



Patienters upplevelser av information kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar

En intervjustudie

Åsa-Maria Birgersson och Kerstin Hemman

Fotografier: Yanan Li

Förändring pågår

Ett projekt eller en process som leder fram till ny kunskap, kanske en ny arbetsmetod, blir intressant först när den används i praktiken. När resultatet kommer den äldre personen till del. Detta ställningstagande har varit vägledande vid definieringen av FOU äldre norrs tre projektfaser.

Genomgående i projektfaserna fokuserar vi på implementering och användning av ny kunskap. Innehållet baseras på sådant som i forskningen och av oss bedöms ha stor betydelse för att vi ska lyckas nå ut med våra resultat, men inte minst för att uppnå reell förändring.

Genom att på ett strukturerat sätt använda befintlig och ny kunskap ökar möjligheterna att skapa hållbara projekt och processer till nytta för äldrevården och äldreomsorgen som i förlängningen ska komma den äldre personen till del.

Häng på – läs mer! Förändring pågår!

Eva Henriksen
Verksamhetschef för FOU äldre norr
Juni 2009

FOU äldre norr

FOU äldre norr är en samägd forsknings- och utvecklingsenhet där de sex kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby, samt Stockholms läns landsting utgör ägarna. Verksamheten syftar till att möjliggöra praktisk nytta och ge ökad livskvalitet för den äldre personen genom forskningsbaserad kunskap. Den äldre personens behov och önskemål samt verksamheternas gemensamma erfarenheter inom vård och omsorg ska tas tillvara. En lokalt förankrad kunskaps- och metodutveckling är grunden för FOU äldre norr.

”Förändring pågår” är FOU äldre norrs kännetecken. Det innebär att vi ständigt arbetar i en föränderlig miljö där utveckling och reflektion går hand i hand med ett kritiskt förhållningssätt i syfte att öka våra kunskaper och förbättra vård och omsorg om den äldre personen. Verksamheten omfattar hela FoU-området av forskning, utvecklingsarbete, utvärdering och utbildning med den äldre personens hälsa och välbefinnande i fokus. FOU äldre norr verkar utifrån en helhetssyn på vård och omsorg om äldre för att utveckla samverkan mellan huvudmännen, olika personalgrupper, mellan offentliga och privata vårdgivare, samt mellan forskning och arbetslivet.



www.foualdrenorr.se

Författarpresentation

Åsa-Maria Birgeron

Leg Sjuksköterska och magister i Data- och systemvetenskap

Jakobsbergsgeriatriken Avd 7

Tfn: 08-587 322 74

E-post: asa-maria.birgersson@sll.se

Yrkeserfarenheter: Färdig sjuksköterska 2007 och efter det anställd på Jakobsbergsgeriatriken som leg. sjuksköterska. Sedan tidigare fil. Mag. i Data- och systemvetenskap med inriktning mot säkerhet och medicinsk informatik.

Kerstin Heinonen

Leg Sjuksköterska och specialistsjuksköterska i Geriatrik

Jakobsbergsgeriatriken Avd 7

Tfn: 08-587 322 74

E-post: kerstin.heinonen@sll.se

Yrkeserfarenheter: Färdig sjuksköterska 2006 och efter det anställd på Jakobsbergsgeriatriken som leg. sjuksköterska. Vidareutbildning fil. Mag. i Vårdvetenskap – vård av äldre genomförd 2006-2008.

Handledare

Elisabeth Rydwick

Leg. Sjukgymnast, Med Dr

FOU äldre norr

Jakobsbergs sjukhus

Tfn: 08-587 329 17

www.foualdrenorr.se

E-post: elisabeth.rydwick@sll.se

Jakobsbergsgeriatriken

Jakobsbergsgeriatriken är en klinik inom Stockholms läns landsting. Målet med vården är att förbättra förutsättningarna för ett aktivt och självständigt liv för den äldre personen. Vården baseras på delaktighet från både patient och anhöriga.

Vården som erbjuds sker i team med läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped. När det behövs sker samarbete med öppenvården och kommunens biståndshandläggare för att öka tryggheten efter utskrivning.

Kliniken har 60 slutenvårdsplatser och erbjuder cirka 1250 vårdtillfällen per år. En minnesmottagning finns vid kliniken och cirka 180 minnesutredningar görs per år. Patienterna kommer främst från kommunerna Järfälla, Solna, Sundbyberg och Upplands-Bro.

www.slso.sll.se/jakobsbergsgeriatriken

Innehållsförteckning

Förändring pågår	3
FOU äldre norr	5
Författarpresentation	6
Sammanfattning	9
Inledning	11
Bakgrund	11
Problemområde	12
Syfte	12
Metod	12
Design	12
Etiska överväganden	12
Genomförande	13
Innehållsanalys	14
Urval	14
Beskrivning av urvalsgruppen	16
Läkemedelshantering	16
Sociala förhållanden	16
Resultat	17
Informationsbehov	17
Patienters informationsbehov	17
Tidpunkt för informationsbehov	17
Presentation av information	17
Polyfarmaci	17
Upplevelser av given information	18
Läkemedel	18
Läkemedelsbiverkningar	18
Signaler och tecken kring diagnos och behandling	19
Beskrivande av informationskällor och ansvars fördelning	19
Läkare och sjuksköterskors funktion	19
Att själv söka information	19
Patientens eget ansvar och motivation avseende läkemedelsbehandlingen	20
Hur man hanterar och relaterar fysiska och psykiska besvär till läkemedelsbiverkningar	21
Upplevelser av tillgänglighet och bemötande	21
Tidsperspektiv	21
Kommunikation	22
Bemötande	22
Kontinuitet	22
Tilltro	23

Tilltro till läkaren hos den äldre generationen.....	23
Tilltro till husläkaren.....	23
Tilltro till sjuksköterskan	23
Upplevelse av noggrannhet	23
Misstro	23
Oro.....	24
Frånvaro av oro.....	24
Upplevelse av oro kopplat till polyfarmaci	24
Upplevelse av oro för läkemedelsbiverkningar	24
Diskussion	25
Resultatdiskussion.....	25
Informationsbehov.....	25
Upplevelser av given information kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar.....	25
Informationskällor och ansvarsfördelning.....	26
Tillgänglighet och bemötande.....	26
Tilltro	26
Oro	27
Övriga reflektioner.....	27
Metoddiskussion	28
Slutsatser	29
Förslag till förbättringar	29
Förslag till vidare studier.....	30
Referenser	31
Bilagor	33
Bilaga 1: Erbjudande om deltagande	33
Bilaga 2: Frågor för att bedöma kognitionsstatus.....	35
Bilaga 3: Tillstånd att bedriva verksamhetsutvecklingsprojekt.....	36
Bilaga 4: Könsfördelning på Jakobsbergsgeriatriken 2008.....	36
Bilaga 5: Utskrivningsinformation	37

Sammanfattning

Varje år genomförs en patientenkät inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde [SLSO] i kvalitetsutvecklande syfte för att ge underlag för förbättringsarbete. Genom enkäten 2008 framkom det att det finns förbättringspotential på Jakobsbergsgeriatriken inom området information till patienter kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar. Syftet med denna studie var att ge en bild av vilket informationsbehov patienterna har kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar och belysa hur patienterna önskar bli informerade samt vem som skall tillhandahålla informationen.

Studien är en fenomenologisk, hermeneutisk intervjustudie med kvalitativ ansats där 8 interjuver med utskrivna patienter representativa för klinikens patientklientel genomförts. Vidare har transkribering och tematisering genomförts i enlighet med vald metod. De resultat som varit mest framträdande är att patienterna inte uppfattar att de erhåller information under vårdtiden trots att de uppger att de haft läkarsamtal. Det framkommer vidare att viss information om läkemedel faktiskt har avhandlats under dessa läkarsamtal. Även önskemål om större insatser från sjuksköterskan när det gäller information om läkemedel och dess biverkningar är ett påtagligt fynd liksom att husläkaren borgar för trygghet och förtroendefull relation. Studiens slutsats mynnar ut i förslag på ett vidare arbete med dessa frågor under hösten 2009 där man via fokusgrupper med sjuksköterskor och läkare kan lyfta fram resonemangen för ett medvetandegörande samt utgöra en del av fortbildning av personalen. Man kan även se och lära av andra Landsting som infört nya metoder att bedriva klinisk verksamhet genom att ta hjälp av kliniska farmaceuter och genom att använda en för patienten specifik läkemedelsberättelse vid utskrivning.



Inledning

Varje år genomförs en patientenkät inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde [SLSO] i kvalitetsutvecklande syfte. Syftet med enkäten är att accentuera patienternas behov och önskemål gällande den givna vården för att ge underlag för förbättringsarbete. Enkäten beställs av ledningen inom SLSO och tas fram av företaget Indikator (Institutet för Kvalitetsindikatorer, 2008). Urval görs slumpmässigt med ansatsen att representera hela patientpopulationen. Enkäten/formuläret är utarbetat via fokusgrupper för rangordning av de framtagna frågorna från viktigast till minst viktig samt via pilotstudie och intervjuer som kontrollerade patienternas förståelse för frågorna. Enkäten skickas sedan ut efter aktuellt vårdtillfälle tillsammans med följebrev och frankerat svarskuvert. Två påminnelser skickas ut om svar uteblir, i sista påminnelsen finns en ny enkät. Att man skickar postalt hem till patienten efter vårdtillfället baseras på en önskan om att genom detta uppnå att respondenterna har mer distans till själva vårdtillfället vilket i sin tur ger bättre helhetssyn. Dessutom antas att patienten efter en tid troligen är friskare, samt att risken är mindre att patienten kan känna sig tvingad att svara positivt för att få så bra vård som möjligt (Institutet för Kvalitetsindikatorer, 2008).

Totalt 207 enkäter skickades ut under våren 2008. Frågorna är utformade för att enklare kunna mätas, och följas upp så att förbättringar kan genomföras. Resultatet leder fram till de områden som har störst förbättringspotential. Detta innebär således att de svar man slutligen får är alltså inte patienternas missnöje med vården utan de områden där man med fördel kan göra förändringar för att förbättra vården. Förbättringsutrymme kommer i nedanstående arbete att benämnas FBU.

Ett av de områden som utkristalliserade sig med störst FBU handlade om patienters uppfattning om vilken information de fått om sina läkemedel och eventuella biverkningar. Den exakta frågelydelsen presenteras nedan:

”Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?”

Genom enkäten framkommer det att det finns en förbättringspotential på Jakobsbergsgeriatriken. Att således jobba progressivt med området läkemedelsbiverkningar och information kring dessa har enligt enkäten störst möjlighet att förbättras för att i nästa steg förbättra vården som helhet. Dessutom kan en välutbildad patient bättre använda inneboende resurser för delaktighet i sin vård (Orem, 2001).

Nedanstående studie genomförs med hjälp av handledning via FOU äldre norr (Forskning och utveckling för äldreomsorg och äldre vård). Denna studies resultat kan under hösten 2009 ligga till grund för vidare kvalitetsutvecklingsarbete genom att via fokusgrupper bestående av sjuksköterskor och läkare utarbeta nya rutiner samt öka medvetenheten gällande information till patienter angående läkemedel och dess biverkningar.

Bakgrund

Resultatet av 2008 års patientenkät visar att Jakobsbergsgeriatrikens patienter efterfrågar mer eller tydligare information gällande läkemedel och läkemedelsbiverkningar.

Äldre patienter är känsligare för läkemedel än yngre och löper därför ökad risk att drabbas av biverkningar. Dessutom ökar sjukligheten med stigande ålder, vilket också leder till ökad förskrivning av läkemedel. Det normala åldrandet innebär att kroppen förändras och det är detta som ligger till grund för att känsligheten för läkemedel förändras. Framför allt är det två saker som sker i den åldrande kroppen som påverkar effekterna av läkemedel. Dels sker förändringar i kroppens förmåga att uppta, omvandla och göra sig av med läkemedel, detta kallas farmakokinetiska förändringar. Därutöver sker förändringar i ett läkemedels verkan med anledning av den åldrade och mer sköra kroppen. Detta benämns farmakodynamiska förändringar (Fastbom, 2006). Äldre är ofta i behov av många olika läkemedel. Detta beror på att de har fler sjukdomstillstånd som behöver behandlas. Personer över 75 år utgör i det närmaste nio procent av befolkningen men förbrukar mer än en fjärdedel av alla läkemedel i Sverige (Socialstyrelsen,

2004). Att en patient använder många läkemedel benämns som polyfarmaci (Fastbom, 2006). Detta definieras enligt följande; "The prescription and administration of more medicines than are clinically indicated to a given patient" (Fastbom, 2006, s. 63).

Det är inte enkom en komplex sjukdomsbild med flera sjukdomstillstånd som kräver behandling som leder till polyfarmaci utan även okunskap hos förskrivare eller att patienten har flera olika förskrivare av läkemedel. Behov av olika läkemedel omprövas ej heller kontinuerligt och behandling sker av symtom istället för noggrann utredning av bakomliggande orsaker (Fastbom, 2006; Socialstyrelsen, 2004). Polyfarmaci i sig leder till ökad risk för biverkningar och för interaktioner samt till att patientens följsamhet minskar (Fastbom, 2006). Biverkningar orsakade av läkemedel kan vara av så allvarlig art att de leder till heldygnsvård på akutsjukhus. Det är dock ej möjligt att helt undvika biverkningar, men ansatsen bör vara att minimera både förekomst och svårighetsgrad. Att hantera biverkningar utgör en viktig del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet (Odar-Cederlöf et al, 2008).

Problemområde

För att kunna skapa förbättringar av vårdkvaliteten för äldre personer kring information om läkemedel och läkemedelsbiverkningar behövs ökad kunskap om hur denna information ska vara utformad och vad den ska innehålla för att tillfredställa kunskapsbehovet samt vem som ska delge patienten informationen.

Syfte

Att ge en bild av vilket informationsbehov patienterna har kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar och belysa hur patienterna önskar bli informerade samt vem som skall tillhandahålla informationen.

Syftet är även att detta kvalitetsarbete kan ligga som grund för vilka frågeställningar som kan användas som diskussionsunderlag i fokusgrupper bestående av läkare och sjuksköterskor för att uppnå kvalitetsförbättring kring äldres behov av information kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar.

Metod

Design

Studien är en fenomenologisk, hermeneutisk intervjustudie med kvalitativ ansats. Den kvalitativa forskningsmetoden går ut på att beskriva fenomen utifrån informanternas eget perspektiv. I intervjuerna efterfrågas inte allmänna åsikter utan syftar till att ge en djupare förståelse av de teman som framkommer ur informanternas berättelser (Kvale, 1997). De hermeneutiska och fenomenologiska forsknings-metoderna har båda sitt ursprung i filosofin. Hermeneutiken syftar till att tolka individens upplevelser och uppfattning i dess kontext (Polit & Beck, 2008). Den fenomenologiska tolkningen av intervjuerna ger möjlighet att finna essensen i betydelsen av det informanterna upplever och skapa förståelse för dess innebörd för informanten i det vardagliga livet. Denna metod menar Polit & Beck (2008) är särskilt lämpad att använda då ett fenomen är vagt definierat. Den enkätstudie som genomfördes av SLSO och som ligger till grund för denna studie bestod av slutna frågor med ett begränsat antal svarsalternativ, vilket gjorde det svårt att utläsa betydelsen av svaren varför fenomenet upplevs som diffust.

Att tolka en text genom att använda både den hermeneutiska och den fenomenologiska metoden menar Lindseth & Norberg (2004) kan skapa möjligheter för förståelse av människors upplevelser av verkligheten. Det kan även bidra till förändring och förståelse av informanternas kontext. Med denna förståelse kan forskaren införlivas i det upplevda och denna insikt kan leda till att skapa en bättre vård.

Etiska överväganden

För att säkerställa att arbetet genomfördes med etisk följsamhet har författarna använt Vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer. Även Hermerén (1996) betonar att forskaren ska sörja för att informanternas konfidentialitet garanteras genom att förvara forskningsmaterialet på ett betryggande sätt. Forskaren ska även vara försiktig när denne presenterar resultatet i form av citat så att inte informanternas identitet kan avslöjas.

Alla potentiella informanter erhöll utförlig information om studiens syfte och villkor så att de självständigt och utan påtryckningar kunde fatta beslut om de vill delta eller inte. På detta sätt kom vi att muntligt få informanternas informerade samtycke. Vidare har informanterna vid upprepade tillfällen fått tydlig information om att de när som helst kan avbryta sin medverkan eller avstå från att svara på specifika frågor (Vetenskapsrådet, 1990). För att minimera att informanterna skall känna att deras medverkan ska påverka den vård de erhåller valde författarna att utgå ifrån redan färdigbehandlade patienter utskrivna till hemmet. Konfidentialitetsprincipen följdes genom att författarna behandlade intervjumaterialet med största försiktighet samt genom den redan befintliga tystnads-plikt författarna omfattas av som vårdpersonal. Ingen vidare publicering av det insamlade materialet är heller planerat utan det kommer endast att användas för detta projekt. Genom hela arbetet har endast författarna samt en läkarsekreterare haft tillgång till materialet. Materialet har dessutom att hanteras med varsamhet och förvarats oåtkomligt för obehöriga i ett låst kassaskåp. Efter studiens sammanställning kommer intervju-materialet att förstöras.

En diskussion om ansökan av tillstånd från den etiska kommittén har gjorts tillsammans med handledare och uppdragsgivare. Där det framkom att ingen ansökan behövde göras då studien endast skall användas för kvalitetsförbättrande arbete lokalt inom Jakobsbergsgeriatriken.

Genomförande

En intervjuguide utformades enligt Kvale (1997) med inledande, uppföljande och sonderande frågor (se bilaga 2). Frågorna utgick ifrån problemområdet och guiden utgjorde en ram för intervjun. Författarna använde både öppna och semistrukturerade frågor. Detta för att ge informanterna möjlighet att fritt beskriva sitt informationsbehov gällande läkemedelsbiverkningar. Den semistrukturerade frågan kan användas för att säkerställa att specifika ämnen som forskaren vill ha svar på kommer att återges med informanternas egna ord (Polit & Beck, 2008). För att få informanterna att utveckla sina svar under intervjun användes följdfrågor som: Hur tänkte du då? Vad kände du i det ögonblicket? Ett

informationsbrev skickades med post eller lämnades ut till de tilltänkta informanterna den dagen de skrevs ut från kliniken, där de informerades om studiens syfte, muntligt samtycke till deltagande och konfidentialitet (se bilaga 1). Uppföljning angående de eventuella deltagarnas vilja att delta gjordes via telefon. Innan intervjuerna påbörjades så informerades personerna på nytt om samtycke där de fick information om att de när som helst kunde avbryta intervjun eller avstå ifrån att svara på en specifik fråga utan att intervjuerna lade några värderingar i detta.

Den första intervjun som gjordes var en pilotstudie där intervjuerna utförde en intervju tillsammans med en person som ingick i urvalsgruppen. Syftet med detta var att uppnå en samstämmighet och för att bli bekant med intervjumallen och vald teknik inför kommande intervjuer (Trost, 1997). Därefter om behov uppstod var det tänkt att genomföra förändringar eller tillägg i intervjuguiden för att säkerställa att dess innehåll motsvarade syftet med studien. Inga förändringar annat än mindre omformuleringar gjordes dock.

Maximalt sextio minuter per intervjutillfälle var tänkt på förhand, vilket visade sig stämma väl överens med verklig tidsåtgång. Varje intervju inleddes med att informanterna fick svara på sex korta frågor i syfte till att testa minnet. Instrumentet för screening av kognitionsstatus som användes i denna studie har ursprungligen framtagits från det mer omfattande MMSE testet Mini-Mental State Examination även kallat MMT i Sverige. Det kortfattade testet kallas för Six-item screener och går ut på att informanten skall kunna svara på vilket år det är, samt vilken månad och veckodag det är vid intervjutillfället. Dessutom skall informanten kunna komma ihåg tre ord (nyckel, tandborste, lampa) under minimum tre minuter för att få det maximala resultatet om 6 poäng (Callahan, Unverzagt, Hui, Perkins & Hendrie, 2002).

För att få medverka i studien krävdes att informanten svarade rätt på fyra av de sex frågorna. Enligt planeringen var det tänkt att informanterna oavsett resultat på det kognitiva testet skulle intervjuas för en eventuell uteslutning i efterhand. Detta för att ej riskera att någon kände sig särbehandlad. Ingen av de åtta informanterna behövde senare uteslutas på grund av sina kognitiva

funktioner. Intervjuerna genomfördes i informanternas hem efter att de själva fått välja en för dem lämplig plats. Trost (2005) menar att en lugn och ostörd bekant miljö gör att den intervjuade kan känna sig trygg. Intervjuerna avslutades med att informanten därefter fick möjlighet att berätta fritt om det fanns något som de kände var osagt.

Den teknik som användes för inspelning av intervjuerna var ljudupptagning via diktafon.

Innehållsanalys

Intervjuerna transkriberades av en läkarsekreterare ordagrant till text. Därefter gjordes en naiv tolkning av texten som genomlästes flera gånger av båda författarna så som Lindseth & Norberg (2004) beskriver i sina artiklar. Den naiva läsningen hade till syfte att orientera författarna kring innebörden av texten för att kunna få en helhetsbild av fenomenet. Det transkriberade materialet bearbetades vidare efter en analysmetod utvecklad av Kvale (1997), genom att en meningskoncentrering utfördes. Texten delades sedan in i naturliga meningsenheter därefter markerades de meningsbärande enheterna som överensstämde med syftet för studien. Meningsenheterna kategoriserades vilket genererade ett antal underteman som i sin tur mynnade ut i sex huvudteman som bidrog med att skapa mening och innebörd hos utsagorna samt erhålla en helhet ur berättelserna som berör syftet och eventuella frågeställningar.

Urval

En genomgång av patientjournaler gjordes gällande patienter inskrivna i slutenvården på Jakobsbergsgeriatriken i syfte att utse ut tjugo informanter som uppfyllde inklusionskriterierna och därmed ansågs vara lämpliga för att ingå i studien. Patienterna som var tänkta att ingå i studien bedömdes som kognitivt orienterade till samtliga kvalitéer av samtliga professioner¹ som haft en vårdrelation till patienten. Dessa patienter skulle även vara utskrivningsklara för utskrivning till hemmet under v 8-10 2009. Det var även planlagt att patienterna av

praktiska skäl skulle vara bosatta i närområdet. Ingen begränsning av ålder gjordes utan bedömningen av kognitiv status var avgörande för om patienten kunde ingå i studien eller inte.

Könsfördelningen i urvalet baserades på den totala könsfördelningen av vårdade patienter på kliniken under 2008 (se bilaga 4). Vidare var ett slumpmässigt urval genom lottdragning bland tjugo patienter planerat, för att utse vilka tolv personer som skulle ingå i studien.

Vissa avsteg från den ursprungliga urvalsplanen fick dock göras, framförallt på grund av svårigheten att hitta patienter som ville ingå i studien. Det var även av denna anledning svårt att hålla sig till kriteriet om att de tillfrågade skulle skrivas ut till hemmet, även två patienter som skrevs ut till fortsatt vård i kommunal regi blev tillfrågade. I tillägg till den omfattande granskningen av journaler tog vi även emot förslag på patienter som uppfyllde inklusionskriterierna ifrån kollegor i alla yrkeskategorier. Första postala utskicket gjordes den 27/2 2009 då till fjorton personer. Fyra svarade ja och nio svarade nej. Ett utskick kom i retur och skickades om. Ett andra utskick fick då genomföras den 11/3 2009 var på det brev som kom i retur skickades om tillsammans med brev till fem nya informanter. Några patienter fick kuvertet med informationsbrevet direkt i handen vid utskrivningen så att de kunde läsa det i lugn och ro hemma.

Ramarna för urvalet krävde även vissa förändringar. Utskrivningsklara för utskrivning till hemmet under vecka 8-10 fick expanderas till att även omfatta vecka 11-12. Avgränsning till utskrivningsklara till hemmet fick också omvärderas efter att en patient som initialt planerades för utskrivning till hemmet och hade tackat ja till medverkan i stället skrevs ut till korttidsplats i kommunens regi. Närområdet kom att omfatta klinikens hela upptagningsområde.

Slumpmässigt urval genom lottning kunde ej genomföras eftersom så få tackade ja till att delta samt att det var svårt att hitta patienter som uppfyllde inklusionskriterierna under den korta tid som urvalsprocessen varade, trots att tiden för denna utökades. Därmed fick alla patienter som hittades vid journalgenomgång

¹ Journaler som gått igenom är: teamets journalmall – IVRP, arbetsterapeutens anamnes och status tillsammans med läkarens och sjuksköterskans inskrivningsanteckningar.

erbjudande om att medverka. Urvalet blev ändå slumpmässigt på så sätt att vi ej kunde påverka vilka som faktiskt tackade ja. Då vi ej kunnat erhålla tolv informanter inkluderades alla åtta som ville medverka. Av dessa var en informant tänkt att endast ingå i en testintervju, för att se om frågorna som ställdes gav svar som relaterade till syftet. Då denna intervju var av god kvalitet och representativ för syftet inkluderades den dock i resultatet.

De som tackade nej till att medverka i studien gjorde detta baserat på trötthet, tidsbrist (återbesök hos annan vårdgivare, tid hos frisör, möte med hemrehabiliteringsgrupp/annan tid för rehabilitering), mättnad av andra studier samt övergång till nytt vårdtillfälle inom slutenvård.



Beskrivning av urvalsgruppen

Två män och sex kvinnor kom att ingå i studien. Åldersfördelningen omfattade personer mellan 65 år till 89 år, se Tabell 1. Sju av dessa hade skrivits ut till hemmet och en till korttidsvård i kommunal regi.

Tabell 1. Beskrivning av informanterna (ålder anges i intervall för skydda informanternas integritet).

Informant	Ålder	Kön	Social situation	Kommunal insats	Läkemedelshantering
1	85-89	Man	Gift	Hemtjänst dagligen	Viss hjälp av anhörig
2	80-84	Kvinna	Ensamboende	Ingen hemtjänst	Dosett (delar själv)
3	80-84	Man	Gift	Ingen hemtjänst	Dosett (delar själv)
4	80-84	Kvinna	Gift	Ingen hemtjänst	Viss hjälp av anhörig
5	75-79	Kvinna	Gift	Ingen hemtjänst	Dosett (delar själv)
6	65-69	Kvinna	Ensamboende	Beviljad korttidsplats	Dosett (delar själv)
7	75-79	Kvinna	Ensamboende	Ingen hemtjänst	Delar ur medicinburk
8	85-89	Kvinna	Ensamboende	Hemtjänst veckovis	Delar själv i högar

En informant uteslöts redan vid överlämnandet av informationsbrevet p.g.a. kognitiv svikt. Samtliga informanter som kom att ingå i studien svarade rätt på frågorna avseende veckodag, månad och årtal och fick totalt minst fyra av sex poäng på kognitionstestet varför alla kunde inkluderas i studien.

Läkemedelshantering

Två av informanterna fick ibland hjälp av sin maka/make med att dela läkemedel. Fyra delade självständigt sina läkemedel i dosett på en bestämd veckodag. En tog sina läkemedel direkt från burken och en informant delade upp läkemedlen i högar varje dag, en hög för morgon, en för lunch och en för middag.

Sociala förhållanden

Hälften av informanterna var ensamboende andra hälften bodde med en partner. Ingen bodde med sina barn eller annan närstående. Tre av informanterna hade hjälp av hemtjänst.

Resultat

Nedan presenteras de sex huvudteman med respektive underrubriker som framkommit vid bearbetning av materialet.

Informationsbehov

Patienters informationsbehov

Den läkemedelsinformation som efterfrågas av majoriteten av informanterna är vad det är för preparat, varför det behövs samt vilka biverkningar som eventuellt kan förväntas. Vissa önskar mer detaljerad information i form av hur läkemedlet skall tas och hur det bör doseras. Ett intresse kring hur preparat påverkar kroppen samt hur väl man förväntas tåla dem framkommer också vid intervjuerna.

"Ja, försöka förklara precis den och den tabletten är för det och den för det, alltså mera utförligt om man säger så".

"Egentligen varför jag får just den medicinen, hur den verkar på kroppen."

"Det som är viktigt att veta om det blir biverkningar och hur mycket man ska dosera".

Vad gäller information om biverkningar så efterfrågar en del av informanterna mer utförlig information med betoning på information om vad som är viktigt att känna till om man råkar ut för en biverkan.

"Ja, om det är något som kan vara direkt farligt då bör man tala om det".

Majoriteten ansåg också att informationen skulle centreras till att handla om nyinsatta läkemedel och inte primärt omfatta alla läkemedel. Flertalet av informanterna upplevde att deras husläkare hade bra överblick över den samlade läkemedelsbilden och ville således att de skulle ansvara för den övergripande informationshanteringen kring läkemedlen och biverkningarna. Av avdelningsläkaren på Jakobsbergsgeriatriken önskade informanterna därför primärt

information om nyinsatta läkemedel eller information om förändringar av läkemedelslistan.

Tidpunkt för informationsbehov

Information om läkemedlet önskas vid insättandet av läkemedlet eller vid tidpunkten för förändringen av befintlig läkemedelslista.

Presentation av information

Vid intervjuerna framkom att alla informanterna förutsatte att de skulle erbjudas ett muntligt samtal med läkaren under vårdtiden. Hälften av informanterna önskar erhålla informationen om sina läkemedel muntligt. Dessa anser att ett samtal gällande läkemedlen är tillräckligt för att tillgodogöra sig budskapet.

"Ja, det räcker ju att de talar om att det är så och så."

"Ja, att de talar om det, att de berättar /.../ det är väl det enda".

Den andra hälften önskar sig skriftlig komplettering till det muntliga samtalet. Önskemål om skriftlig komplettering har sin grund i att patienterna önskar kunna gå tillbaka och även i skrift se det som läkaren sagt. I vissa fall har önskemålet sin grund i förekomst av rent fysiska funktionsnedsättningar.

"Gärna skriftligen på grund av hörseln. Så det är många saker som jag inte uppfattar annars i talet så jag vill väldigt gärna se det."

"Det är bra med skriftligt också, att man kan läsa igenom det senare".

Polyfarmaci

Under intervjuerna framkommer att ett flertal av informanterna anser att information om läkemedel och eventuella biverkningar blir extra viktigt då de själva upplever att de har många olika preparat. Dessutom upplever de informanter som behandlas med många olika läkemedel att det kan vara krångligt att hålla ordning på de olika preparaten, framförallt då fabriken ändras kontinuerligt.

".../ Jag har så många olika och just det här med läkemedelsnamn, det har jag jättesvårt för /.../ javisst, och så byter dom namn på dom, det är samma men ett annat fabrikat".

Även gällande information om biverkningar tenderar intresset av att erhålla utförlig och konkret information öka då man är ordinerad många olika preparat.

"Ja, men det är ju roligt att veta vad man stoppar i sig och varför och om det finns några biverkningar. Jag äter ju så väldigt mycket mediciner i vanliga fall".

Upplevelser av given information

Läkemedel

Endast en av informanterna upplevde att information givits om läkemedel under vårdtiden. Två av informanterna berättade att de inte fått någon information alls. Resterande informanter uppgav att de inte fått någon information men i deras berättelser framkommer att de faktiskt hade fått viss information eller i vissa fall utförlig information. Den informant som fått utförlig information hade från tidigare behandlande läkare fått divergerande förklaringar till läkemedlets farmakodynamik, men upplevde nu i samband med vårdtillfället på Jakobsbergsgeriatriken att evidensbaserad förklaring givits till varför läkemedlet skulle tas regelbundet och vilken preventiv effekt det hade, vilket i sin tur ökade motivationen hos patienten att ta läkemedlet.

".../ hon hade snackat med någon av sina kollegor och den personen hade varit med på någon forskning som visade sig att om jag tar de här så kan jag dämpa ner att få lunginflammation".

De informanter som uppgivit att de inte fått någon information men som i realiteten hade fått detta, berättade ändå om dosändringar samt nyinsatta läkemedel. En informant som uppgivit total avsaknad av information, berättade att dosen för en tablett minskades under vårdtiden, men kunde ej minnas vilken tablett det gällde. En annan informant beskrev informationen som givits kring en antibiotikabehandling i samma mening som han nekade till att läkaren informerat om läkemedel:

"Han berättade ingenting. Nä, de sa att det var penicillin, som jag fick men inte vilken typ av penicillin eller om det var starka grejer, eller. Ingenting om, de sa bara antibiotika"

Samma informant upplevde inte heller att det givits information kring övriga nyinsatta läkemedel trots att smärtstillande behandling initierats under vårdtiden. Då intervjuaren frågade om informanten fått information om varför smärtstillande behandling påbörjats svarade informanten nej, men uppgav samtidigt att läkaren berättade att det nya preparatet var mot smärta. På frågan om hur man upplevde att man inte fick någon information nu om läkemedel svarade en informant:

"Det hade jag inte tänkt på att jag skulle kunna få en gång /.../ det var ingen som frågade, jo, de frågade vad jag hade för mediciner men sedan talade vi inte mer om det."

En av informanterna hade önskemål om att få mera ingående information kring sina läkemedel men var samtidigt osäker på om andra äldre personer verkligen orkade eller kunde ta emot en mer detaljerad läkemedelsförklaring.

"jag skulle önska att personalen, alltså läkare och sköterskor, skulle berätta hur en medicin verkar. Varför man lägger in den medicinen, hur den verkar. Det skulle vara väldigt bra det här och nu är jag inte säker på att alla människor kan ta emot sån här information det kan jag tänka mig att kanske en del är gamla och trötta /.../ och varken vill eller orkar ta emot det men om det är så att patienten liksom önskar och vill det här och kan ta emot informationen så skall man nog berätta så mycket som någonsin är möjligt."

Läkemedelsbiverkningar

Engen av informanterna upplevde att de hade blivit informerade om läkemedelsbiverkningar under sjukhusvistelsen.

"ja, de berättar faktiskt inte någonting måste jag säga. Man bara får medlet och sedan får man slå upp i den här bisedeln som följer med läkemedlet och läsa vad det står för biverkningar, men de säger aldrig något och talar om"

I ett fall beskrev en informant att frågan ställdes om huruvida några läkemedelsbiverkningar i nuläget

besvarade informanten. Informanterna hade inte heller själva tagit upp frågor om läkemedelsbiverkningar med läkarna men tog i efterhand upp frågan med annan vårdpersonal i samband med att biverkningar uppstod.

”nä, det gjorde jag väl inte utan någon talade om att det måste varit biverkningar. Ja, de kom fram till att det måste vara biverkningar för det var penicillin tydligen i antibiotikan”

En informant svarade att ingen hade informerat om läkemedelsbiverkningar under vårdtiden på Jakobsbergsgeriatriken, utan allmän information om detta hade givits till informanten tidigare.

”Nej, det hade ingen gjort annat än allmänt så har läkaren sagt så här: att alla mediciner har biverkningar ”

Signaler och tecken kring diagnos och behandling

Ingen av informanterna sade sig ha fått någon som helst information kring eventuella signaler eller tecken gällande sin sjukdom eller behandling som de skulle uppmärksamma under vårdtiden. Ingen av informanterna svarade heller på följdfrågor ställda för att få djupare information kring detta.

Beskrivande av informationskällor och ansvars fördelning

Läkare och sjuksköterskors funktion

Av informanterna var det sju personer som ansåg att det var en läkares ansvar att informera om läkemedel och dess biverkningar och främst då den läkare som förskrivit läkemedlet.

Endast en ville att läkaren på Jakobsbergsgeriatriken skulle gå igenom samtliga läkemedel under vårdtiden. De övriga ansåg att de redan hade blivit informerade om dessa läkemedel av sin husläkare. Däremot var informanterna mer osäkra på de läkemedel som satts in på akutmottagningen och upplevde att de saknade information om dessa och att de ville ha mer utförlig information även om dessa läkemedel då de vårdades på Jakobsbergsgeriatriken. Informanterna ansåg att det var

läkarna på Jakobsbergsgeriatriken som besatt kunskaper att bäst kunna ge information om detta. Två av informanterna var inte intresserade av att få någon information men tyckte ändå att det var den förskrivande läkaren som skulle lämna informationen.

”Det ska väl vara läkaren? Som skriver ut dom, det tycker jag man vill i första hand tala med doktorn som skrev ut det.”

”jag tycker att det är läkarens sak att berätta /.../ ja, ja alltså läkare över huvud taget ska tala om, om det är något speciellt, för det är dom i alla fall som har grundkunskaperna i det här.”

En informant tyckte att det var sjuksköterskans uppgift att informera om läkemedlen. På frågan om vem som skulle ge information om läkemedel och biverkningar svarade informanten:

”Från sköterskan. Från läkaren är det kanske realistiskt, då? Men från sköterskan, att hon talar om vad läkaren ordinerat och varför och vad det är för biverkningar. Vi talade ingenting om medicinen. Man får bara in sin kopp med tabletter och vet inte vad det är man stoppar i sig egentligen.”

Tre av informanterna tyckte att sjuksköterskan i större utsträckning än i dag skulle informera om läkemedel och biverkningar. Informationsutbytet skulle då ske i samband administrering av läkemedel och/eller inför hemgång. Anledningen till att sjuksköterskan borde ha en större betydelse, var att informanterna upplevde att sjuksköterskan var mer tillgänglig.

”ja, alltså den som kan beskriva det, naturligtvis är det läkaren men jag tycker att sköterskorna skulle kunna ge mera för de är i regel liksom lättare att få tag i.”

”de har säkert en oerhörd kunskap och man träffar ju dom flera gånger under dygnet än vad man gör med läkare”

Att själv söka information

Informanterna använde sig av flera olika vägar samtidigt för att söka information om läkemedel. De frågade sällan läkaren på Jakobsbergsgeriatriken om sina läkemedel utan vände sig oftast till sin husläkare. Att fråga närstående och att läsa FASS samt bipacksedeln som medföljer läkemedlet var den vanligaste vägen att

söka information på. De som läste bipacksedeln läste ofta även FASS. Det fanns även informanter som sökte eller hade fått information om sina läkemedel i media eller på internet. Tre av informanterna hade någon gång frågat närstående om hjälp för att söka information om läkemedel. Två av dessa närstående var själva sjukvårdspersonal. Nästan samtliga som sökte information om sina läkemedel gjorde detta för att orientera sig kring vilka eventuella biverkningar som läkemedlet kunde ge men även för att så som de uttryckte sig "Veta vad man stoppar i sig"

"Om jag tycker att jag känner av några biverkningar av någon tablett och så, får man ju en beskrivning med när man köper medicin som jag läser"

Det fanns de informanter som menade att läkarna inte gillade att de tog reda på alla biverkningar men att de var nyfikna och ville veta ändå.

"javisst, och det roliga är ju att om man säger det till läkaren att det är så mycket biverkningar, ja, dom ska man inte läsa, säger dom /.../ men vad ska man då få det ifrån?"

Informanterna tyckte att den information som gavs i bipacksedeln var lättförståelig och kunde brukas av gemene man.

"egentligen har man ju den i FASS och även med bipacksedeln som kommer med medicinen. Den ska man ju läsa innan man börjar. Det brukar ju vara i princip samma sak som står i FASS, så det, ja, jodå, jag tycker nog att man kan förstå det som vanlig människa, alltså"

Då informanterna kände att de behövde mer djupgående information om sina läkemedel sökte de vidare i FASS eller frågade sin husläkare för en mer utförlig förklaring. Två informanter brukade fråga eller få information om sina läkemedel på Apoteket. De som brukade läsa Patient FASS gjorde det oftast på Apoteket, endast en hade tillgång till FASS i hemmet och en sökte i FASS på Internet.

"jag har ju FASS och tittar där och på biverkningar där"

"ja det händer att jag letar i FASS på apoteket brukar jag slå upp"

Patientens eget ansvar och motivation

avseende läkemedelsbehandlingen

Hälften av informanterna uppger att de någon gång självmant har slutat eller laborerat med en läkemedelsbehandling efter att ha upplevt biverkningar. Hälften av de tillfrågade har även känt oro över och sålunda bristande motivation att fullfölja behandlingen relaterat till misstanke om biverkningar.

"/.../ ibland har jag inte tagit lika mycket men jag tror inte att det är någon skillnad. För jag ska ta, förstår du, 3 tabletter av dom 3 ggr om dagen och de är på 300 mg. Det är ju inte klokt, 9 tabletter om dagen."

"/.../ sedan när jag kom ut från sjukhuset då fick jag en ny kur men det, den åt jag en vecka, sedan la jag av för jag kände att det var samma symptom nästan jag var helt slut, totalt utslagen"

"Ja, det är ju i så fall det här med Losec, att jag tog det på mitt eget ansvar, att inte ta ut det riktiga Losec /.../"

Av de som känt oro för läkemedelsbehandlingen och biverkningar har endast någon enstaka informant oroat sig i det tysta och inte vidtagit någon åtgärd till följd av oron.

"Jag har ju undrat hur magen kan må bra av att käka så här mycket piller..."

De andra som känt sig oroliga har tagit kontakt med husläkaren för att få hjälp med sin oro samt eventuellt hjälp med att komma till rätta med biverkningarna.

"/.../ då har jag nog frågat husläkaren om jag vågar fortsätta ta dom där"

Endast någon enstaka av informanterna har valt att ej hämta ut ett läkemedel då det ansetts för dyrt.

Det fanns även informanter som tog stort ansvar för sin läkemedelshandtering och försökte fullfölja behandlingen trots att den innebar problem för dem. Även i de fall då

informerarna till slut valde att avstå från en ordinerad behandling menade de att även detta var deras ansvar och beslut.

”Då fick jag ta en kniv. Jag fick med mig några kapslar hem och hugga isär dem och så försökte jag fånga upp dom små pillren men jag kände att jag inte kan hålla på med. Min mage klarar om den får dofilus det är naturligt och det har absolut inga biverkningar, det tror jag inte i alla fall”

”jag har inte den längre /.../ ja, det är på mitt eget ansvar, får jag nu magsår då är det mitt fel men jag tror faktiskt inte att jag får det”

Hur man hanterar och relaterar fysiska och psykiska besvär till läkemedelsbiverkningar

Flera av informanterna hade själva uppmärksammat en eller flera biverkningar från ett visst läkemedel. I dessa fall hade man även gjort såväl fysiska som psykiska kopplingar till sina besvär.

”da sa jag, det kanske är Morfinet jag inte tål, det var min egen slutsats och då fick jag aldrig något mera. De respekterade att jag trodde det”

”jo men som förra gången, jag var inte införstådd med att jag skulle må dåligt när jag upphörde med dom här Morfin tabletterna. /.../ jag funderade vad det berodde på, jag mädde dåligt psykiskt också kunde inte äta, kallsvettades och mädde jättedåligt hade jag vetat då att det berodde på det då hade man inte varit så orolig”

”och den hade ruskiga biverkningar och doseringen var lite oklar då i början så jag tror att jag fick för mycket och den här överläkaren då, han minskade direkt den här /.../ de här biverkningarna yttrade sig i mardrömmar och de mest underliga saker och det var nästan så att jag var halvvaken, kunde inte ta mig ur det här då berättade jag också att jag steg upp på nätterna och gick omkring där och det här var inte alls bra. Jag kunde ha skadat mig själv och fallit omkull eller någonting”

En av informanterna uppger att det på grund av en biverkan blev aktuellt med akutinläggning på sjukhus. I detta fall hade inte informanten fått bekräftat att

sjukdomsförloppet de facto var orsakat av en biverkan men det är informantens egna bestämda åsikt.

”jag blev ju så dålig, jag var helt färdig, jag åkte in på Akuten på onsdagen och de remitterade mig direkt till KS, reumatologen, jag låg på Intensiven i 3 dygn ja, jag låg 1 månad på KS då /.../ jag trodde själv det för det var det enda läkemedlet som jag hade ätit innan jag blev dålig”

Hälften av de övriga informanterna hade själva reflekterat över saker som de ansåg vara av vikt men som man vid förskrivning/utskrivning ej tog hänsyn till. Någon nämner här sin mycket låga kroppsvikt som av betydelse för känslighet mot läkemedel, de andra menar att de själva är experter på sin kropp och vet vad som är mest lämpligt för just dem vilket de anser spelar en viktig roll och något man således borde ta större hänsyn till. Exempel på att kostens betydelse för sjukdom och allmänt välbefinnande kommer också fram vid intervjuerna.

”det var liksom ingen som tog hänsyn till vikt. Jag väger inte mer än så lite och det här var en stark dos så det var väl därför jag åkte på det här, skulle jag tro ja, så vikten och det måste väl också ta hänsyn till?”

”för jag vet själv vad jag tål och inte tål.”

Upplevelser av tillgänglighet och bemötande

Tidsperspektiv

Samtliga informanter utom en upplevde att läkarna hade tid att lyssna på dem i mötessituationer, de verkade lugna och visade inte att de var stressade även om de kanske var det.

”Jaha, hon visade i alla fall inte att hon var stressad när hon stod och pratade. Hon tog sig verkligen tid och svara på frågor.”

Trots att informanterna upplevde att läkarna tog sig tid i själva mötet när de fick träffa läkaren på avdelningen så kunde ändå känna att de ville ha mer tid tillsammans med läkaren.

De beskrev att de hade förståelse för att läkarna hade mycket att göra. Informanterna uttryckte även att de var medvetna om att de ibland kunde uppfattas som påfrestande genom att vara för pratsamma, sväva ut i långa berättelser och även att de var svåra att avbryta då de börjat sina berättelser. Informanterna menade att de då tog upp för mycket av läkarens tid och kunde känna dåligt samvete över detta.

"naturligtvis hade jag velat ha mera tid, det vill väl alla, men jag förstår deras situation. Jag ser hur de nästan springer i korridorerna ibland."

En informant upplevde att läkarna var för upptagna och inte hann lyssna på dem, anledningen till detta trodde informanten var att det fanns för få läkare. En annan hade uppfattningen att underbemanning och mycket jourtjänstgöring medförde att läkarna var trötta och därför inte så tillgängliga.

"men jag kan förstå er också, att det är en svår situation, underbemanning, kanske mycket jourtjänst och så, så de är trötta."

Övrig vårdpersonal upplevdes som tillgänglig eftersom de tog sig tid och snabbt fanns till hands när patienterna behövde hjälp.

Kommunikation

Alla utom en av informanterna menade att läkarna lyssnade på vad patienterna ville förmedla och att de fick god kontakt samt att de på ett avslappnat sätt kunde ha en dialog med dem.

"lätt att prata med, verkligen lätt att prata med. Hon beskrev och vi pratade, hon berättade hur det kunde bli och varför, ja, jag upplevde det som en jättebra kontakt jämfört med förra gången som jag var här."

Den informant som inte var nöjd berättade om en kapsel som ordinerats mot informantens vilja. Kapseln måste sväljas hel vilket informanten inte klarade av, utan tvingades senare köpa ett dyrare synonympreparat för att tabletten i den beredningsformen kunde slamas upp i vatten.

"och så fick jag också mot min vilja, jag kan inte svälja hela tabletten nämligen"

Flera informanter tyckte att det var lättare att få prata med en sjuksköterska eftersom de var mer tillgängliga och synliga och att man träffade dem flera gånger under ett dygn.

Bemötande

Samtliga informanter är nöjda med bemötandet från vårdpersonalen. De menar att de på det stora hela fått ett trevligt och fint bemötande och är mycket positiva till den vård som de erhållit. Informanterna beskriver vårdpersonalen som helhet som vänliga och glada. En informant förklarade att det kändes mycket lättare i livssituationen när vårdpersonalen var så glad och positiv.

".../ jag skulle vilja sammanfatta det så här: i det allra mest så är jag mycket positiv till ert arbete .../Jag tycker liksom att sjukvården är bra, riktigt bra, och jag är mycket nöjd. jag vet inte vad det är men jag liksom tycker att jag har fått bra kontakt med vårdapparaten, både sköterskor och läkare. Jag tycker att det fungerar utmärkt".

Kontinuitet

Kontinuiteten i läkargruppen uppfattade informanterna som god. Majoriteten av informanterna upplevde att de fick träffa två läkare som delade ansvaret för deras medicinska vård. Däremot hade de svårt att hålla isär det faktum att det ibland kunde vara en läkare som tog sig an inskrivningen och som de sedan kanske inte träffade vid något mer tillfälle.

Informanterna tyckte att det var mycket olika vårdpersonal. Minst kontinuitet upplevde de i undersköterskegruppen.

"det är framför allt de här biträdena så tyckte jag att de byttes väldigt ofta"

De hade även svårt att skilja arbetsterapeuter och sjukgymnaster från omvårdnadspersonal och tyckte generellt att det var svårt att särskilja de olika

personernas yrkesroller och vad de hade för funktion på avdelningarna.

”Ja, det blir ju så oerhört mkt människor som kommer och man vet inte vem som är läkare, vem som är sjuksköterska, vem som är arbetsterapeut. Det blir väldigt mkt människor på en gång som man kommer in”

Tilltro

Tilltro till läkaren hos den äldre generationen

Flera av informanterna beskriver att de kände förtroende för läkare och sjuksköterskor. Detta förtroende är framför allt baserat på tradition och uppfostran hos den äldre generationen. Informanterna berättade att de uppfattade läkarna som auktoriteter och att de uppfostrats till att inte ifrågasätta personer med hög auktoritet ända sedan skoltiden. Informanterna upplevde vidare att de hade respekt för läkarna och såg dem som auktoriteter trots att de ansåg att både läkare och patient kunde säga både ”Du” och ”Hej” till varandra nu för tiden och inte använda titlar. Trots att relationen mellan patient och läkare har fått en mer vardaglig framtoning så vågade inte informanterna ställa frågor om sina läkemedel eller om biverkningar till läkarna. De gjorde istället som läkarna sa och litade till deras kunskaper om vad som är bäst för dem och följde i de allra flesta fall de läkemedelsrekommendationer som läkarna ordinerat dem.

”jag har blivit beordrad att käka, så det var bara att äta”

”jag måste lita på att den läkare som behandlar mig, att han eller hon skriver ut den medicin som behövs”

Tilltro till husläkaren

Informanterna hade förtroende för sina husläkare. De upplevde att husläkaren hade en samlad kunskap om deras sjukdomstillstånd. Informanterna hade i de flesta fall haft kontakt med en och samma husläkare under flera år. Informanterna berättade att det var till husläkaren de vände sig med frågor efter vårdtiden på sjukhus.

Tilltro till sjuksköterskan

Informanternas uppfattning om sjuksköterskors kunskaper var att de hade tilltro till sjuksköterskornas farmakologiska kompetens och menade att de hade mycket goda kunskaper om än inte lika goda som läkarens i farmakologi. En informant beskrev tilltron på sjuksköterskan i samband med information om läkemedel på detta sätt:

”Jag har stort förtroende för erat kunnande och så. Det är klart det är ju de som man närmast vänder sig till.”

Angående att etablera en förtroendefull relation till sjuksköterskan så tar ett par av informanterna upp betydelsen av att få ha en särskild sjuksköterska att vända sig till och som har huvudkontakten med dem under vårdtiden.

”Man har ju en avdelningssköterska själv liksom, va att den håller god kontakt med patienten och det är ju jätligt viktigt /.../ jag har stort förtroende för ert kunnande och så.”

Upplevelse av noggrannhet

Ett flertal av informanterna tar även upp den noggrannhet de anser att läkarna står för. De upplever att det känns tryggt när en läkare konsulterar sina kollegor om de själva känner sig osäkra.

”dels så var hon inte säker på sig själv så tog hon alltid kontakt med kolleger. Hon sa att jag vill inte avgöra det här själv utan jag måste snacka med någon som är mera van /.../”

Misstro

Ett par av informanterna kände misstro gällande läkarnas och sjuksköterskornas kunskaper, dels gällande deras kunskaper om läkemedelsbiverkningar men även om läkemedel i stort.

”jag tror inte läkare vet vilka mediciner som, alla människor är olika /.../”

ja, den ena får biverkningar av den medicinen och den andra får inte det

/.../så det där tror jag är så individuellt”

Några informanter kände sig osäkra på vilka kunskaper sjuksköterskor hade om läkemedel.

"Sjuksköterska, dom kan ju inte allt i alla fall, tror jag, jag vet ju inte men jag tror inte att ni har samma kunskaper som en läkare har"

Oro

Frånvaro av oro

Tre av informanterna upplevde ingen oro alls. Anledningarna till detta var stor förtroendet med läkemedlen då de behandlats med preparaten under många år samt stort förtroende för den läkare som skrivit ut läkemedlen, i allmänhet husläkaren eller specialist som informanterna hade gått hos under många år.

Upplevelse av oro kopplat till polyfarmaci

Flera informanter påtalade dock att de upplever en oro kring sin läkemedelshantering relaterat till att de är ordinerade många tabletter samtidigt. Detta skapar inte bara en oro kring hur intaget av alla dessa läkemedel påverkar kroppen, utan även en oro kring att tappa kontrollen då nya läkemedel läggs till och andra dras ifrån på läkemedelslistan. Även att flera läkare är inblandade i att ordinera läkemedel upplevs av flera informanter som ett orosmoment. Därutöver finns en allmän uppfattning om att intag av för många tabletter inte är bra och även detta skapar en oro.

"Ja för man hör ju så mycket om just läkemedel och att man får för mycket och det är man lite orolig för".

Upplevelse av oro för läkemedelsbiverkningar

En informant råkade ut för biverkningar vilket i sin tur ledde till oro och nedsatt förmåga att utföra dagliga aktiviteter.

"Alltså hela kroppen reagerade ju. /.../ Jag vågade inte gå ut".

För andra informanter resulterade faktiska biverkningar eller oro för biverkningar i att läkemedelsbehandlingen avbröts i förtur eller att man på eget bevåg förändrade doseringen.

" /.../ när jag kom hem så slutade jag med dem".



Diskussion

Resultatdiskussion

Informationsbehov

Flertalet av informanterna i studien beskriver att de önskar mer och individanpassad information om sina läkemedel och läkemedelsbiverkningar. Det fanns de informanter som uttryckte att de bara tog ett läkemedel för att läkaren sagt så och inte behövde någon närmare information om sina läkemedel. Det finns en risk för att patienter som inte tycker sig vara i behov av läkemedelsinformation kan ta sina läkemedel på ett felaktigt sätt vilket kan orsaka bristande läkemedelsbehandling eller ökad risk för biverkningar (Rankin, Stallings-Duffy, 2005). Därför är det viktigt att dessa patienter får en enkel kortfattad information som är lätt att ta till sig för att undvika att felmedicinering sker.

Patienter med både syn och hörselnedsättningar behöver specifik individanpassad information. Vilket informationsbehov patienter med annat modersmål än svenska kan ha har inte framkommit i studien. Språksvårigheter kan göra att information tolkas felaktigt därför är det viktigt att låta patienten återberätta informationen så att eventuella oklarheter kan upptäckas.

Informanternas svar vittnar även om att den information man specifikt önskar gäller vad för preparat man blivit ordinerad och vilken dos som skall vara gällande. Här framkom att det finns stor individuell skillnad varför det igen kan poängteras att informationen bör utformas utifrån ett så individuellt perspektiv som möjligt. Vad gäller hur informationen skall framföras förefaller informanterna ta det muntliga samtalet kring läkemedel för givet. Resultatet visar dock att hälften av informanterna önskar skriftlig information som komplement till den muntliga.

Resultatet pekar på ett ökat informationsbehov vid polyfarmaci vilket i sig är vanligt hos den geriatriska patienten. Framförallt påpekar de tillfrågade i studien att de har svårt att hålla isär de olika generiska läkemedlen som finns. Denna kunskap bör tas med vid framtida

samtal med patienter kring läkemedel och dess eventuella biverkningar, där man angående biverkningar dessutom önskar få information kring vad som skall uppmärksammas snarare än vilka biverkningar som är att förvänta. Man förväntar sig dock att detta ämne skall beröras.

Upplevelser av given information kring läkemedel och läkemedelsbiverkningar

Beträffande biverkningar förefaller dock viss frustration föreligga hos informanterna relaterat till den totala avsaknaden av information kring detta. Det behövs mer information om biverkningar generellt. Allt informanterna sade sig veta om biverkningar hade de sökt upp själva. Att de söker aktivt leder till att man inte från vårdgivarens sida behöver tänka att man skall "underhålla" information om biverkningar för att inte skrämna patienten.

Ett påtagligt fynd i studien är det faktum att informanterna inte har uppfattat vissa samtal kring läkemedel och dess biverkningar som informationssamtal. Eventuellt kan detta hänga ihop med att man som patient tar läkarsamtalen gällande läkemedel för givet och kanske inte varseblir att det är ett upplysande samtal om läkemedlen. Det förefaller således som om en ökad tydlighet kring detta skulle kunna vara av värde. Detta kan eventuellt åstadkommas genom kontinuerlig återkoppling och att man har beredskap att erbjuda patienter information på flera sätt (skriftligt/muntligt/ övrig informationskanal). Detta blir ännu mer aktuellt när man betänker att den äldre patientgruppen är svår att informera. Äldre personer har andra förutsättningar för inläring så information behöver individanpassas då äldre personers kognitiva förmåga avtar sker inläringen långsammare. De får svårare att förstå komplexa meningar, dra egna slutsatser och lösa problem (Rankin, Stallings-Duffy, 2001). Därför är det viktigt att den information som ges, är enkelt uppbyggd, och ges i ett långsamt tempo i en lugn miljö. Informationen bör ges i små doser som upprepas vid flera tillfällen. Patienten bör återberätta den information som givits för att man skall kunna få bekräftat att patienten tillgodogjort sig informationen (Rankin, Stallings-Duffy, 2001).

Informationskällor och ansvarsfördelning

Resultatet indikerar att det framförallt är läkaren som skall informera vid nyinsättande eller dosförändringar och utsättande av läkemedel. Som tidigare påpekats skall detta ske med tydlighet och framgå att det är frågan om informationstillfälle.

Ett lite mer oväntat resultat var det att den stora majoriteten av informanterna önskar sig mer av sjuksköterskan gällande information kring såväl läkemedel som biverkningar. Man har önskemål om att sjuksköterskan skall erbjuda information i samband med administrering av läkemedel. Anledningen till att man önskar ett större initiativ från sjuksköterskan beror på att sjuksköterskan anses mer tillgänglig och lättare att få tag på över hela dygnet. Dessutom har man ofta en djupare relation med sjuksköterskan.

Ett annat för författarna förvånande resultat är i vilken utsträckning informanterna själva söker information. Det är framförallt från FASS och bipacksedeln informanterna inhämtar kunskap om sina läkemedel. Man utbildar sig här kring läkemedlet som sådant men även vilka biverkningar som kan komma att uppstå. Att patienterna tar stort ansvar för sin egen vård och läkemedelsbehandling bör uppmärksammas av vårdgivaren då detta ger möjlighet till egenvård även efter själva vårdtillfället. Detta är kopplat till att alla personer har inneboende resurser att på ett eller annat sätt vårda sig själva. Detta kallas egenvård/egenvårds-kapacitet och kan enligt Orem (2001) delas in i tre olika dimensioner: universella egenvårdsbehov, utvecklande egenvårdsbehov och egenvårdsbehov relaterat till hälsoproblem. Det förstnämnda ämnar uppfylla livsviktiga behov som att andas, äta och dricka, ha balans mellan vila och aktivitet, sköta elimination, motverka fara och ha en balans mellan ensamhet och social kontakt. Utvecklingsrelaterade egenvårdsbehov gäller till individens utveckling från spädbarnsåldern till döden. Denna utvecklingsprocess kräver att förhållanden avpassas så att utveckling kan ske i varje fas av livet. Egenvårdsbehov relaterat till hälsoproblem innebär observation, bedömning och anpassning till ett nytt hälsotillstånd. Eventuellt behöver individen förändra sin självbild för fortsatt personlig utveckling.

Individer som tar ansvar för och engagerar sig i sin egenvård utvecklar kapacitet för egenvård vilket leder till personlig tillfredsställelse och utveckling. Emellanåt behöver man som patient hjälp med detta och bör då kunna få den hjälpen av personal inom hälso- och sjukvården. Avsaknad av egenvårds resurser eller egenvårdsbrist kan bero på en mängd olika faktorer förslagsvis kunskapsbrist, bristande självkännet, miljön samt nedsatt psykisk och kognitiv förmåga (Orem, 2001). Egenvård kan alltså alla patienter utföra med hjälp av tillräcklig kunskap. I förlängningen kanske ett sådant förhållningssätt kan medverka till bättre följsamhet avseende läkemedelsbehandling om patienterna är välinformerade då de skrivs ut från kliniken.

Tillgänglighet och bemötande

Informanterna ger svar som pekar på att man upplever att läkarna finns tillgängliga och tar sig tid men att det hade varit önskvärt med ännu mer tid. Informanterna har även upplevt ett stort mått av lyhördhet från läkargruppen. Mest tillgänglig var dock sjuksköterskegruppen.

Under intervjuerna fick kliniken beröm av alla informanter för den vård som erbjuds. Man anser att vi som arbetar på Jakobsbergsgeriatriken är vänliga, närvarande och tar oss tid i mötet trots att det finns stress och störande moment i miljön. Dock bör vi dra lärdom av att patienterna ibland har svårt att hålla isär vilken profession som olika personer på kliniken tillhör, varför tydlig presentation av teamet är nödvändigt.

Tilltro

Under samtliga intervjuer har det framkommit att informanterna känner en stor tilltro till läkaren. Det framkom tydligt att en del av detta förtroende bottnar i att läkarna uppfattas som auktoriteter mot vilka man ej vågar sätta sig upp eller ifrågasätta. Detta har med tradition och gamla vanor att göra och representerar djupt rotade föreställningar och uppfostran hos den generation patientgruppen tillhör. Traditionsbundenhet hos informanterna har visat sig vara en av anledningarna till att man inte vill störa läkarna med sina frågor och funderingar i onödan trots att man värderar läkar-gruppens kompetens väldigt högt. Detta är ett resultat vi

som författare tror att läkargruppen redan är medvetna om men som samtidigt var ett så framträdande resultat att man ytterligare kan behöva reflektera över det. Inom akutgeriatrisk slutenvård tror vi dock att det blir svårt att skapa en långsiktig relation som påminner om den man har med sin husläkare för att patienten skall våga initiera en dialog mer eller mindre befriad från traditionsbundenhet. De av informanterna som inte visade upp någon större traditionsbundenhet sökte istället själva mer aktivt den information de ansåg sig behöva.

Under intervjuerna har även framkommit att informanterna känner stor tilltro till sjuksköterskan. Detta fynd bör dock vägas mot det faktum att vi som intervjuade själva är sjuksköterskor och att det eventuellt har påverkat informanternas svar.

Oro

Under arbetets gång framkom att oro gällande läkemedelsbehandlingen framförallt är kopplat till polyfarmaci. Alla som oroar sig för sina läkemedel upplever å andra sidan att de är ordinerade oförsvarbart många tabletter vilket leder till att oro och polyfarmaci är tätt förknippade. Mer information torde kunna lindra en del av denna oro. Vi tror även, baserat på resultatet, att ett skriftligt komplement till det talade ordet kring läkemedel skulle kunna bidra till minskad oro då patienterna då kan gå tillbaka och läsa informationen upprepade gånger. En annan orsak till oro är det faktum att flera olika läkare ordinerar läkemedel och informanterna ger här uttryck för oro gällande hur informationen överförs till nästa vårdgivare. Denna oro skulle kunna minimeras genom att använda sig av läkemedelsberättelse eller klinisk farmaceut i vården. I en studie av Gillespie, Garmo, Kettis-Lindblad, 2009 har man undersökt just värdet av att inkludera klinisk farmaceut i det kliniska arbetet. Farmaceuten genomförde för patienter som vårdades på akutvårdavdelning översyn av läkemedelslista, både genom att fråga patienten och söka information från sluten- och primärvården. Därutöver genomförde farmaceuten förändringar av dos, preparat och gav förslag till seponering tillsammans med ansvarig läkare. Studien visar att det finns ett värde att arbeta med en klinisk farmaceut då det leder till förkortade vårdtider, kostnadseffektivitet samt mindre risk för återinsjuknande relaterat till läkemedelsöverkonsumtion och biverkningar.

Förutsättning för att nå ett lyckosamt arbete är dock att farmaceuten arbetar i team med patientansvarig läkare och sjuksköterska (Gillespie, Garmo, Kettis-Lindblad, 2009). Även Lundamodellen (Eriksson et al, 2006) har visat hur man kan använda kliniska farmaceuter i team med sjukvården (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinare) för att optimera och säkerställa enskilda patienters läkemedelsbehandling. Modellen inkluderar en systematisk läkemedelsintervju med patient, för att identifiera problem med ordinerade läkemedel, patienternas hanteringsförmåga, kunskap, attityder och följsamhet till läkemedelsbehandlingen. Dessutom genomförs en läkemedelsgenomgång som mynnar ut i en vårdplan för läkemedel. Detta innebär att apotekaren gör en systematisk läkemedelsgenomgång för att identifiera läkemedelsbrister och att teamet, med läkaren som ledare, sedan gör en vårdplan gällande läkemedel för att lösa bristerna genom att sätta upp behandlingsmål och följa upp dessa. Vid utskrivningen skapas en läkemedelsberättelse. Detta är en läkemedelslista i mer utförligt format som syftar till att ge en tydlig skriftlig kommunikation till patient och nästa vårdgivare av vad som gjorts på sjukhuset och varför och är en del av utskrivningsinformationen (Eriksson et al, 2006).

Övriga reflektioner

Den enkätfråga från patientenkäten som varit en del av utgångspunkten för detta arbete har i sig ett dubbelt perspektiv vilket gör den komplex och svårutvärderad (se Inledning). Problemet som kan riktas mot denna formulering är att frågan är ställd ur båda perspektiven läkemedel och ev. biverkningar. Man kan därför befara att en del av det förbättringsutrymme som Jakobsbergsgeriatriken fick vid senaste patientenkäten således representerar avsaknad av information om biverkningar vilket detta arbete tydligt visar att patienterna inte erhåller under vårdtiden här på Jakobsbergsgeriatriken. Dock bör här även poängteras att informanterna i denna studie har indikerat att man inte heller varseblir den information man får under vårdtiden på Jakobsbergsgeriatriken gällande läkemedel i allmänhet varför det är svårt att veta exakt vad som står för vad. Att försöka få patienterna mer medvetna om den information som faktiskt ges kan eventuellt åstadkommas genom att man i större utsträckning ber dem upprepa vad som sagts vid informationstillfällen såsom rond och inför hemgång.

Utöver samtalet kan även skriftlig information delas ut i form av utförligt beskriven läkemedelslista med bl.a. behandlingsorsak eller en mer utförlig läkemedelsberättelse (se bilaga 5).

Vid starten av detta projekt fanns en del oklarheter gällande vem Jakobsbergsgeriatriken patienter ansåg skulle ha det största ansvaret kring information om läkemedel och dess eventuella biverkningar. Informanternas svar i denna studie ger viss fingervisning om detta. Det har visat sig att förtroendet för husläkaren är mycket stort och det förefaller som om informanterna uppfattar den information som husläkaren tillhandahåller bättre. Detta torde bero på en hög tilltro till husläkaren baserat på mångårig kontakt vilket skapar en mer familjär relation än vad som är rimligt att uppnå på en vårdavdelning. Detta förefaller vara det som ligger till grund för att informanterna har lättare prata med husläkaren. Dock har informanterna indikerat att det finns information som man inte förväntar sig av husläkaren utan av Jakobsbergsgeriatrikens läkare under vårdtiden. Det gäller framförallt information om de läkemedel som ordinerats på akutmottagning i anslutning till inskrivningen i slutenvård i de fall då de kommer att ingå i läkemedelsbehandlingen under vårdtiden. Då det inte är känt vilken information patienten kan ha fått på akuten samt med tanke på den miljö som eventuellt råder på akuten, vilken kan vara olämplig för att ta till sig information, bör alltså information om detta ges under vårdtiden på Jakobsbergsgeriatriken.

Vid studiens initierande var uppdragsgivaren även intresserad av att se över ytterligare en fråga i patientenkäten från 2008. Den exakta frågelydelsen anges nedan:

"Berättade någon ur personalen för dig om vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?"

Då författarna uppfattade ordet varningssignaler som mycket laddat gjordes försök under intervjuerna att med annorlunda frågelydelse försöka ta reda på hur informanterna uppfattade frågan (se bilaga 2) och vad ett högt förbättringsutrymme gällande detta kunde representeras av. Ingen av informanterna i denna studie

hade dock fått någon information om signaler eller tecken angående aktuell behandling som skulle uppmärksammas. Vid försök till djupare penetration kring detta kunde heller ingen av informanterna yttra sig vidare utan svarade bara koncist att ingen information kring signaler eller tecken hade givits dem under vårdtiden. Uppfattning hos båda författarna är att informanterna inte förstod frågan och att den höga förbättringspotentialen gällande patientenkäten 2008 även beror på oförmåga att tolka frågan.

Metoddiskussion

Med en kvalitativ metod där öppna och semi-strukturerade frågor ställs till informanterna kan fenomen visa sig i de fria berättelserna som inte kunde ha förutsetts och som kanske inte skulle ha visat sig med en kvantitativ metod. Kvale (1997) menar att det samtal som äger rum i den kvalitativa forskningsintervjun ger forskaren unika möjligheter i att generera ny kunskap och förståelse. Genom att använda både den fenomenologiska och hermeneutiska analysmetoden har författarna kunnat göra en bredare tolkning och djupare analys av informanternas livsvärld utan att helt avskärma sig från sin förförståelse (Lindseth och Norberg, 2004).

Genom att författarna själva är sjuksköterskor i patientnära vård fanns en förförståelse för problemområdet. Denna förförståelse var till hjälp när vi sökte tidigare forskning inom området och för att finna en lämplig metod för studien. Hade vi valt att endast använda den fenomenologiska tolkningsanalysen hade vi fått försöka åsidosätta vår förförståelse i högre grad än om de båda analysmetoderna kombinerades. Vi ansåg att det skulle vara svårt att kliva ur professionen som sjuksköterska och lägga alla omvårdnadskunskaper åt sidan för att säkerställa att förförståelsen inte i för hög utsträckning påverkade resultatet. Kvale, (1997) menar dock att forskaren bör vara kritisk till sina egna antaganden och hypoteser så att de inte påverkar resultatet, en ansats som vi försökt att följa.

Enligt Kvale, (1997) bör urvalsgruppen vara tillräckligt stor för att resultatet ska vara generaliserbart men inte så stor så att materialet blir för omfattande i förhållande till tidsramarna. Samtliga utförda intervjuer inkluderades i

studien och då informanterna gav likvärdiga berättelser anser vi att det antal informanter som kom att ingå i studien kan vara tillräckligt för att kunna ge ett generaliserbart resultat. Genom att välja informanter som forskaren tror kan ge de bästa svaren och utesluta de som inte har samma åsikter eller ger de svar som önskas riskerar forskaren att bli subjektiv (Kvale, 1997). Vi tror att genom att vi inte haft möjlighet att välja informanter utan fått intervjua alla de som har varit positiva till att ingå i studien och som uppfyllt grundkraven för att kunna besvara frågorna adekvat, inte har haft möjlighet att påverka resultatet subjektivt genom val av informanter. Vi menar vidare att urvalet kom att bli representativt för könsfördelning samt geografisk spridning trots att vi inte hade möjlighet att slumpa fram informanter. Könsfördelningen stämmer överens med den statistik som presenteras i bilaga 4. Intervjuer har skett med informanter ifrån hela klinkens uppdragsområde samt både stad och landsbygd och kan därför anses som representativt för dem som vårdas på Jakobsbergsgeriatriken. En brist i studien kan vara att samtliga informanter var uppväxta i Sverige. Det kan finnas kulturella skillnader och personer som har sitt ursprung i andra länder kan ha andra behov eller andra åsikter än de som framkommer i denna studie. Ytterligare en brist i studien är att inga anhängigvårdare har intervjuats, trots att det visat sig att det var ca 32 % av dem som erhållit enkäten 2008, som fått hjälp helt eller delvis av en anhängig med att besvara enkätfrågorna.

Vi upplevde att informanterna i studien kände sig trygga under intervjusituationen eftersom de kände förtroende för oss som sjuksköterskor och kunde uttrycka sig fritt under samtalet. Intervjuerna ägde dessutom rum i en för informanterna trygg miljö som de själva valt. Intervjuerna ägde rum enskilt i alla fall utom ett där en anhängig till informanten var bisittare under intervjun. Det är möjligt att den informanten kan ha känt sig hämmad eller störd av att en anhängig var med under samtalet men resultatet av den intervjun är likvärdigt med övriga intervjuer.

Kvale, (1997) menar att det kan vara i sin ordning att utesluta ofullständiga meningar i resultatet om de förhindrar att texten blir förstärkt. Därför har längre textenheter som endast innehållit uttrycksord uteslutits.

Citaten har återgivits i talspråk ordagrant så som informanterna uttryckt sig med undantag för de eventuella delar med fyllnadsuttryck som utelämnats. De intervjuade hade alla svenska som modersmål. Någon informant hade svag röst och vissa ord har då varit svåra att uppfatta vid transkriberingen. Dock anser vi att det varit i så liten omfattning att det inte ska ha påverkat resultatet.

Slutsatser

Som slutsats kan vi konstatera att patienterna inte tillgodogör sig information gällande läkemedel och dess biverkningar trots att de har läkarsamtal under vårdtiden, ibland vid upprepade tillfällen. Vi menar att Jakobsbergsgeriatriken enligt förslag nedan kan öka medvetenheten hos patienterna och säkerställa att de faktiskt erhåller och tillgodogör sig information. Vidare har vi genom studiens resultat kunnat dra slutsatser kring att både sjuksköterskor och läkare på hela Jakobsbergsgeriatriken kan behöva öka medvetenheten om hur patienterna uppfattar och önskar sig information.

Förslag till förbättringar

De kunskaper som kan genereras av resultatet i denna studie visar på att Jakobsbergsgeriatriken kan vinna på att föra en levande diskussion kring att använda läkemedelsberättelser i utskrivningsmeddelandet och att anlita en klinisk farmaceut i vården. Detta skulle kunna leda till bättre information både till patient, närstående och nästa vårdgivare. Eventuellt kan detta dessutom bidra till en minskning av den oro som patienterna på kliniken upplevde kring polyfarmaci och som framkom i studien. I skrivande stund ligger Jakobsbergsgeriatriken i startgroparna till att införa denna metodik på delar av kliniken. Detta anser vi styrker vårt resultat ytterligare samtidigt som vi vill understryka betydelsen av en förankring av metodiken genomgående på hela Jakobsbergsgeriatriken varför en fortsatt diskussion och fortbildning torde vara av betydelse.

En åtgärd som med enkla medel kan ge en tydligare förklaring för patienten om vad ett visst läkemedel har för indikation är att i journalföringssystemet Take Care[®] se till att förvalet behandlingsorsak ska vara förinställt

och inte vara möjligt att avmarkera. Detta skulle innebära att man skriver ut läkemedelslistan på ett sådant sätt att en del av informationen som en läkemedelsberättelse innehåller genereras via Take Care[®]. Den information som inte framkommer i läkemedelslistan är varför eventuella dosändringar och seponeringar gjorts. Denna information torde stå i löptext i utskrivningsmeddelandet. Vi tror att med en skriven läkemedelsberättelse så som Lundamodellen föreslår, tydliggörs indikation, anledningar till dosändringar och seponering, på ett sådant sätt att det upplevs informativt av alla parter.

På liknande sätt kan man använda alla delar hos systemet Webcare[®], framförallt med tanke på överföring av adekvat information till nästa vårdgivare. Att engagera en farmaceut i kliniska vården skulle å ena sidan vara en mer omfattande åtgärd men samtidigt förhoppningsvis generera ett stort mervärde för Jakobsbergsgeriatriken. Eftersom vi redan arbetar i sammansvetsade team, vilket rekommenderas i Lundamodellen om man skall engagera farmaceut, skulle kanske en sådan lösning trots allt innebära mindre omställningar för Jakobsbergsgeriatriken. Om sådan lösning skulle anses för avancerad kan man eventuellt anordna seminarier med farmaceuter för att ge kunskaper om hur man skall tänka kring äldre personer och läkemedel och vilka fördelar det kan finnas med farmaceuter i det kliniska arbetet för att dra lärdom av det tankesätt ett sådant arbete genomsyras av.

Att möjliggöra för sjuksköterskan att gå med i läkarronden på avdelningen för att få höra vilken information som ges till patienten angående läkemedel, läkemedelsförändringar och biverkningar tror vi skulle kunna bidra till ökad kunskap för patienterna och förstärka upplevelsen av att information har delgivits. Sjuksköterskan kan då vid ett senare tillfälle exempelvis i samband med administrationen av läkemedlet eller vid utskrivning få flera möjligheter göra återkopplingar till patienten och påminna dem om vad som sagts på rondan. Även att ta vara på sjuksköterskornas dolda farmakologiska kunskaper samt kunskaper om hur patienterna tar/kan ta sina läkemedel är en annan del som vi tror skulle kunna skapa vinster för Jakobsbergsgeriatriken och för patienterna. Exempelvis kan det finnas generika som är lättare för patienten att svälja eller som kan lösas eller slammas upp i vatten eller som

patienten på annat sätt lättare kan ta. Detta skulle i förlängningen kunna leda till ökad följsamhet dels för att patienten kan ta det preparat som ordinerats dels för att patienten är mer medveten om sina egna möjligheter och vilka alternativ som står till buds. Sjuksköterskorna skulle också behöva tillgängliggöra sina kunskaper för patienterna i det dagliga arbetet, framförallt vid administration av läkemedel. Detta skulle kunna ske genom att erbjuda att skriva ut läkemedelslistan och gå igenom den vid administrering eller att mer aktivt fråga patienten om frågor kring läkemedel eller läkemedelsbiverkningar. Man kan även ta till utskrifter från patient-FASS eller skriva ut bipacksedel i större teckenstorlek. Detta val finns att göra vid utskrift direkt från FASS Internet upplaga. Även en talad version finns att tillgå för de patienter som har svårt för att läsa. Det måste anses viktigt att patienterna åtminstone får veta detta. Bipacksedlar på andra språk än svenska finns att tillgå på de lokala Apoteken men kan även beställas direkt av läkemedelstillverkaren för det aktuella läkemedlet. Användande av tolk vid läkemedels information bör övervägas om så krävs.

Förslag till vidare studier

De kvalitetsförbättringar ett fortsatt arbete skulle kunna bidra med kan bland annat omfatta att medvetengöra dessa problemområden kring läkemedelsinformation på Jakobsbergsgeriatriken vilket inte bara skulle vara kvalitetsförbättrande av hela verksamheten utan även fortbildande för personalen. Vi föreslår därför som redan tidigare nämnts att man via fokusgrupper bestående av läkare och sjuksköterskor skall fortsätta arbeta under hösten 2009. Ett sådant projekt skulle i så fall kunna drivas av verksamhetschefen tillsammans med en arbetsgrupp som utför det löpande arbetet (där författarna om så önskas kan tänka sig att ingå).

Man skulle även kunna utföra en uppföljning på denna studie genom att utvidga den i ett försök att representera hela Jakobsbergsgeriatrikens patientklientel. I denna studie har inklusionskriterierna varit sådana att en stor del av patienterna sällats bort. Troligt är dock att man bör inkludera patienter med kognitiv svikt och som är i behov av omfattande hjälp efter utskrivning för att skapa en helt tydlig bild över vad de delar med störst FBU i patientenkäten verkligen står för.

Referenser

1. Callahan, C. M., Unverzagt, F.W., Hui, S.L., Perkins, A.J., Hendrie, H.C. (2002) Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical Care* 40, 771-781.
2. Eriksson, T. Holmdahl, L. Midlöv, P. Bergkvist, A. Bondesson, Å. Ljungberg, B. et al. (2006) *Projektrapport och handlingsplan: Läkemedelsberättelse i utskrivningsinformation enligt Lundamodellen. Ett redskap för att minska risk för överföringsfel i information om läkemedelsbehandlingen då patienter skrivs ut från slutenvård*. Hämtad 2009-03-25 Lunds universitet. (www.skane.se)
3. FASS (2009). *Farmaceutiska specialiteter i Sverige: förteckning över humanläkemedel*.
4. Stockholm: Läkemedelsinformation (LINFO)
5. Fastbom, J. (2007). *Äldre och läkemedel*. (2:a uppl.). Stockholm: Liber AB.
6. Gillespie, U., Alsaad, A. Henrohn, D. Garmo, H. Hammarlund-Udenaes, M. Toss, H. et al. (2009) A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. *Archives of Internal Medicine* 169, 894-900.
7. Hermerén, G. (1996). *Kunskapens pris: Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR).
8. Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
9. Lindseth, A., Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 145–153.
10. Odar-Cederlöf, I., Oskarsson, P., Öhlén, G., Tesfa, Y., Bergendal, A., Helldén, A., et al. (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. *Läkartidningen* 105, 12-13.
11. Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6:e uppl.). St. Louis: Mosby Inc.
12. Patientenkät 2008. Indikator – institutet för kvalitetsindikatorer. (www.indikator.org)

13. Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
14. Rankin, S, H., Stallings-Duffy, K. (2005) *Patient education: Principles & practice* (4. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
15. Socialstyrelsen (2004). Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen december (2004). (www.socialstyrelsen.se).
16. Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
17. Vetenskapsrådet (1990). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (www.vetenskapsradet.se)

Bilagor

Bilaga 1: Erbjudande om deltagande

Erbjudande att delta i en studie kring patienters erfarenheter och upplevelser av information kring läkemedelsbiverkningar

Du har som patient blivit utvald att tillfrågas om deltagande i denna studie.

Bakgrund:

Varje år genomförs en patientenkät inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde [SLSO] i kvalitetsutvecklande syfte. Syftet med enkäten är att kartlägga patienternas behov och önskemål på den givna vården för att ge underlag för förbättringsarbete. I senaste enkäten framkom att det fanns ett förbättringsutrymme avseende information om läkemedel och dess biverkningar. Som ett led i Jakobsbergsgeriatrikens vilja att ständigt utveckla och förbättra vården kommer denna studie ligga till grund för verksamhetens kvalitetsutveckling.

Syfte:

Syftet med studien är att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av den information som ges i vården kring läkemedel och eventuella biverkningar.

Genomförande:

Du som deltar kommer att få svara på ett antal frågor om ditt läkemedelsanvändande och informationsbehov kring eventuella biverkningar. Intervjuerna kommer att genomföras under mars månad 2009, efter överenskommelse på en tid och plats som är lämplig för dig. Ljudupptagning kommer att ske med diktafon. Intervjun kommer att ta 45 minuter till en timme.

Hantering av data:

Alla intervjuer kommer att avidentifieras och behandlas med anonymitet både under analysarbetet och vid presentationen av resultaten. Materialet kommer endast att behandlas av oss två studieansvariga samt av en på kliniken anställd sekreterare. Till viss del kommer även vår handledare att via diskussion komma i kontakt med det avidentifierade materialet. Underlaget för studien kommer att förvaras under betryggande förhållanden under analys och bearbetning för att sedan raderas efter studiens genomförande.

Deltagande:

Ditt deltagande är **frivilligt**. Du kan avstå från att svara på delar av frågorna i intervjun. Du kan också när som helst välja att avbryta studien utan att ange närmare motivering. Ditt deltagande i studien kommer inte att på något sätt påverka framtida eventuella vårdbehov på Jakobsbergsgeriatriken.

Vi som kommer att intervju dig heter Kerstin Heinonen och Åsa-Maria Birgeron och vi arbetar som sjuksköterskor på Jakobsbergsgeriatriken. Vi kommer att kontakta dig inom två veckor efter det att du fått detta brev för att höra om du är intresserad av att delta i studien. Har du några frågor är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare på Jakobsbergs sjukhus.

Studieansvarig

Studieansvarig

.....

.....

Kerstin Heinonen
Leg Sjuksköterska
Jakobsbergsgeriatriken Avd 7
Tfn: 08-587 322 74
E-post: kerstinheinonen@hotmail.com

Åsa-Maria Birgersson
Leg Sjuksköterska
Jakobsbergsgeriatriken Avd 7
Tfn: 08-587 322 74
E-post: maria@telia.com

Verksamhetschef

.....

Martin Annetorp
Verksamhetschef
ASiH Nordväst/Jakobsbergsgeriatriken
Birgittavägen 4
177 31 Järfälla
08-587 322 42

Bilaga 2: Frågor för att bedöma kognitionsstatus

Frågor för att bedöma kognitionsstatus (Baserat på Mini-mental state examinations test)

Upprepning av 3 ord: nyckel, tandborste, lampa.

Veckodag?

Månad?

År?

Upprepning av 3 ord: nyckel, tandborste, lampa.

Inledande frågor för beskrivning av populationen

Huvudfrågor:

Kön?

Ålder?

Läkemedelshantering? Sköter mediciner själv? Dosett? APO-dos? Hjälp av DSK/anhörig?

ADL status? Hemtjänst? Självständig kring personlig hygien?

Tillägsfrågor:

Ensamboende/sammanboende?

Frågor kring läkemedel och information kring läkemedel och dess biverkningar

1. Vad berättade läkaren för dig om dina läkemedel?
Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?
2. Vilken information om läkemedel och biverkningar är viktig för dig?
Varför?
På vilket sätt?
Har du någon gång upplevt oro kring läkemedelsbehandling?
3. Hur upplevde du kontakten med läkaren/läkarna i samband med senaste inläggningen?
Tid?
Kontinuitet?
Gehör?
4. Vem tycker skall informera om läkemedel och ev. biverkningar?
Om doktor, vilken? (Primärvård/Geriatrik)
5. Hur vill du bli informerad?
Varför?
På vilket sätt?
6. Söker du själv information kring läkemedel och dess ev. biverkningar?
Hur?
Varför?
Fått hjälp?
7. Vad har den information du fick under vårdtiden/i samband med utskrivningen haft för betydelse för hur din läkemedelsbehandling har fungerat i hemmet?
Har du någon gång avstått från att inta läkemedel pga. att du känt dig osäker på något?
Upplever du att information om läkemedelsbiverkningar i sig påverkar din egen motivation och förmåga till att fullfölja behandlingen?

På vilket sätt?

Bilaga 3: Tillstånd att bedriva verksamhetsutvecklingsprojekt

Åsa-Maria Birgersson och Kerstin Heinonen har mitt tillstånd att bedriva detta verksamhetsutvecklingsprojekt som bl.a. innebär att de behöver granska journaler och kontakta patienter för intervjufrågan.

Hälsningar

Martin Annetorp

Verksamhetschef

ASiH Nordväst/Jakobsbergsgeriatriken

Birgittavägen 4

177 31 Järfälla

08-587 322 42

Bilaga 4: Könsfördelning på Jakobsbergsgeriatriken 2008

Könsfördelning på Jakobsbergsgeriatriken 2008

Avd 5

Kvinnor: 340 st.

Män: 156 st.

Totalt: 496 st.

Avd 6

Kvinnor: 286 st.

Män: 196 st.

Totalt: 482 st.

Avd 7

Kvinnor: 406 st.

Män: 208 st.

Totalt: 614 st.

Totalt antal kvinnor: 1032 st. (64,8%)

Totalt antal män: 560 st. (35,2%)

Bilaga 5: Utskrivningsinformation

UTSKRIVNINGSGENOMGÅENHET

Utskrivande läkare: XXXX

Ansvarig läkare: XXXX

Familjeläkare: XXXX, VC XXXX

Vårdtid: 200X-XX-XX – XX-XX

Om din sjukdom

Du har vårdats på avdelning 8 efter att ha insjuknat med feber och andningsbesvär. Röntgen av lungorna vid inkomsten visade lunginflammation. Man fann också vätska i lungvävnaden som tecken på hjärtsvikt. Du har behandlats med antibiotika samt ökad dos vätskedrivande medel.

Planering / uppföljning

Du utskrives nu till Solgården för en tids konvalescens. Under vistelsen där kommer vårdplanering att genomföras då du har önskat utökad hemtjänst. Du kommer att kallas till din distriktsläkare om cirka 4-5 veckor för kontroll avseende hjärta och lungor.

Läkemedelsberättelse

- Impugan har ökat från 1 till 2 tabletter dagligen pga ökad hjärtsvikt
- Spironolakton insatt på grund av tendens till lågt kaliumvärde
- Doxyferm (antibiotikum) insatt för ytterligare en veckas behandling
- Importal ersätter Laktulos på grund av illamående
- Tramadol har tagits bort då du inte längre besväras av ryggsmärta
- Lanacristdosen har minskats från 0,25 mg till 0,13 mg då halten i blodet var för hög

MEDICIN preparat, styrka Verkan	Morg	Midd	Kväll	Natt	Anm
Tabl Impugan 40 mg vätskedrivande	1	1			
Tabl Spironolakton 25 mg vätskedrivande 1 kaliumsparande					
Tabl Lanacrist 0,13 mg för hjärtat	1				
Tabl Stilnoct 5 mg sömnmedel			1		vid behov
Tabl Doxyferm 100 mg antibiotikum	1				t.o.m. 16/3
Dospulv Importal mot trög mage	1				
Tabl Panodil 500 mg mot värk	1	1	1		
Tabl Behepan 1 mg B-vitamin	1				

(Exempel på utskrivningsinformation enligt Lundamodellen; Eriksson et al, 2006)