som lett fram till resultaten utifrån kriterierna trovärdighet, tillförlitlighet samt överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Urvalet påverkar trovärdigheten och en



spridning av könsfördelning, ålder och erfarenhet vad gäller deltagarna är eftersträvt. Studiens deltagare valdes ändamålsenligt vilket enligt Polit och Beck (2012, s 517) ger en större möjlighet till ett bredare innehåll och jämförelse inom forskningsområdet. De sjuksköterskor som tillfrågades att delta arbetade alla på olika särskilda boenden och ett par av sjuksköterskorna arbetade på avdelningar med demensvård. På de SÄBO:n där manliga sjuksköterskor arbetade, valdes dessa i första hand vilket sammanlagt även gav en spridning i åldersfördelningen. För att öka chanserna för deltagarsamtycke valdes de som forskarna hade kollegial kännedom om för att öka chanserna för deltagarsamtycke samt underlätta till ett öppnare klimat vid intervjutillfällena. Risken finns att deltagarna valt att utlämna vissa delar under intervjuerna för att skydda sig själva eller andra kollegor då forskarna och deltagarna arbetade inom samma kommun men detta var inget som misstänktes eller uttalades av deltagarna. Av de 12 som tillfrågades delta i studien samtyckte åtta vilket var det antal som forskarna önskade uppnå för att erhålla tillräcklig mängd data. De semistrukturerade intervjuerna gjordes efter en förarbetad intervjuguide vars syfte enligt Polit och Beck (2012, s 537) är att hålla intervjuerna inom de områden som önskas studeras men ändå ge deltagarna möjlighet att med berätta fritt med egna ord. Trovärdigheten i resultatet styrktes även genom citat ur intervjuerna. Tidsåtgången på 30 – 45 minuter ansågs vara tillräcklig för att deltagarna skulle ha god tid att svara på frågorna samt ges möjlighet till förtydligande. Graneheim och Lundman (2004) menar att den mest lämpliga mängden inhämtad material att analysera är intervjuer som är tillräckligt omfattande för att betraktas som en helhet och tillräckligt begränsade för att möjliggöra ett sammanhang under analysprocessen. Åldersspridningen på deltagarna var mellan 35 år och 60 år vilket ger en medelålder på 50,6 år och stämmer väl överens med medelåldern på sjuksköterskor anställda på kommunens SÄBO där omsättningen på sjuksköterskor är låg och nyutexaminerade sjuksköterskor sällan rekryteras. Den varierade åldersspridningen styrker studiens trovärdighet.

Inspelad data transkriberades för att därefter analyseras. Valet av en manifest innehållsanalys gjordes då forskarna önskade att uppnå ett så konkret resultat som möjligt genom att studera det uttalade och synliga komponenterna. Både manifest och latent analys innebär att tolka innehållet men djupet i tolkningen och abstraktionen tenderar att vara större vid latent analys (Graneheim & Lundman, 2004).

Att skapa teman och kategorier som stämmer överens med det insamlade materialet är en central del i analysprocessen och en stor del av studiens trovärdighet (Graneheim &

Lundman, 2004). Forskarna upplevde svårigheter att avgränsa mellan kategorierna "sjuksköterskans syn på ansvar" och "faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen" och diskussion kring detta fördes mellan forskarna, handledare och med andra forskare under gemensamma seminarier vilket även ökar trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Under kategorin "sjuksköterskans syn på ansvar" valdes i resultatet att fokusera på vad sjuksköterskorna ansåg om sin roll och sitt ansvar och under "faktorer som påverkade läkemedelsanvändningen" fokuserades på andra faktorer som visserligen påverkade sjuksköterskan men som hon/han inte kunde påverka. Sammantaget framstod temat "möjligheter och hinder till en bättre läkemedelsanvändning" vilket sammanfattade sjuksköterskornas negativa erfarenheter samt även framhöll deras tankar och idéer om vilka förbättringar som kunde göras för att underlätta förutsättningarna till en bättre läkemedelsanvändning. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det en risk för inkonsekvens under datainsamlandet vilket kan påverka tillförlitligheten i studien. Då de åtta intervjuerna delades upp mellan forskarna och utfördes enskilt var det ingen risk att de utfördes slentrianmässigt utan att fokus kunde hållas i samma utsträckning vid varje intervjutillfälle vilket ökar trovärdigheten. Forskarna har försökt att tydligt beskriva studiens metod vad gäller urval, datainsamling och innehållsanalys vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar överförbarheten och därmed trovärdigheten. Dock är forskarna inte vana vid att genomföra intervjuer och möjligheten finns att ett fylligare material skulle kunna ha erhållits om så varit. Deltagarna gavs inte möjlighet att i förväg ta del av intervjufrågorna vilket kan ha lett till ett mindre uttömmande intervjumaterial då tid för eftertanke kan ha förberett deltagarna till fylligare svar. Dock diskuterades detta innan av forskarna vilka kom fram till att risken fanns att intervjufrågorna diskuterades med kollegor och att det insamlade materialet då kunde komma att kontamineras och inte helt och fullt spegla deltagarnas personliga åsikter.

## Konklusion

Tidsbrist på grund av utökade administrativa uppgifter försvårar för sjuksköterskorna att hinna göra egna omvårdnadsbedömningar trots att omvårdnadsansvaret åligger sjuksköterskan. För att kunna fullfölja sitt ansvar enligt Socialstyrelsens riktlinjer behöver mer tid avsättas för egna bedömningar och uppföljningar så de själva kan bilda sig en uppfattning om den äldres behov. Studien visade också att sjuksköterskor behöver adekvat

vidareutbildning inom äldreomsorg för att kunna göra rätt bedömningar gällande läkemedel och biverkningarnas konsekvenser. Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräcklig kunskap och fick därför förlita sig på läkarens bedömning trots att han/hon var väl medvetna om att de själva hade ett egenansvar för att göra läkemedelsbedömningar. Att inte anse sig ha tillräcklig kunskap skapar osäkerhet och en känsla av otillfredsställelse hos sjuksköterskorna.

Arbetsgivaren bör därför uppmuntra till vidareutbildning inom äldreomsorgen och även sponsra de som vill utbilda sig. Arbetsgivaren behöver även bli bättre på att erbjuda sjuksköterskorna kortare utbildningstillfällen och då göra dessa obligatoriska så att alla har möjlighet att gå.

## Vidare forskning

I resultatet fick vi inte fram tydliga skillnader som visade att sjuksköterskans syn på ansvar kunde härledas till hans/hennes utbildningsnivå eller erfarenhet. Det hade varit intressant att fortsätta med en kvantitativ studie för att se om det finns tydliga skillnader då vi tror att vidareutbildning hjälper oss att öka medvetenheten om sjuksköterskans ansvar bättre. Vi fann även att sjuksköterskor upplevde att läkemedelsgenomgångar med uppföljningar fungerade bäst på de vårdcentraler som hade tillsvidareanställda läkare. Även här hade det varit spännande att forska vidare för att se hur detta samband förhåller sig. För att de äldre ska få en så optimal läkemedelsbehandling som möjligt behöver vi bli bättre på överrapporteringar mellan vårdenheter så att risken för dubbelmedicinering och läkemedelsrelaterade problem minskar. Vidare studier om hur läkemedelsgenomgångarna fungerar, vilka frågor som ställs, hur ofta de görs och så vidare skulle ge oss en bild av hur de äldres läkemedelsanvändning ser ut idag.

## Referenser

- Apoteket (2009). *Läkemedelsboken. 2009/2010*. Stockholm: Apoteket AB.
- Bennett, A., Gnjidic, D., Gillett, M., Carroll, P., Matthews, S., Johnell, K., & ... Hilmer, S. (2014). Prevalence and Impact of Fall-Risk-Increasing Drugs, Polypharmacy, and Drug-Drug Interactions in Robust Versus Frail Hospitalised Falls Patients: A Prospective Cohort Study. *Drugs & Aging, 31*(3), 225-232. doi:10.1007/s40266-013-0151-3
- Bergqvist, M., Ulfvarson, J. & Andersén-Karlsson, E. (2009). Nurse-led medication reviews and the quality of drug treatment of elderly hospitalized patients. *European Journal Clinical Pharmacology, 65*(11), 1089-1096. doi:10.1007/s00228-007-0449-3
- Cowan, D., While, A., Roberts, J., & Fitzpatrick, J. (2002). Medicines management in care homes for older people: the nurse's role. *British Journal of Community Nursing, 7*(12), 634-638.
- Conforti, A., Opri, S., D'Incau, P., Sottosanti, L., Moretti, U., Ferrazin, F. & Leone, R. (2012). Adverse drug reaction reporting by nurses: analysis of Italian pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 12*(21), 597-602. doi:10.1002/pds.3225
- Davidsson, M., Vibe, O. E., Ruths, S., & Blix, H. S. (2011). A multidisciplinary approach to improve drug therapy in nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 11*(4),9-13. doi:10.2147/JMDH.S15773
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., & ... DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing, 69*(10), 2148-2161. doi:10.1111/jan.12140
- Ekman, E., Petersson, G., Tågerud, T. & Bäckström, M. (2012). Awareness among nurses about reporting of adverse drug reactions in Sweden. *Drug, Healthcare and Patient Safety, (4)*, 61-66. doi:10.2147/DHPS.S31103
- Fastbom, J. (2006). *Äldre och läkemedel. (2. uppl.)* Stockholm: Liber.
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., & ... Le Couteur, D. G. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology, 65*(9), 989-995. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.02.018

- 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.
- Haasum Y, Fastbom J, Johnell K. (2012). Institutionalization as a risk factor for inappropriate drug use in the elderly: a Swedish nationwide register-based study. *Ann Pharmacother*, 46(3), 339-46.
- Hajjar, E. R., Hanlon, J. T., Artz, M. B., Lindblad, C. I., Pieper, C. F., Sloane, R. J., & ... Schmader, K. E. (2003). Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 1(2), 82-89.
- Hovstadius, B., & Petersson, G. (2013). The impact of increasing polypharmacy on prescribed drug expenditure-a register-based study in Sweden 2005-2009. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 109(2), 166-174. doi:10.1016/j.healthpol.2012.09.005
- John, L.J., Arifulla, M., Cheriathu, J.J. & Sreedharan, J. (2012). Reporting of adverse drug reactions: an exploratory study among nurses in a teaching hospital. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 20(44), 1-6. doi:10.1186/2008-2231-20-44
- Johnell, K., & Fastbom, J. (2008). Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: a nationwide register-based study of over 700 000 elderly. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(2), 86-91.
- Jyrkkä, J., Enlund, H., Korhonen, M.J., Sulkava, R. & Hartikainen, S. (2009). Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*, 26(12), 1039-1048. doi:10.2165/11319530-000000000-00000
- Karlsson, I., Nilsson, M., & Ekman, S. (2006). Physicians' expectations regarding registered nurses caring for older people living in sheltered housing, retirement homes and group dwellings. *Journal of Interprofessional Care*, 20(4), 381-390.
- Kaufman, G. (2013). Prescribing and medicines management in older people. *Nursing Older People*, 25(7), 33-42. doi:10.7748/nop2013.09.25.7.33.e441
- Kragh, A. & Kragh, A. (2013). *Äldres läkemedelsbehandling: orsaker och risker vid multimedcinering*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Larson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lim, L.M., Chiu, L.H., Dohrmann, J. & Tan, K.I. (2010). Registered nurses medication management of the elderly in aged care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 98-106. doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00760.x

- Liu, L. M. (2014). Deprescribing: An Approach to Reducing Polypharmacy in Nursing Home Residents. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(2), 136-139.  
doi:10.1016/j.nurpra.2013.09.010
- Lindsey, P.L (2009) Psychotropic medication use among older adults – what all nurses need to know. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(9), 28-37.
- LVFS 2012:14. *Läkemedelsverkets föreskrifter om säkerhetsövervakning av humanläkemedel*. Hämtad 21 mars, 2015, från Läkemedelsverket,  
<http://www.lakemedelsverket.se/rapportera>
- Marcum, Z.A., Amuan, M.E., Hanlon, J.T., Aspinall, S.L., Handler, S.M., Ruby, C.M. & Pugh, M.J.V. (2012). Prevalence of unplanned hospitalizations caused by adverse drug reactions in older veterans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(1), 34-41. doi:10.1111/j.1532-5415.201
- Mangoni, A. A., & Jackson, S. D. (2004). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 57(1), 6-14.
- Ndosi, M.E. & Newell, R. (2009). Nurses Knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 570-580.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02290.x 1.03772.x
- Olivier, P., Bertrand, L., Tubery, M., Lauque, D., Montastruc, J-L. & Lapeyre-Mestre, M. (2009). Hospitalizations because of adverse drug reactions in elderly patients admitted through the emergency department. *Drugs Aging*, 26 (6), 475-482.  
doi:10.2165/00002512-200926060-00004
- Onder, G., Liperoti, R., Fialova, D., Topinkova, E., Tosato, M., Danese, P., & ... Landi, F. (2012). Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 67(6), 698-704.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Hämtad 27 februari, 2015, från Svensk sjuksköterskeförening,  
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekompwebb.pdf>

- Ruggiero, C., Dell'Aquila, G., Gasperini, B., Onder, G., Lattanzio, F., Volpato, S., ... Cherubini A. (2010). Potentially Inappropriate Drug Prescriptions and Risk of Hospitalization among Older, Italian, Nursing Home Residents. *Drugs Aging*, 27(9), 745-758. doi:10.2165/11538240-000000000-00000
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 27 februari, 2015, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – kartläggning och förslag till åtgärder*. Socialstyrelsen. Hämtad 2 februari, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19621/2014-12-13.pdf>
- Somers, A., Robays, H., Vander Stichele, R., Van Maele, G., Bogaert, M. & Petrovic, M. (2010). Contribution of drug related problems to hospital admission in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(6), 477-482. doi:10.1007/s12603-009-0237-0
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Geriatric care and treatment – a systematic compilation of existing scientific literature*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/2/Geriatric\\_Care/Geriatric\\_Care%20\\_Treatment.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/2/Geriatric_Care/Geriatric_Care%20_Treatment.pdf)
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 193. ISBN 978-91-85413-27-0.
- Stegemann, S., Ecker, F., Maio, M., Kraahs, P., Wohlfart, R., Breikreutz, J., & ... Broegmann, B. (2010). Geriatric drug therapy: neglecting the inevitable majority. *Ageing Research Reviews*, 9(4), 384-398. doi:10.1016/j.arr.2010.04.005
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 26 februari, 2015, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

- SOSFS 2012:9. *Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm. Hämtad 26 februari, 2015, från Socialstyrelsen,  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18766/2012-6-43.pdf>
- Tosato, M., Landi, F., Martone, A. M., Cherubini, A., Corsonello, A., Volpato, S., & ... Onder, G. (2014). Potentially inappropriate drug use among hospitalised older adults: results from the CRIME study. *Age & Ageing*, 43(6), 767-773.  
doi:10.1093/ageing/afu029
- Trivalle, C., Cartier, T., Verny, C., Mathieu, A.M., Davrinche, P., Agostini, H., ...L., Demolis, P. (2010). Identifying and preventing adverse drug events in elderly hospitalized patients: A randomized trial of a program to reduce adverse drug effects. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14 (1), 57-61.  
doi:10.1007/s12603-010-0010-4
- Uddevalla kommun. (2014). *Läkemedel och livskvalité: Recept mot fallolyckor, skenande omsorgskostnader och överbeläggning på sjukhus*. Apotekare i Uddevalla kommuns vårdteam 2009-2012. Uddevalla kommun. Från  
<http://elmvik.blogspot.se/2014/08/ratt-lakemedel-minskar-trycket-pa-varden.html?m=1>
- Vetrano, D. L., Tosato, M., Colloca, G., Topinkova, E., Fialova, D., Gindin, J., & ... Onder, G. (2013). Polypharmacy in nursing home residents with severe cognitive impairment: results from the SHELTER Study. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of The Alzheimer's Association*, 9(5), 587-593.  
doi:10.1016/j.jalz.2012.09.009
- Yamashita, T., Jeon, H., Bailer, A.J., Nelson, I.M. & Mehdizadeh, (2011). Fall risk factors in community-dwelling elderly who receive medicaid-supported home- and community-based care services. *Journal of Aging and Health*, 23 (4), 682-703.  
doi:10.1177/0898264310390941



# Bilaga 1

## Intervjuguide

1. Vilket ansvar anser du att sjuksköterskan har för att minska läkemedelsanvändningen?
2. Ge exempel på sjuksköterskans åtgärder
3. Vilka faktorer i din omgivning kan påverka och försvåra arbetet med att minska läkemedelsanvändningen?
4. Hur gör du för att hålla dig uppdaterad angående nya läkemedel och dess biverkningar?
5. Vad har du för erfarenheter av att rapportera biverkningar till läkemedelsverket?

## Bilaga 2

### Informationsbrev med förfrågan om deltagande i ett forskningsprojekt

#### Bakgrund och syfte

Antalet äldre ökar i Sverige och resten av världen och med detta följer även en ökning på andelen äldre som förbrukar läkemedel. En av anledningarna till att vi blir äldre är den farmakologiska utvecklingen de senaste decennierna vilket har lett till att de äldre kan leva längre då fler sjukdomar kan behandlas. De äldre som är mest sköra och också känsligast för läkemedel, är dem som har den mest omfattande läkemedelsanvändningen. De lider ofta av någon demenssjukdom eller andra sjukdomar och många bor på särskilt boende (SÄBO) där antalet läkemedel beräknas till drygt 10 stycken per person. Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskan arbetar för att minska läkemedelsanvändningen hos äldre.

#### Förfrågan om deltagande

Vi genomför en studie som är en del i vår utbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot vård av äldre. Om du vill delta i studien behöver vi ditt samtycke.

Du blir tillfrågad om deltagande i studien då du arbetar som patientansvarig sjuksköterska på SÄBO.

#### Hur går studien till

Studien kommer att genomföras genom personlig intervju som vi beräknar kommer att ta 30-45 minuter. Du får själv möjlighet att välja plats och tid för intervjutillfället. Intervjun kommer att spelas in som en ljudfil på band så att vi i efterhand kan skriva ut den i sin helhet för att sedan sammanfatta den tillsammans med övriga deltagares intervjuer.

#### Studiens färdiga resultat

Studien kommer att publiceras som ett examinationsarbete på Luleå tekniska universitet <http://epubl.ltu.se> och [www.diva-portal.org](http://www.diva-portal.org) eller erhållas av forskarna.

#### Hantering av data och sekretess

Deltagarnas identitet kommer inte att röjas då allt material hanteras strikt konfidentiellt och intervjuerna kommer att sparas på lösenordsskyddade datorer.

#### Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt och du har när som helst möjlighet att avbryta ditt deltagande före eller under studien utan att behöva ange skäl till detta.

#### Ansvariga

Ansvariga för studien är Luleå tekniska universitet, Institutionen för hälsovetenskap. Ansvariga forskare är Linda Lundberg och Carina Storck tillsammans med handledare Eva Karlsson.

Du är även välkommen att kontakta oss:

Forskare:

Linda Lundberg

Mobilnr: XXXX - XXXXXXXX

E-mail: [linda@medicinkonsult.se](mailto:linda@medicinkonsult.se)

Carina Storck

Mobilnr: XXXX - XXXXXXXX

E-mail: [carina.storck@uddevalla.se](mailto:carina.storck@uddevalla.se)

Handledare:

Eva Karlsson

Doktorand

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Tel: XXXX - XXXXXXXX

E-mail: [eva.l.karlsson@ltu.se](mailto:eva.l.karlsson@ltu.se)

## Bilaga 3

### Samtyckesformulär

Härmed tillfrågas Du om du vill delta i vår intervjustudie som Du fått ta del av i vårt informationsbrev. Intervjuerna kommer att pågå under mars 2015. Deltagandet är frivilligt, och endast om Du skriver på samtycket kommer du medverka i studiens resultat. Du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande under studiens gång. Allt som sägs är konfidentiellt och kommer att raderas efter att studien är färdig.

---

Härmed intygar jag att jag efter information om vad studien innebär har beslutat mig för att delta.

Datum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_