

Linn Camilla Stø Dypvik

Hvilken kunnskap og erfaring har helsepersonell med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem

Masteroppgave i Master i farmasi

Veileder: Hege Therese Bell

Juni 2019

Linn Camilla Stø Dypvik

Hvilken kunnskap og erfaring har helsepersonell med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem

Masteroppgave i Master i farmasi
Veileder: Hege Therese Bell
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin

Sammendrag

Bakgrunn

Norske og internasjonale studier viser at det er vanlig av helsepersonell å modifisere orale faste legemidler før legemiddel administrering til eldre på sykehjem. Eldre har ofte flere sykdommer, polyfarmasi og aldersrelaterte endringer som kan føre til upassende teknikker eller fremgangsmåter for å gjøre legemiddel administrasjonen enklere for pasienten.

Modifisering av orale faste legemidler kan påvirke effekten av legemiddelet i en negativ retning. Det finnes få kvalitative studier som beskriver helsepersonells tanker og erfaringer om modifisering av legemidler.

Hensikt: Å beskrive helsepersonellens tanker og erfaringer med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem og for å kartlegge behovet for kunnskap av modifisering av legemidler.

Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju av helsepersonell som har tillatelse til å administrere legemidler til eldre pasienter på sykehjem.

Resultat: Tre hovedtemaer var identifisert: Generell kunnskap om modifisering, situasjoner der modifisering blir vurdert og informasjonskilder. Flere av informantene var usikker på faguttrykket «modifisering», men alle hadde kjennskap og erfaring med å dele/knuse tabletter og kapsler for pasientene. Det ble også fortalt om ulike situasjoner hvor informantene måtte blande de modifiserte legemidlene sammen med mat og dermed uttrykket en bekymring for om dette kunne gi vond smak på maten eller om pasienten fikk i seg hele legemiddel dosen. Informantene benyttet også flere informasjonskilder når det var tvil om legemidler kunne deles eller knuses. Hovedinformasjonskildene var legen, ellers ble kollegaer, apotek og felleskatalogen mye brukt.

Konklusjon: Studien gir oss nyttig innsikt i helsepersonellens kunnskap og erfaringer med modifisering av legemidler til sykehjemspasienter. Knusing og deling av legemidler er vanlig på sykehjemmene spesielt for de eldre med svelgeproblemer. Resultatene viser at det er en del usikkerhet og bekymringer med modifisering av legemidler som kan tyde på et behov for mer kunnskap om legemidler. Farmasøyter innehar denne kunnskapen og kan bistå med opplæring til helsepersonellet.

Abstract

Background: Norwegian and international studies show that solid oral dosage form is frequently modified for elderly patients in nursing homes. Elderly people often have multiple diseases, polypharmacy and age-related changes. This can lead to inappropriate techniques and procedures that can occur to ease the administration of medicines. Modifications of oral medicines can potentially affect the safety and efficacy of the product. There are limited studies exploring healthcare professionals' thoughts and experiences with solid oral dosage form modification in nursing homes.

Purpose: To describe the healthcare professionals' thoughts and experiences regarding modification of solid oral dosage form for elders in nursing homes. To map the need for knowledge of medication solid dosage form modification.

Method: A qualitative study with focus group interview of healthcare professionals' that have permission to administer medication to elders in nursing homes.

Results: Three major themes were identified: General knowledge of modification. Situations where modification is assessed and their information sources. Several of the informants were unsure of the terminology "modification", but all had knowledge and experience with splitting/crushing pills and capsules for the patients. They also disclosed different situations where the informants had to mix the modified medicine with food, and therefor expressed a worry if this would give a bad taste to the food or if the patient would absorb the full dosage. The informants also use several information sources when in doubt if the medicine could be modified; main source of information is the doctor, and then colleagues, pharmacy and 'Felleskatalogen'.

Conclusion: The study gives us useful insight in health personnels knowledge and experience with modification medicine to elder patients in nursing homes. The splitting and crushing of solid oral dosage forms is done frequently in nursing homes, especially towards elders with issues with swallowing. The results show there are several uncertainties and concern around modification of solid, oral medicine, which means there could be a need for more knowledge about medicine, where pharmacists can offer to assist with training for the health personnel.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og læringsrik opplevelse, men har samtidig vært krevende og utfordrende til tider.

Først og fremst vil jeg takke min dyktige veileder, Hege Therese Bell, som har vært svært hjelpsom, oppmuntrende og veiledet meg gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke min familie og venner for deres tålmodighet og motivasjonen dere har gitt meg underveis i oppgaven, samt all hjelp med korrekturlesing. Spesielt takk til Divya Fernando som alltid viste et engasjement for oppgaven min og har motivert og støttet meg fra første stund.

Til slutt vil jeg takke alle informantene for å ha delt deres erfaringer og tanker med meg.

Innhold

1	Innledning	6
1.1	Bakrunn for valg av tema	6
1.2	Problemstilling og avgrensning	7
1.3	Oppgavens struktur	7
2	Teori og tidligere forskning	8
2.1	Den eldre generasjonen	8
2.1.1	Polyfarmasi	9
2.2	Eldre på sykehjem	10
2.2.1	Sykehjem	10
2.2.2	Pasientene på sykehjem	10
2.2.3	Håndtering av legemidler på sykehjem.....	11
2.3	Orale faste legemidler	12
2.3.1	Modifisert-frisetting av orale legemidler	13
2.3.2	Modifisering av orale faste legemidler	15
2.3.2.1	Konsekvenser av modifisering	15
2.3.2.2	Delelisten og felleskatalogen	16
2.3.2.3	Råd og tips ved modifisering	16
3	Fremgangsmåte og metodiske valg	18
3.1	Valg av metode	18
3.1.1	Kvalitativ metode.....	18
3.1.2	Forforståelse	18
3.1.3	Semistrukturert fokusgruppe intervju	19
3.2	Intervjuguide.....	19
3.3	Utvalg og rekruttering av informanter	20
3.3.1	Rekruttering av informanter	20
3.4	Gjennomføring av intervjuene	20
3.5	Datainnsamling og transkribering	21
3.6	Analyse og tolkning av data	21
3.6.1	Systematisk tekstkondensering	21
3.7	Etikk.....	22
3.8	Litteratur til oppgaven.....	23
4	Resultater	24
4.1	Beskrivelse av informantene	24
4.2	Tema 1: Generell kunnskap om modifisering.....	25
4.2.1	Forståelse av begrepet modifisering	25

4.2.2	Kunnskap om konsekvenser av modifisering	26
4.2.3	Utdanning og erfaringsbasert kunnskap	27
4.3	Tema 2: Situasjoner der modifisering blir vurdert	27
4.3.1	Oppsummering	29
4.4	Tema 3: Informasjonskilder.....	29
4.4.1	Helsepersonell	29
4.4.2	Ordinasjonskort.....	30
4.4.3	Oppslagsverk	31
5	Diskusjon	32
5.1	Oppsummering av hovedfunn	32
5.2	Tema 1: Generell kunnskap om modifisering.....	32
5.2.1	Oppsummering om generell kunnskap	36
5.3	Tema 2: Situasjoner der modifisering blir vurdert	36
5.3.1	Oppsummering	37
5.4	Tema 3: Kilder.....	38
6	Drøfting av metode	40
6.1	Metodevalg	40
6.2	Rekruttering og informantene.....	41
6.3	Intervjuet.....	41
6.4	Transkribering	42
6.5	Analyse	42
7	konklusjon	43
8	Tanker om veien videre	44
	Referanser	45
	Vedlegg	50

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Man ser ofte legemiddelrelaterte problemer hos de eldre, hvor feil ved administrering er et av de hyppigste årsakene til pasientskade (1). En rapport fra helsetilsynet har sett på ulike studier som viser at man kan forvente omtrent 20% feilmedisinering av alle behandlingsforløp der legemidler blir forskrevet, og hvor 38% av feilene er knyttet til administrasjonsfasen. Feil ved håndtering av legemidler utgjør også en helserisiko for befolkningen (2). Den eldre generasjonen er den gruppen som står for omtrent halvparten av den totale legemiddelbruken (3). Ved økende alder er forekomsten av sykdommer høyere og aldersrelaterte problemer er med på å øke legemiddelbruken til den eldre. Disse faktorene kan også påvirke legemiddeleffektene og øke sannsynligheten for legemiddelrelaterte bivirkninger hos den enkelte (4). Aldersrelaterte endringer kan eksempelvis være vanskeligheter med å svelge (nedsatt spyttproduksjon), og da spesielt problemer med å svelge orale faste legemidler (5). Ofte blir det gjort en endring av legemiddelet som å dele, knuse, åpne eller blande det inn i mat og drikke. Konsekvensene kan være at doseringen og effekten endres som igjen kan resultere i alvorlige konsekvenser for legemiddelbrukeren, spesielt for legemidler som ikke skal knuses eller deles (6).

Det er ikke mange norske studier som har forsket om modifisering av legemidler på norske sykehjem men studiene viser at det er vanlig å knuse eller dele pasientens legemidler før administrering på sykehjemmene (6-8). De fleste kvalitative studiene om modifisering av legemidler på sykehjem er internasjonale (9-11). Derfor er det ønskelig å utforske nærmere helsepersonellens oppfatning og tanker om modifisering av legemidler til de eldre.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hvilken kunnskap og erfaring har helsepersonell med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem.

Skjult administrering, legemiddelrelaterte problemer eller generell legemiddelhåndtering er ikke hovedfokus for denne studien.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert på en måte der teksten er fordelt utover åtte forskjellige kapitler.

Hvert kapittel starter med en kort presentasjon som forteller hva man kan forvente seg i kapitlet. Oppgaven starter med kapittel 1 som er innledningen, hvor bakgrunn for oppgaven og problemstillingen introduseres. I kapittel 2 vil nødvendig teori og tidligere forskning som belyser tema og problemstilling bli presentert. I kapittel 3 vil det bli gjort rede for fremgangsmåten av metoden som er benyttet. Resultatene som er fordelt på temaer blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 vil hovedfunn bli diskutert og resultatet vil bli sett opp mot relevant forskning. Drøftingen på valg av metoden, rekrutteringen, informantene og analyseprosessen blir drøftet i kapittel 6. Deretter følger konklusjonen i kapittel 7 og kapittel 8 er veien videre.

Til slutt følger litteraturliste og aktuelle vedlegg i oppgaven.

2 Teori og tidlige forskning

I dette kapitlet vil relevant teori og aktuell forskning for oppgavens tema bli presentert. Jeg vil først si noe om den eldre generasjonen og eldre på sykehjem, før teori om faste orale legemidler og modifisering blir presentert.

2.1 Den eldre generasjonen

Verdens helseorganisasjon (WHO) betegner eldre som personer over 65 år (12). Folketallet i Norge per 1.januar 2019 var 5 328 212, der omtrent 919 000 var over 65 år (13).

Forskerne har estimert at befolkningsgruppen over 65 år vil øke samtidig som levetiden har økt betraktelig med årene. Hovedgrunnen kan være fremgangen innenfor medisin og folkehelse som er med på å utvikle nye medisiner og forbedrer helsen til befolkningen. Det er stadig økende levealder og da øker også sykdommer for de eldre som bidrar til et økende behov for medisinsk behandling (14)(15). Medisinsk behandling til eldre kan være utfordrende fordi fysiologiske aldersrelaterte endringer eller problemer og kroniske sykdommer vil kunne påvirke legemiddeleffekten (15) (16). Dysfagi, svelgevansker, er et vanlig aldersrelatert problem blant de eldre. Svelgeproblemer kan være forårsaket av flere grunner som for eksempel redusert spyttproduksjon, lesjoner i spiserøret og nevrologiske sykdommer (17) (18). I en kvalitativ studie fra Jordan var det 10,3% av 1250 kunder fra apoteket som rapporterte at de hadde opplevde problemer med å svelge orale medikamenter. Hvor 22 av de 130 kundene sa de måtte modifisere faste orale legemiddelet (18). I en studie fra Australia av Esther T. et al viser at 16,5% av 369 apotek kunder rapporterte at de hadde svelgevansker, hvor 10,6% av de endte med å modifisere legemidlene. Nesten halvparten av de var ikke klar over at det kunne være et problem å modifisere de orale faste legemidlene (19).

Det er flere aldersrelaterte endringer som kan påvirke legemiddel konsentrasjonen. I tabell 1 vises de farmakodynamiske og farmakokinetiske forholdene som endres ved alderen og hva utfallet kan føre til (16) (3). Noe som har betydning for hvilket legemiddel, legemiddelformulering og dosering som skal forskrives (3).

Tabell 1: Eksempler på aldersrelaterte endringer (3) (16).

	Hva	Betydning
Oppløselighet	<ul style="list-style-type: none"> - Mindre spyttproduksjon/ munntørrhet - Dårlig muskelfunksjon i tarm og mindre væske i mage/tarm. 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ bukkal absorpsjon. Forsinket effekt ↓ oppløselighastigheten
Absorpsjon	<ul style="list-style-type: none"> - Langsommere transittid - Mindre aktivitet av nedbrytningsenzymmer i tarm og lever - Nedsatt enzym aktivitet i aktiv absorpsjon 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ total absorbert dose ↓ førstepassasje- metabolisme ↓ absorpsjon
Distribusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Lavere vekt - Mindre muskler og vann - Mer fettvev 	<ul style="list-style-type: none"> Obs legemidler som doseres etter vekt. ↑ konsentrasjon i plasma og ↓ distribusjonsvolum av vannløselige/polare legemidler ↑ fettløselige legemidler lagres i kroppen (halveringstid øker).
Proteinbinding	<ul style="list-style-type: none"> - Endring av plasma proteinene, og reduksjon av serumalbumin. 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ubundet legemiddel i plasma
Metabolisme og eliminasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Nedsatt blodtilførsel i lever og nyre - Nedsatt lever og nyrefunksjon. - Nedsatt enzym kapasitet 	<ul style="list-style-type: none"> Endring av nedbrytning og eliminering av legemidler.

2.1.1 Polyfarmasi

Økt forekomst av flere kroniske sykdommer er vanlig hos eldre, over 65 år, noe som ofte krever en komplisert og langvarig behandling som forebygger og behandler sykdom.

Alzheimer, Parkinson, depresjon, diabetes, hjertesvikt, koronararteriesykdom, glaukom, slitasjegikt og osteoporose er blant noen av sykdommene som er vanlige hos eldre (20)(21). I

en nylig Cochrane systematisk gjennomgang ble det identifisert i 31 av studiene at personer med en gjennomsnittsalder over 65 år brukte i gjennomsnitt 8,9 medisiner ved baseline (21). Man ser at bruken av flere medisiner samtidig er en sammenheng med antall sykdommer, sykehusinnleggelsene, leger besøk og økt alder på pasienten. Bruk av flere medisiner samtidig kalles for polyfarmasi (22). I en studie av Montamat et al ble polyfarmasi beskrevet som «the administration of more medicines than are clinically indicated, representing unnecessary drug use.» (22). Man ser de ulike forskrivningsretningslinjer av det norske helsedirektoratet ofte anbefaler mer enn ett legemiddel i forebygging av sykdom. Som for eksempel sekundærbehandling etter et hjerneslag/TIA anbefales det antitrombotisk -, blodtrykksenkende-, lipidsenkende behandling (23), som igjen kan føre til at pasienten må bruke flere legemidler samtidig.

2.2 Eldre på sykehjem

2.2.1 Sykehjem

Et sykehjem er et sted hvor det blir tilbudt pleie og omsorg hele døgnet for personer som har fått plass på sykehjemmet. Man kan dele sykehjemsplassene inn i to kategorier, kort- og langtidsplass (24). Det vises fra Dødsårsaksregistret i Norge fra 2017 at færre døde hjemme og på sykehuset, men over halvparten døde på sykehjem eller på annen helse- og omsorgsinstitusjon (25). Tall fra SSB viser i tabell 2 at det er registrert omtrent 42 000 personer på kort- eller langtidsplass på sykehjem i Norge. (26).

Tabell 2: Brukere som har benyttet seg av sykehjemsplass i 2017 (26).

	Brukere av tjenesten i 2017
Korttidsplass	9 359
Langtidsplass	32 733
Sum	42 092

2.2.2 Pasientene på sykehjem

Pasientene på sykehjemmet er ofte de eldre som er mest skrøpelige og trenger hjelp og pleie ved livets slutfase eller for en periode i livet (24). De har ofte flere sykdommer og tar flere medisiner, noe som kan føre til avansert og uhensiktsmessig legemiddel bruk, samtidig som

de er utsatt for høyere risiko av bivirkninger (27). Det er beregnet at omkring 80% av alle sykehjemspasientene i Norge har demens. Kommunikasjonen mellom den demente pasient og helsepersonell kan by på utfordringer når pasienten har denne lidelsen (28). Som tidligere nevnt de eldre ofte har flere legemidler samtidig som de har ofte aldersrelaterte problemer slik at det å administrere legemidler kan være en utfordring. I en studie fra Irland viste at det var sykepleierne som observerte svelgevansker eller andre behov pasientene på sykehjemmet hadde, de som så pasientenes preferanser og behov for å kunne ta dette videre med eventuelt annet helsepersonell (11). Noe som er viktig å identifisere i og med at det er ikke alltid legen selv vet at pasientene har svelgevansker (29).

2.2.3 Håndtering av legemidler på sykehjem

Legemidler har ulike former, virkninger og styrker, og dette skal gis til pasienter som ofte har komorbiditet. Med komorbiditet menes det at pasienten har flere ulike sykdommer, noe som også fører til polyfarmasi. Dette gjør at håndtering av legemidler til disse pasientene ofte er mer kompleks og en krevende oppgave samtidig som det er en viktig del av helsehjelpen pasienten kan forvente i pleie- og omsorgstjenester. Legemiddelhåndtering innebærer enhver legemiddelrelatert prosess som da blant annet omfatter tilberedning, kontroll, administrering, observasjon og dokumentasjon (30). Det er virksomhetslederene ved sykehjemmet som skal sørge for at helsepersonellet ved sykehjemmet har den grunnleggende kunnskapen, kompetansen og ferdighetene som trengs ved legemiddelhåndtering. De skal også sørge for at prosedyrene, opplæring, instruksjoner og utførelsen av legemiddelhåndtering er under utvikling og oppfølging (4). Som helsepersonell er man forpliktet til å holde seg faglig oppdatert (31). I Studie fra Wannebo og Sagmo fra nord-trøndelag kom det frem at informantene som ønsket mer kunnskap var en sammenheng med informantene som leste lite faglitteratur (32).

Etter forskriften for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (§3-2), skal det alltid være en godkjent sykepleier som har ansvaret for sykepleien, samtidig som antall personell skal være tilstede for å sikre nødvendig omsorg for pasientene. Det står også at en lege skal ha ansvar for den medisinske behandlingen (33). Det er sykepleieren/vernepleier som har ansvar for blant annet istandgjøring og utlevering av legemidler til pasientene. De plikter å sørge for at pasienten får riktig dose til riktig tid og på riktig måte (34). Ved behov etter virksomhetslederens tillatelse kan annet helsepersonell enn sykepleier/vernepleier ta opplæring og få fullmakt til å håndtere legemidler (35). Selv om legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer kommer med eksempler og råd er det

fortsatt litt uklarhet rundt hva som er riktig legemiddelhåndtering av helsepersonell (36). En norsk studie fra Simonsen og medarbeidere fant svakheter og begrensninger i legemiddelhåndtering til sykepleiere, der det var stor risiko for feil av legemiddelformulering (42% av sykepleierne) og legemiddeladministrering (28% av sykepleierne) (37). Det kom også frem i en annen studie at sykepleiere trenger bedre kunnskap om legemidler, spesielt med tanke på farmakologisk kunnskap (38).

2.3 Orale faste legemidler

Et legemiddel kan komme i ulike former og inntas forskjellig som peroral, rektalt, parenteral, transdermalt (39). Noen eksempler på de vanligste legemiddelformer som tas peroralt (gjennom munnen) vises i tabell 3. Som man ser så er det mange forskjellige legemiddelformer og legemiddeltyper som krever ulike tilpasninger og kunnskap.

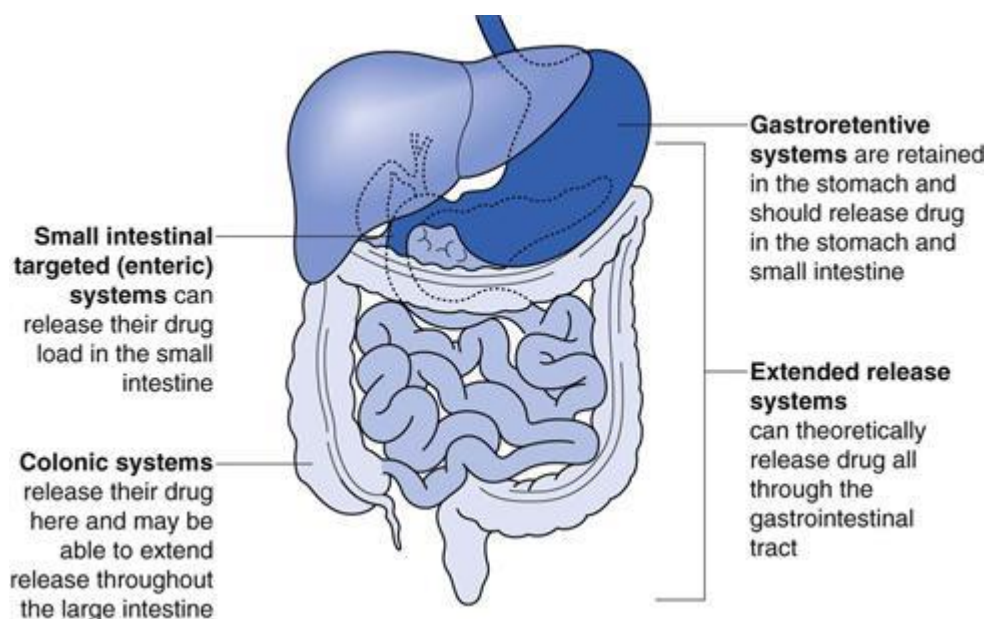
Tabell 3: Legemiddelformer som tas peroralt (39).

Orale legemiddelformer	Ulike typer
Tabletter (fast oral legemiddel)	Tablett med/uten filmdrasjering Enterotablett Depottablett Brusetablett Smeltetablett Tyggetablett Resoribletter
Kapsler (fast oral legemiddel)	Kapsel Enterokapsel Depotkapsel
Mikstur/dråper til oralt bruk	Depo granulat til mikstur Granulat til mikstur Pulver til mikstur

Det er en fordel ved å lage orale faste legemidler for legemiddelbrukere. Fordelene er blant annet at de er enkle å dosere, enkle å håndtere, enkle å transportere, stabiliserende/god holdbarhet og har ofte en lav kostnad å lage (18).

2.3.1 Modifisert-frisetting av orale legemidler

De fleste legemidler gir umiddelbar virkning. Som for eksempel paracetamol der legemiddelet henfaller i magesekken og frigir virkestoffet, hvor virkestoffet da kan bli absorbert i fordøyelseskanalen. Dette er fordelaktig når man ønsker rask virkning ved for eksempel smerter. Av og til ønsker man at virkestoffets effekt skal bli utsatt eller frigjøres gradvis over tid, da kan det bli laget legemidler med modifisert frisetting av virkestoffet som vises i figur 1. Depot- eller entero-drasjert legemidler er eksempler på legemidler med modifisert-frisetting. Depotformuleringer frigjør virkestoffet over en viss periode. Ved enkelte sykdommer kan det være behov for å ha en jevn plasmakonsentrasjon slik at man ikke får symptomer hvis legemiddelkonsentrasjonen i blodet blir for lav. Med depotformulering vil man unngå disse svingningene selv på natten. Det er ofte bedre etterlevelse med slike tabletter, i og med at man ikke trenger å dosere så hyppig der doseringen gjerne er én til dagen. Maksimal legemiddelkonsentrasjon i plasma (C_{max}) er ofte høy ved tabletter som gir umiddelbar virkning. Med bruk av depotformuleringer kan man redusere C_{max} noe som kan bidra til å redusere bivirkningene av legemiddelet. Av og til kalles depotformulering for retard eller long. Enteroformuleringer er drasjert slik at de skal tåle syren i magesekken og vil løse seg opp ved høyere pH som i tarmen. Det er til fordel å bruke ved virkestoff som er ustabile ved syre eller at virkestoffet er skadelig/irriterende mot magesekken. Ved enteroformuleringer er man avhengig av at pH i magesekken er lav (sur) slik at den ikke oppløser seg. En aldersrelatert endring kan være at man får høyere pH i magesekken som da kan gi effekt på legemiddelet ved at det løser seg opptidligere enn antatt. Passasjetiden av depot og entero-formuleringer gjennom magesekken er avhengig av ventrikkeltømmingen som igjen er avhengig av mat. Ved et rettrikt måltid kan ulike formuleringene være oppholdt i magesekken så lenge det er mat, som forsinker virkningen (39) (40). I tabell 4 ser man fordeler og ulemper med modifisert-frisettede legemidler.



Figur 1: Virkested for ulike oral modifisert-frisettende system (40)

Tabell 4: Fordeler og ulemper ved depot- og enteroformuleringer (39) (40).

	Depot-drasjering	Entero-drasjering
Fordeler	Jevn plasmakonsentrasjon terapeutisk vindu, selv på natten.	Reduserer bivirkninger (virkestoff som er irriterende for magesekk).
	Unngå høye konsentrasjonstopper	Hvis virkestoffet ikke tåler lav pH fra magesyren
	Enklere doseringsregime → bedre etterlevelse	
	Reduserer bivirkninger (reduserer C_{max})	
Ulemper	Ikke alltid de kan deles/åpnes og skal heller ikke knuses.	Ikke alltid de kan deles/åpnes og skal heller ikke knuses.
	Dyrere å lage for legemiddelindustrien	Dyrere å lage
		Ikke rask innsettende effekt (må forbi magesekken før henfall).

2.3.2 Modifisering av orale faste legemidler

Aldersrelaterte endringer kan gi en del utfordringer ved å administrere orale faste legemidler.

Dette kan føre til modifisering av orale faste legemidler som kan være upassende teknikker eller fremgangsmåter for å legge til rette for administreringen av legemidlene.

Modifisering er når man fysisk endrer legemiddelformen, hvor man for eksempel knuser, deler, åpner, rører ut kapselen eller tablettene. (18). I en spørreundersøkelse av 540 sykepleiere gjort av Wright viste det seg at 80 % av alle sykehjem ukentlig modifiserte legemidlene til den eldre (41). Fra studien til Mc Gillicuddy et al viste det seg at til personer med svelgevansker var hovedgrunnen modifisering var mangel på tilfredsstillende doseringsform hovedårsaken (42)

Man skal ikke knuse eller tygge depot- eller enterodrasjerte faste legemidler og skal som regel svelges hele. Likevel finnes det unntak der enkelte kan åpnes eller deles med forsiktighet uten å ødelegge effekten av drasjeringen (43).

2.3.2.1 Konsekvenser av modifisering

Å modifisere orale faste legemidler som skal svelges hele kan gi alvorlige konsekvenser for legemiddelbrukeren. Modifisering av depotdrasjerte legemidler som skal svelges hele kan det påvirke absorpsjonshastigheten til legemiddelet, hvor normalt det ville blitt frigjort litt virkestoff av gangen. Ødeleggelse av drasjeringen fører til at alt virkestoffet blir eksponert i kroppen med en gang og kan gi høyere konsentrasjon av virkestoff i blodet (40). Hvis legemiddelet har smalt terapeutisk vindu kan det gi toksiske konsekvenser for legemiddelbrukeren (3). Modifisering av enterodrasjert legemidler som skal svelges hele fører til at virkestoffets effekt kan bli ødelagt av magesyre, hvor legemiddelet ikke vil gi sin effekt. Virkestoffet kan også gi bivirkninger på slimhinne i spiserør eller magesekk (44).

En studie fra Kelly et al fortalte hvordan maten kan bli påvirket på en negativ måte ved at den modifiserte legemidlene gir smak på maten (10). Modifisering av orale faste legemidler kan også gi en vond smak i munnen eller hvis det blandes sammen med mat, fordi virkestoffet i utgangspunktet ikke smaker særlig godt. Spesielt legemidler som er filmdrasjert for å maskere smak og lettere å svelge, kan gi en bitter og ubehendig smak ved knusing eller deling (45).

Det anbefales å bruke tablettdeleler eller knuser/morter for å modifisere legemidlene, og som skal rengjøres og tørkes mellom hver bruk. Uten rengjøring kan legemidlene forurense hverandre eller en kjemisk reaksjon mellom stoffene kan oppstå (8).

Det kan også være en risiko for personen som modifiserer legemidlene fordi man er utsatt for støvpartikler fra legemidlene som kan forårsake en helserisiko. Det er spesielt gravide som er utsatt for uheldige effekter der virkestoff er være skadelig for fosteret. Legemidler med for eksempel hormon, cytotoksiske eller antibiotika bør modifiseres med forsiktighet, fordi de kan blant annet skape irritasjon eller allergi iblant annet luftveier, øyner eller hud samtidig være miljøskadelig (45) (46).

2.3.2.2 Delelisten og felleskatalogen

I en norsk studie fra kirkevold et al viser det seg at hovedinformasjonskilden til sykehjemsavdelinger for å finne ut om legemidler kan modifiseres eller ikke var felleskatalogen (8). Felleskatalogen er en oversikt over farmasøytiske preparater som har markedsføringstillatelse i Norge. Der preparattekstene blir skrevet i samarbeid med legemiddelfirmaene og redaksjonen (47). I felleskatalogen kan man finne informasjon om hvilke legemidler som ikke skal deles eller knuses (8).

Det er laget en «knuse-/deleliste» som er utarbeidet fra Oslo Universitetssykehus (48). Denne listen er ment som et hjelpemiddel for å gi en trygg modifisering av legemidler, hvor den gir informasjon om hvordan og om det er mulighet for modifisering av perorale legemidler. Den ansvarlige sykepleieren må selv sørge for å finne opplysninger fra tilsvarende sider hvis ikke legen har spesifikt gitt beskjed om at legemiddelet kan modifiseres (49). En studie gjort av Bourdenet et al der de sammenlignet en tidligere studie så de nytten av å ha en liste som informerer om hvilke legemidler som ikke skulle knuses/deles, der det førte til en samlet forbedring av modifisering i praksis (50).

2.3.2.3 Råd og tips ved modifisering

Råd og tips ved/før modifisering av legemidler (51).

- Er andre legemiddelformer tilgjengelig?
- Bruk ren og tørr tablett deleler eller tablett knuser/morter
- Sjekk om legemiddelet kan være utsatt for fukt og lys.

- Modifisering bør skje rett før inntak
- Vurder hansker og munnbind
- Delestrek/kors betyr ikke alltid at dosen blir delt i like doser, av og til kun ved hjelp til svelging.
- Modifisering kan påvirke effekten av legemiddelet.

3 Fremgangsmåte og metodiske valg

I dette kapitlet vil jeg gjør rede for hvilke fremgangsmåter som ble benyttet i forskningsprosessen der jeg presenterer både gjennomføring, transkripsjon og analyse av resultatet. Jeg vil også beskrive hvordan informantene ble rekruttert til intervju.

3.1 Valg av metode

3.1.1 Kvalitativ metode

Masteroppgaven er basert på kvalitativ undersøkelse der intervju ble brukt for innsamling av data. Ved bruk av kvalitativ metode forholder man seg til data som baserer seg på samtaler eller observasjoner, i motsetning til kvantitative metode som stammer fra tall eksempelvis fra spørreundersøkelse (52). I denne oppgaven ønsket jeg å få frem helsepersonellens erfaringer med modifisering av legemidler til eldre. Ved hjelp av kvalitativ metode kan man stille åpne spørsmål slik at en kan få frem ulike erfaringer, perspektiver, opplevelser og verdier hos informantene. Dette vil gi oss en bedre forståelse av problemstillingen man ønsker å belyse (52).

3.1.2 Forforståelse

Det er også viktig å legge grunnlag for hvilke forforståelser man har før starten av oppgaven, altså bevisstgjøre hvilke erfaringer og forutsetninger man har om temaet for å gå inn med et åpent sinn (52). Jeg noterte med hvilke erfaringer og forventninger jeg har på emnet, og ble lest regelmessig gjennom prosessen for å bevisstgjøre min subjektivitet. Som farmasøyt har jeg stor interesse for legemidler og har selv erfaring med å jobbe på sykehjem og levere ut legemidler før jeg ble farmasøyt. Min erfaring er at det er en del utfordringer ved håndtering av legemidler spesielt til eldre, utfordringer som at de ikke vil ha eller ikke forstår hvorfor de selv skal ha medisinen og at de eldre tygger medisinen.

3.1.3 Semistrukturert fokusgruppe intervju

Intervju er som en profesjonell samtale mellom to eller flere parter der man tar opp et spesielt tema eller fenomen samtidig som samtalen er preget av struktur og et formål (53). For å belyse problemstillingen ble det benyttet semistrukturert fokusgruppeintervju som fremgangsmåte for prosjektet. Et semistrukturert intervju er når man har en blanding av åpen og lukket struktur, som har en fordel med å gi oss en mulighet til å ha åpne samtaler men samtidig baserer oss på studiets tema med nedskrevne åpne spørsmål (53).

Et fokusgruppeintervju er et gruppeintervju som består av fire-åtte informanter som styres av en moderator. Fokusgrupper er en velegnet metode og blir ofte brukt der det er flere informanter og man ønsker å lære mer om erfaringer, synspunkter og holdninger til informantene (52).

3.2 Intervjuguide

I samarbeid med veileder ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg) i forkant av intervjuet som ble brukt som et hjelpemiddel/huskeliste til intervjuet og ikke som en fast mal. Det vil si at hovedspørsmålene ble på forhånd fastsatt men oppfølgingsspørsmålene ble stilt ut ifra hva informantene svarte, samtidig var man fleksibel med rekkefølgen spørsmålene ble stilt.

Det ble utarbeidet fem hovedspørsmål der første spørsmål startet med å høre ulike episoder/historier fra informantene der de hadde foretatt modifisering av legemidler til pasienter. Dette var for å kartlegge hvilke forkunnskaper informanten hadde om begrepet modifisering og samtidig starte med enkle og åpne spørsmål som gjør at det blir lettere for informantene å snakke mer fritt og åpne seg mer. Videre i intervjuguiden gikk spørsmål to inn på hvilke konsekvenser modifisering kan ha. På spørsmål tre og fire gikk man dypere inn på hovedgrunnene og vurderingene man gjør i forkant av en modifisering. Siste spørsmål handlet om dokumentering og rapportering av avvik.

3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

3.3.1 Rekruttering av informanter

Utvalget av informantene ble gjort på en strategisk måte for å kunne finne de som kunne belyse og besvare problemstillingen på en best mulig måte (52). Informantene som en ønsket å inkludere i intervjuet var sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere som deler ut legemidler til eldre på sykehjemmet. Det var ingen krav til informantene i forhold til kjønn og alder. Et invitasjonsskriv som inneholdt utfyllende informasjon om studien ble utarbeidet (se vedlegg). Det kom også tydelig frem i invitasjonsskrivet at det var helt frivillig å delta i forskningsprosjektet og at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg hvis de skulle ønske det uten at dette gav noen konsekvenser.

Masteroppgaven er med i et større prosjekt som er et samarbeidsprosjekt mellom Nord Universitet, Senter for omsorgsforskning Midt og Namsos kommune. Det var derfor i utgangspunktet tenkt å fokusere på sykehjemmene som ligger i Namsos. Avdelingsledere for de ulike sykehjemmene i Namsos ble kontaktet pr telefon, for å informere om prosjektet og det ble sendt ut invitasjonsskriv pr e-post som avdelingslederne kunne henge opp på personalrommet slik at ansatte kunne melde seg på. Det ble derimot liten respons fra ansatte og avdelingslederne. Etter jul ble det derfor bestemt at vi skulle prøve å få til intervju i min hjemkommune, Stavanger. Ved hjelp av kommunefarmasøyten i Stavanger fikk jeg mailadressen til aktuelle avdelingsledere til to sykehjem i Stavanger der jeg avtalte et kort møte med avdelingslederne for å informere om prosjektet. Etter et møte med avdelingslederne for å informere om prosjektet viste de stor interesse og skaffet tre intervjuer fordelt på to sykehjem.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden på et lukket grupperom. Før hvert intervju startet jeg med å fortelle kort om meg selv og om prosjektet. Deretter fikk hver informant sitt invitasjonsskriv til å lese og undertegne. Det ble informert om at intervjuet ble tatt opp på bånd, deretter startet informantene med å fortelle kort om sin stilling og hvor lang ansiennitet de hadde på sykehjemmet. Dette ble gjort for å gjøre det lettere å kunne kjenne igjen stemmene ved transkribering og vite hvor lenge informantene har jobbet som helsepersonell.

Etter hvert intervju noterte jeg inntrykkene som jeg satt igjen med for å oppsummere hvordan intervjuet gikk og hva jeg kunne gjort annerledes, som var med på å forbedre neste intervju.

3.5 Datainnsamling og transkribering

Etter hvert intervju ble intervjuene transkribert (fra opptak til tekst) innen et par døgn etter avsluttet intervju. Jeg spilte av lydbåndet flere ganger både på normalhastighet og sen hastighet slik at alle ord ble med. Det ble nedskrevet på dialekt, for å sikre meg at jeg fikk med alle ord og uttrykk som ble brukt. Alle informantene og navn som ble nevnt under lydopptaket ble anonymisert i transkriptet. Kvinnelige informanter ble oppført som K og mannlig som M med løpende nummer. Den digitale opptakeren ble oppbevart i en lukket boks utilgjengelig for andre. Så snart man var ferdig med transkriptet ble intervjuene på opptakeren slettet umiddelbart.

3.6 Analyse og tolkning av data

3.6.1 Systematisk tekstkondensering

Det er ulike metoder som kan brukes til å analysere datamateriale i en kvalitativ studie.

Metoden som ble brukt i denne oppgaven for å analysere datamaterialet til et ferdig resultat var Malterud sin systematiske tekstkondensering. Dette er en trinnvis metode som kan brukes for å analysere datamateriale på en systematisk måte. Det kreves ikke en bred kunnskap om fenomenologisk filosofi derfor er det godt egnet for nybegynnere å følge denne analyseprosessen. I systematisk tekstkondensering blir det benyttet en trinnvis metodeprosess som vil kunne øke prosjektets fokus på tema og problemstillingen, samtidig som det vil gi en bedre total oversikt over datamateriale (52).

I det første trinnet startet jeg med å lese de transkriberte sidene av de tre intervjuene for å skape et helhetsbilde av datamaterialet. Man ønsker å få frem informantenes perspektiv og ikke egen tolkning, derfor ble min egen forforståelse satt til side men med problemstillingen fortsatt i tankene. Det vil si at man ønsker å ha et fugleperspektiv over innsamlet data (52). Etter gjennomgang av transkriptene ble det identifisert 12 midlertidige temaer som er relatert til problemstillingen.

Etter nøye lesing og drøfting med veileder ble de 12 midlertidige temaene etter hvert gjort om til tre hovedtemaer, inkludert undertema i hver gruppe. Det er med stor fordel å diskutere og gjennomføre analysen med en annen forsker for å kunne se alle detaljer i teksten (52). Videre startet jeg grundig og systematisk med å lese linje for linje for å kunne identifisere meningsdannede enheter og samtidig ta bort duplikater mellom de ulike temaene. Meningsdannede enheter er den teksten som har tilknytning til selve problemstillingen. Dette gjøres for å beholde relevant tekst og ta bort irrelevant tekst (52). Denne filtreringen regnes som trinn to av den systematiske tekstkondensering.

I tredje trinnet startet kondenseringen, her ble gjentakelse filtrert bort og hver undergruppe blir omformulert til et kondensat. Dette vil si at alle undertemaene har da et langt avsnitt sammen av det informantene har sagt. I siste trinnet ble den kondenserte teksten i trinn tre omgjort til en analytisk tekst som representerer resultatet. Resultatdelen ble gjennomgått med de originale transkriptene for å unngå egne tolkninger og at den opprinnelige informasjonen ble bevart for å styrke validiteten av resultatet. Et «gullsitat» som illustrerer undertemaet er tatt med under hvert tema.

3.7 Etikk

All forskningen må skje etter norske lover og forskrifter, og all forskning må skje på en vitenskapelig og etiske måte for å sikre deltagerens rettigheter, trygghet og sikkerhet (52). Prosjektet er innmeldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD) ref. nummer 188156.

Kvalitative studier som inneholder sensitive problemstillinger skal på forhånd sende en forespørsel og godkjennes av REK (regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) (52). Etter en fremleggingsvurdering av REK ble det bestemt av komiteen at denne masteroppgaven ikke krever godkjenning fra REK (se vedlegg).

Alle informantene i studien signerte et samtykkeskjema før intervjuet startet. Samtykkeskjema inneholdt informasjon om prosjektet og informantens rettigheter der det blant annet sto at informantene kunne når som helst og uten grunn trekke seg fra prosjektet. Anonymisering av datamateriale ble ivaretatt i transkriberingen.

3.8 Litteratur til oppgaven

Jeg gjorde litteratur søk i PubMed, Bibsys, Swemed+, google Scholar, Google med blant annet søkeordene: «Crushing», «opening», «splitting», «tablets», «pills», «capsules», «elderly», «nursing», «homes», «dysphagia», «Swallowing», «difficulties», «Dosage-form», «modification», «convert», «modify», «solid», «oral», «medications», «qualitative», «Norwegian». Hvor ordene ble kombinert med «AND» og «OR». Jeg var også interessert i å finne studier gjort i Norge dermed ble relevante søk på sykepleien og tidsskriftet ble gjort.

Det ble også brukt «snøballmetoden» der jeg gikk videre inn på kildene til relevante studier.

4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg først starte med å gi en kort beskrivelse av informantene som deltok i fokusgruppe intervjuene. Videre i kapitlet vil de viktigste funnene som belyser problemstillingen oppsummeres som følgende: Generell kunnskap om modifisering, Situasjoner der modifisering blir vurdert og Kilder. Hovedtema og tilhørende undertema presenteres nærmere i tabell 5.

Tabell 5: Resultat oversiktstabell med hovedtema og undertema

<u>Hovedtema</u>	Generell kunnskap om modifisering	Situasjoner der modifisering blir vurdert	Kilder
<u>Undertema</u>	Forståelse for begrepet modifisering	Pasientens behov og utfordrende situasjoner	Helsepersonell
	Kunnskap om konsekvenser av modifisering		Multidose og ordinasjonskort
	Utdanning og erfaringsbasert kunnskap		Oppslagsverk

4.1 Beskrivelse av informantene

Informantene som ble intervjuet i denne masteroppgaven var ni damer og to menn. De 11 informantene som ble intervjuet var ansatt på to forskjellige sykehjem og besto av syv sykepleiere, to helsefagarbeidere, en anesthesi-sykepleier og en hjelpepleier. Alle helsefagarbeiderne og hjelpepleieren hadde dispens for utlevering av legemidler til eldre. Helsepersonellens ansiennitet på de ulike sykehjemmene som ble intervjuet var mellom ½ år til 27 år.

4.2 Tema 1: Generell kunnskap om modifisering

Informantenes kunnskap og forståelse for modifisering hadde en innvirkning på hvilke valg som ble gjort når modifisering av legemidler til pasientene ble vurdert. Informantene var kjent med flere av konsekvensene modifisering kunne forårsake, selv om bruk av faguttrykket «modifisering» var ukjent hos de fleste. Det kom også tydelig frem hos enkelte av informantene at jo lengre man hadde vært i yrket jo bedre og bredere erfaringer fikk man samtidig som man hadde et godt grunnlag fra utdanningen sin. Informantene var bekymret for spisevegring hos pasientene som fikk modifisert legemidler blandet sammen med maten, hvor legemiddelbitene i maten gjorde at maten ikke smakte like godt etter modifiseringen.

4.2.1 Forståelse av begrepet modifisering

Under intervjuene kom det tydelig frem at flere av informantene var usikre på definisjonen til modifisering. Enkelte hadde i forkant av intervjuet spurt andre kollegaer eller søkt opp i oppslagsverk som for eksempel på internett, hva modifisering var uten at de kom til et entydig svar. Det ble også spurt om modifisering var biokjemi samtidig som de trakk fram det å bytte til andre legemiddelformer eksempelvis brusetabletter og smeltetabletter som var eksempler på modifisering. Samtlige av informantene var litt usikre på om det å bytte til et annet legemiddelform egentlig var å modifisere, mens andre brukte ordet modifisering under situasjoner der det ble byttet fra vanlig svelge tabletter til brusetabletter for pasientene som hadde svelgeproblemer. Informantene mente også at for de pasientene som hadde problemer med å svelge tabletter eller kapsler ble det nesten alltid først vurdert om å bytte over til en annen legemiddelform hvis det var mulighet for det. Hvis ikke ble det gjort en vurdering om modifisering var en mulighet for legemiddelet. Det kom også frem i intervjuet at enkelte mente at modifisering var å endre på effekten til et legemiddel. Hvor informantene forklart at hvis man knuste eller delte en tablett så kunne det føre til at pasientene fikk bedre effekt av legemiddelet enn forventet.

Informantene beskrev ulike situasjoner der de måtte dele eller knuse ulike tabletter eller kapsler som videre ble blandet sammen med maten til pasientene, som for eksempel i syltetøy. Dette var en veldig vanlig prosedyre som ble gjort av helsepersonellet for de pasientene som hadde problemer med å svelge store tabletter, eksempelvis smertestillende Paracet ® som ble brukt mye av de eldre på sykehjemmet.

*«Jeg måtte først google, google om modifisering. Jeg forsto egentlig ikke hva det var ute etter. Men så *navnet på kollega* som sa det var knusing av tabletter.» (K9 sykepleier, 7,5 års erfaring).*

4.2.2 Kunnskap om konsekvenser av modifisering

Når pasientene fikk legemiddeldosen sin blandet sammen med mat var det flere av informantene som oppgav sin bekymring om pasienten faktisk fikk i seg hele legemiddeldosen eller om det ble liggende igjen legemiddelrester på for eksempel skjeen. Informantene fortalte om situasjoner hvor de slet med å få alle medisinerbitene opp fra begeret etter at de hadde knust tablettene, og uttrykte bekymring for at pasienten fikk en for lav dose. De diskuterte i denne sammenheng også hvilke konsekvenser dette kunne få for ulike legemidler. Eksempelvis var informantene kjent med konsekvensene hvis pasienten fikk for lite smertestillende som for eksempel Paracet®, men dersom det gjaldt andre livsviktige medisiner kunne det gi andre konsekvenser.

Smertestillende som Paracet® var et vanlig legemiddel som ble brukt mye av de eldre på sykehjemmene. Informantene var enig om at det gikk helt fint å knuse en tablett av Paracet® men andre legemiddelformer som var laget av depot- eller enterodrasjerte tabletter og kapsler måtte de være forsiktig med å dele eller knuse. Det ble også sagt av enkelte informanter at kapslene som inneholdt enterodrasjerte granulater kunne åpnes og svelges, så lenge granulatene ikke ble ødelagt som for eksempel ved tygging eller knusing fordi da kunne det gi bivirkninger som lokal blødning. Magesår, sopp og sår i munnhulen ble oppfattet blant informantene som en meget alvorlig konsekvens hvis legemidlene som ikke skulle deles eller knuses ble modifisert. Ulike eksempler informantene kom med var blant annet hvis man knuste enterotablettene så kunne det resultere i at pasienten fikk magesår. Endring av halveringstid og økning av virkningen på legemiddelet ble også nevnt som en konsekvens av å dele eller knuse tabletter.

Samtlige av informantene uttrykte også sin bekymring for om spisevegring var forårsaket av den vonde smaken som de modifiserte legemidlene gav, der medisinerbitene ble blandet sammen med maten hvor det resulterte i at pasienten ikke spiste. Informantene mente også at allmenntilstanden til de eldre var redusert samtidig som de ofte hadde munntørrehet og drakk lite vann. Dette kunne gi problemer med legemiddeladministrasjon til den eldre ved at

medisinen ble liggende i munnen og ikke fikk svelget medisinen ned. Flere av informantene var også bekymret for hvilke interaksjoner som kunne oppstå mellom legemidlene, hvor den eldre fikk flere av legemidlene sine modifisert og blandet sammen.

«Så hvis vi knuser enterotabletter og sånt så kan de få magesår. (...) Også har de ikke samme virkning de skulle ha.» (K5 sykepleier, 2 års erfaring).

4.2.3 Utdanning og erfaringsbasert kunnskap

Noen av sykepleierne uttalte at det var gjennom utdanningen de først hadde hørt om modifisering av legemidler. Videre skaffet de seg kunnskap gjennom erfaring med å jobbe på sykehjemmet. En av sykepleierne var nylig utdannet som sykepleier, og hadde tidligere jobbet som hjelpepleier. Etter utdannelsen som sykepleier hadde h*n fått mer kunnskap om legemidler og med det en følelse av bedre kontroll. Dette var blant annet fordi nå hadde h*n direkte samtaler med legen om modifisering fremfor å måtte gå gjennom kollega først.

Av de informantene som hadde vært i dette yrket flere år nevnte de at de følte man hadde blitt flinkere til å ha mer fokus på det å ha minst mulig tabletter og hadde mer oppmerksomhet på hva som kan knuses og hva som ikke kan knuses. En sykepleier fortalte etter å ha jobbet i samme yrket i over 40 år kunne sykepleieren se tilbake på at de før i tiden hadde knust helt ukritisk uavhengig av hvilken legemiddelform det var. Det var på den tiden mer fokus på at pasienten skulle få i seg medisinen, der det ofte resulterte i at legemiddelet ofte ble knust og lagt på en skive til pasienten. Informantene var enig i at dette var en dårlig rutine men nå var de mer bevisst og hadde mer respekt for pasientene så dette var noe som ikke ble gjort lengre.

«(...) Vi spurte veldig lite. Mange ganger bare knuste og så legger på skive. For enkelhet. (...) Det var sånn. Men ikke nå. Vi er bevisst og har respekt for de nå. Vernesak på en måte, eller en dårlig uvane, rutine.» (M2, sykepleier, 23 års erfaring).

4.3 Tema 2: Situasjoner der modifisering blir vurdert

Å knuse tabletter eller åpne kapsler var en vanlig rutine for flere av informantene hvor ønsket var å gjøre medisineringen til pasienten enklest mulig. Spesielt for pasienter med svelgeproblemer eller andre problemer som gjorde legemiddeladministreringen vanskelig. Ifølge sykepleierne og hjelpepleier kjente de pasientene godt og observerte når pasientene

hadde vanskeligheter med å svelge medisiner sine. Det hendte at pasientene tygget medisiner sine, dette var noe som var vanlig blant demente pasienter eller pasienter med svelgeproblemer. Det ble fortalt om situasjoner der medisinen ble liggende i munnen eller at pasienten spyttet det ut fordi de ikke klarte å svelge det. Informantene var også enig om at pasientene de har nå er dårligere sammenlignet med pasientene de hadde for mange år siden. Samtidig påpeker de svelgevansker var ikke et stort problem for pasientene på alle avdelinger.

«Hvis de ikke klarer å svelge det så er det av og til de begynner å tygge på tablettene, eller så klarer de rett og slett ikke å svelge det og blir liggende i munnen. Eller at de spytter det ut. Det er liksom de tingene vi ser først og når de har vanskeligheter.» (M1 sykepleier, 2 års erfaring)

Flere av informantene var enig om det å gi pasientene brusetabletter eller smeltetabletter var en bedre og enklere løsning fremfor å måtte modifisere legemidlene og blande det sammen med mat. En av sykepleierne fortalte om en utfordrende situasjon der en av pasientene hadde mange forskjellige legemidler som skulle administreres. Pasienten hadde vanskeligheter med å få i seg legemidlene for det endte opp med at pasienten spyttet alt ut igjen. Sykepleieren endte opp med å knuse de tablettene som kunne knuses ved hjelp av bilde og tekst i ordinasjonskortet til hver pasient der det sto hvilket av legemidlene som ikke skulle knuses. En annen situasjon som ble nevnt av sykepleierne der behovet for modifisering ble gjort var på grunn av sykdomsbilde til pasienten. Pasienten var avhengig av at alle legemidlene kunne knuses fordi pasienten hadde PEK sonde. Pasienten hadde da behov for å få all medisinen knust og tatt opp gjennom PEK sonde.

En av sykepleierne oppfattet en situasjon vanskelig der en dement pasient hadde infeksjon og spyttet ut antibiotika pasienten skulle ha. Samtlige av informantene mente at ikke alle pasientene forstår eller vet hvorfor medisineringen er så viktig, spesielt de tilfellene hvor pasienten var dement. Flere nevnte spesielt at det var utfordrende der legemiddelet smakte vondt og ved knusing ble det enda vanskeligere å gi til pasienten. Informantene fortalte om situasjoner der de klarte å unngå å modifisere gjennom å finne andre løsninger slik som at når sykepleieren la de fysisk i hånden så tok pasienten dem. Sykepleieren nevner da at beboeren tenkte nok at h*n ikke hadde noen medisiner, men når h*n fikk den i hånden så forsto pasienten det bedre.

Det var enighet blant informantene at for de pasientene som ikke hadde tvangsvedtak skulle man aldri lure de til å ta medisinen. De erfarne informantene kom med eksempler som var tilknyttet verdighet og etikk. Det gikk fint å blande legemidlene til de eldre med syltetøy eller mat etter modifisering av legemiddelet, men man måtte alltid gi beskjed til pasienten og aldri gjemme det for pasienten.

«Altså at de som er dement pasient som har infeksjon og får antibiotika og de nekter sant. Da har vi dilemma. Hva skal vi gjør liksom. Det er veldig viktig at de får antibiotika. Men så nekter de, spytter de ut sant.» (K5 sykepleier, 2 års erfaring).

4.3.1 Oppsummering

Informantene påpekte at de var opptatt av å se pasientenes behov når det gjaldt legemiddelhåndtering. De observerte ofte at pasientene tygde legemidlene eller hadde svelgeproblemer som gjorde legemiddeladministrasjonen vanskeligere for dem.

4.4 Tema 3: Informasjonskilder

Informantene benyttet flere kilder for å finne ut om enkelte legemidler kunne modifiseres eller ikke. Hovedkilden til informasjon var legen, men kollegaer, apotek og felleskatalogen ble også nevnt av flere. Det var et ønske om å få en oversikt over hvilke legemidler som ikke skal knuses/deles.

4.4.1 Helsepersonell

Det ble nevnt flere ganger av informantene at de først måtte ha en godkjennelse av legen til å modifisere legemidlene til de eldre før modifiseringen ble gjort i praksis. Hvis det oppsto en usikkerhet om enkelte legemidler ikke kunne deles eller knuses ble dette tatt opp i en fortløpende dialog med legen. På et av sykehjemmene ble det nevnt av sykepleierne at legen var tilstede flere ganger i uken som gjorde at h*n var lett tilgjengelig for spørsmål av helsepersonellet. Legen hadde en «deleliste» som h*n brukte ofte ifølge samtlige informanter, men «delelisten» var noe de selv ikke var godt kjent med. Informantene fortalte om en situasjon der en av pasientene ikke klarte å svelge medisinen sin. I felleskatalogen sto det at det bestemte legemiddelet ikke skulle knuses eller deles, men etter en samtale med legen for å prøve å løse problemet hadde legen sagt at det gikk helt fint å dele eller knuse legemiddelet. Dette var noe som hadde skapt litt forvirring blant sykepleierne som skulle klargjøre

legemiddelet til pasienten, fordi de var usikker på hva som egentlig var det rette å gjøre i denne situasjonen.

Vaktapoteket og legevakten var også et alternativ der informantene spurte om råd og tips angående modifisering av legemidler hvis legen ikke var tilgjengelig. Det var litt ulike meninger blant informantene om hvor akutt medisineringsen skulle være før man tok kontakt med vaktapoteket og legevakten. Enkelte av informantene ville ringt fortløpende til legevakten eller vaktapoteket hvis legen ikke var tilstede uansett hvilket legemiddel det var. Andre informanter ville ventet med medisineringsen til legen var tilgjengelig så lenge legemiddelet ikke var til akutt bruk for den eldre. En annen situasjon informantene fortalte om var når en pasient hadde infeksjon og pasienten ikke klarte å svelge ned antibiotika kapslene. Legen var ikke tilgjengelig i dette øyeblikket så apoteket ble ringt for å høre om de kunne knuse eller åpne kapselen til pasienten, noe som lot seg gjøre.

Informantene fortalte også at de hadde god dialog med hverandre og brukte andre kollegaer som kilder hvor de var usikre om modifisering av legemiddel. Det var heller ikke ofte de var alene som sykepleier på jobb og kunne derfor få fort hjelp av andre sykepleiere ved behov

«Så vi har kontakt med hverandre, hvis det skulle være vi ikke har muligheten til det så har vi mulighet te å kontakte legen og sånn ganske ofte via telefon. Hun gir beskjed av og til at det går fint at vi kan ringe. Men ellers har vi jo og legevakten.» (M1 sykepleier, 2 års erfaring)

4.4.2 Ordinasjonskort

Flere av informantene fortalte at flesteparten av pasientene får medisinene sine pakket i multidose fra apoteket. Sammen med multidosepakningene inkluderte det også et ordinasjonskort som var skrevet av lege og apoteket som gav en ordentlig oversikt og foto over alle legemidlene til pasienten, samtidig som det var beskrevet om legemidlene ikke skulle deles eller knuses. Ut ifra denne informasjonen gikk de ut ifra at man kunne modifisere de legemidlene som ikke hadde noe informasjon på ordinasjonskortet om legemiddelet ikke skulle deles eller knuses. Denne informasjonen var noe som de brukte først under legemiddeladministrering til pasienten før legen eller andre kilder ble tatt i bruk.

«Kan ikke deles, kan ikke knuses. Mens det andre der det ikke står regner vi vi kan knuses. Det har bare blitt gjort det siste. Knust og blandet i syltetøy også sagt til pasienten at nå har vi knust tablettene dine og blanda i syltetøy så du klarer å svelge de.» (K9 sykepleier, 7,5 års erfaring).

4.4.3 Oppslagsverk

Det var enighet blant informantene at de først prøvde å sjekke felleskatalogen om legemiddelet kan modifiseres, dette var noe de brukte ofte som oppslagsverk. Enkelte sykepleiere fortalte også at de brukte både felleskatalogen digitalt og i bok, der digitalt ble mest brukt hvis de var ute hos brukeren og måtte ha svar der og da om dette var noe som kunne modifiseres på for å spare tid enn å slå opp manuelt i felleskatalogboken. Samtlige påpekte at de visste om at det fantes andre oppslagsverk men kunne ikke navnet på nettsidene. En sykepleier fortalte at ved uvanlige medisiner så pleide sykepleieren å søke på google for å sjekke om det var noen gode kilder for modifisering av et bestemt legemiddel. Informantene uttrykte et ønske om flere kilder eller en liste enn kun felleskatalogen til å søke opp om legemidler kan modifiseres på eller ikke.

«Er ikke alle kapsel form som kan åpnes eller modifiseres faktisk, må følge felleskatalog» (K1 anesthesi sykepleier, ½ år års erfaring).

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg først ha en liten oppsummering av hovedfunnene fra intervjuene. Deretter vil jeg diskutere hovedtemaene fra resultatet opp mot teori med utgangspunkt i problemstillingen, *hvilken kunnskap og erfaringer har helsepersonell med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem.*

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Resultatet gir oss en innsikt i hvordan modifisering av orale faste legemidler skjer i praksis og utfordringene som følger med dette. Det kom frem under intervjuene at flere av informantene var usikre på faguttrykket «modifisering». Alle hadde kjennskap til dette med å dele/knuse tabletter eller kapsler for pasienter og fortalte om situasjoner der det ble utført modifikasjon av orale faste legemidler for pasientene ved sykehjemmet. Flertallet av informantene var også kjent med flere av konsekvensene modifisering kunne forårsake. Helsepersonellet var de som observerte og identifiserte behovet og ønsket pasientene hadde under legemiddeladministrasjon. Det ble ofte observert svelgevansker eller at sykdomsbildet til pasienten gjorde at informantene måtte dele/knuse tabletter eller kapsler før legemiddeladministrering. Det ble også fortalt om ulike situasjoner hvor informantene måtte blande de modifiserte legemidlene sammen med mat og dermed uttrykket en bekymring for om dette kunne gi vond smak på maten eller om pasienten fikk i seg hele legemiddel dosen. Informantene benyttet også flere informasjonskilder når det var tvil om legemidler kunne deles eller knuses. Hovedinformasjonskildene var legen, ellers var kollegaer, apotek og felleskatalogen mye brukt.

5.2 Tema 1: Generell kunnskap om modifisering

Resultatene viser at faguttrykket «modifisering» var ukjent for flere av informantene og det ble beskrevet ulike situasjoner der bytte til et annet legemiddelform var eksempel på modifisering. Dette viser at det var en usikkerhet på selve fagordet «modifisering», men om dette har noe å si for kunnskapen eller valgene ved modifisering av legemidler sykepleierne tar er uklart. Det å modifisere et legemiddel er en del av det å håndtere legemidler.

Legemiddelhåndtering innebærer enhver legemiddelrelatert prosess som da blant annet

omfatter tilberedning, kontroll, administrering, observasjon og dokumentasjon (30). En tidligere studie fra Fauskanger et al viste at det var behov for mer kunnskap om legemidler på sykehjem samtidig som farmasøytiskfaglig rådgivning og gjennomføring av legemiddelrevisjon på sykehjemmene kunne være med på å redusere risikoen for feil ved legemiddeladministrering (44). Enkelte av de nyutdannede sykepleierne hadde første gang hørt om modifisering av legemidler gjennom utdanningen, men skaffet seg mer og bredere kunnskap gjennom erfaringen ved å jobbe som sykepleier. Dette viser viktigheten med å holde helsepersonellet faglig oppdatert som eksempel ved kurs eller rådgivning for helsepersonell som er i arbeid slik at den erfaringsbaserte kunnskapen ikke skal bli påvirket av feil fra gamle vaner, dårlige rutiner, manglende kompetanse og ferdighet. En litteratur studie av O'Shea så at sykepleiere som holdt seg oppdatert om legemidler gjorde mindre feil enn de som ikke oppdaterer kunnskapen sin jevnlig (38). Dette var også noe en sykepleier bekreftet under intervjuet. Sykepleieren jobbet tidligere som hjelpepleier men var nå nylig ferdig utdannet og hadde nå oppdatert og bedre kunnskap om legemidler som førte til en følelse av bedre kontroll under legemiddelhåndtering. Det kan tyde på at det å få bredere og mer kunnskap om sentrale emner som for eksempel om legemidler vil gjøre personen tryggere under legemiddelhåndtering. Samtidig som informant nylig var utdannet vil si at kunnskapen fortsatt var fersk som kanskje kan ha en innvirkning på dette med å gi bedre kontroll ved legemiddelhåndtering, som igjen viser viktigheten med å holde seg jevnlig faglig oppdatert.

Enkelte av informantene hadde kunnskap om at det å knuse eller dele orale faste legemidler kunne endre effekten på legemiddelet. I og med at ikke alle hadde denne kunnskapen kan være at det er behov for mer kunnskap i farmakologi eller etter kurs/etterutdanning. En studie fra Nord-Trøndelag viste at litt over 60% av sykepleierne ønsket mer kunnskap om aldersfysiologiske forandringer og farmakologi (32). Det kan da virke som at det er et behov for mer kunnskap innenfor enkelte viktige emner som en sykepleier bør ha kunnskap om når det gjelder håndtering av legemidler til eldre. Som sagt så var noen av informantene klar over at effekten kunne endres ved modifisering, men om dette ble tatt opp med pasienten eller observert i etterkant er uklart. Fordi flere av legemidlene som godkjennes til modifisering kan gi en raskere virkning ved knusing/deling, eksempelvis blodtrykkssenkende tabletter vil kunne gi hurtigere opptak som kan føre til høyere blodtrykksfall hos pasienten (49). Dette kan føre til svimmelhet og fall hos den eldre.

Selv om det var litt forvirring rundt begrepet modifisering viste informantene sin interesse og hadde kunnskap om at enkelte tabletter eller kapsler ikke var egnet til knusing eller deling. De kom med eksempler på legemidler som var depot- og entero-drasjerte. Dette skiller seg fra funnene til studien fra Wannebo som viser de enkelte sykehjemmene i Nord-Trøndelag der de knuste både entero- og depot-tabletter (6). Det kan kanskje se ut til at forholdet helsepersonellet hadde til hvilke legemidlerformer som ikke skal modifiseres har bedret seg litt med årene i og med at studien ble gjennomført for noen år siden. Det skal understrekes at Wannebo brukte kvantitativ metode mens min var kvalitativ studie.

Informantene viste også sin kunnskap om hvilke negative konsekvenser modifisering av legemidler som ikke skulle deles eller knuses kan få, eksempelvis ved å dele entero-drasjerte legemidler kunne det gi bivirkninger som magesår. I og med at det kun ble nevnt entero- eller depot- tabletter eller kapsler fra informantene, er det usikkert hvor langt deres kunnskap strekker seg. Det er uklart om informantene er klar over at det finnes andre legemidler som ikke har depot eller entero i navnet og som heller ikke skal modifiseres. Eksempel på legemidler som skal svelges hele er harde kapsler av legemiddelet Akynzeo® eller filmdrasjerte tabletter av legemiddelet Cellcept® som ikke skal deles eller knuses (54)(55). Konsekvensene av å dele legemidler som ikke var egnet til modifisering ble undersøkt i en masteroppgave fra Forooghi som undersøkte tablettknusing med et legemiddeltknologisk perspektiv. Hvor det kom frem at man kunne få en høyere mengde av virkestoffet i kroppen som gir større sjanse for bivirkninger, spesielt for den eldre som allerede har høyere sjanse for bivirkninger på grunn av de aldersrelaterte endringene (43).

Det ble ofte nevnt av informantene at det å bytte på legemiddelform var som regel førstevalget for pasienten med svelgevansker hvis det var en mulighet og dersom legemiddelet hadde ønsket legemiddelform. Av erfaring var det ofte slik at legemiddelet pasienten skulle ha ikke alltid hadde andre legemiddelformer eller kun hadde utilfredsstillende legemiddelform for pasienten. Noe som førte til knusing eller deling av legemidler. Utilgjengeligheten av legemiddelformer ble også bekreftet i studien til Mc Gillicuddy et al som fant at det var en av hovedgrunnene til at legemidlene ble modifisert ved svelgevansker (42). Det kan tyde på at informantene leter etter andre løsninger for pasienten for å unngå å modifisere legemidlene, men ikke alltid det var mulighet for det. Et eksempel er tromboseprofylakse Albyl-E® (acetylsalisylsyre) som kun finnes som entero-tabletter (56). Acetylsalisylsyre ligger på topp 30 av de mest brukte legemidlene i Norge 2017 (57) og blir

hyppig brukt av de av eldre. I studien til Wannebo ble det registrert Albyl-E® entero-tabletter ble knust på ulike sykehjem for 16 forskjellige pasienter (6).

På de ulike sykehjemmene kom det frem i resultatet at det å knuse eller dele tabletter/kapsler blandet sammen med mat var veldig vanlig for pasientene. Resultater fra kvantitative studier har vist at modifikasjon er utbredt i Norge (6) (8). Smertestillende som Paracet® ble nevnt flere ganger som et legemiddel mye brukt av de eldre. Det var også et av de legemidlene som var et problem å svelge på grunn av størrelse, form og konsistens. Paracet® finnes i mange forskjellige formuleringer som tabletter, smeltetabletter, brusetabletter, stikkpiller og mikstur (58), men tablettene ble likevel knust og blandet i syltetøy for enkelte pasienter. Dette ser man er i samsvar med en engelsk studie hvor sykepleiere deltok, hvor det viste seg at flere av tablett typene som ble knust var tilgjengelig med andre legemiddelformer (42). Det kan virke som at kunnskapen om legemiddelformer ikke er så god i og med at det tidligere kom frem at førstevalget var å finne en annen legemiddelform før det ble vurdert deling eller knusing av legemiddelet og samtidig som at informantene brukte det å bytte legemiddelform var eksempel på modifisering.

Resultatene viser også at informantene var bekymret for om pasientene fikk i seg hele legemiddeldosen når det ble blandet sammen med mat, der legemiddelrestene ble liggende igjen. Dette samsvarer med hva andre har funnet om at sykepleierne var bekymret for rester i tablett knusere og rester i mat slik at pasientene ikke fikk den rette legemiddeldosen de skulle ha (11). I denne sammenheng diskuterte informantene om hvilke konsekvenser dette kunne ha for enkelte kjente legemidler som for eksempel Paracet. Det var mer uvisst hva andre livsviktige medisiner kunne gi av konsekvenser. Som viser at de har mer stykkevis kunnskap om modifisering. Det er også uklart hvilke tiltak informantene gjør/har for å unngå dette. Et spørsmål som kunne vært interessant å stille seg er hvor lenge blir de knuste/delte legemidlene liggende i før inntak, enten blandet sammen med mat eller i medisinbeger. Flere legemidler er følsomme for lys eller fukt, og ifølge knuse-/delelisten er det beregnet at modifiseringen skal skje umiddelbart før inntak (49). Dette sa imidlertid informantene ikke noe om som kan tyde på at kanskje informantene trenger bredere kunnskap om modifisering.

En annen konsekvens informantene var bekymret for var den smaken de modifiserte legemidlene gav til maten den ble blandet sammen med og om det kunne forårsake spisevegring. I utgangspunktet har flere legemidler allerede en bitter/dårlig smak, og ved

modifisering kan dette bli verre. Det samme fant Kelly et al fra sin kvalitative studie, hvor helsepersonellet fortalte om hvor bittert et legemiddel smakte og hvordan det påvirket smaksløkene resten av dagen, samtidig som de kom frem til at smaken på maten kan bli påvirket negativt ved modifisering av legemidler (10). Dette tyder på at helsepersonellet er observant på enkelte av konsekvensene av modifisering og som kan gi engasjement til å finne andre løsninger enn modifisering.

5.2.1 Oppsummering om generell kunnskap

Det virker som informantene har litt ulikt kunnskapsnivå om modifisering som kanskje kan være basert på at det er forskjell på informantene med tanke på nylig utdanning og lang erfaring av å jobbe som helsepersonell. Ved nylig utdanning gir det informanten en oppdatert kunnskap om legemidler som holder med nåtidens forskning. Ved erfaring av å jobbe som helsepersonell gir det erfaringsbasert kunnskapen man trenger. Det virker som om informantene har en lett og generell kunnskap om modifisering men at den kanskje ikke er dyp eller bred nok. Det vil si at det kanskje skulle blitt gjort noen tiltak for å endre dette fordi konsekvensene hvis det blir gjort feil for den eldre kan bli alvorlige.

5.3 Tema 2: Situasjoner der modifisering blir vurdert

Årsakene som ble oppgitt for knusing eller deling av orale faste legemidler var hovedsak svelgeproblemer hos den eldre. De fortalte også om vanskelige situasjoner der demente pasienter ikke helt forsto hvorfor de hadde behov for legemidlene, som kunne være en utfordring for å gi orale faste legemidler. Dette funnet er i samsvar med en nylig publisert kvalitativ studie som gav innblikk i sykepleierens holdning til modifikasjon av legemidler hos eldre på sykehjem i Irland der funnene viste at den vanligste årsaket til modifisering var aldersrelatert svelgevansker og demens hos den eldre (11). Utfordrende situasjoner der pasientene spytter ut medisinerne igjen eller på grunn av sykdomsbilde til pasienten ble også bekreftet i studien til Wannebo der årsakene til modifisering av legemidler var blant annet fordi tablettene ble spyttet ut, liggende i munnen eller måtte gis i sonde (6).

Resultatet viser at det er helsepersonellet som har den viktige rollen med å identifisere og observere pasientenes ulike vanskeligheter under legemiddeladministrering. Gillicuddy et al så også i sin studie fra Irland at sykepleierne følte de hadde en rolle som «patient advocate», hvor sykepleierne var de som identifiserer svelgeproblemer og måtte fremheve pasientens

krav, preferanser eller behov til andre helsepersonell som for eksempel leger eller farmasøyter (11). I en annen studie der både leger og pasientene var involvert i studien viste det seg at omtrent 70% av pasientene med svelgeproblemer hadde ikke fastlegen en anelse at det var et problem for pasienten (29). Dette er på samme måte som resultatet mitt fremhever det viktigheten med å ha tverrfaglig samarbeid og spørre pasienten selv eller den som kjenner pasienten bedre som for eksempel sykepleieren. Som igjen viser at det er viktig at helsepersonellet som jobber med de eldre har gode kunnskaper om aldersrelaterte problemer for å kunne identifisere pasientens medisinske tilstand og hvilke tiltak som kan gjøres for å unngå problemer med legemiddeladministrasjonen til den eldre. De erfarne informantene sa at de opplevde de eldre pasientene de hadde i dag var dårligere i allmenntilstanden enn tidligere, noe som også bekreftes i flere studier (14) (15) (17). I og med at den eldre generasjonen stadig vokser i befolkning og levetiden øker kan antall personer med aldersrelaterte problemer øke i antall. Som da vil si at det er viktig for helsepersoneller å holde seg faglig oppdatert på ny forskning og studier som er om dette tema.

I en litt eldre spørreundersøkelse fra 2003 av kirkevold et al viser at 46% av sykehjemmene i Norge av og til modifierer legemidlene og skjuler det i mat eller drikke uten at pasienten er klar over det (7). Det samme bekrefter en litt nyere spørreundersøkelse fra Kirkevold et al (8). Dette er litt motstridende til mine resultater, der de fleste informantene var enig om at man alltid måtte gi beskjed til pasienten at medisinen var blandet sammen med maten. En grunn kan være at det er vanskeligere å være helt ærlig under et intervju for man er redd for konsekvensene enn når man har en med avkrysningsspørreundersøkelse. Eller at man nå i senere tid har blitt mer bevisst på dette med skjult medisiner og legemiddelhåndtering på sykehjemmene, som kan ha sammenheng med den nye lovendringen i pasientrettighetsloven i 2009 (59).

5.3.1 Oppsummering

Informantene viser at de har erfaring med modifiering av legemidler på sykehjemmet ved å fortelle om ulike situasjoner der modifiering har ble foretatt. Behovet for å modifierere orale faste legemidler er stort hos pasienter med svelgevansker.

5.4 Tema 3: Kilder

Flere av informantene sa at de måtte først ha en godkjennelse av legen til å modifisere legemidlene til de eldre, som da ble den viktigste informasjonskilden til sykepleierne. De hadde fortløpende dialog med legen når det var uklarerhet og tvil om modifisering. Studien fra Kirkevold et al viste at 95% av sykehjemsavdelingene sjekket som regel eller alltid opp hvis det var tvil om preparater kunne knuses og 60% av sykehjemsavdelingene oppgav felleskatalogen som førstevalg av informasjonskilde (8). Mens Aoife et al fant ut at apoteket var hovedkilden til sykepleierne om modifisering eller tilgjengeligheten av legemiddel. Det kom også frem at de var avhengig av legen, men ikke på samme grad som de var av farmasøytene på apoteket (11). Det kan da virke som om informantene fra min studie og Aoife et al sin studie har ulike synspunkter, erfaring eller mangel på kunnskap med hvor de skal eller kan hente informasjon om modifisering. Samtidig så kan det også være at tilgjengeligheten av legen på de ulike sykehjemmene er forskjellig, at på enkelte sykehjem så er legen mer tilgjengelig for spørsmål enn andre sykehjem. Det er også usikkert hvordan informantene fikk godkjennelse til modifisering av legene, om det var over telefon, ordinasjonskortet eller ansikt til ansikt, er uklart. Det kan kanskje tyde på at informantene er litt usikre på modifiseringen eller at det finnes lite informasjonskilder som informantene kan bruke.

Ut ifra informasjonen som sto på ordinasjonskortet gikk informantene ut fra at der det ikke var noe informasjon om at legemidlene ikke skulle deles eller knuses kan man modifisere. Det er uklart om informantene ser på dette som en godkjennelse av å modifisere legemidlene fra legen. Da må informantene være avhengig av at legen eller apoteket skriver på alle legemidlene om hvilke som ikke skal knuses, og ikke unnlater noen for da kan de bli modifisert. Spørreundersøkelse fra Kirkevold et al registrerte at nesten 60% av sykepleierne brukte alltid eller som regel informasjonen på medikamentkortet/medikamentlisten om legemiddelet kan modifiseres eller ikke. Mens 16,7% sykepleierne mente at dette var dårlig egnet til det. Det var også omtrent 16% (158 avdelinger) som oppgav at felleskatalogen kunne være noe uklar og vanskelig å finne informasjonen om modifisering (8).

Felleskatalogen ble også brukt men ikke i lik grad som legen som informasjonskilde. I tillegg sa informantene at de ble forvirret når felleskatalogen ikke anbefalte knusing, men etter samtale med legen fikk de godkjennelse til å modifisere. Det kom frem under intervjuet at legen av og til brukte en såkalt «knuse-/deleliste» som sykepleierne ikke kjente til, så i dette

tilfellet kan det muligens være at legen har brukt en knuse-/delelisten som er laget av universitetssykehuset i Oslo (49). Der en del legemidler opplyses at de kan modifieres selv om det i felleskatalogen står annen informasjon. Studien fra Kirkevold et al viste at det var 16 % av avdelingene som oppgav felleskatalogen til å være noe uklar og vanskelig å finne rett informasjon om knusing/deling av legemidler (8).

Informantene ønsket bedre informasjon og støtteapparater som beskrev noe om hvilke tabletter som kan knuses eller deles. En studie fra Bourdenet et al viser nytten av å ha en liste som gir informasjonen om hvilke legemidler som ikke skal modifieres, dette førte til at pasientene fikk en signifikant reduksjon av modifiserte legemidler og reduksjon av legemiddelform som ikke skal knuses eller deles (50).

6 Drøfting av metode

I dette kapittelet vil jeg gå nærmere inn på valg av metode, rekrutteringen og informantene. Jeg vil også drøfte intervju-, transkribering- og analyseprosessen, hvor jeg sier noe om hvordan dette påvirker resultatene i masteroppgaven.

6.1 Metodevalg

Formålet med denne masteroppgaven var å se hvilke erfaringer og kunnskap helsepersonellet hadde med modifisering av legemidler til eldre. Derfor ble det brukt kvalitativ metode for å gå dypere inn på informantene for å få subjektive meninger og opplevelser (52). Det er mye litteratur som omhandler prevalensen av svelgevansker, modifisering av legemidler på sykehjem eller av privatpersoner der de fleste er basert på kvantitativ forskningsmetode og i mindre grad av kvalitative metoder der sykepleiere ble intervjuet angående synet på modifisering av legemidler. Ved bruk av en kvalitativ metode gav det oss en mulighet til å skaffe en dypere forståelse av helsepersonellens utfordringer og tanker rundt modifisering av legemidler. Dette var velegnet for å få informantenes perspektiv og se hvilken oppfatning informantene hadde av modifiserte legemidler. Det ble benyttet semistrukturert fokusgruppeintervju som fremgangsmåte for kvalitativ forskningsmetode. Ved bruk av kvalitativt intervju gjorde det lettere for oss å se hvordan informantene tolket forskningsspørsmålene og kunne gi oss et mer utfyllende svar. Under et fokusgruppeintervju kan informantene påvirke hverandre både på en positiv og en negativ måte. Det positive er at jeg kan få et bredere omfang av meninger og tolkninger fordi informantene kan minne hverandre på ulike synspunkter under et gruppeintervju. På en annen side kan det fort gjøre at enkelte av informantene ikke tørr å si sin virkelige mening fordi de er redd for å bli dømt av gruppen. Det kunne vært mulig og gjort et dybdeintervju som er en-til-en intervju, men det kunne være at informantene ikke kom på så mange eksempler i og med at man ikke får ideer fra andre (52).

I kvalitative metoder kan man også bruke observasjon av helsepersonellet som tilleggsværktøy sammen med intervjuet (52). Observasjon kan være ressurs og tidskrevende (60), så derfor ble det ikke prioritert i denne studien. Funnene i denne studien synes til å være i samsvar med flere av andre studier, både gjort i Norge og i utlandet (11) (32) (38) (42). Et eksempel er hvor

man blant annet ser bekymringen til sykepleierne når man blander modifiserte legemidler sammen med mat.

6.2 Rekruttering og informantene

Utvalget i studien blir ofte sett i sammenheng med overførbareheten av funnene (52).

Informantene jobbet på to middels store sykehjem i Stavanger kommune som hadde til sammen 56 og 126 beboere. Utvalget var 11 informanter med et bredt spekter av alder, der kvinner var i flertall. Innbyggertallet er større i byene, dermed får helsepersonellet mulighet til å ha flere pasienter enn for eksempel på landsbygda. Innbyggertallet i Stavanger i 2018 var på 134 037 (61), noe som gjør at resultatet er overførbare til andre urbane byer, men kanskje ikke de største med større innbyggertall. Selv om overførbareheten er begrenset på grunn av at datamaterialet er innsamlet i én kommune, ble intervjuet gjort i en storby.

Rekrutteringen var nok den mest tidskrevende og utfordrende delen, da helsepersonellet på sykehjemmet var veldig opptatt. Det spekuleres i hvilke årsaker er grunnen til at rekrutteringen i Namsos ble det største problemet. Namsos kommune har mye forskning, så det kan være at flere av de får flere forespørsler til ulike studier enn andre steder i Norge. En annen grunn til lite respons i starten kan være oppgavens målsetting, det å bli invitert til et intervju der man skal snakke om egne erfaringer kan bli litt skremmende for enkelte.

6.3 Intervjuet

Spørsmålene ble laget for å være så åpne som mulig for å få frem informantenes subjektive meninger og erfaringer. I forkant av intervjuet satte jeg meg også grundig inn i ferdighetene for å ha et godt gruppeintervju, og sørget for dette ble brukt under intervjuet.

Informantene har vært klar over at jeg er farmasistudent. Dette har muligens gjort det enklere for informantene å uttrykke seg mer, fordi forskeren ikke er en kollega eller sjef av dem.

Informantene visste ikke helt hva ordet modifisering betydde. Begrunnelsen kunne være at informantene ikke ble godt nok informert i forkant av intervjuet. Samtidig som det var litt rolig i starten, kan også vises seg at informantene ikke var godt informert i forkant og ikke hatt anledning til å reflektere over temaet i forut for intervjuet.

De forsto ikke begrepet modifisering, så det kunne skape litt usikkerhet i begynnelsen. Man kunne kanskje brukt et annet relevant begrep. Ved at man brukte intervju som metode fikk man likevel avklart ordet modifisering ganske tidlig.

Det kan også tenkes at enkelte kan fort henge seg på andres meninger eller unnlate å fortelle sin egentlige mening/informasjon under gruppeintervjuer som kan påvirke resultatet versus når man skal finne omfang av tablettknusing gjennom kvantitative studier. Jeg følte at de fleste var like aktive i samtalen, og fikk ikke inntrykk av at det var dominante personer i gruppene. Unntak var en av informantene som ikke var like aktiv under intervjuet. Dette ble oppdaget under transkriberingen og ikke under intervjuet.

6.4 Transkribering

Å gjøre transkripsjon er en tidskrevende og til tider omfattende jobb, derfor anbefales det ifølge Malterud at transkriberingen kun skal gjøres av en person som var tilstede intervjuet. Dette blir gjort for å unngå at viktige momenter blir borte ved uklarheter og for å ivareta det opprinnelige materialet (52).

Transkriptene ble skrevet på informantenes dialekt for å få med det essensielle i teksten og ingen ukjente ord ble brukt av informantene under intervjuet. Dette ble gjort for å være så konkret bilde som mulig som styrker validiteten og for å unngå og legge inn egne fortolkninger. Sitatene i selve resultatet ble skrevet om til bokmål for at eventuelle sitater ikke skal gjenkjennes av andre. Sitatene hadde ikke noen ukjente ord og minimalt med dialekt, så resultatet ble ikke påvirket av at sitatene ble skrevet til bokmål.

6.5 Analyse

Analysemetoden som ble brukt i denne oppgaven var Malterud sin systematiske tekstkondensering (STC) (52). Metoden ble sett på som riktig og god til å bruke i denne oppgaven fordi den krever ikke bred kunnskap og er lett for nybegynnere å følge systematisk etter trinnene.

Jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til egne holdninger til temaet og reflektert rundt egne holdninger og tanker. Jeg har forsøkt å beskrive alle stegene som ble gjort i analysen så detaljert som mulig, slik at studien kan etterprøves av andre.

7 konklusjon

Studien har gitt nyttig innsikt i helsepersonellens erfaringer og kunnskap rundt orale faste legemidler til eldre pasienter. Det var litt uklarheter med selve begrepet modifisering, men orale faste legemidler ble hyppig delt eller knust for de eldre pasientene hvor hovedårsaken var svelgevansker. Helsepersonellet var de som observerte og indentifiserte ulike behov og utfordringer pasientene hadde, hvor de viste bekymring for om pasienten fikk i seg hele medisindosen når medisinitene ble blandet med mat. Det viser også mangelfull eller stykkevis kunnskap om modifisering av orale faste legemidler, slik at det kan være et behov for mer kunnskap om legemidler, hvor etterutdanning eller kurs blir obligatoriske. Samtidig som kanskje det kunne vært aktuelt med farmasøytelig rådgivning.

8 Tanker om veien videre

De kan se ut til at kunnskapen til helsepersonellet er litt mangelfullt, men i forhold til en tidligere studie fra Wannebo (6) virker det som at kunnskapen om hvilke medisiner som ikke skal modifiseres er bedre. Det bør vurderes om undervisning, tilsyn, opplæring, kurs bør tilby helsepersonellet som har ansvar for håndtering av legemidler. Det kan også være aktuelt å ha (oftere) tilsyn fra farmasøyt, farmasøytelig rådgivning. Der det ble gitt opplæring, veiledning og tilsyn.

Det kan også være av interesse å se hvordan dette er andre plasser i Norge, og det kan være lurt å lage spørreundersøkelse for å se om dette er likt i hele landet. Eller at man kan vurdere at lignende kvalitative studier bør gjøres flere steder før man lager en spørreundersøkelse.

Hadde også vært spennende å intervjuet annet helsepersonell som er en del av pasientens og helsepersonellens lag, som eksempelvis leger og farmasøyter. Der andre erfaringer, ferdigheter og synspunkter kom frem om modifisering av orale faste legemidler.

Referanser

1. Olsen R, Devik SA. (2016). Legemiddelbruk og pasientsikkerhet. En oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. Hentet 10.10.2018 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2412242>
2. Helsetilsynet. (november, 2002). Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra helsetilsynet 11/2002. Oslo: Helsetilsynet.
3. Hagesæter E, Landmark J., C., Neslein I.,F., Granås A., G. (19. Januar, 2015). Legemidler og pasientsikkerhet hentet – fokus på eldre.
4. Helsedirektoratet. (25.juni, 2018). Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem. Hentet 13.05.19 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>.
5. Torgeir Bruun Wyller, Knut Laak. (2001, august). Dosering av legemidler til gamle. Hentet 11.05.19 fra <https://tidsskriftet.no/2001/08/legemidler-i-praksis/dosering-av-legemidler-til-gamle>
6. Wenche Wannebo. (2009). Å knuse tablett er vanlig i sykehjem. Hentet 03.10.18 fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/150061.pdf?c=1410453150>
7. Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J GeriatrPsychiatry*, 2003;18:491-7.
8. Kirkevold Ø, Engedal KA. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med søkelyset på knusing av medikamenter. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(1):16–25. Hentet 03.10.18 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/legemiddelhandtering-i-norske-sykehjem-med-fokus-pa-knusing-av-medikamenter>
9. Barnes L, Cheek J, Nation RL, Gilbert A, Paradiso L, Ballantyne A. Making sure the residents get their tablets: medication administration in care homes for older people, 2006;56:190-9
10. Kelly J, D'Cruz G, Wright D. A qualitative study of the problems surrounding medicine administration to patients with dysphagia. 2009;24(1):49-56.

11. Gillicuddy, A. M., Crean, A. M., Kelly, M., Sahn, L. Oral medicine modification for older adults: a qualitative study of nurses. 2017;7(12):e018151
12. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Hentet 10.05.19 fra <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
13. Statistisk sentralbyrå. (2019, februar). Befolkning. Hentet 10.05.19 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
14. James W. Vaupel. Biodemography of human ageing. 2010;25; 464(7288):536–542.
15. Stegemann, S. et al. Geriatric drug therapy: neglecting the inevitable majority. 2010 Oct;9(4):384-98
16. Spigset, O. (2003, 30.juni). Bruk av legemidler hos eldre. Hentet 08.05.19 fra https://relis.no/Publikasjoner/Arkiv/2003/Bruk_av_legemidler_hos_eldre/
17. Serena Logripo, et al. Oral drug therapy in elderly with dysphagia: between a rock and a hard place! 2017; 12: 241–251.
18. Tahaineh L, Wazaify M. Difficulties in swallowing oral medications in Jordan. 2017;39(2):373-379.
19. Esther T. L. Lau Kathryn J. Steadman Marilyn Mak Julie A. Y. Cichero Lisa M. Nissen. Prevalence of swallowing difficulties and medication modification in customers of community pharmacists. <https://doi.org/10.1002/jppr.1052>.
20. Burkhart PV, Sabaté E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003;35(3):207.
21. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, Hughes C. (2018, 03. september). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 9. Art. No.: CD008165. DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub4.
22. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. 1992 Feb;8(1):143-58.
23. Helsedirektoratet. (2017, 21. desember). Hjerneslag. Hentet 04.03.19 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=sekunderforebygging-undersokelse-og-20014544#rytmemonitorering-hos-pasienter-med-hjerneinfarkt/tiaanbefaling>.
24. Stavanger kommune. (2018). Les om aldershem og sykehjem-søk plass. Hentet 10.05.19 fra <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/alders--og-sykehjem/sok-sykehjemsplass/#hvem-kan-f-plass-i-sykehjem->

25. Folkehelseinstituttet. (2019, 24. januar). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Hentet 09.05.19 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>.
26. Statistisk sentralbyrå. (2018, 15. juni). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester, Hentet 11.05.19 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
27. Aqqad, S et al. (2014). The use of potentially inappropriate medication and changes in quality of life among older nursing home residents. 2014; 9: 201–207.
28. Sabine Ruths. Praktisk legemiddelhåndtering i sykehjem. Utposten nr.5 2010.
29. Schiele JT, Quinzler R, Klimm HD, Pruszydlo MG, Haefeli WE. Difficulties swallowing solid oral dosage forms in a general practice population: prevalence, causes, and relationship to dosage forms. 2013;69(4):937-48.
30. Galek, J., Zukrowski, M., Grov, E., K. (2018). Slik kan legemiddelhåndteringen bli mer forsvarlig og riktig DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.74117
31. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02.64 (2019). Hentet 12.05.19 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
32. Wannebo, W., Sagmo, L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0006
33. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR-1988-11-14-932. (2013) Hentet 12.05.19 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
34. Forskrift om legemiddelhåndtering. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320 (2017). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
35. Stavanger kommune. (2009, mai). Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Stavanger kommune. (Revidert 11.2017)
36. Fagforbundet. Legemiddelhåndtering – forståelse av forskriften. Oslo: Fagforbundet; 2016. Hentet 13.05.19 fra: <https://www.fagforbundet.no/yrke/Helsefagarbeider/a/5828/legemiddelhandtering-forstaelse-av-forskriften/>
37. Simonsen BO, Johansson I, Daehlin GK, Osvik LM, Farup PG. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. 2011;26;11:175.
38. O’Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. J Clin Nurs 1999; 8:496-504

39. Legemidler og Hedvig Nordeng og Olav spigset. (2014). *Legemidler og bruken av dem*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
40. Aultons boka
41. Wright D. Medication administration in nursing homes. 2002;3-9;16(42):33-8.
42. Mc Gillicuddy A, Kelly M, Sweeney C, Carmichael A, Crean AM, Sahn LJ. Modification of oral dosage forms for the older adult: An Irish prevalence study. *Int J Pharm* 2016;20;510(1):386-93
43. Forooghi, F. Tablettknusing i eldreomsorgen, sett fra et legemiddelteknologisk perspektiv. Hentet 06.05.19 fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4876/82894780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Fauskanger HT, Irgens MMB. (2018, 22.mai). Sykehjem trenger bedre kunnskap om legemidler. *Sykepleien*; 2010. Hentet 19.05.19 fra <https://sykepleien.no/2010/08/sykehjem-trenger-bedre-kunnskap-om-legemidler>
45. S. Fusco, et al. Management of oral drug therapy in elderly patients with dysphagia. 2016;64:9-20
46. Johansen, R. Tablettknusing kan få fatale følger. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0117
47. Felleskatalogen AS. Om Felleksatalogen. Hentet 02.06.19 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/om-felleskatalogen>
48. Helsebiblioteket. Tablett og kapsler- deling, åpning og knusing («knuselisten»). Hentet 24.05.19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/legemiddelhandtering/tabletter-og-kapsler-deling-apning-og-knusing-inkl-knuse-delelisten>
49. Tabletter og kapsler- deling, åpning og knusing (inkl. knuse-/delelisten). Hentet 24.05.19 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/10301/fields/23>
50. Bourdenet G , Giraud S , Artur M , et al. Impact of recommendations on crushing medications in geriatrics: from prescription to administration. *Fundam Clin Pharmacol* 2015;29:316–20.doi:10.1111/fcp.12116
51. Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. (2018). Kan tabletten delast eller knusast? Kan kapselen opnast? Hentet 01.05.19 fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/kan-tabletten-delast-eller-knusast-kan-kapselen-opnast#gode-r%C3%A5d-og-tips-om-knusing-og-deling>
52. Malterud, K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave. Unvicersitetsforlaget; 2017.

53. Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (T. M. A. R. J. f. Anderssen, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.
54. Felleskatalogen.(2018). CellCept. Hentet 21.05.19 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/cellcept-roche-547374>
55. Felleskatalogen. 2016. Akynzeo. Hentet 21.05.19 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/akynzeo-helsinn-birex-pharmaceuticals-613536>
56. Felleskatalogen. (2018). Albyl-E. Hentet 21.05.19 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/albyl-e-takeda-545831>
57. Folkehelseinstituttet. (2018, juni). 76 000 eldre fikk utlevert minst 15 legemidler i løpet av fjoråret. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/76-000-eldre-fikk-utlevert-minst-15-legemidler/>
58. Felleskatalogen (2019). Paracet. Hentet 21.05.19 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/paracet-karo-pharma-562628>
59. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Rundskriv: 15-10/2008.
60. Johannessen, A., Tufte P.A., Kristoffersen, L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forla
61. Statistisk sentralbyrå. Kommunefakta: Stavanger hentet 14.05.19 fra <https://www.ssb.no/kommunefakta/stavanger>

Vedlegg

Intervjuguide

1. Hvordan forstår dere begrepet modifisering av legemidler som tabletter og kapsler?
2. Hvilke konsekvenser tenker dere en modifisering av legemidler vil ha?
3. Hvilke vurderinger gjør dere i forkant av modifiseringen og innebærer vurderingen bruk av oppslagsverk? I så fall hvilke?
4. Hva er hovedgrunnen til dere eventuelt modifiserer/endrer på administrering av legemiddelet?
5. Hvilke typer avvik i legemiddeladministreringen dokumenteres og rapporteres?
 - Hva med knusing eller deling av legemidler?

Invitasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *Modifisering av legemidler i sykehjem*

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet med studien er å kartlegge helsepersonells kunnskap rundt det med modifisering/endring av tabletter og kapsler. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Studiens formål og hvorfor du får forespørsel om å delta

Ved økende alder er forekomsten av sykdommer og plager høyere, som igjen er med på å øke legemiddelbruken til brukeren. Legemiddelrelaterte problemer som for eksempel feil ved administrering forekommer hos eldre. Eldre kan av ulike grunner ha problemer med å svelge legemidler som tabletter og/eller kapsler. Slike legemidler blir derfor gjerne modifisert ved at man for eksempel knuser tablettene og eventuelt blander bitene inn i mat eller drikke. I sykehjem er det oftest helsepersonell som er ansvarlig for håndtering og utlevering av legemidler til pasientene, derfor er deres kunnskap om tema viktig å belyse. Formålet med denne studien er å undersøke og beskrive hvilke tanker helsepersonell som deler ut legemidler til eldre i sykehjem har om modifisering av orale legemidler som tabletter og kapsler. Det er ønskelig å rekruttere sykepleiere, vernepleier og annet helsepersonell med dispens for å levere ut legemidler.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masteroppgave i farmasi ved NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for klinisk og molekylær medisin.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelsen i studien innebærer at du stiller til en samtale i form av et åpent intervju. Spørsmålene vil omhandle forståelsen av begrepet modifisering av orale legemidler, årsaker til modifisering og hvordan dette eventuelt dokumenteres. Intervjuet vil foretas som et gruppeintervju i form av en samtale med omlag 4-5 personer i hvert intervju. Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av en digital opptaker. Lydfilen vil slettes når intervjuet kort tid etterpå blir skrevet ned. Det nedskrevne intervjuet vil være anonymisert. Intervjuet anslås å ha en varighet på en halv til en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil det ikke få noen negative konsekvenser for deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene du gir til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernreglementet.

Informasjon som samles inn gjennom prosjektet vil bli oppbevart i anonymisert form, og opplysningene du gir kan dermed ikke knyttes tilbake til deg. Skjema med samtykke vil bli låst inn. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til informasjonen under prosjektperioden. Alle data fra intervjuet vil bli presentert på en slik måte at enkeltpersoner og enheter ikke kan indentifiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2019. Alle data vil da slettes på en forskriftsmessig måte.

Dine rettigheter

Dersom du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, få rettet personopplysninger om deg, få slettet personopplysninger om deg, få utlevert kopi av dine personopplysninger samt sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig ved NTNU, Hege Therese Bell, hege.t.bell@ntnu.no, mobil: 920 80 915 eller student

Linn Camilla Stø Dypvik på telefonnummer: 452 80 812 eller på e-post:

lcdypvik@stud.ntnu.no

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, personverntjenester@nsd.no, telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen,

Hege Therese Bell

Prosjektansvarlig, Forsker/Veileder

Linn Camilla Stø Dypvik

Student

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

REK søknad/svar



Region: REK midt	Saksbehandler: Magnus Alm	Telefon: 73597511	Vår dato: 20.09.2018	Vår referanse: 2018/1728/REK midt
			Dens dato: 13.09.2018	Dens referanse:

Vår referanse må oppgives ved alle henvendelser

Hege Therese Bell
NTNU

2018/1728 Modifisering av faste orale legemidler - helsepersonells tanker og forståelse

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 13.09.2018. Henvendelse har blitt vurdert av komiteens sekretariat.

Prosjektleders prosjekttale

Bakgrunn: Ved økende alder er forekomsten av sykdommer og plager høyere, som igjen er med på å øke legemiddelbruken. En undersøkelse fra 2014 viser at personer over 65 år gjerne bruker 5 legemidler eller flere samtidig. Legemiddelrelaterte problemer som feil ved administrasjon forekommer hos eldre og kan føre til pasientskade. Eldre kan av ulike grunner ha problemer med å svelge faste orale legemidler som tabletter og/eller kapsler. Slike faste orale legemidler blir derfor gjerne modifisert ved at man for eksempel knuser tablettene og eventuelt blander bitene inn i mat eller drikke. Konsekvensene av denne modifiseringen kan være at doseringen og effekten endres. En tidligere studie som undersøkte tabletknusing på sykehjem i Nord-Trøndelag, viste at 15% av tablettene som ble knust var entero- eller depot-tabletter. Når legemidler gis/tas på en måte som avviker fra anbefalingen endres også virkningen. Dette kan føre til endret eller ingen effekt av legemiddelet. I sykehjem er det oftest helsepersonell som er ansvarlig for håndtering og utlevering av legemidler til pasientene, derfor er deres kunnskap om tema viktig å belyse. Ved å intervju helsepersonell kan man kartlegge holdninger og forståelse knyttet til problemstillingen noe som brukt videre kan bidra til å minke eventuelle pasientskader, feil administrasjon av legemidler og unødvendige kostnader for samfunnet.

Hensikt: Beskrive helsepersonellens erfaringer og tanker rundt det med modifisering av orale faste legemidler i sykehjem

Vurdering

Komiteen oppfatter at studiens hensikt er å beskrive hvilke erfaringer og tanker helsepersonell har i forhold til modifisering av orale faste legemidler i sykehjem. Komiteen mener at prosjektet ikke framstår som medisinsk og helsefaglig forskning, men som annen type forskning. Prosjektet er iht. helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke framleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag jf. ny personopplysningslov. Behandlingsgrunnlaget må forankres i og avklares med egen institusjon. Kontakt lokalt personvernsombud for ytterligere spørsmål.

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full prosjektsøknad til REK. En prosjektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Dokumentadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz

Telefon:
02466 rek-midt@ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandling, tas adresse til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, REK Midt

Magnus Alm
rådgiver

Kopi til:

