



HØGSKULEN I VOLDA

Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

Bare en liten pille?

En undersøkelse om eldre's opplevelse av hverdagen med legemidler

Lars André Olsen
November 2008

Omfang: 45 stp.

Namn: Lars André Olsen	Dato: 21. november 2008
Tittel og undertittel: <p style="text-align: center;">Bare en liten pille? En undersøkelse om Eldres opplevelse av hverdagen med legemidler.</p>	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Eldre har stort forbruk av legemidler. Eldre over 65 år bruker mer enn halvparten av alle legemidler i Norge. I tillegg er de eldre mer sårbare for virkningene av legemidlene pga aldersforandringer, sykdom og interaksjoner legemidlene imellom.</p> <p>Formål: Formålet med studien er å beskrive de Eldres hverdag med legemidler og gi et bilde av hvilke utfordringer de selv erfarer at legemiddelbruken kan gi. Denne kunnskapen vil kunne bidra til økt forståelse for hvilke utfordringer som ligger i samhandlingen mellom pasient og helsepersonell om medikamentell behandling.</p> <p>Problemstilling: Hovedproblemstillingen er slik: <i>Hvordan beskriver de eldre sine opplevelser av egen legemiddelbruk og hvilke erfaringer har de med samarbeidet med helsepersonellet?</i></p> <p>Metode: Studien er gjennomført med kvalitative forskningsintervju. Datamaterialet bygger på intervju med ti eldre hjemmeboende mennesker. Intervjuene er foretatt i deres eget hjem. Intervjuguiden var utformet med utgangspunkt i problemstillingen og de teoretiske perspektivene. Dataene er bearbeidet og analysert på ulike nivå, en beskrivende del om deres opplevelser, og en analyserende del med utgangspunkt i de teoretiske perspektivene.</p> <p>Resultater: Funnene viser at de eldre har høy tillit til lege, hjemmesykepleie og legemidlene. De opplever at det er viktig å skulle ta rett legemiddel på rett måte til rett tid, noe de klarer godt. Legemiddelbruken har blitt en vane i hverdagen, men krever en del oppmerksomhet. Effektene av behandlingen kan være en hemmet fysisk aktivitet eller nedsatt deltakelse i sosiale aktiviteter. Når legemiddelbruken gir utilsiktede effekter i hverdagen, er det varierende i hvilken grad informantene klarer å mestre dette på en hensiktsmessig måte. De opplever at de får lite informasjon om hvordan de skal takle effektene av legemiddelbruken. De savner tid og informasjon i møtet med helsetjenesten. Informantene opplever ikke at helsepersonell benytter skriftlig informasjon i særlig grad. Tiliten til helsepersonell kan noen ganger framstå som en blind underdanig tillit som oppstår i møtet med helsepersonellens kompetanse.</p> <p>Konklusjoner: Jeg mener at kunnskapen som er utviklet gjennom denne studien kan gi nyttig innsikt for å utvikle tjenestetilbudet til de eldre hjemmeboende pasientene, både når det gjelder det organisatoriske, det holdningsmessige og i møte med hver enkelt pasient. Når utilsiktede effekter oppstår, så er ikke en compliancetilnærming alene tilstrekkelig. Oppfølgingen av behandlingen bør være pasientsentrert, ikke legemiddelsentrert. Det er behov for videre forskning innen området både med utgangspunkt i et pasientperspektiv og i et helsepersonellperspektiv.</p>	

Forord

Problemstillingen i denne oppgaven har fokus på hvordan eldre hjemmeboende pasienter opplever egen legemiddelbruk og hvilke erfaringer de har gjort seg om samhandlingen med helsepersonell. Hovedformålet med studien er å beskrive de eldres hverdag med legemidler og å gi økt forståelse for utfordringer de eldre møter når de får behandling med flere legemidler samtidig.

Om ikke ti mennesker hadde invitert meg inn i sine hjem og sine liv hadde ikke oppgaven blitt til. Takk til alle dere for at dere stilte opp og raust delte deres historier og kunnskap med oss. Jeg håper og tror at opplevelsene dere har delt med oss vil bidra til en økt forståelse for hvordan helsepersonell kan være med å bidra til økt mestring i hverdagen.

Jeg vil takke professor Tor-Johan Ekeland for god og konstruktiv veiledning gjennom prosjektet og oppgaveskrivingen.

Takk til familie, studiekamerater og kollegaer for støttende kommentarer og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Volda, november 2008

Lars André Olsen

INNHOLD

1	Introduksjon	3
1.2	Studiens berettigelse.....	5
1.3	Eget ståsted og posisjon i forhold til tema	6
1.4	Presentasjon av oppgaven	6
2	Bakgrunn	7
2.1	De kommunale helsetjenestene.....	7
2.2	De eldre i dagens Norge.....	10
2.3	Pasientrettigheter og informasjon	14
2.4	Oppsummering.....	16
3	Relevant forskning om eldre og legemiddelbruk	17
3.1	Litteratursøk og søkestrategi.....	17
3.2	Legemiddelbruk og compliance hos eldre	18
3.3	Kommunehelsetjenesten og pasienten	20
3.4	Den eldre hjemmeboende pasienten.....	24
3.5	Kunnskap og informasjon om medikamentell behandling.....	26
3.6	Oppsummerende kommentarer	28
4	Teoretiske og metodologiske perspektiv	29
4.1	Problemstilling.....	29
4.2	Teoretiske perspektiv	30
4.3	Metodologiske perspektiv	40
4.4	Etiske dilemma.....	47
4.5	Oppsummering.....	49
5	Metodiske valg	50
5.1	Planleggings- og oppstartsfasen.....	50
5.2	Intervjustrategi	52
5.3	Transkripsjon	54
5.4	Analyseprosessen	56

6	Presentasjon av funn.....	58
6.1	Hverdagen med legemidler	58
6.2	Erfaringer fra samarbeidet med legen	67
6.3	Erfaringer fra samarbeidet med hjemmesykepleien.....	74
6.4	Opplevelse av informasjon og egne kunnskaper.....	78
6.5	Oppsummerende kommentarer	84
7	Faktorer som kan legge til rette for eller hemme mestring.....	85
7.1	Tillit – en plattform for mestring?.....	85
7.2	Årsaksforklaringene	91
7.3	Å snakke sammen eller bli snakket til.....	97
7.4	Myndiggjort i egen situasjon?	103
8	Avslutning.....	105
8.1	Avskuttende refleksjoner	105
8.2	Hovedfunn og konklusjoner	107
8.3	Implikasjoner for praksis og videre forskning	109
	Referanseliste:	112
	Vedlegg:	121
Vedlegg I:	Forespørsel informanter	
Vedlegg II:	Samtykkeerklæring	
Vedlegg III:	Informasjon hjemmesykepleien	
Vedlegg IV:	Intervjuguide	
Vedlegg V:	Faste opplysninger	
Vedlegg VI:	Observasjonsdata	
Vedlegg VII:	Godkjenning REK	
Vedlegg VIII:	Godkjenning NSD	

1 INTRODUKSJON

Dette arbeidet skal handle om eldre og deres opplevelse og mestring av legemiddelbruk. Bakgrunnen for valg av tema er at jeg lenge har arbeidet med spørsmål omkring eldre og deres legemiddelbruk. Vi er inne i en tid hvor vi igjen snakker om ”eldrebølgen”, med en stor forventet økning i antall personer i aldersgruppene over 67 år. Det vil være viktig at alle eldre kan opprettholde et høyest mulig funksjonsnivå lengst mulig, også med tanke på muligheten for å få helsehjelp.

I forhold til resten av befolkningen er eldre storforbrukere av medisiner, eldre over 65 år bruker mer enn halvparten av alle legemidler i Norge. I tillegg er de eldre mer sårbare for virkningene av legemidlene pga aldersforandringer og sykdom. I Norge er fokuset på eldre og legemidler først og fremst rettet mot at ”pasienten” bruker legemidlene rett. (I oppgaven benytter jeg pasient om alle som mottar helsehjelp, slik begrepet blir definert i pasientrettighetsloven). I Legemiddelmeldinga (St.meld. nr 18, 2004-2005) er også dette perspektivet det mest framtrædende, men det nevnes at spesielt utsatte pasienter bør få oppfølging utover det som er tilfellet i dag. For å kunne møte de endringer legemiddelbruk påfører hverdagen er det viktig at den enkelte er medvirkende i egen behandling i den forstand at han kan være aktiv og ta ansvar for sin egen situasjon. Da er informasjon avgjørende og den må tilpasses den enkeltes evne til å motta og bearbeide informasjonen. Hvert enkelt menneske bør få informasjon om hvordan han/hun skal forholde seg til effektene legemidlene kan skape i hverdagen.

Eldre som bor i egen bolig er en viktig pasientgruppe, og det er en uttalt offentlig målsetting at skal kunne bo hjemme lengst mulig. Deres situasjon og egenomsorg vil i varierende grad avhenge av hjemmesykepleien og en tilpasset medikamentell behandling. Som sykepleier har jeg etter hvert som jeg har snakket med en del eldre mennesker stilt meg spørsmålet om hvorfor kontroll over legemidlene varierer i så stor grad, og hvilke følger det kan få for mestringen av hverdagen. Flere ganger har jeg sett at kjente og forutsigbare effekter av legemidlene har fått så store konsekvenser for eldre personer at de ikke orker å delta i sosiale aktiviteter eller være i fysisk aktivitet. Å delta i sosiale aktiviteter er grunnleggende knyttet til opplevelse av verdighet, identitet og livskvalitet. Mitt spørsmål er om tradisjonelle tilnærminger til pasienten gjennom konsultasjoner og praktisk rettede besøk av

hjemmesykepleien er tilstrekkelige. Hvor skal pasienten møtes med sine behov i en helsetjeneste som arbeider på høygir? Forskningen, som presenteres i kapittel 3, viser at noe av kjernen i problemet med denne tradisjonelle tilnæringsmåten er manglende informasjon, uheldige effekter av legemiddelbruken og en passiv etterlevende pasient. Mitt bidrag vil derfor være å bidra med empiri om de eldres egne opplevelser og erfaringer.

Dette var bakgrunnen for at jeg formulerte problemstillingen:

Hvordan beskriver de eldre sine opplevelser av egen legemiddelbruk og hvilke erfaringer har de med samarbeidet med helsepersonellet.

Problemstillingen tar utgangspunkt i pasientperspektivet, og er aktuell fordi effekter av behandlingen og den oppfølging de eldre får av helsetjenesten kan være avgjørende for deres mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig, noe som er viktig både med tanke på deres egen livskvalitet og med tanke på belastningen på helsetjenesten. I oppgaven skiller jeg mellom virkning og effekt av et legemiddel. Med virkning tenker jeg på pasientens reaksjon på virkestoffet, mens effekt viser til de sideeffekter, psykiske og sosiale reaksjoner pasienten kan ha på legemiddelbruken.

Hvordan den enkelte evner å forholde seg til de utfordringene legemiddeleffektene skaper i hverdagen er det sentrale punkt for at dette skal la seg gjøre. Derfor har jeg ønsket å sette fokus på hvordan de eldre selv opplever effekter av egen legemiddelbruk.

Problemstillingens andre ledd er formulert med tanke på de utfordringer som ligger i interaksjonen mellom helsepersonell og pasient. Er de eldre myndiggjort i egen behandling? For å kunne belyse dette ønsker jeg å få deres egne erfaringer fram i lyset. Legemiddelbruk dreier seg ikke bare om farmakologiske virkninger og pasientens umiddelbare reaksjon på virkestoffet. Medikamentell behandling, som annen helsehjelp dreier seg like mye om en kommunikativ praksis. Forskning og litteratur viser at faren for objektivering, passivisering og manglende kontroll er elementer i det asymmetriske forholdet mellom helsepersonell og pasient. Jeg har ønsket å avdekke faktorer som kan hemme eller fremme reell brukervedvirkning.

I oppgaven belyses de eldres medikamentelle behandling via sentrale moment som egen opplevelse av legemiddelbruken i hverdagen og erfaringer fra samhandlingen med legen og

hjemmesykepleien, samt opplevelser de har knyttet til informasjon om legemiddelbruk. De eldres beskrivelser analyseres med teoretiske perspektiver som tillit, attribusjon, kommunikasjon og myndiggjøring for å belyse situasjonen i forhold til medvirkning og mestring. Studien setter dermed søkelyset på medikamentell behandling og oppfølging ut fra et pasientperspektiv. Jeg ønsker å se på hvordan samhandlingen med helsepersonellet oppleves av de som er avhengige av helsehjelp i hverdagen. Problemstillingen presenteres ytterligere og utdypes med de aktuelle forskningsspørsmål i kap. 4.1.

Problemstillingen og oppgaven refererer til eldre, og man kan skille mellom det å være eldre og det å være gammel, både i teorien og i folks oppfatning. I oppgaven bruker jeg "eldre" om alle i gruppen over sekstisju år. Begrepet "hverdag" er valgt for å illustrere at den medikamentelle behandlingen først og fremst oppleves i utenom legekantoret eller i kontakten med helsepersonell.

1.2 Studiens berettigelse

Dagens helsevesen har fokus på brukermedvirkning og pasientrettigheter i motsetning til en tradisjonell paternalistisk holdning som har preget tjenestene. Et brukerorientert helsevesen bygger på delaktighet, en informert pasient som er myndiggjort i egen situasjon. Dette innebærer at når sykdom og behandling ev. endrer hverdagen må nye atferdsstrategier læres med utgangspunkt i kunnskapen om hvordan sykdom og legemidler påvirker viktige sider av livet.

Økende krav til kvalitetssikring og mer bevisste pasienter er forhold som bidrar til å øke behovet for kunnskap om hvordan pasientene opplever behandling og informasjon. Kunnskap om hvordan folk opplever behandlingstilbud eller helseinformasjon er f.eks. viktig for å vite hvordan målgruppene kan nås og for å forstå hvilken effekt ulike tiltak kan ha (Klepp, 1997). Det er derfor viktig å sette fokus på hvordan de eldre opplever de reelle effektene av legemiddelbruken, og ikke bare ser på de farmakologiske virkningene av legemidlene.

1.3 Eget ståsted og posisjon i forhold til tema

Jeg har i flere år arbeidet med eldre som sykepleier, og har etter at jeg ble høgskolelærer hatt geriatri og legemiddelhåndtering som interessefelt. Jeg underviser både om eldre og legemiddelhåndtering, samt at jeg veileder studenter innen kommunehelsetjenesten, både i sykehjem og hjemmesykepleien.

Jeg er opptatt av at eldre i møte med helsetjenesten blir sett som mennesker og ikke kategori, og at de får ivaretatt sin verdighet og integritet i møte med sykepleietjenesten.

1.4 Presentasjon av oppgaven

Oppgaven er bygd opp for i størst mulig grad å illustrere selve forskningsprosessen. I kapittel to presenteres bakgrunnen for studien ved å gi kunnskaper om aktører og kontekst i kommunehelsetjenesten. Denne bakgrunnen er også mitt utgangspunkt for å gå inn i forskningsfeltet. I kapittel 3 presenteres relevant forskning som ramme for problemstilling og oppgave. Strategi for litteratursøk ble opprettet på bakgrunn av problemstilling og bakgrunnskunnskap. Kapittel 4 løfter fram teoretiske og metodologisk hovedperspektiv og overveielser, samt mine etiske betraktninger. I kapittel 5 presenteres den praktiske framgangsmåten i studien. Kapittel 6 er en beskrivende del om funnene i forhold til de tre første forskningsspørsmålene, her er det informantenes stemme som formidles. I kapittel 7 blir materialet analysert via teoretiske begrep og overordnede perspektiv. Kapitlet tar sikte på å belyse de to siste forskningsspørsmålene. I kapittel 8 trekkes avsluttende konklusjoner og implikasjoner for praksis og momenter for videre forskning drøftes.

2 BAKGRUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere aktører (pasient, lege og sykepleier) og kontekst innenfor mitt forskningsfelt. For å beskrive den kommunale helsetjenesten presenterer jeg derfor kort fastlegeordningen og hjemmesykepleien, for så å klargjøre premissene for legemiddelhåndteringen innen den kommunale helsetjenesten. Siden oppgaven i det aller mest vesentlige inntar et pasientperspektiv blir de eldre presentert litt mer utførlig. De eldre beskrives via tre perspektiv; eldre i dagens Norge, den eldre hjemmeboende pasienten, og medikamentell behandling hos eldre mennesker. For å ramme inn arbeidet med den medikamentelle behandlingen presenteres lovgrunnlaget for legemiddelhåndteringen og pasientrettigheter vedrørende behandling og informasjon.

2.1 De kommunale helsetjenestene

De fleste kommune har organisert helsetjenesten i to virksomheter; legetjenesten i en helseavdeling og en pleie- og omsorgsavdeling med hjemmesykepleie. Pasientens fastlege er den som har hovedansvar for den medikamentelle behandlingen pasienten får, mens hjemmesykepleien i mange tilfeller står ansvarlig for administrasjonen av den medikamentelle behandlingen, samt annen praktisk oppfølging.

2.1.1 Legetjenesten

Fastlegeordningen i kommunene ble innført 1. juni 2001 og gir alle innbyggere rett til å velge en allmennpraktiserende lege som sin faste lege, noe som omlag 98 prosent av befolkningen har benyttet seg av. Om lag nitti prosent av fastlegene er privatpraktiserende, de resterende er kommunalt ansatte. Den enkelte kommune må ansette leger eller inngå det antall avtaler som er nødvendig for å gi et faglig forsvarlig tilbud til befolkningen (HOD, 2008c). Et av målene med ordningen er at fastlegen skal koordinere pasientenes behov for helsehjelp, også den som pasienten vil motta fra andre virksomheter som. f.eks. spesialisthelsetjenesten. Et annet uttrykt mål er at å ha en fastlege skal styrke pasientens mulighet for innflytelse i forhold til egen behandling (HOD, 2005b).

2.1.2 Hjemmesykepleien

Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester. Det er en etablert politisk målsetting om at eldre skal ha en tilpasset og helhetlig helsetjeneste der de bor. Et hovedmål i Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997) (SHD, 1997) er at eldre mennesker skal kunne "bo i sine egne hjem så lenge som mulig", og at flest mulig eldre skal få hjelp i egen bolig. Dette er også senere gjentatt i offentlige dokument eller partipolitiske vedtak. Det foreligger imidlertid ingen generell rett til å få helsehjelpen hjemme, men behov for hjemmesykepleie tildeles etter bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 2-1. (Molven, 2006a). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (SHD, 2003) slår fast at mottakere av kommunale helsetjenester har krav på å få tilfredsstilt grunnleggende behov, som f.eks. "*selvstendighet og styring av eget liv*" eller "*mulighet til selv å ivareta egenomsorg*".

Hjemmetjenester er gjerne en samlebetegnelse for pleie- og omsorgstjenester til personer som bor i egen bolig eller omsorgsbolig, og hjelpen brukerne får omfatter hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (Abrahamsen og Svalund, 2005). I følge Helsedirektoratet (2008) må man søke om hjemmesykepleie, og kommunen skal fatte vedtak basert på en vurdering av den enkeltes behov. Økningen i antallet eldre mennesker over 80 år vil mest merkes i antallet brukere i hjemmesykepleien. Ikke minst har den økte byggingen av omsorgsboliger ført til et sterkere press på hjemmebaserte tjenester. I 2007 var det ca 160 000 registrerte brukere av hjemmetjenestene (SSB, 2008). Eldre mennesker er den desidert største brukergruppen, men det blir stadig flere pasienter i hjemmesykepleien som er under 67 år, noe som bl.a. har en sammenheng med økt satsning på psykisk helsevern i kommunene (Otnes, 2007).

2.1.3 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er først og fremst et personlig anliggende hos den som bruker legemidlene. Imidlertid vil mange eldre ha behov for praktisk hjelp til administrasjonen av behandlingen, noe som innebærer at medikamentell behandling ofte vil være et samarbeid mellom pasient, lege og sykepleier.

Forholdet mellom de tre hovedaktørene i den medikamentelle behandlingen kan beskrives via behandlingsprosessen (se figur 2.1). Legen rekvirerer behandlingen, sykepleierne administrerer den, mens poenget med enhver behandling vil være å framskaffe den ønskede reaksjon hos pasienten. Reaksjonen kan være alt fra den umiddelbare reaksjonen på virkestoffet eller legemiddelinntaket til de mer langsiktige effektene av legemiddelbruken (Olsen og Rygg, 2005).

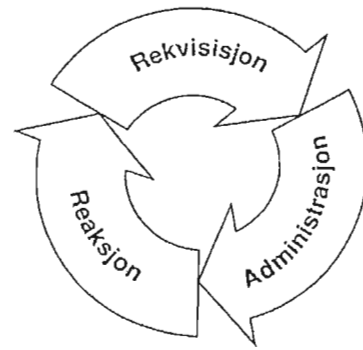


Fig 2.1: Behandlingsprosessen

Legemiddelhåndteringen er hjemlet i flere lover og forskrifter og jeg vil her belyse fagområdet ut fra Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) (SHD, 1999b) og Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (SHD, 1999a) og tilhørende forskrifter. Legen er faglig ansvarlig og behandlingen bygger på legens faglige vurdering av forhold som indikasjon, aktuelle behandlingsformer, forventet effekt og hensikt med behandling, og all behandling forutsetter pasientens informerte samtykke (pasientrettighetsloven § 4-1). Legen må derfor vurdere hvor mye informasjon pasienten må ha for å kunne vurdere sitt samtykke. Helsepersonelloven § 11 slår fast at håndtering av legemidler skal foretas av lege eller tannlege. Håndteringen av legemidler har vært regulert av "Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. i kommunene" fra 1987, men ble erstattet 1. mai 2008 av en felles forskrift som gjelder for alle virksomheter som yter helsehjelp (HOD, 2008a). Etter den gamle forskriften har det vært klart at det er legens hovedansvar hvem som kan dele ut legemidler til pasientene. I den nye forskriften er dette overført til lederen ved den enkelte virksomhet.

Når helsepersonelloven gir legen hovedansvar for den medikamentelle behandlingen grunngis dette med hans medisinske kompetanse (SHD, 2001a), og det er på bakgrunn av legens skriftlige rekvisisjon at sykepleiere eller andre administrerer legemidler til pasienten, så også i hjemmesykepleien. Dette er ikke til hinder for at personell i hjemmesykepleien kan yte praktisk hjelp etter pasientenes anmodning. Legemidlene pasienten mottar etter legens rekvisisjon er pasientens eiendom og pasienten har selv ansvar for å håndtere disse. Pasienten kan søke hjelp til håndteringen fra andre personer, også fra helsepersonell. Helsepersonell bør imidlertid være restriktive med å ta på seg oppgaver underlagt en annen

helsepersonellgruppe sitt ansvarsområde. Hjemmesykepleien må basere seg på et samarbeid med pasientens fastlege når det gjelder å ta på seg ansvaret for administrasjon av pasientenes medikamentelle behandling, uten at det er til hinder for at de kan yte praktisk hjelp etter anmodning fra den enkelte pasient. Det er imidlertid kun legen som kan foreta endringer i pasientens legemiddeldosering (Berge, 2003; Molven, 2006b).

Alt helsepersonell vil være underlagt helsepersonelloven når de opptrer som helsepersonell. Siden legen har hovedansvaret har han også ansvar for å forsikre seg om at pasienten har kunnskap og evne til å administrere sin behandling på rett måte. Når så ikke er tilfellet må legen rekvirere bistand fra andre tjenester, som f.eks. hjemmesykepleien. Ved samarbeid mellom lege og annet helsepersonell er det legen som skal ta avgjørelser i spørsmål som krever medisinsk kyndighet, men det utelukker ikke at annet helsepersonell kan gi pasienter nødvendig oppfølging, pleie og omsorg (SHD, 2001b). Når det gjelder legemiddelrelaterte problem slås det fast i Legemiddelmeldinga (HOD, 2005a) at slike problem kan reduseres dersom pasienter får oppfølging ut over det de får i dag. Dette kan skje i form av at helsepersonell, f.eks. fastlegen eller sykepleiere i hjemmesykepleien gjennomgår legemiddelbruken sammen med pasienten.

2.2 De eldre i dagens Norge

WHO (2007) definerer "eldre" som personer mellom 60 og 74 år, og "gammel" som personer over 75 år. I Norge og andre vestlige land er det vanlig med pensjonsalder som nedre grense for "eldre". Bondevik (2001) benevner gruppen over åtti år som "de eldste eldre". I følge befolkningsframskrivningen fra Statistisk sentralbyrå (SSB, 2004) vil antall personer i Norge over 67 år øke til mellom 1,1 og 1,4 millioner i 2050. Til sammenlikning var antallet 600 000 i 2002. Veksten er sterkere for gruppen over 80 år, enn for eldregruppen samlet. Denne veksten har de siste tiårene gitt store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene, men vil for alvor sette fart etter 2010, når de store fødselskullene fra etterkrigstiden gjør sitt inntog i eldregruppen. Denne utviklingen har av flere, både i fagskrifter og i media, blitt benevnt som den store eldrebølgen. Norge har tilpasset seg mye av denne utviklingen siden innslaget av eldre i pleie- og omsorgstjenester har vært relativt høy også i årene fram mot år to tusen. Til tross for at alderdommen for mange er preget av sykdom, sorg og påkjenninger av ulikt slag, har eldre i Norge generelt god livskvalitet. (Romøren, 2005).

2.2.1 Den eldre hjemmeboende pasienten

Daatland og Solem (2000) viser til at mange eldre uttrykker stolthet i forhold til hjemmet sitt, og at det er viktig for dem å bo hjemme. Hjemmet og nærmiljøet blir viktig for identiteten når de eldre opplever tap av ektefelle eller nære venner, eller tap av sosiale roller. Å bo i eget nærmiljø har også stor betydning for opplevelsen av ensomhet. Bondevik (2001) viser til at om lag en tredjedel av eldre, både hjemmeboende og i institusjon, opplever seg som ensomme, dog i varierende grad. Det er viktig å stimulere til bruk av eget nettverk og sosial aktivitet. I aldersgruppen eldre er det flere kvinner enn menn som mottar pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Kvinner har generelt flere helseproblemer enn menn, og har høyere gjennomsnittelig levealder. Andelen kvinner blant de eldste eldre er stor. En annen viktig forklaring på at kvinner trenger hjelp i større grad enn menn, er at mange menn har en yngre ektefelle som kan gi omsorg når helsen og funksjonsevnen svikter (Otnes, 2007).

Å motta hjemmetjenester innebærer en blottlegging av sitt eget liv når det private hjemmet gjøres til arena for det offentlige hjelpeapparatet. Etter at pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001 har alle pasienter rett til å være aktivt med i utformingen av helsetilbudet som tilbys. For hjemmesykepleien vil dette bety at pasientene skal være med å bestemme hvilke type hjelp man skal ha og hvor mye og ofte hjelpen skal tilbys. Mange eldre er imidlertid opptatt av å ikke være til bry for andre og har et tradisjonelt syn på helsetjenesten, noe som for eksempel innebærer en oppfatning av at helsepersonell vet best. Et annet forhold som kan vanskeliggjøre en aktiv pasientrolle er at mange brukere av hjemmetjenesten har en begrenset eller manglende samtykkekompetanse. Medvirkning er ikke bare en rett pasienten har, men er også en plikt hos de som yter helsehjelpen. Både brukerkulturen og profesjonskulturen kan bremse brukerens aktive rolle (Haug, 2005; Molven, 2006a). Den tradisjonelle relasjonen mellom pasienten og helsepersonell kan være et hinder for reell brukermedvirkning. Pasientene kan oppleve det tradisjonelle hierarkiske forholdet i helsevesenet som noe trygt, der han kan få lov til å være en passiv mottaker av hjelp uten selv å måtte ta ansvar. Pasientens reelle mulighet for å medvirke ligger derfor hos hjelperen og i behandlingssystemet. Brukermedvirkning kan slik skjule faktiske konflikter og bare bli et alibi for eksisterende praksis (Sigstad, 2004).

2.2.3 Medikamentell behandling hos eldre

Medikamentell behandling er sentral i behandlingen av sykdommer og ulike tilstander hos eldre, men aldersforandringer og økt sykkelighet gjør at medikamentell behandling er mer problematisk hos eldre enn hos yngre. Eldre over 67 år, utgjør omtrent 15 prosent av befolkningen, men står for om lag 50 % av legemiddelbruken i Norge. Mange eldre opplever praktiske vansker knyttet til medisineringen og kompliserte legemiddelregimer kan være vanskelige å gjennomføre i praksis. Eldre trenger ofte hjelp av helsepersonell eller nære pårørende for å følge opp sin egen behandling. Siden mange eldre behandles med legemidler hvor indikasjonsgrunnlaget ikke synes å være til stede lenger, er det viktig at behandlingen revurderes med jevne mellomrom (Spigset, 2003; Ruths og Straand, 2007).

All behandling bygger på et informert samtykke fra pasientens side, og det er legens ansvar at pasienten er informert om viktige sider ved behandlingen. De eldre bør vite hvorfor de tar legemiddelet, hvordan det skal inntas og hvor lenge behandlingen skal pågå. Samtidig er det viktig at pasienten vet hvordan bivirkninger av behandlingen kan opptre, om det er forsiktighetsregler knyttet til behandlingen og hva pasienten skal gjøre dersom han glemmer å ta legemiddelet (Fastbom, 2002).

Sykdomspresentasjonen hos eldre er ofte diffus med uspesifikke symptomer, og hvor funksjonssvikt er det tydeligste tegnet. Symptomer og tegn som er typiske hos yngre kan ofte mangle helt hos eldre. Samtidig er mange eldre preget av aldersforandringer, legemiddelvirksomheter eller interaksjoner legemidler imellom som kan forveksles med sykdomstegn. En vurdering av eldre må derfor basere seg på funksjonsevnen i hverdagen, både den fysiske, den kognitive og den sosiale funksjonsevnen. Aldersforandringer og økt sykkelighet vil kunne forandre evne til absorpsjon, omsetning og eliminasjonen av legemidler eller endre virkningen av legemidlene. Konsekvensen av disse endringer er svekkede reguleringsmekanismer (homeostase) og redusert organfunksjon, noe som kan føre til at virkningen av forskjellige legemidler endres. Eldre pasienter er dermed mer utsatt for alvorlige bivirkninger, legemiddelinteraksjoner og feilbehandling. På grunn av den diffuse sykdomspresentasjonen, den svekkede homeostasen og nedsatt organfunksjon er det fare for feildiagnoser eller at sykdom egentlig er en reaksjon på medikamentell behandling. Dette gjør at symptomer og tegn på "feilmedisinering" kan være vanskelig å identifisere og følgelig er den eldre pasienten mer utsatt for bivirkninger eller uventede effekter. Dette

krever at den eldre pasienten med medikamentell behandling følges opp kontinuerlig (Fastbom, 2002; Laake, 2003; Ruths og Straand, 2007).

Nordmenn over 70 år bruker i gjennomsnitt tre til fem legemidler fast hver dag, og hos de over 80 år er tallet enda høyere. Flere undersøkelser refererer til bruk av flere legemidler daglig som polyfarmasi, ofte er det snakk om flere enn fem ulike legemidler. Flere undersøkelser fra Norden viser at polyfarmasi er utbredt blant eldre (Bardel, Wallander og Svardsudd, 2000; Bjærrum, Rosholm og Hallas, 1999; Jakobsson, 2005; Linjakumpu, Hartikainen, og Klaukka, 2002; Straand og Rokstad, 1999). Polyfarmasi utgjør økt risiko for legemiddelrelaterte problemer som helserisiko, bivirkninger av det enkelte legemiddel og interaksjoner legemiddele mellom. Når pasienten bruker flere legemidler er det viktig at pasienten selv har en oversikt over legemidlene og indikasjonene, også når det gjelder ikke-reseptpliktige legemidler og naturpreparater (Midlöv, 2006; Rognstad og Straand, 2004; Spigset, 2003).

De vanligste legemidlene som blir rekvirert til eldre mennesker er hjerte- og karmidler, psykofarmaka (legemidler ved psykiske lidelser) og analgetika (smertestillende midler). I de senere årene har også bruken av legemidler mot høyt blodtrykk og høyt blodkolesterol tiltatt. Eldre vil være spesielt følsomme for legemidler med antikolinerge effekter som kan gi bivirkninger som f.eks. munntørhet, obstipasjon, forvirring eller blodtrykksfall. Fall er hyppig forekommende hos eldre og legemiddelbivirkninger synes å være en medvirkende årsak til mange fall. Legemiddelgrupper som særlig har vært knyttet til en økt risiko for fall er psykofarmaka, diuretika (vanndrivende legemidler) antihypertensiva (legemidler mot høyt blodtrykk) og nitrater (legemidler ved angina pectoris). I tillegg vil legemidler med sederende (beroligende) effekter kunne ha økt effekt hos eldre og føre til svimmelhet, forvirring og fall. Både overbehandling og underbehandling med legemidler er utbredt hos eldre, uten at det finnes sikre tall på dette i Norden (Ruths og Straand, 2007; Straand, Sandvik og Rokstad, 1998).

2.3 Pasientrettigheter og informasjon

Jeg vil her presentere noen hovedtrekk i pasientens rett til medvirkning og informasjon slik det framkommer av pasientrettighetsloven (SHD, 1999a) og helsepersonelloven (SHD, 1999b), og vinkle det i forhold til medikamentell behandling. Helsepersonell vil være bundet av helsepersonellovens § 10 som omhandler informasjon til pasienten: *”Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4”*. Informasjon, samtykke og medvirkning er sentrale moment når pasienter får tilbud om helsehjelp. Helsehjelp defineres i helsepersonelloven § 3 som *”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell”*.

Pasientens rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen er hjemlet i pasientrettighetsloven § 3-1. Pasienten har en lovfestet rett til å medvirke ved valg av medikamentell behandling og til å velge mellom likeverdige behandlinger. Valg av medikamentell behandling baserer seg på ”forhandlinger” mellom pasient og lege, men pasienten må i de fleste tilfeller ha tillit til de vurderingene legen gjør om nødvendigheten av behandling. For at pasienten skal kunne ivareta sin rett til medbestemmelse krever det at pasienten får tilstrekkelig informasjon og veiledning i forhold til tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativ. Siden pasienten i utgangspunktet ikke sitter inne med kunnskaper om de ulike alternativene og følgene, skjerper det kravet til informasjon fra behandlende lege (Molven, 2006b).

Pasientens rett til informasjon er hjemlet i pasientrettighetsloven § 3-2. I forhold til medikamentell behandling er det legen som har hovedansvar for at pasienten er informert. Informasjonen må tilfredsstillende kravet til informert samtykke i pasientrettighetsloven, og kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven. Tilstrekkelig informasjon tilsier at pasienten må ha fått forståelse for sin egen helsetilstand og hva helsehjelpen i hovedtrekk innebærer for han selv. Det innebærer at han må få informasjon om behandlingens mål, metoder, forventede effekter og komplikasjoner som kan oppstå som følge av behandlingen (Molven, 2006a). Helsepersonell har ingen rett, utover nødretten, til å nekte å gi informasjon (Befring, 2004).

Pasientrettighetsloven gir pasienten rett til å bli informert om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig, og i en form som ikke skremmer pasienten. Legen vil alltid vurdere hensikten med behandlingen opp mot mulig risiko for bivirkninger. Denne vurderingen bør pasienten få innsikt i siden slik informasjon vil være viktig med tanke på det samtykke pasienten skal gi. Pasienten bør ha kunnskap om alle forventede og hyppige bivirkninger som kan oppstå i løpet av behandlingen og hvordan de selv kan forholde seg til disse. Særlig viktig er det at pasienten får en forståelse for de ufarlige men ubehagelige bivirkninger som kan oppstå, og at det er viktig at behandlingen ikke stopper opp fordi man opplever slike virkninger. Det vil også være viktig at pasienten formidlet tidlige symptomer på alvorlige bivirkninger. Informasjonen må inneholde kunnskap om hvordan pasienten kan forholde seg til de faktorer som kan påvirke opptreden av bivirkninger og hva han/hun selv kan gjøre for å redusere eller forebygge opptreden av bivirkninger (Brørs, Olsen og Myhr, 2007; Fastbom, 2002).

Pasientrettighetsloven § 3-5 sier oss noe om informasjonens form og innhold. Den skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kulturbakgrunn. Dette vil kunne gjelde eldre pasienter, men de eldre er ikke en homogen gruppe. *”Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene”* Dette stiller krav til hvordan informasjonen til den enkelte legges opp og at man ikke kan begrense informasjonen pga et formidlingsproblem. Helsepersonell må via dialog gjøre pasienten delaktig i prosessen. Innholdet og mengden av informasjon må tilpasses den enkelte og må koordineres slik at han får utbytte av den (SHD, 2000a).

I informasjonsarbeidet kan det være en fordel å supplere muntlig informasjon med skriftlig materiale for å legge til rette for forståelsen hos pasienten. Alle godkjente legemidler i Norge skal ha et pakningsvedlegg som inneholder informasjon som gjør at brukeren skal kunne benytte legemidlet forsvarlig. Pakningsvedlegget er et godt utgangspunkt for samtale mellom pasient og lege (St. meld nr. 18, 2004-2005). Det skal gi opplysninger om hva legemiddelet er, indikasjoner, hva pasienten må ta hensyn til, hvordan man bruker legemiddelet og aktuelle bivirkninger. I tillegg er det utformet mye skriftlig materiell som er beregnet på å kunne leses av pasienten. Dette kan med fordel trekkes inn i informasjonsarbeidet om legemidlene.

2.4 Oppsummering

Gjennomgangen av litteraturen og lovverket viser at et godt samarbeid mellom legen, pasienten og sykepleierne er en bærebjelke i informasjonsarbeidet rettet mot eldre pasienter i hjemmesykepleien, og at dette er en utsatt gruppe på flere måter. De er utsatt for behandlingseffekter i større grad enn yngre fordi legemidlene ofte har lenger og sterkere virkninger. Et tradisjonelt paternalistisk tenkesett i helsefagene utfordres av pasientens rett til medvirkning, noe som krever ekstra oppmerksomhet overfor de eldre. Om det er legen som skal informere pasienten eller om det er sykepleierne i hjemmesykepleien, kan diskuteres, men sykepleiere må i følge Molven (2006b) få oppgaven overført fra legen om de skal anse det som sin oppgave å informere pasienten om den medikamentelle behandlingen. Om helsepersonellet har god grunn til å mistenke at pasienten ikke har tilegnet seg informasjonen, har de en særlig plikt til å være oppmerksom. Uten kunnskap ligger grunnen åpen for at det er helsevesenet som behandler pasienten, ikke pasienten som får behandling. Gjennomgangen har også tegnet et bilde av den eldre pasienten som en utsatt pasientgruppe, som stiller flere utfordringer til helsetjenesten. Jeg vil derfor se videre på hva forskningen sier om de spesielle utfordringene innenfor området medikamentell behandling av eldre i kommunehelsetjenesten.

3 RELEVANT FORSKNING OM ELDRE OG LEGEMIDDELBRUK

Forrige kapittel viste at medikamentell behandling av eldre gir helsevesenet mange utfordringer utover det å finne rett medikamentell behandling. Ytterpunkter vil kunne være om pasienten skal være en aktiv pasient eller bare adlyde den behandlingen og de råd legen gir han. I dette kapittelet vil jeg derfor rette blikket mot forskning innen temaet eldre og legemiddelbruk. Jeg vil først oppsummere viktige sider av forskningen rundt legemiddelbruk og ”*compliance*” hos eldre (begrepet utdypes i kap 3.2). Videre vil jeg se på undersøkelser rundt fastlegeordningen i Norge, og forholdet mellom pasienten og kommunehelsetjenesten. Dette fordi medikamentell behandling vil være en del av det kommunale helsetilbudet. Derfor har jeg med forskning omkring de hjemmeboende eldre og den opplevelsen de selv har. Til slutt rettes blikket mot opplevelse av informasjon og evnen til å gjøre seg nytte av informasjonen. Det er utført mye forskning rundt den praktiske bruken av legemidlene, noe jeg ikke vil berøre i denne gjennomgangen. Jeg har også utelatt de mange legemiddel- eller behandlingsspesifikke undersøkelsene, og den forskningen som retter seg mot legens vurderinger og arbeid med rekvisisjon av legemidler.

3.1 Litteratursøk og søkestrategi

For å søke etter aktuell forskning innen feltet har jeg benyttet meg av ulike databaser og tidsskriftssøk, ved siden av søk i Bibsys. Det ble utarbeidet et egen skjema (PICO-skjema) med relevante søkeord. På grunn av den store mengden internasjonal kunnskap innen områdene medikamentell behandling og eldre har det vært vanskelig å håndtere alle artikler. Jeg har i tillegg søkt å finne norsk og nordisk forskning omkring eldre og kommunehelsetjenesten. Jeg har også brukt norske undersøkelser om samhandling i helsetjenesten som grunnlag for min inngang til forskningsfeltet. Søkene er gjort med utgangspunkt i Helsebiblioteket sine databaser og tidsskrift (www.helsebiblioteket.no). Søkene er utført i henhold til egen søkestrategi med søkeord som; elderly/aged, home care, medication, medical information, education, coping, empowerment, self care, quality of life. I tillegg har jeg gjennomført mer spesifikke søk i nordiske tidsskrift innen fagfeltene sykepleie og medisin. Til slutt har jeg med utgangspunkt i faglitteraturen søkt etter den forskning som det henvises til der.

3.2 Legemiddelbruk og compliance hos eldre

Vi kan definere compliance, eller adherence som ofte blir brukt som synonymer, som at pasientens legemiddeladministrasjon og atferd er sammenfallende med de medisinske råd (Balkrishnan, 1998), mens Banning (2004) knytter det til legemiddelbruk ved å definere det som "å ta legemidlene på rett måte". I Norge har begrepet "etterlevelse" vært brukt, og det refereres ofte til "*rett legemiddel på rett måte til rett tid*". Dette står i motsetning til det mer moderne "concordance" som viser til at pasient og lege må være likestilte partnere før pasienten kan avgjøre om han er i stand til å motta og følge behandlingen. Medisinsk forskning rettet mot det å mestre medikamentell behandling har i mange tilfeller perspektivet mot compliance. For å belyse forskningen innen temaet har jeg tatt utgangspunkt i to oppsummeringsartikler av Maggi Banning (Banning, 2004, 2005) som gir et godt bilde av forskningen i forhold til viktige sider av compliance eller non-compliance. I tillegg supplerer jeg med funn fra annen forskning for å fylle ut bildet. Banning (2004) peker på hva som anses som hovedproblemet når hun viser til at feiladministrasjon stort sett dreier seg om et pasientorientert problem, i og med at det er pasienten som mislykkes i å administrere legemidlene slik utskrivende lege anbefaler. Fokuset i mye av forskningen rundt compliance har derfor rettet seg mot hvorfor pasienten ikke følger behandlingen.

Banning (2004) framhever at mellom 25 og 60 prosent av de eldre ikke klarer å følge opp behandlingsregimene på rett måte, noe som ofte fører til en forverring av den helsemessige statusen. Feiladministrasjon kan gi utslag i innleggelse i sykehus og utvikling av alvorlige bivirkninger eller interaksjoner, noen ganger sågar med dødelig utfall. Ti prosent av ikke-planlagte innleggelser i sykehus skyldes utvikling av skadelige effekter av legemidler (Banning, 2005). Sammenhengen mellom alder, legemiddelbruk og alvorlige hendelser bekreftes også i norske undersøkelser. Buajordet, Ebbesen, Eriksen, Brørs og Hilberg (2001) undersøkte alvorlige hendelser ved Sentralsykehuset i Akershus og fant at 18 prosent av dødsfallene (n=732) i en medisinsk avdeling skyldtes legemiddelbruk, og at det var en signifikant sammenheng mellom alder, polyfarmasi, flere samtidige sykdommer og alvorlige hendelser.

Banning (2004) finner at det særlig er noen områder man skal være oppmerksom på hos eldre. Eldre har generelt problem med å oppfatte indikasjonen (grunnen) for behandlingen. Jo flere legemidler en har behandling med, jo større sannsynlighet for at den eldre har

mindre oversikt og kunnskap, samt at økt antall legemidler øker tendensen til at pasienten mottar motstridene råd fra ulike leger. Kompleksiteten øker tendensen til dårlig etterlevelse, og de praktiske utfordringene med å administrere behandlingen. Det er i tillegg avdekket en del uheldige rekvisisjoner av langvarig medikamentell behandling hos eldre. Det kan f.eks. være at indikasjonene eller grunnlaget for behandlingen endrer seg ettersom den eldre selv endrer seg eller blir mer preget av aldersforandringer. Dette kan ha sammenheng med det Banning (2005) benevner som ”mangelfull oppfølging av kliniske og/eller biokjemiske indikatorer” – at oppfølgingen i form av prøver og undersøkelser ikke har vært fullstendig, eller at prøvesvar ikke har blitt fulgt opp. Noe av det samme framheves av Straand, Sandvik og Rokstad (1998) i en undersøkelse fra Møre og Romsdal. Kontinuiteten i form av legens mulighet for oppfølging er nettopp noe av det som har vært et argument for fastlegeordningen i Norge. Dette tegner et bilde av en kaotisk situasjon for den som mottar behandlingen.

Å forstå og erkjenne indikasjonen kan påvirke den enkeltes etterlevelse av behandlingen. Mange eldre endrer på viktige sider av behandling eller selv avslutter behandlingen, ofte under påskudd av at de føler seg bedre, eller ikke forstår at de trenger legemidlene. Dette kan bunne i en manglende forståelse av de vurderinger som ligger til grunn for behandlingen. Noe som ytterligere kan vanskeliggjøre dette er pasientens ”underrapportering” av bivirkninger. Lampela, Hartikainen, Sulkava, og Huupponen (2007) fant i en undersøkelse fra Finland (n=404) at mange eldre mistolker sine relativt alvorlige bivirkninger som en naturlig del av aldringen. Det var ca 11 prosent av deltakerne som rapporterte om uheldige bivirkninger, mens legene identifiserte slike bivirkninger hos 24 prosent av dem. De hyppigste bivirkningene som legen identifiserte og som samtidig ble oversett av de eldre var munntørrehet, symptomer fra hjerte- og karsystemet og urinveisplager.

Insidensen av bivirkninger er ikke høyere hos eldre enn hos resten av den voksne befolkningen, men de har ofte en kraftigere eller mer langvarig virkning av virkestoffene. Derfor opptrer uheldige effekter oftere og får større utslag. Samtidig er de eldre med sin multimorbiditet mer utsatt for bivirkningene i form av kliniske symptomer (Banning, 2005). Overforbruk av legemidler ses ofte hos eldre, særlig i tilfeller hvor sykdom forverrer seg eller de kjenner symptomer. Om de selv øker dosen for å bli kvitt symptomene eller bli

raskere frisk øker sjansen for skadelige virkninger. Imidlertid ser det ut til at underforbruk er den mest vanlige formen for uheldig atferd hos eldre. Uheldige opphold i behandlingen kan forekomme i opptil 40 prosent av tilfellene, særlig gjelder dette første året i en langvarig regime. Det er beskrevet at så mange som 10 prosent av de eldre tar legemidler som egentlig er rekvirert til andre (Salzman, 1995), uten at vi har sikre tall på tilsvarende i Norden.

Generelle tiltak som blir trukket fram med sikte på å bedre pasientens etterlevelse er å redusere behandlingsregimene og legemiddelantallet, øke bruken av langtidsvirkende legemidler (depotpreparater), oppfordre til å bruke legemidlene som blir skrevet ut, sette fokus på pasientsentrerte konsultasjoner og forsøke å forstå pasientens meninger om de rekvirerte legemidlene. I sin oversiktsartikkel fra 2005 tar Banning for seg strategier innenfor sykepleierens ansvarsområde for å administrere eldres legemiddelbruk. Selv om oversiktsartikkelen refererer til andre lands organisering av helsetjenesten, kan tiltakene overføres til norske forhold. For det første må sykepleieren snakke med pasienten om legemiddelbruken. Sykepleierne må kunne identifisere manglende kunnskap eller ferdigheter, samt den eldres forståelse for hvordan hun/han skal forholde seg til legemidlene. Helsepersonellet må være oppmerksom på fysiske eller andre praktiske hinder for rett legemiddelbruk.

Pasienter som er informert er bedre i stand til å følge opp egen behandling, og pasienten trenger informasjon som er forståelig for den det gjelder. Det vil være viktig at nøkkelinformasjon blir forsterket og gjentatt, gjerne med skriftlig informasjon (Banning, 2005). Flere undersøkelser har vist at skriftlig informasjon bedrer pasientens evne til å følge opp og etterleve egen behandling (Esposito, 1995; Moret, Rochedreux, Chevalier, Lombrail og Gasquet, 2008).

3.3 Kommunehelsetjenesten og pasienten

Når jeg i min studie ønsker å få beskrivelser av samarbeidet mellom pasient og helsepersonell er det relevant å se på hva andre norske undersøkelser sier om eldres opplevelse av kommunehelsetjenesten. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i norske undersøkelser, da organisering og innhold i tjenestene varierer såpass mye mellom de ulike

landene, men vil trekke inn kommentarer fra utenlandske studier som støtter opp under aktuelle funn.

Øivind Lorentsen (1999) har kartlagt pasienters egne erfaringer fra møtet med helse- og sosialsektoren. Undersøkelsen må leses i lys av at den er gjennomført før innføringen av helselovene i år 2000. Undersøkelsen baserer seg på 40 dybdeintervju av eldre mennesker over 75 år, 27 kvinner og 13 menn, med en gjennomsnittsalder på henholdsvis 82,9 og 81,5 år. I tillegg ble helsepersonell intervjuet om deres oppfatninger av rutiner og tilbud. De eldre ble fulgt fra innleggelse i sykehus til de fungerte i hjemmesituasjonen, det vil si at pasientene er i "overføringsfasen" mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det overordnede målet for undersøkelsen var å identifisere potensialet til forbedringer i tilbudet.

Deltakerne i undersøkelsen hadde en positiv holdning til og opplevelse av hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningen. Det var lite fokus på primärsykepleie¹ og de eldre etterlyste at pleierne brukte mer tid hjemme hos dem. De fleste eldre opplevde det som forvirrende at det var mange forskjellige aktører i hjemmesykepleien, og at stadig nye personer kommer hjem til dem. I overføringsfasen fra sykehuset uttrykte de eldre usikkerhet i forhold til situasjonen når de kom hjem og utviklingen videre. Kommunikasjonen mellom den enkelte og kommunens tjenesteapparat opplevdes som mangelfull. Ingen av pasientene hadde fått spørsmål om egne prioriteringer vedrørende hjemmesituasjonen, selv om det var fattet vedtak på at de skulle få hjelp. De var slik lite medvirkende i forhold til det tilbudet de fikk fra kommunehelsetjenesten.

Når det gjelder spesifikk informasjon om sykdom, behandling og pleie ga flertallet av pasientene uttrykk for at også den var fraværende eller mangelfull. Intervjuene med helsepersonellet viste at de var enige i at det ofte foreligger informasjonssvikt i forhold til de eldre. Forfatterne konkluderte med at legene i undersøkelsen hadde mest fokus på primærdiagnose, og ikke på de sammensatte forhold som preget hjemmesituasjonen til de eldre. Tilrettelagt kommunikasjon mellom lege og pasient ser ut til å være en avgjørende faktor for pasientens følelse av å være ivaretatt, noe som støttes av andre internasjonale undersøkelser (f.eks. Banning, 2005; Esposito, 1995; Wilson, Schoen, Neuman, Strollo,

¹ Primärsykepleie karakteriseres ved at én fast sykepleier har det helhetlige ansvaret for sykepleien til pasienten.

Rogers, Chang, 2007). Kommunene manglet rutiner for å kartlegge de eldres helhetlige behov eller for utarbeiding av tiltaksplaner. 75 prosent av de eldre opplevde seg som trygge til tross for at fysisk funksjon og medisinsk tilstand satte begrensninger for dem i hverdagen. Likevel etterlyser de bedre informasjon, bedre tid og bedre kommunikasjon.

Helt sentralt i den medikamentelle behandlingen av eldre står fastlegeordningen. Ordningen ble innført i Norge 1. juni 2001, etter noe prøvetid, og undersøkelser har i ettertid undersøkt pasienterfaringer (f.eks. Lian og Wilsgaard, 2004) og legeerfaringer (Carlsen, 2003; Sandvik, 2003). Det følgende blir en presentasjon av hovedtrekkene fra disse undersøkelsene. Carlsens (2003) undersøkelse av legenes erfaringer baserte seg på gruppeintervjuer med 81 leger i Hordaland, mens Sandvik (2003) gjennomførte en surveyundersøkelse med 234 leger i to omganger (før og etter innføring av ordningen). Han hadde fokuset på holdningene og forventningene på forhånd og erfaringene et år etter. Undersøkelsen viser at mange av legene var skeptiske til ordningen, men at de et år etter er mer positive. Et flertall opplever at kontinuiteten i pasientoppfølging er styrket. Undersøkelsen til Carlsen stadfester dette, og hun viser til at et stort flertall av legen opplever de har bedre kontroll over behandling og oppfølging. Legen var også fornøyd med at kommunikasjonen mellom ulike nivå i helsetjenesten synes å ha blitt bedre, ved at alle opplysningene om pasienten ble samlet et sted. Ordningen øker ansvaret hos den enkelte lege og gjør det enklere å følge opp pasientene.

Hva så med pasientene, opplever de mer tilfredshet ved den nye ordningen?

Når fastlegeordningen ble opprettet var det viktig for folk flest at de fikk en lege de kjente fra før eller en som var ansett for å være dyktig. Større kontinuitet i forholdet mellom legen og pasienten var ett av målene med fastlegeordningen, og kontinuitet synes å være viktigere for eldre enn for de yngre, og viktigere for de med dårlig enn for de med god egenvurdert helse. Flere rapporterer om at de opplevde at legen var lite tilgjengelig eller hadde lite tid under konsultasjonen. Flesteparten av de som opplevde at legen ikke hadde nok tid opplevde også sine egne sykdommer som relativt alvorlige (Finnvold, Lurås og Paulsen, 2003). Lian og Wilsgaard (2004) viser til at folks generelle tilfredshet med samhandlingen mellom lege og pasient økte etter innføringen av fastlegeordningen. Undersøkelsen tok for seg pasientopplevd kvalitet, og ble gjennomført i to runder; i 2000 og 2003. Det var ikke de samme pasientene som ble tilskrevet, men utvalgene var ellers like. Studien var en

surveyundersøkelse (n= 1133 i år 2000, mens i 2003 svarte 1141). Flertallet av de som svarte i 2003 svarte at de opplevde tjenestetilbudet som uendret etter innføring av fastlegeordningen, men om lag en tredel av de som byttet lege gjorde det pga manglende tilfredshet. Fra den første til den andre undersøkelsen sank andelen som var misfornøyd med konsultasjonen fra 38 % til 34 %. Det som vektlegges er manglende informasjon om det å forebygge eller behandle helseplagene selv (48 % og 46 %), å få snakke om sine problemer (43 % og 34 %) eller å få stilt en diagnose (32 % og 37 %). 81 prosent av deltakerne i 2003 hadde sist de var hos legen vært hos sin fastlege, mot 62 prosent i 2000. Samtidig var det registrert en reduksjon i gjennomsnittlig konsultasjonstid fra 1998 til 2002 (HOD, 2004).

Legens skriftlige rekvisisjon av legemidler er utgangspunktet for sykepleiernes administrasjon av legemidler til pasientene i hjemmesykepleien. Forholdet mellom den legemiddeloversikten legen har og den hjemmesykepleien eller pasienten har, har vært gjenstand for undersøkelser. I en kartleggingsundersøkelse i Rogaland (Høie, 2000) fant en store avvik mellom legens og hjemmesykepleiens legemiddellister. Undersøkelsen omfattet 13 leger og 88 pasienter som alle fikk sin medikamentelle behandling administrert av hjemmesykepleien. I en av kommunene var det manglende samsvar hos tre av fire pasienter. Det ble registrert avvik i dosering, styrke på preparatene, rett legemiddel, samt at enkelte pasienter hadde legemidler verken legen eller hjemmesykepleien visste om. I en tilsvarende undersøkelse sammenlikner Rognstad og Straand (2004) legemiddellistene fra til sammen 90 pasienter. 73 prosent av pasientene var kvinner. Også i her fant man store avvik mellom listene. I følge legenes lister skulle pasientene i gjennomsnitt ha 4,7 legemidler daglig, mens hjemmesykepleiens lister viste at pasientene brukte 5,9 ulike legemidler per dag. For 55 av pasientene var det ikke samsvar mellom legens og hjemmesykepleiens oversikt når det gjaldt antall legemidler, mens for 69 av pasientene var det ikke samsvar når det kom til dosering, legemiddeltype eller behandlingsregime. Det ble avdekket til sammen 229 avvik, og de konkluderer med at pasienten ofte mottar medikamentell behandling som fastlegen ikke er kjent med. Dette øker risikoen for interaksjoner og uheldige effekter hos pasientene, særlig når mange har behandling med potente legemidler som psykofarmaka, hjerte- og karmidler og analgetika.

I Danmark gjennomførte man en undersøkelse av samsvaret mellom legens legemiddelliste og pasientens egen oversikt for 100 pasienter innlagt ved medisinsk avdeling (Rabøl et al.,

2006). Konklusjonene fra undersøkelsen har mange likhetstrekk med de norske. I undersøkelsen fant man uoverensstemmelser hos 63 prosent av tilfellene, mens i 40 prosent av tilfellene fant de klinisk relevante ulikheter mellom legens og pasientens oversikt. Legen forklarte i stor grad avvikene med tidspress og travelhet, og det faktum at ca tredjeparten av de eldre over 75 år hadde fått utskrevet legemidler fra mer enn en lege. Konklusjonene går langt i å antyde at det er viktig at pasienten får oppdatert sin legemiddeloversikt når man er hos sin faste lege. I en undersøkelse fra England fant Granås og Bates (2005) at pasientene ikke lenger brukte 6 prosent av de legemidlene legen hadde på sine lister.

3.4 Den eldre hjemmeboende pasienten

Mange av de hjemmeboende eldre administrerer selv legemidlene sine, selv om de får assistanse fra hjemmesykepleien til andre formål. Jeg vil her referere til ulike norske og utenlandske undersøkelser som berører de Eldres opplevelse og kunnskap om håndtering av egen medikamentell behandling. Undersøkelser viser at oppfatningen om egen legemiddelbruk delvis er kulturelt betinget, og derfor er ikke utenlandske undersøkelser uten videre overførbare til norske forhold

Dale, Dale og Lorensen (2001) undersøkte opplevelse av livskvalitet blant eldre personer over 65 år som mottok hjemmesykepleien (n=57). De viser til at den generelle opplevelsen av livskvalitet var ganske god. God helse og fysisk funksjonsevne var de viktigste faktorene for tilfredshet med andre livsområder, som f.eks. sosial aktivitet og mulighet for å klare seg i eget hjem, og det var klart den faktoren som hyppigst nevnes som årsak til reduksjon i livskvaliteten. Nedsatt helse og fysisk funksjon var dessuten faktorer som forsterker avhengigheten av hjelp fra andre. Nærhet til familie var ellers det som hyppigst ble rapportert som viktigste faktor for livskvaliteten.

Høie (2004) tar opp sammenhengen mellom mestringsevne og fornøydhets hos eldre i en surveyundersøkelse blant pleieavhengige hjemmeboende eldre over 75 år, hvorav 70 prosent var kvinner (n=242). Hun fant at jo høyere alderen og/eller mestringsevnen var, jo høyere var tilfredsheten med tilværelsen, og kvinnene rapporterte høyere tilfredshet enn menn, selv om de gjennomsnittlig hadde flere helseplager enn menn. Undersøkelsen viste at tilfredsheten med tilværelsen var avhengig av hvordan de kunne håndtere de helseplagene

de hadde. Eldre med høy mestringsevne rapporterte mindre subjektive helseplager enn de med lav mestringsevne. Høy mestringsevne syntes å legge til rette for å utvikle og ha nytte av sosialt nettverk. Tilliten til seg selv så vel som til hjelpeapparat og sosialt nettverk blir viktige for å oppleve livskvalitet og tilfredshet..

Flere pasienter uttrykker bekymring for hvilke effekter legemidlene kan ha, og at dette i stor grad styrer hvordan de forholder seg til legemidlene. Akerhei (2006) viser i en undersøkelse fra Bergen, som omhandlet 50 personer med revmatiske sykdommer at 20 prosent av pasientene var så bekymret for effektene av legemidlene at de anså det som viktigere enn nødvendigheten av legemidlene. Disse pasientene var i større grad non-compliance til behandlingsrådene, enn de som så nødvendigheten av behandlingen sin som det viktigste. Undersøkelse viste at pasientene generelt kunne mye om legemidlene sine. Granås og Bates (2005) viser i en studie fra England at en tredel av pasientene (n = 58) hadde bekymringer knyttet til legemidlene, men at dette imidlertid ofte ble overskygget av bekymringene de hadde for sykdommen som ligger til grunn for behandlingen. Nesten halvparten av informantene hadde flere bekymringer knyttet til sykdom enn til legemidlene. For informantene som var i alderen 28-88 år, ble endringer i behandling eller rekvirering av nye legemidler ofte tolket i negativ retning, som en endring i deres egen sykdom eller helsetilstand. Også her var deltakerne selvstendige i forhold til sine legemidler, og tok ofte beslutninger om endringer av dose eller stopp i behandlingen uten å konsultere lege. Dette er et funn støttes av andre undersøkelser (Wilson m.fl, 2007; Gordon, Smith, Dhillon, 2007). Hos Granås og Bates skiller pasientene tydelig mellom det å glemme å ta, eller å ta for få legemidler, og det å aktivt redusere doseringen selv. De hadde oversikt over legemidlene sine i form av kunnskap om indikasjoner, forventede effekter og hvordan de skulle tas, likevel var det mange av deltakerne som ikke kjente til de mest vanlige bivirkningene.

Lumme-Sandt, Hervonen og Jylhä (2000) tok i en finsk undersøkelse for seg pasientens egne perspektiver på legemiddelbruken. Undersøkelsen rettet seg mot mennesker over 90 år (n=151). Formålet med studien var å undersøke hvordan eldre bruker legemidler og tar avgjørelser om sin medikamentelle behandling. De viste til at de eldre ofte hadde tolkninger av indikasjonene og effektene av legemidlene som i stor grad var avvikende fra de oppfatningene helsepersonellet hadde. Avgjørelsene var ofte tatt på bakgrunn av hendelser i hverdagen og hensynet til egen funksjon, enn bare de medisinske fakta. For legen er det

viktig at pasienten fulgte en viss dosering for å oppnå visse behandlingsmål, mens det for pasienten var fokuset mer hvordan legemidlene påvirket dagliglivet deres.

3.5 Kunnskap og informasjon om medikamentell behandling

Kunnskapen om legemidlene synes å ha en klar sammenheng med informasjonen pasientene får fra behandlende lege, selv om undersøkelser også viser at pasientene har andre kilder de henter kunnskap fra. I en undersøkelse fra Norge om nordmenns bruk av helsetilbud på internett (Andreassen, Sandaune, Gammon og Hjortdahl, 2002) framkommer det at informasjon hentes fra mange ulike kilder, slik følgende oversikt viser:

	Antall	Andel (%)
Din faste lege	781	(77)
Andre kontakter i helsevesenet	740	(73)
Apotek	661	(65)
Venner og bekjente	614	(60)
Internett	334	(33)
TV/radio	594	(58)
Magasiner og ukeblader	294	(29)

Tabell 3.5: Informasjonskilder om helse
(Fritt gjengitt etter Andreassen et al. (2002))

Flere undersøkelser tar for seg helsepersonellens og pasientens oppfatning av informasjonen knyttet til sykdom og behandling. Det er fortrinnsvis legen pasientene forventer skal informere dem om behandlingen. God og tilrettelagt informasjon er viktig for at pasientene skal ha kunnskap om hvordan de skal forholde seg til egen hverdag. Undersøkelsene gir ulike svar, men gjennomgående er at pasienten savner informasjon, eller at det er for lite kommunikasjon mellom pasienten og behandlende lege (Moret m.fl, 2008; Gordon m.fl, 2007; Kerzman, Baron-Epel og Toren, 2005, Wilson et al., 2007, Lorentsen, 1999). Hos Granås og Bates (2005) er 90 prosent av informantene fornøyde med informasjonen de får. I tillegg er det stort innslag av andre informasjonskilder, som f.eks. brosjyrer fra apoteket eller medisinske bøker, men i denne undersøkelsen er også aldersfordelingen større.

Likevel er det de som uttaler at det er vanskelig å spørre legen de rette spørsmålene fordi de ikke vet hva de skal spørre om. To av undersøkelsene (Moret et al., 2008; Lorentsen, 1999) viser at opplevelsen av informasjonssvikt er noe som helsepersonellet langt på vei deler. Det er sammensatte årsaksforhold til dette, men det blir vist til omstendigheter som mangel på tid hos helsepersonellet, manglende samarbeid mellom de ulike personellgruppene, dårlig organisering av arbeidet og dokumentasjon av hva det blir informert om.

I hvilken grad evner pasientene å omsette informasjonen til kunnskap? Et forhold som berører informasjon og kunnskap om medikamentell behandling hos pasientene er deres evne til å huske informasjon som er gitt. Hvor vanskelig det er å huske medisinsk informasjon er noe som blir trukket fram av Roy Kessels (Kessels, 2003). I en oversiktsartikkel viser han til at mellom 40 og 80 prosent av all medisinsk informasjon blir glemte med en gang, og at kanskje så mye som halvparten av det som huskes ikke blir gjengitt korrekt. Kessels viser til tre grunnleggende forklaringer på hvorfor legens informasjon ikke oppfattes av pasienten. For det første er det forhold ved legen som informasjonsgiver, f.eks. at han bruker medisinsk terminologi, eller kan det ha med mengden som blir presentert på en gang. Jo mer informasjon som blir presentert, jo mindre klarer pasienten å huske. For det andre handler det om hvordan pasienten får informasjonen, f.eks. skriftlig eller muntlig form. Andre undersøkelser viser at nytten av informasjon ser ut til å øke når den blir gitt både verbalt og skriftlig, eller når pårørende er tilstede når viktig informasjon blir gitt (Banning, 2005; Esposito, 1995; Moret m.fl, 2008). Dette er viktige faktorer for at pasientene kan tilegne seg de kunnskapene man skal ha for å mestre utfordringene legemiddelbruken gir. Samtidig vil oppfattelsen av informasjon være knyttet til konteksten dialogen skjer i, f.eks. at informasjon om legemidler er nært knyttet til informasjon om sykdom. Manglende evne til å gjenkalle medisinsk informasjon øker med økende alder. Dette støttes av andre undersøkelser, som også trekker fram pasientens evne til å forstå det som helsepersonellet sier, og gjøre det om til kunnskap (Gordon et al. 2007; Kerzman m.fl, 2005; Moret m.fl; 2008). I følge Banning (2005) fant man i en undersøkelse i London at opptil 70 prosent av de eldre hadde plager med hukommelsen (memory loss). Evnen til å huske korrekt er ofte dårlig og upresis hos eldre, spesielt dersom pasienten i tillegg er engstelig. I og med at vår episodiske hukommelse blir dårligere i eldre år, kan nettopp det gå utover evnen til å huske generelle medisinske råd (Kirkevold, 2005). Kessels (2003) trekker også fram at om informasjonen sammenfaller med tidligere tilegnet kunnskap

eller oppfatninger kan det gjøre det enklere å huske informasjonen som blir gitt. Medisinsk informasjon som bekrefter eksisterende oppfatninger huskes lettere enn informasjon som motstrider dem.

3.6 Oppsummerende kommentarer

Forskningen jeg har vist til viser at eldre generelt har problem med å administrere den medikamentelle behandlingen og at de har manglende kunnskaper. Årsakssammenhengen synes sammensatt, men blir klart knyttet til manglende informasjon, misforstått informasjon eller evne til å huske informasjonen som er gitt. Mye av forskningen viser også til at det er viktig med en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon.

Samarbeidet med kommunehelsetjenesten kan oppleves som problematisk da det er mange aktører. Pasientene opplever en bedring i forhold til legetjenesten etter fastlegeordningen trådte i kraft, både når det gjelder kontinuitet og muligheten til å få drøftet sine problem. Samtidig er ”compliancestrykket” stort, hvor de eldre opplever forventninger om å etterleve behandlingen. Dette viser tydelig at pasientbehandling er en kommunikativ praksis hvor utfordringen ikke bare ligger til det å finne rett diagnose og rett behandling, men i å formidle det som for pasienten er viktig informasjon, og å formidle det på en slik måte at det blir til kunnskap i pasientens virkelighet. Å ha kunnskap om egen behandling er et viktig grunnlag for de valg man selv må foreta i egen situasjon.

I min studie har jeg derfor ønsket å få fram de eldres egne beskrivelser av hverdagen med legemidler, av egne kunnskaper, erfaringer og opplevelser av samhandlingen med helsepersonellet som er involvert i deres medikamentelle behandling. Er de eldre myndiggjorte i egen situasjon eller er de passive i forhold til de effektene de opplever av behandlingen? Er samhandlingen preget av en paternalistisk holdning eller har ideologien om brukermedvirkning festet seg i norsk pasientbehandling?

4 TEORETISKE OG METODOLOGISKE PERSPEKTIV

Når eldre har problem med å administrere egen legemiddelbruk eller har manglende kunnskaper i hverdagen vil det innebære utfordringer både for pasient og helsepersonell. Helsepersonell må være bevisst sin egen praksis og rette fokuset mot den enkelte pasients ressurser og muligheter for mestring. I studien rettes derfor blikket mot noen områder av samhandlingen for om mulig å finne faktorer som kan påvirke dette. På bakgrunn av gjennomgangen av litteraturen og forskningen vil jeg i dette kapittelet utdype problemstillingen, og videre presentere teoretiske og metodologiske perspektiv som er relevante for studien. De metodologiske overveielserne er refleksjoner jeg har gjort meg i forhold til hvordan jeg tenker at problemstillingen kan operasjonaliseres i en kvalitativ studie. Til slutt i kapittelet vil jeg drøfte etiske dilemma knyttet til undersøkelsen.

4.1 Problemstilling

I studien har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan beskriver de eldre sine opplevelser av egen legemiddelbruk og hvilke erfaringer har de med samarbeidet med helsepersonellet?

Hovedformålet med studien er å beskrive de eldres hverdag med legemidler. I dette ligger en beskrivelse av hvordan de opplever det å bruke legemidler, og hvilke utfordringer de selv føler på når de skal forholde seg til virkningen av legemidlene. Det er et mål å få fram hvordan informantene opplever at legemiddelbruken påvirker aktiviteter i hverdagen deres. Som Dale et al. (2001) viste til i kapittel 3.4 er fysisk funksjonsevne av de viktigste faktorene for sosial aktivitet og mulighet for å klare seg i eget hjem. Når vi vet at legemiddelbruk kan påvirke funksjonsevnen er de eldres egne beskrivelser av dette viktig å få fram i en studie som min, slik at vi kan få kunnskap om hvordan de eldre selv opplever dette.

Problemstillingens andre hovedfokus er samarbeidet med helsepersonellet. Gjennom de eldres beskrivelser av samhandlingen med lege og hjemmesykepleien ønsker jeg å få fram hva som i deres øyne kjennetegner relasjonen, og hvordan de selv opplever sider ved samhandlingen som informasjon og medvirkning. Et mål med studien er dermed å kunne få fram forhold som kan være til hinder eller legge til rette for myndiggjøring og mestring.

Studiens andre hovedformål er å kunne gi sykepleiere i hjemmesykepleien forståelse av hvilke utfordringer som møtet med den eldre legemiddelbrukeren kan aktualisere.

For å arbeide med disse perspektivene ved legemiddelbruken har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver de eldre egen hverdag med legemiddelbruk?
2. Hvordan opplever de eldre samhandlingen med helsetjenesten?
3. I hvilken grad opplever de eldre å være informert om ulike sider ved den medikamentelle behandlingen?
4. I hvilken grad opplever de eldre å være medvirkende i egen behandling?
5. Hvilke faktorer beskriver de eldre som kan tolkes å være hemmende eller fremmende på myndiggjøring og mestring?

I det følgende vil jeg klargjøre noen av de teoretiske og metodologiske overveielser som forskningsspørsmålene er vurdert i forhold til, og som er grunnlag for selve undersøkelsen som blir presentert i kapittel 5.

4.2 Teoretiske perspektiv

Bakgrunn og forskningsgjennomgangen viser at det er en tosidighet i den medikamentelle behandlingen. På den ene siden er legemiddelbrukeren, virkningene og effektene av legemidlene. På den andre siden er intensjonene hos legen når han vurderer aktuelle behandlingsregimer og hensikten han har med den spesifikke behandlingen. Dette forutsetter en samhandling mellom minst to parter; legen og pasienten, og ofte også sykepleiere, som er involvert i administrasjonen av behandlingen. Problemstilling og forskningsspørsmålene griper fatt i denne tosidigheten sett fra pasientens perspektiv, ved å la de eldre selv beskrive hvordan de opplever effektene av legemidlene og samhandlingen med helsepersonellet.

Relasjonen mellom pasient og helsepersonell er en asymmetrisk relasjon, hvor helsepersonell har makt bl.a. i kraft av sin posisjon og kompetanse. Når et menneske søker helsehjelp blir de avhengige av den kompetansen helsepersonellet har. Tillit blir derfor en

sentral faktor i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, å ha tillit til helsepersonell kan dekomponeres i tre elementer sier Nordtvedt og Grimen (2004) – tillit til hensikter, kompetanse og teknologi.

Pasientrettighetsloven gir pasienten en rett til å medvirke i avgjørelser som gjelder egen behandling. Når pasienten søker legen for sine problem skjer det i følge Ekeland (2007) en objektivisering av pasienten i og med at legen må forholde seg til pasienten som et kroppsobjekt for å kunne organisere pasientens symptom som en diagnose. Når det gjelder behandlingen kan legen måle virkningen av legemidlene etter hvordan de interagerer med sykdommen, og vil være en viktig del av enhver behandlingsrelasjon. Et slikt medisinsk eller farmakologisk perspektiv alene vil ikke være nok til å se de individuelle sidene ved pasientens tilstand. Medvirkning innebærer at pasienten må settes i stand til å spille en aktiv rolle i spørsmål som angår han, han må myndiggjøres. Skal helsepersonell kunne hjelpe den andre med å forstå egen situasjon må de ha tilgang til den andres perspektiv, det subjektive opplevelsen av tilstanden. Om helsepersonell er eksperter på den objektive siden av sykdom og behandling, er det pasienten som vet hvordan den oppleves i egen hverdag. For å få tilgang til den andre innebærer det at relasjonen mellom pasient og helsepersonell må baseres på en dialog hvor pasientens subjektive opplevelse slipper til. Hvordan kan pasienten få tilgang til helsepersonellens perspektiv?

På samme måte må helsepersonellens ekspertise gjøres tilgjengelig for pasienten. Her er informasjon et nøkkelbegrep, og informasjonen må tilpasses den enkelte ved å identifisere hvilke utfordringer pasienten har. Dette skaper noen grunnleggende utfordringer for helsepersonell som berører kommunikasjon og innlevelse i den andres situasjon. Hvem skal avgjøre hvor mye og hvilken informasjon pasienten trenger? Det kan ikke være eksperten som alene avgjør hvilken informasjon den andre har behov for? På samme måte som det vil kunne være vanskelig for pasienten å vite hva han skal ha informasjon om. Å ta brukermedvirkning på alvor innebærer derfor en kommunikativ praksis som har som siktemål å styrke individets muligheter for å være en delaktig aktør i egen situasjon. For å forstå den andre er det viktig å forstå det den andre forstår. Vi er alle individer som fortolker det som skjer, og for å forholde seg til pasienten som subjekt, må helsepersonell forholde seg til pasientens virkelighetsoppfatninger og forstå hvordan den andre forstår. Hva ser pasienten som sine utfordringer? Det betyr at det er andre perspektiv enn bare de

medisinskfaglige som vil være viktige når helsepersonell skal forholde seg til mennesker under medikamentell behandling.

Dette er noe av bakgrunnen for at jeg i min studie har brukt kommunikasjon, tillit, attribusjon og myndiggjøring som teoretiske analyseredskap for å avdekke faktorer som kan legge til rette for eller hemme mestring i hverdagen med legemidler. Mestring blir derfor presentert først i det følgende. Deretter vil jeg klargjøre mine teoretiske analyseredskap i form av teori om tillit, kommunikasjon, attribusjon og myndiggjøring. Problemstillingen i undersøkelsen setter lys på de eldres egne beskrivelser som deres fortolkninger av situasjonen. Giddens (i Gilje og Grimen, 1995) sier at vi som forskere skal rekonstruere de sosiale aktørenes fortolkninger ved hjelp av teoretiske begreper.

4.2.1 Mestring

Begrepet "mestring" kan defineres på mange vis, avhengig bl.a. om det er tale om mestring som en prosess, eller som et mål i seg selv. Utgangspunktet for å snakke om mestring er at mennesket opplever stress – en opplevd ubalanse mellom krav i omgivelsene og egne evner eller muligheter til å håndtere dette. Personen vil da forsøke å minske det psykologiske ubehaget situasjonen medfører. Dette kan han gjøre enten ved å forsøke å endre omgivelsene eller endre egen tilpasning. Strategier som tas i bruk for å redusere det psykologiske stresset er det Lazarus og Folkman kaller mestring i en klart prosessorientert definisjon:

"stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over" (i Heggen, 2007, s. 65).

Definisjonen skiller mellom en kognitivt rettet prosess, som ofte benevnes som emosjonsfokusert mestring, og en handlings- eller atferdsrettet mestring, som er problemfokusert. Problemfokusert mestring viser til en innsats for å bedre det problemfylte forholdet ved å forandre på forholdene i omgivelsene mens emosjonelt fokusert mestring er tanker og/eller handlinger som har som mål å minske det emosjonelle stresset forholdene gir. Daatland og Solem (2000) viser til at det skjer en endring når vi blir eldre, fra en aktiv mot en mer passiv mestring. Mestring er et relativt begrep, skriver Heggen (2007, s. 65) og må inkludere en evne til å utføre oppgavene (mestringskompetanse) og hvilke følelser eller forventninger vi har til utførelsen (mestringsfølelse).

Den amerikansk-israelske sosiologen Aaron Antonovsky knytter mestring til opplevelse av sammenheng, gjerne brukt i betydningen evne til mestring. Antonovsky (2000) tar utgangspunkt i en salutogenetisk tilnærming til å forstå stress og kriser. En salutogenetisk tilnærming ser mennesket med sykdommen i motsetning til en patogenetisk tilnærming som fokuserer på sykdom, årsaker og behandling. Helse ses i forhold til et kontinuum mellom helse – uhelse og ulike stressfaktorer hos individet vil påvirke plasseringen i forhold til helse. Sentralt blir da hvordan individet bruker ulike ressurser som kan virke helsefremmende eller motvirke stress. Sentralt i Antonovskys teori om mestring er begrepet ”opplevelse av sammenheng” (OAS) og kan forklares med (Antonovsky, 2000, s. 37):

...en global indstilling, der udtrykker den udstrekning, i hvilket man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse av tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerte, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værdt at engagere sig i.

Sentrale elementer i definisjonen er forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Forståelighet forklares med den måten individet oppfatter indre og yte stimuli som forutsigbare, strukturerte, sammenhengende og kognitivt forståelige, med andre ord at individet kan forstå situasjonen. Med håndterbarhet menes i hvilken grad individet oppfatter at han har tilgang på tilstrekkelig ressurser (indre og ytre) til at man kan klare de krav som stimuliene stiller. Dette innvirker på om individet tror han kan finne en løsning på situasjonen. Resurser viser ikke bare til egne ressurser, men peker også mot de som finnes i omgivelsene (f.eks. pårørende) og som personen har tillit til. Meningsfullhet viser til at begrepet er knyttet til utfordringer det er viktig for den enkelte å være involvert i forhold til. Det må være en mening for personen i å forsøke å løse situasjonen. Antonovsky framhever at det særlig er livsområder som personen selv opplever som viktige som danner grunnlag for en meningsfull problemløsning (Antonovsky, 2000).

4.2.2. Tillit

Begrepet tillit kan være vanskelig å gripe, og er definert på ulike vis. Gulbrandsen (2000) oppsummerer tillit som en holdning eller innstilling en person (tillitsgiver) har overfor en annen person eller et sosialt system. Tillit innebærer en forventning om at den andres framtidige handlinger, at han vil utføre eller avstå fra bestemte handlinger. Å ha tillit til andre vil innebære en risiko siden tillitsgiveren vil kunne lide et tap dersom hans

forventninger til den andre ikke blir innfridd. Tillitsgiveren har ikke kontroll over den andres atferd, og relasjonen har som utgangspunkt tillitsgiverens situasjonsdefinisjon, uansett om den er rett eller feilaktig.

Anthony Giddens og Niklas Luhmann beskriver begrepet tillit, og er opptatt av hva tilliten gjør. Luhmanns analyse hviler på systemteori – hvor mennesket som system forholder seg til verden rundt. Tillit blir en måte å organisere verden rundt systemet på ved at individet opplever uforutsigbarheten i omverden og tilliten kan dermed redusere kompleksiteten i verden rundt (Grimen, 2005; Nordtvedt og Grimen, 2004).

Det er et skille mellom personlig tillit og systemtillit. Gulbrandsen (2000) knytter systemtillit til klart identifiserbare og avgrensede institusjoner som de kan velge å forholde seg til. Giddens (1997) beskriver dette via sine beskrivelser av ansiktsforankrede og ansiktløse forpliktelser. Giddens knytter tillit til troverdighet, i form av opplevelsen av pålitelighet ved andre personer eller systemer. Det personlige møtet er preget av ansiktsforankrede forpliktelser og påliteligheten til enkeltpersoner, mens tilliten til et system preges av ansiktløse forpliktelser. Tilliten til system kan enten basere seg på troen på kompetansen systemet sitter inne med og den hensikten det har, eller være mer styrt av påliteligheten til individene i systemet.

For å forstå tilliten må vi forstå personen (tillitsgiver) og hans forhold til den andre personen eller systemet. Dette benevnes av Nordtvedt og Grimen (2004) som subjektivitetsprinsippet. Sårbarheten blir dermed "skyggesiden" av tilliten. Å vise andre tillit innebærer å gi den andre handlingsrom og makt til å handle. Å stole på andre gjør deg sårbar, men å velge å ha tillit innebærer at du godtar å være sårbar. Den objektive sårbarheten er mer uavhengig av denne opplevelsen. Noe som objektivt sett kan betraktes som et tillitsbrudd vil ikke nødvendigvis oppfattes slik subjektivt.

Spørsmålet om tillit er også et spørsmål om makt. Møtet mellom brukeren og helsepersonellet er en asymmetrisk relasjon. Å vise tillit gjør personen sårbar for makten den andre innehar i relasjonen. Grimen (2001) sier at man ikke kan analysere tillit uten å vise til makt. Et asymmetrisk forhold skaper makt ved at den ene parten har kontroll over noe den andre har interesse i å motta. Makt kan hvile på tillit, om tilliten til en person fører

til at han kan få sin vilje igjennom, uten å møte nevneverdig motstand. Makten i seg selv kan også skape tillit. For det første kan manglende valgfrihet gi tillit ved at alternativene ikke finnes. Personen blir på en måte tvunget til tillit, han har ikke noe valg. For det andre kan tillit oppstå av legens "legitime autoritet". Legen får makt gjennom autoritet som kan bygge på lover og regler, tradisjon eller mer personlig forhold. Tilliten til kompetansen og mulighetene som helsevesenet har, gir tillit til legen. Dette har også sammenheng med den tilliten vi har til helsevesenet som system. Et tredje maktforhold som kan skape tillit er den makt som legen får gjennom den generelle tiltro den andre har til han som fagperson. Begrepet modellmakt (Bråten, 2004) bygger på G.H. Meads begrep "til å bli bergtatt av den andres perspektiv". Grunnlaget for denne makten ligger i en relasjon hvor den ene part framstår som å være den som har fasitsvarene i forhold til den andre modellsvake parten. Kompetanse og innsikt kan gi makt ved at den som har mest kunnskap i en situasjon også vil ha lettest for å få igjennom sin oppfatning av situasjonen. I følge George H. Mead erfarer vi oss selv gjennom andre ved deres reaksjoner på oss selv. Alle individ erfarer verden på sin spesielle måte, fra en litt annen vinkel enn andre. Ved å ta den andres perspektiv kan vi gå inn i den andres opplevelse og se oss selv fra hans posisjon (Vaage, 1998).

Henriksen og Vetlesen (2000) påpeker at asymmetrien i relasjonen mellom pasient og helsepersonell gjør det viktig at pasienten opplever at han både blir ivaretatt som pasient og sett som person. Innen sykepleien vil man ofte referere til "den etiske fordring" i forbindelse med tillit. Dette er et uttrykk fra K. E Løgstrup som Martinsen (2005) viser til. Når noen viser en annen tillit i posisjonen som helsepersonell, fordrer det at de opptre til pasientens beste. At pasienten opplever seg som sett og respektert vil være viktig for tilliten han skal ha til helsepersonellet og systemet, noe som innebærer en tett sammenheng mellom tillit og måten det kommuniseres på.

4.2.3 Kommunikasjon

Samhandling mellom pasienten og helsepersonell vil være kjernen i den medikamentelle behandlingen av eldre, noe som jeg refererer til som en kommunikativ prosess. Ekeland (2007) viser til at helsepersonell i møte med pasienten både må forholde seg til problemet eller diagnosen (objektivering) og til brukeren som opplever problemet (subjektivering). Helsepersonell må identifisere, analysere og forstå brukerens "problem" slik at de kan komme fram til en "diagnose", de må kommunisere med kroppen. For å få kontakt med

hvordan diagnosen oppleves, hvordan det er mulig å mestre den, må helsepersonell forholde seg til personen som eier problemet. Nettopp ved å forholde seg til subjektet kan kommunikasjonen tjene ”begge sider”, i og med at det både gir helsepersonellet viktige opplysninger om pasienten, og det vil gi pasienten mulighet for medvirkning. Ekeland (2007) peker på at subjektivering må være overordnet objektivering i den kliniske logikken. Klinisk kompetanse består av å sammenføre det objektive og det subjektive. Dette kan også omtales som nærhet og distanse (Henriksen og Vetlesen, 2000). Nærhet kreves for å sanse det personlige i pasientens situasjon, og som Martinsen (2005) sier, man må ha engasjement slik at pasienten oppfatter det, mens helsepersonell trenger distansen for å foreta de faglige vurderingene.

Skjervheim (1960) benevner denne relasjonen en treleddet relasjon når dialogen skjer mellom to subjekt (meg og den andre) i en subjekt-subjekt-relasjon om et saksforhold. Dette i motsetning til en toleddet relasjon, hvor den ene samhandler med den andre i relasjon til dennes saksforhold – det blir hans saksforhold. I en toleddet relasjon lever individene i hver sin verden og deler ikke samme saksforhold, og den ene gjør den andre til et kasus. Dette samsvarer med Bråten (2004) sitt begrep dialog og skinndialog, hvor skinndialogen er en samtale hvor saksområdet blir definert på den ene parts premisser. For å motvirke skinndialogen og dermed modellmakten, er det viktig at samtalen har et saksområde som er felles for begge parter. Det er viktig at ingen har krav på å hevde at de har fasisvarene, og at pasienten kan slippe til med kunnskap fra egen erfaring. Forholdene i samtalen må legges til rette slik at pasienten kan utvikle egenkunnskap om sin egen situasjon. Skjervheim (1960) hevder at vi særlig objektiverer den andre når vi ikke makter å ta den andre på alvor. Å ta den andre på alvor kjennetegnes ved at vi er villige til å engasjere oss i hans meninger, i motsetning til når vi objektiverer ham – da ”går ein til åtak på den andre sin fridom”. Å forholde seg til subjektet kan slik være en bevisst handling, ved å vi må engasjere oss i det som er viktig for den andre.

Vi må forstå hva den andre forstår for å kunne hjelpe han, skrev Søren Kierkegaard:

”For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden må jeg kunne forstaae mer end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Når jeg ikke gør det, saa hjælper min Mer-forstaaen ham slet ikke.” (i Martinsen, 2005, s. 40)

Martinsen (2005) kommenterer dette med at vår merforståelse som helsepersonell mer er å regne som det å forstå noe annet. Det vil si at vi ikke står over pasienten, men ved siden av, men vi vil som helsepersonell inneha en maktposisjon i forhold til den som søker hjelp. Derfor må relasjonen mellom den hjelpesøkende og hjelperen være basert på dialog.

I relasjonen mellom helsepersonell og pasient gjør pasienten seg sårbar ved at han settes i en situasjon hvor han utleverer seg til et annet menneske. Som helsepersonell er det da viktig at en kan møte den andre personen og ikke bare se kategorien "pasient" eller "diagnose". Enkle grep som å møte den andre med vennlighet og interesse skaper grobunn for å føle seg hel og verdig. Å rammes av sykdom er ofte ensbetydende med et meningstap. Mestring og myndiggjøring kan skapes gjennom en kommunikasjon som er meningsskapende og relasjonsorientert, sier Ekeland (2007). Kommunikasjonen kan ikke skilles fra konteksten, og en viktig forutsetning for denne konteksten ligger i begrepet tillit.

4.2.4 Attribusjon

Attribusjonsteori handler om hvordan vi skaper mening ved å årsaksforklare egne og andres handlinger eller atferd, og hvilke følger de ulike forklaringene kan ha for mestring. Begrepet attribusjon viser til vår opplevelse av sammenhengen mellom årsak og resultat i møte med omgivelsene:

Attribution is part of our cognition of the environment. Whenever you cognize your environment you will find attribution occurring (Heider, i Harvey og Weary, 1985)

Hvordan de eldre attribuerer egen og helsepersonellens atferd vil derfor være en viktig del av den terapeutiske relasjonen. Munton, Silvester, Stratton og Hanks (1999) viser til at forståelse for hvordan pasienten attribuerer kan gjøre det lettere for helsepersonellet å forstå hvordan den enkelte prøver å skape forståelighet og mestre de utfordringene tilstanden gir dem. I følge Antonvsky (2000) er forståelighet et hovedelement i mestringsprosessen. Forståelighet og håndterbarhet vil kunne påvirkes av hvordan vi opplever årsakene til god eller dårlig mestringsatferd.

Grunnlaget for attribusjonsteori ble lagt av den østerrikske psykologen Fritz Heider som skilte mellom hvorvidt vi attribuerte til indre eller ytre årsaker, og om vi oppfattet årsakene som kausale eller intensjonale. Heggen (2007) knytter kontrollstrategier til

attribusjonsbegrepet. Kontrollstrategier dreier seg om et skille mellom ytre og indre kontrollplassering (locus of control), eller mellom en primær og en sekundær kontroll. Primær kontroll handler om å forsøke å endre miljøet slik at det samsvarer med individets behov og ønsker, mens sekundær kontroll er rettet innover i individet med en tilpasning til miljøets krav. Dette kan igjen kobles til begrepene aktiv og passiv mestringsstil.

Heiders teori om attribusjon er blitt utviklet av flere, og attribusjonsteori presenteres her via Weiners modell (Munton et al., 1999). Weiner legger ved siden av indre eller ytre årsaksforklaringer vekt på stabilitet og kontrollerbarhet. Uansett om det er en ytre eller en indre årsak vi attribuerer til, handler stabilitet om hvorvidt årsaken oppfattes som midlertidig eller vedvarende, hvor stabil den er. Kontrollerbarhet viser til om årsaken er av en slik karakter at vi kan gjøre noe med den selv, eller om den er avhengige av andre forhold som vi ikke har mulighet for å gjøre noe med. Kontroll er således en forutsetning for attribusjon av ansvar. I følge Munton et al. (1999) kan det være et viktig perspektiv om hvorvidt årsaksforklaringene er generelle (global) eller spesifikke (specific), i og med at følelsen av å ikke lykkes kan være knyttet til et lite område av livet, den trenger ikke være generell. Til slutt kan man spørre om det er noe som bare gjelder meg, eller om det også gjelder andre, om årsaken er personlig eller universell.

Heggen (2007) viser til at hvordan vi årsaksforklarer handlingene våre, eller resultatene av handlingene våre, får stor betydning for mestringssevnen og hvor motiverte vi er for å oppnå resultater. Amirkhan (1990) sier at måten vi oppfatter årsakene til tidligere suksess eller "fiasko" på vil kunne påvirke den framtidige mestringsforsøk og vår følelsesmessige opplevelse i en stresset situasjon. Det øker sjansen for mestring når vi attribuerer til forhold vi selv opplever vi kan gjøre noe med (håndterbarhet), på samme måte som det minsker sjansene våre om vi attribuerer til forhold vi vanskelig kan gjøre noe med. For å oppnå endringer hos de som opplever at de ikke kan kontrollere egen mestringsutvikling er det viktig å påpeke at det kan finnes andre forklaringer enn det personen ser i dag. Hvordan vi attribuerer og opplever mestring vil også slik påvirke vårt eget selvbilde og integritet.

4.2.5 Myndiggjøring

Myndiggjøring handler om likeverdighet og respekt i forholdet mellom hjelper og pasient. Hvorfor myndiggjøring? Relasjonen mellom pasient og helsepersonell er en maktrelasjon. Myndiggjøring handler om å gi fra seg eller overføre makt til den som har lite av det fra før (Vik, 2007). Myndiggjøring skjer altså i en sosial interaksjon og begreper som "bemyndigelse" og "Empowerment" er også mye brukt i litteraturen. Bemyndigelse handler om å gi en person myndighet til selv å bestemme over faktorer som vedkommende opplever som viktige i sitt liv (Stang, 1998, s. 12). Det overordnede målet med myndiggjøring vil være å sette pasienten bedre i stand til å hjelpe seg selv. En individuell myndiggjøring retter seg mot en personlig følelse av økt makt eller kontroll, uten at strukturene rundt individet endres. Det innebærer at individuell myndiggjøring handler om å sette pasienten i stand til å ta egne valg i den situasjonen han er, ikke la han stå alene med valgene. Brukermedvirkning er en tilnæringsmåte som kommer inn under individuell myndiggjøring (Vik, 2007). Brukermedvirkning handler om at pasienten selv skal medvirke og ta avgjørelser i spørsmål som angår han. Dette dreier seg om spørsmål innenfor den relasjonen pasienten allerede er en del av; pasient-helsepersonell relasjonen. Dette innebærer at pasienten kan foreta handlingsvalg innenfor rammen av pasientrollen.

Gutiérrez (i Vik, 2007, s. 91) viser til endringsprosesser som kan stimulere til handling. De kan fungere som rettesnor i arbeidet med eldre og medikamentell behandling:

1. Utvikle tro på egne evner og kontrollere hendelser i eget liv. Å selv kunne kontrollere og påvirke egen situasjon skaper bedre forutsetninger for å lykkes.
2. Utvikle gruppebevissthet. Dette kan være å rette fokuset mot de strukturelle årsakene enn å finne feil ved seg selv.
3. Redusert skyldfølelse. Viktig å oppheve opplevelsen av at man selv har skyld i manglende kontroll og avmakt.
4. Å ta personlig ansvar for endring. En myndiggjøringsprosess må stimulere individet til å ta ansvar for å forbedre egen situasjon.

Det vil være mange utfordringer i relasjonen mellom pasient og helsepersonell i forhold til myndiggjøring, men prinsippet må være å stimulere pasienten til å selv ta ansvaret i egen situasjon og være aktiv i forhold til den så langt hans/hennes ressurser strekker til.

Myndiggjøring er slik et begrep som er holdningsorientert og/eller prosessorientert og kan være viktig for å forebygge maktesløshet og fremmedgjøring (Stang, 1998).

4.3 Metodologiske perspektiv

Her vil jeg trekke fram de overveielserne som ligger forut for og inkludert i de metodiske valgene som er gjort underveis i prosessen. Den konkrete framgangsmåten vil framgå av kapittel 5.

4.3.1 Kvalitativ metode

Skal man forske på medvirkning må man lytte til opplevelser hos dem det gjelder. I planleggingsfasen vurderte jeg hvordan jeg best mulig kunne innhente data om dette. Jeg har vært opptatt av å skulle slippe til den sentrale stemmen – de eldre selv – i undersøkelsen. Kvalitative studier fokuserer på menneskelige problemer eller prosesser og det viktig at forskeren er åpen for hva forskningsdeltakerne gjør og sier (Denzin og Lincoln, 2000). Ryen (2002) trekker fram at kvalitative metoder egner seg til å studere fenomen i deres naturlige setting, og hvor forskeren prøver å forstå det ut fra den mening folk gir fenomenene. Legemiddelbruk hos eldre er preget av langvarige behandlingsregimer hvor individuelle erfaringer utvikler seg over lang tid. Jeg ønsker å løfte fram de eldres perspektiver på hverdagen med legemidler, og det var derfor naturlig for meg å trekke dialogen med de eldre ut av den terapeutiske settingen og ”møte” de eldre i ”hverdagen”.

Helsepersonell har mye kunnskap om sykdom og helse, men er ikke av den grunn eksperter på det å være pasient, jf. kapittel 4.2. Selv om det er helsepersonellet som definerer tilstanden, via legens diagnoser eller sykepleierens problemformuleringer, vil aldri helsepersonell ha samme personlige opplevelse av sykdommen som pasienten. Sykdom for pasienten er først og fremst en personlig erfaring. For å kunne presentere pasientens perspektiv kreves et tett samarbeid mellom forskeren og deltakerne, og ha forståelse for at kunnskap og innsikt blir skapt i sosial interaksjon (Postholm, 2005). For å få fram den personlige erfaringen de eldre har, så jeg det som det mest naturlige å ha mest mulige åpne intervju samtaler slik at de eldre selv fikk innflytelse på hva som var viktig å fortelle.

4.3.2 Hermeneutikk

I følge Bengtsson (2006, s. 40) ”*kan hermeneutikken spille en rolle både som innsamlings- og bearbeidingsmetode for å få kunnskap om andre menneskers livsverden*”. En hermeneutisk tilnærming er relevant i de tilfeller hvor datamaterialet består av meningsfulle

fenomener og når fenomenene må fortolkes for å kunne forstås (Gilje og Grimen, 1995). Et fenomenens mening kan være uklar og kan forandres mellom ulike aktører og fortolkningen av fenomenet må ses i lys av hvem det er som tolker, hvilke forforståelse han har og i hvilke kontekst fortolkningen skal forstås. Vi tar med oss egne forutsetninger inn i tolkningsprosessen, og de bestemmer hva som er forståelig og ikke. Forutsetningene blir omtalt som forforståelse, et begrep som stammer fra Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Våre forestillinger og erfaringer er gjerne bestemmende for hva vi problematiserer og setter spørsmålsteget ved (Malterud, 2003).

I forforståelsen inngår komponenter som språk og begreper, våre forestillinger om helheten og individuelle personlige erfaringer. Når jeg skal forske på andres erfaringer og opplevelser krever det at jeg er bevisst mine egne perspektiver og ståsted i forhold til forskningsfeltet. Hvordan jeg konkret har arbeidet med min forforståelse gjennom forskningsprosessen framkommer av kapittel 5. Når kunnskap skal konstrueres skjer det gjennom en prosess hvor delene i teksten blir påvirket av helheten, min forforståelse preger hva jeg ser. Ved å arbeide med de eldres opplevelser og erfaringer håper jeg å kunne oppnå en dypere forståelse av de opplevelsene informantene beskriver, slik at det igjen kan påvirke hvordan jeg kan forstå helheten, i form av den eldres overordnede situasjon og samhandlingen med helsepersonellet. Disse stadige bevegelser mellom delene og helheten blir benevnt den hermeneutiske sirkel (eller spiral). Slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen (Gilje og Grimen, 1995).

4.3.3 Utvalgsutfordringer

Jeg vurderte ulike løsninger for å komme i kontakt med aktuelle informanter, og endte med å ta kontakt via hjemmesykepleien. Ved å gå via hjemmesykepleien eller legekontor øker sjansen for at de eldre kan føle at de er forpliktet til å delta. Å være pasient medfører for mange et avhengighetsforhold til tjenesteyterne, og det er en mulighet for at enkelte kan føle at de må stille opp for å tilfredsstille dem som spør. Om forespørselen min mer oppfattes som en anmodning fra hjemmesykepleien enn som en åpen forespørsel de selv fritt kan ta stilling til, kan prinsippet om frivillig samtykke være truet. Det vil derfor være viktig å markere tydelig det skillet som er mellom meg som forsker og hjemmesykepleien og legetjeneste som tjenesteytere. Kontakt via hjemmesykepleien kan også påvirke i hvilken

grad informantene vil dele ev. negative tanker eller opplevelser de har i forhold til hjemmetjenesten med meg.

Et annet forhold som jeg har vært opptatt av er hvilke pasienter hjemmesykepleien velger ut som aktuelle kandidater. Det trenger ikke å være mennesker som de tenker har spesielle opplevelser, eller bruker spesielle legemidler. Ved siden av kriteriene for utvelgelse bør det at de faktisk er villige til å dele erfaringene med meg tillegges vekt. Dette er vanskelig å styre, på samme måte som det vanskelig lar seg avgjøre på forhånd hvorvidt de som stiller opp som informanter har andre baktanker enn å bare bidra med informasjon.

I følge Malterud (2003) vil et stort antall informanter lett føre til at materialet blir uoversiktlig og vanskeliggjøre en god analyse. I intervjuundersøkelser vil små utvalg kunne gi like gode data som store utvalg, pga tilgangen til den enkelte informant og muligheten for å gå i dybden i forhold til datamaterialet. Ryen (2002) angir metningspunktet for utvalgsstørrelsen der hvor nye intervju bidrar med lite nytt. Hun skisserer at løsningen kan være å gjøre utvalget på bakgrunn av variabler som er relevante for studiens problemstilling, og søke å fange den heterogeniteten som finnes i populasjonen studien retter seg mot. Hun hevder at valget av kriterier og variabler må hvile på en strategi begrunnet i feltkunnskap og jeg la derfor vekt på en faglig begrunnelse for utvalgskriteriene.

Jeg startet med å sette opp en liste over variabler som kunne være relevante. Listen ga bakgrunn for en inndeling av utvalgskriteriene etter fire hovedlinjer a) egenskaper ved informanten (kjønn, aldersgruppe, kognitiv funksjon), b) egenskaper ved bosituasjonen (boligtype, nærvær av pårørende), c) egenskaper ved tjenestetilbudet (kommunestørrelse, fastlege, hjemmesykepleie) og d) egenskaper ved den medikamentelle behandlingen (sykdomsgrupper, legemiddelgrupper, varighet av behandlingen).

Innslaget av aldersforandringer, sykdom og medikamentell behandling gjør at de individuelle forskjellene er store i denne aldersgruppen. Aldersforandringer som kan ha betydning for legemiddelopptak og omsetning i kroppen tiltar hos de fleste fra 70-75 års alder, samtidig øker bruken av legemidler med alderen (Midlöv, 2006; Spigset, 2003). Siden jeg valgte å ta kontakt med aktuelle informanter via hjemmesykepleien ble alder en underordnet kategori. Pasientene i hjemmesykepleien har et hjelpebehov som tilsier at de i

ulik grad er preget av alder, sykdom og behandling. Daatland og Solem (2000) peker på at utdanningsnivå og yrkesbakgrunn kan ha betydning for oppfattelsen av seg selv som likeverdig, og ha innvirkning på oppfattelsen av informasjon og eget selvbylde. Jeg har ikke inkludert dette i utvalgsriteriene da dette er forhold som etter min erfaring er ufullstendige i hjemmesykepleiens journaler, og derfor ville være vanskelig å plukke ut informanter etter.

Et viktig kriterium er kognitiv funksjon i form av hukommelse og virkelighetsforståelse. Dette er viktig både med tanke på informantens mulighet for å gi et informert samtykke til deltakelse (inneha samtykkekompetanse), og for å kunne feste lit til de uttalelsene informanten gir. Utover den umiddelbare vurderingen hjemmesykepleien og legen gir av samtykkekompetansen til de aktuelle informantene satt jeg som kriterium at informantene ikke har demenssykdom eller diagnostiserte psykiske lidelser som kan gå utover kognitive funksjoner. Dette gjelder ikke eldre som har et mer normal opptreden av depresjon eller angst, som er relativt vanlig forekommende lidelser i eldre år (Laake, 2003; Snoek og Engedal, 2008). Informantene skulle alle bo i eget hjem, definert som bolig uten ekstra tilgang på omsorgspersonell (boligfelleskap e.l.). En eldre som er hjemmeboende vil ha et mer tydelig ansvar i forhold til egen situasjon, sammenliknet med eldre som bor i institusjon eller omsorgsbolig. I utgangspunktet ønsket jeg å ha med både eldre som bor alene og de som har nære pårørende boende i samme hus eller i nærheten, fordi jeg har en tanke om at nære pårørende kan ha påvirkning på hvordan pasienten opplever og mestrer sin egen hverdag.

Når det gjelder egenskaper ved tjenestetilbudet har jeg lagt vekt på å velge informanter fra flere ulike kommuner, for å unngå at svarene jeg får er spesifikke for en kommune, eller legekantor. De fleste har en registrert fastlege, så det vil ikke bli tillagt vekt ved utvelgelsen av informanter. Ut fra min forforståelse og erfaring som sykepleier tror jeg at sykepleiere og andre i hjemmesykepleien er viktige i forhold til oppfølgingen av pasienten i eget hjem. Det blir da en forutsetning at informantene er pasienter i hjemmesykepleien for å kunne sette fokuset på dette i intervjuene. Noe av hensikten med studien er dessuten at jeg ønsker å gi kunnskap tilbake til sykepleiere som følger opp hjemmeboende pasienter.

Sykdommens og behandlingens art vil selvfølgelig også ha stor betydning for hvordan behandlingen er integrert i pasientens hverdag. Flere undersøkelser, f.eks. Lumme-Sandt,

Hervonen og Jylhä (2000) peker på at mennesker med kroniske sykdommer har mer kontroll på egen behandling enn eldre generelt. Jeg ønsket i utgangspunktet å sikre at materialet ikke bare besto av mennesker med kroniske lidelser, men å inkludere mennesker med sykdommer og lidelser de må leve med videre i alderdommen.

Å sette opp kriterier for utvelgelse innebærer at det er noen som faller utenfor. Min studie vil således ikke inkludere de mange eldre som ikke mottar hjemmesykepleie, men som bare har kontakt med legetjenesten. På samme måte er de eldre som bor i institusjon ekskludert fra studien, selv om de i gjennomsnitt bruker flere legemidler enn de hjemmeboende og anslagsvis er mer utsatt for uheldige virkninger i hverdagen. Disse er likevel under et kontinuerlig overoppsyn av helsepersonell som kan fange opp effektene. Utvelgelsen av kommunene vil ha betydning for hvilke eldre som blir inkludert. Dette vil være vanskelig å unngå i en så liten undersøkelse. Kultur og miljø vil kunne påvirke forholdet til legemidler. Det kan være at eldre legemiddelbrukere i byer f.eks. kan bli mer isolerte av legemiddeleffektene når de for eksempel bor i blokkleilighet.

4.3.4 Å intervjuere eldre i deres hjem

Å legge til rette for informert samtykke kan være en utfordring når man skal intervjuere eldre. Ved siden av sykdom og aldersforandringer som kan svekke helsetilstanden og hukommelsen, er manglende erfaring og kjennskap til forskning forhold som kan gjøre det vanskelig for eldre å vurdere den informasjonen de mottar i framkant av et forskningsopplegg. Dette kan bli særlig utfordrende om informasjonen blir formulert i akademiske vendinger. Det er derfor viktig å være bevisst sitt eget språk når man henvender seg til eldre mennesker (Bondevik, 2001; Kirkevold, 2005)

Bondevik (2001) viser til at mange av de eldre i sine studier kan føle seg underlegen eller være nervøse for at de ikke skal oppfylle forskerens forventninger, men framhever også at man ikke skal underslå at mange eldre har glede og nytte av å være gjenstand for interesse og oppmerksomhet. Det er derfor viktig å skape en trygg intervjusituasjon. Man må være ydmyk for at informantene skal utlevere personlige opplysninger og derfor møte de i en dialog. Kvale (2001) viser til at intervjusituasjonen er en asymmetrisk relasjon, hvor det er intervjueren som styrer samtalen, og det vil være viktig å være bevisst dette. Å være i dialog betyr at man møtes på likefot og jeg anser at min lange erfaring i å snakke med eldre var et

godt grunnlag for å mestre dette. Som forsker er jeg avhengig av å ha informantenes tillit, for at de skulle fortelle sin egen historie uten frykt for at den skal gjengis for andre på en slik måte at de kan kjennes igjen.

Det er viktig å trekke intervjuene ut av den terapeutiske rammen som de eldre står i som pasienter. Dette også for å tydeliggjøre avstanden mellom forsker og tjenesteytere. Å legge intervjuene til pasientens hjem vil også kunne gjøre det lettere å ha fokuset på pasientens hverdag, pasienten vil kunne bruke omgivelsene til å forklare eller understreke mening, og jeg som forsker vil ha mulighet for å få illustrert utsagnene med egne inntrykk om utfordringene, f.eks. i forhold til mobilitet i hjemmet. Når en snakker med pasienter om deres forhold til legemidlene kan en ikke unngå å komme i berøring med legens rolle. Jeg er ydmyk for den viktige rollen legen spiller i livene til mine informanter, og vurderer det som viktig å ikke undergrave den tilliten informantene har til sin(e) behandlende leger. Det samme gjelder de forhold som hjemmesykepleien er ansvarlig for. Skulle jeg komme over forhold som kan være uheldige vil jeg oppfordret informantene til å ta dette opp med legen eller hjemmesykepleien. I og med at jeg i utgangspunktet har kontakt med hjemmesykepleien føler jeg at jeg ville ha mulighet for å ta opp ev. mer alvorlige forhold med dem.

4.3.5 Transkripsjon og analyse.

Malterud (2003) påpeker den ydmykheten man skal ha da transkripsjonen vil være en måte å påvirke og omforme materialet og kunnskapsgrunnlaget. Malterud viser videre til at det er viktig for gyldigheten og påliteligheten av det empiriske materialet at det er forskeren selv som utfører transkripsjonen. Viktige sider av dialogen mellom forsker og informant er vanskelig å omgjøre til tekst, som non-verbale uttrykk, selv om du skriver ned de fleste. Teksten som forskeren til slutt sitter igjen med er egentlig bare en ”indirekte representasjon av en indirekte representasjon” av rådataene som er den faktiske hendelsen (dialogen) som finner sted (Malterud, 2003, s. 77), transkripsjonen vil alltid være en fordreining av hendelsen.

Analysen er en prosess som pågår fortløpende fra intervjuenes påbegynnelse. Som forsker tolker jeg meningen i det som blir sagt og følger opp uttalelser eller fortolker i lys av min forforståelse. Kvale (2001) viser til at også informanten oppdager nye ting i løpet av

dialogen som gjør at han/hun kan se nye tolkninger av hva han/hun gjør eller opplever. Også dette vil kunne bli en del av analysen ved at det kan påvirke resultatet. Det er viktig å gi informanten tid til ettertanke i forhold til sine egne svar i form av pauser i dialogen.

I et hermeneutisk forskningsopplegg er forskerens forforståelse i form av teoretiske begreper og faglig ståsted viktige i hele prosessen, ikke bare som en støtte i analysen. Dermed blir utvelgelsen av begreper og rammer for analysen en viktig del av framgangsmåten for å bygge kunnskap. Perspektivene vokser fram av vekslingen mellom min egen forforståelse, arbeidet med tidligere forskning innen området og annen faglitteratur, samt at arbeidet med intervjuene gir grobunn for å tenke i ny baner, utvide eller innskrenke de perspektivene jeg allerede hadde. Valget av teoretiske begreper som analyseredskap er derfor en viktig del av metoden samtidig som jeg som forsker må være åpen for at det er andre perspektiver som åpner seg i møte med empirien. De begreper og modeller man legger til grunn for analysen er viktige for det resultatet man sitter igjen til slutt. Mine analyseredskaper ble presentert i kap 4.2.

4.3.6 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Spørsmålet om reliabilitet og validitet er ikke en begrenset del av en studie, men er spørsmål man bør arbeide med gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 2001). Reliabilitet dreier seg om spørsmålet om studiens pålitelighet, og blir således et spørsmål om kvaliteten på dataene, som er påvirket av de valg som forskeren foretar i løpet av studien. Jeg har i oppgaven forsøkt å vise alle valg og vurderinger jeg har gjort underveis i studien, slik at leseren skal kunne vurdere om det er utført på en pålitelig måte. Jeg har i løpet av prosessen ført en egen "metodelogg", og jeg har lagt vekt på nøyaktighet og kontroll av egne metoder og framgangsmåte, det gjelder så vel min rolle som forsker, som i produksjonen av datamaterialet.

Validitet refererer til gyldighet. *"Vi kan sjelden svare ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet, er sant."* sier Malterud (2003, s. 24). Det første spørsmålet om validitet dreier seg derfor om hva materialet er sant om. Jeg er bevisst på at det mine informanter vil si noe om er deres opplevelser og erfaringer og at jeg ikke uten videre har grunnlag for å uttale meg om hvordan helsetjenesten er ut fra dette.

Jeg har lagt vekt på å klargjøre spørsmål og begrep slik at de blir forståelige for informantene. Faglitteraturen gir meg hold for å si at begrepene er relevante for det jeg skal undersøke, men jeg ville være sikker på at informantene forsto hva jeg stilte spørsmål om. Dette var f.eks. begreper som "aktiviteter i hverdagen" som lett ble tolket som det å være aktiv. Her fant jeg gjennom de eldres uttalelser at "gjeremål" var et mer dekkende begrep og brukte det i intervjuene. Jeg la vekt på å ikke bruke faguttrykk om forhold innen fagfeltet, men fant fort ut at mange av informantene var fortrolige med faguttrykk jeg hadde unngått.

Ekstern validitet viser til i hvilken grad konklusjoner holder i andre sammenhenger (Kvale, 2001). Mer enn muligheten for å generalisere fra utvalget til den aktuelle populasjonen gir kvalitative undersøkelser grunnlag for å snakke om overførbarhet (Malterud, 2003). Min studie tar utgangspunkt i enslige hjemmeboende eldre i fire kommuner i Møre og Romsdal, og vil beskrive deres erfaringer i forbindelse med medikamentell behandling. Når jeg har valgt denne formen på undersøkelsen er jeg klar over at muligheten for å generalisere kan være begrenset. Jeg kan ikke uten videre si at mine funn lar seg overføre til andre eldre i liknende situasjoner. Ved å ta utgangspunkt i opplevde virkninger av kjente legemidler og de eldre beskrivelser av disse mener jeg at deres opplevelser også kan gjelde for andre, uavhengig av bosted. Når jeg vil beskrive erfaringene de har fra møtet med helsepersonell vil denne opplevelsen være farget av konteksten, i form av sted, tid og aktører. Dette er noe av bakgrunnen for at jeg har søkt å finne aktuelle informanter i fire kommuner.

4.4 Etiske dilemma

Jeg vil her beskrive noen forhold av etiske karakter som berører min studie. De etiske spørsmålene er tett knyttet til mange av de metodologiske utfordringene jeg har beskrevet, men jeg velger likevel å framheve noen av dilemmaene her. Kvale (2001) framhever flere steder at forskeren skal vurdere om undersøkelsen kan ha konsekvenser for deltakerne. De fordelaktige konsekvensene ved studien min er at jeg ønsker å gi hjemmesykepleien en forståelse av hvordan eldre tenker om sin medikamentelle behandling, og hvilke opplevelser de har av samarbeidet med helsepersonellet. Dette kan gi kunnskap og forståelse for hvilke faktorer som er viktige med tanke på reell brukermedvirkning og mestring hos hver enkelt. Ved å velge intervjuformen som innsamlingsmetode møter jeg de eldre ansikt til ansikt, og jeg vil da ha anledning til, om ikke annet enn i en liten grad, å gi oppmerksomhet og

positive tilbakemeldinger til hver enkelt. Daatland og Solem (2000) påpeker at å føle seg mindreverdige og uinteressante kan være et trekk ved alderdommen, dog et meget generelt trekk. Bondevik (2001) påpeker at nettopp intervjuundersøkelser kan gi de eldre en opplevelse av at de og deres hverdag er interessant, og at å være fokus for et intervju kan bidra til at den eldre føler seg viktig.

I Helsinki-deklarasjonen (2004) heter det i pkt. 4 at hensynet til forsøkspersonens velferd skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Det innebærer at forskeren må vurdere nytten av studien opp mot risiko og belastninger individet utsettes for. I følge Malterud (2003) vil en kvalitativ studie om helsefaglige spørsmål kunne utsette deltakerne for psykisk uro og fordreining av meningen de framfører. Når jeg for eksempel i dialogen med de eldre berører forhold som er viktige for dem i hverdagen, kan det utløse ettertanke og bevissthet hos dem om sin medikamentelle behandling som de vil trenge hjelp til å bearbeide. Derfor vil jeg oppfordre informantene til å henvende seg enten til meg eller til hjemmesykepleien om de har noe de trenger å snakke om i etterkant av mitt besøk. I intervjuene med de eldre vil man måtte berøre den tilliten de har til legen. Å berøre relasjonen mellom lege og pasient gir etiske utfordringer i form av at man kan påvirke den tryggheten den enkelte er avhengig av i hverdagen. Jeg er derfor bevisst å ikke undergrave den tilliten de har til lege eller hjelpeapparat, og jeg har derfor ikke ønsket å gi noen vurdering av medisinskfaglige forhold i oppgaven.

Ved å gå via hjemmesykepleien gir det meg muligheten til å rapportere tilbake forhold jeg ev. vil anse som uforsvarlige, noe som helsepersonelloven gir meg plikt til å gjøre. Rollen som forsker oppløser ikke min binding til helsepersonelloven (Molven, 2006a). Et lengre intervju vil dessuten kunne være en direkte belastning for en eldre person. Derfor har jeg lagt vekt på å begrense intervjuguiden mest mulig, og ellers prøve å skape gode forhold for den eldre i selv intervjuet.

Når det gjelder å forebygge fordreining av hva informantene sier vil jeg legge vekt på å gjengi det de sier så nøyaktig som mulig, og være bevisst på at ikke meningen med det som blir sagt blir tatt ut av sin sammenheng. Dette er tenker jeg må løses ved å hele tiden veksle mellom transkripsjonene (helheten) og enkeltuttalelsene under analysearbeidet.

Kvale (2001) nevner to spesielle forhold som er viktige ved forskning på andre mennesker, det informerte samtykke og konfidensialitet. Sentralt i det informerte samtykke er samtykkekompetansen til deltakerne. Sykepleiere i hjemmesykepleien og kommunelegen vil være de som er best egnet til å vurdere samtykkekompetansen hos hver enkelt deltaker. Dette er i samsvar med rådene fra Regional etisk komité (REK). Dette ble derfor formidlet til hjemmesykepleien i informasjonsskrivet. Som jeg vil beskrive i kapittel 5 har jeg i hele prosessen vektlagt informantene mulighet for å vurdere sitt samtykke. Når det gjelder hvordan jeg har tenkt om ivaretagelsen av informantenes konfidensialitet gjennom hele prosessen vil det komme fram av neste kapittel.

I følge Kvale (2001) ligger det en etisk utfordring i hvor dypt og kritisk man skal analysere intervjuene. I transkripsjonen av intervjuene bør man derfor vise respekt for den enkelte gjennom å legge vekt på nøyaktighet for å sikre at det er informantenes stemmer som blir hørt, og ikke bare forskerens. Siden analysen likevel vil være preget av min stemme og mine perspektiv vil jeg legge vekt på å gjøre rede for mine valg gjennom prosessen.

4.5 Oppsummering

Jeg har i dette kapittelet gjort rede for mine teoretiske perspektiv som en viktig del av min for forståelse. Jeg har argumentert fram mine analyseredskap i form av teoretiske begrep. Jeg har gjort rede for mine overveielser i arbeidet med metoden, og vist hvordan jeg har tenkt å løse de etiske dilemma som kan oppstå i en undersøkelse som min. Gjennom arbeidet med problemstilling, metodologiske overveielser og etiske spørsmål har jeg vist hva som ligger til grunn for min praktiske framgangsmåte – metoden, som blir presentert i neste kapittel.

5 METODISKE VALG

I dette kapitlet vil jeg beskrive de metodiske valg jeg har foretatt i løpet av forskningsprosessen. Jeg har valgt å organisere kapitlet etter inndelingen av ulike faser i forskningsprosessen, slik den framkommer hos Kvale (2001), selv om fasene i praksis går over i hverandre. Kapitlet viser tilbake til de metodologiske og etiske refleksjoner som ble presentert i forrige kapittel, men vil være en gjennomgang av konkret framgangsmåte og de mer praktiske valgene som er foretatt.

5.1 Planleggings- og oppstartsfasen

Jeg la tidlig vekt på å bevisstgjøre meg min forforståelse og har vært opptatt av å være meg den bevisst gjennom hele forskningsprosessen. Min forforståelse danner bakgrunn for valg av problemstilling og er knyttet til min bakgrunn som sykepleier. Jeg har i flere år arbeidet med faglige spørsmål knyttet til eldre og deres situasjon som brukere av helsetjenester. Mitt ståsted i forhold til feltet er presentert i kapittel 1.3. Jeg er klar over at min bakgrunn og forforståelse kan prege det jeg ser, og det var derfor viktig for meg å arbeide med det innledningsvis.

I planleggingen av studien vurderte jeg den som medisinsk og helsefaglig forskning slik dette er definert i helseforskningsloven (HOD, 2008b). All helsefaglig forskning skal i følge NESH (2000) meldes til, og godkjennes av en regional etisk komité (REK). Studien er derfor lagt fram for og godkjent av Regional etisk komité, Midt-Norge, se vedlegg VII. I tillegg er studien godkjent av "Personvernombudet for forskning" ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), se vedlegg VIII. Alle godkjenninger fra REK og NSD var i orden før jeg startet arbeidet med å skaffe informanter. For å få tilgang til informanter tok jeg kontakt med hjemmesykepleien i fire kommuner og la fram prosjektideen min. Det ble etablert en kontakt, og sykepleierne i hjemmesykepleien som skulle velge ut aktuelle informanter ble informert vi et eget informasjonsskriv (vedlegg III). Jeg presiserte kriteriene for utvelging for å understreke betydningen av å ikke bare velge ut de spesielle tilfellene.

5.1.1 Utvalgsprosess

For å skaffe informanter valgte sykepleieren i hjemmesykepleien i de aktuelle kommunene ut aktuelle informanter og orienterte dem via mitt forespørselsskriv (vedlegg I). De aktuelle informantene sendte så inn samtykkeerklæringen (vedlegg II) i en forhåndsfrankert konvolutt. Framgangsmåten ble valgt etter vurderinger av muligheten for å komme i kontakt med de eldre jeg ønsket å intervju, jf. kapittel 4.3.3. Jeg har lagt vekt på at informasjonen om prosjektet og forespørselen om deltakelse ble gitt både skriftlig og muntlig. Sykepleiere i hjemmesykepleien ble informert om viktigheten at de eldre forsto hva forespørselen gikk ut på, og jeg har jeg forsøkt å legge opp den skriftlige informasjonen i et normalt språk. Sykepleierne som tok kontakt med informantene forsikret seg at de eldre hadde forstått omfanget av deltakelsen før de signerte samtykkeerklæringen.

Jeg sendte i første omgang ut forespørsel til 4 personer i en kommune, for så å kontakte 10 nye personer i tre andre kommuner. Etter frafall ble det sendt ut nye forespørsler til ytterligere 5 personer, og jeg ble sittende igjen med et utvalg på 11, hvor av et av intervjuene ble gjennomført som et prøveintervju. I følge Ryen (2002) vil metningspunktet for hvor mange informanter man trenger være der hvor nye intervju bidrar med lite nytt. Om flere intervju kunne utdypet, utvidet eller tilført noe nytt i materialet skal jeg være forsiktig med å avvise, men jeg opplever at informantene fyller hverandre ut, og sammen gir en god helhet i materialet.

Fire personer trakk seg fra undersøkelsen etter at de hadde samtykket, mens ytterligere to personer ble utelatt på grunn av praktiske forhold som reise og besøk av familie. Det lot seg derfor ikke gjøre å gjennomføre intervjuene innen min tidsramme. De siste to trakk seg fordi de "hadde kommet i andre tanker" etter at de hadde samtykket til å delta. De mente de ikke hadde noe å bidra med, at det ikke ville være interessant for meg det de kunne fortelle. Dette var en holdning jeg delvis møtte hos andre deltakere, og jeg hadde bestemt meg for å møte alle slike situasjoner på samme måte. Jeg forklarte kort hva som ville skje under intervjuet, hvor lenge det ville holde på, og hva slags type spørsmål jeg ville stille. Jeg la vekt på ikke å være appellerende eller ledende, men at de selv fikk avgjøre om de ville delta. Jeg informerte dem om deres rett til å trekke samtykket tilbake, og forsikret dem om at dette ikke ville få betydning for deres forhold til hjemmesykepleien eller fastlegen. Jeg har heller

ikke formidlet tilbake til de aktuelle hjemmesykepleiedistrikt hvem som deltok eller ikke, men regner med at enkelte av informantene har gjort dette selv.

Mitt endelige utvalg ble seks kvinner og fire menn i alderen 80 til 95 år, som tabell 5.1 viser:

Informantene:

Enke/enkemann	9
Gift	1
Alder	80-95
Gjennomsnittsalder	86,7 år
Gjennomsnittsalder menn	87,2 år
Gjennomsnittsalder kvinner	86,3 år

Tabell 5.1: Utvalg

Tabellen viser sammensetningen av utvalget hva angår alder og sivil status. Personen som er registrert som gift har ektefellen boende på sykehjem. Det innebærer at samtlige informanter i utvalget bor alene i eget hjem, eller i tilpasset bolig (f.eks. trygdebolig), men de fleste har nære pårørende boende i nærheten. Alle informantene har regelmessig besøk av hjemmesykepleien (se tabell 6.3) og har fra et besøk i uka til to om dagen. Informantene brukte i gjennomsnitt seks ulike legemidler fast per døgn. Ytterligere statistikk over bruk av helsetjenester presenteres i kapittel 6.

5.2 Intervjustrategi

Intervjuguiden (Vedlegg IV) ble utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og mine teoretiske og metodologiske overveielser (jf kapittel 4.2 og 4.3) og med utgangspunkt i Ryen (2002) sin drøfting av utfordringene rundt forhåndsstrukturering. Hovedstrukturen i intervjuguiden er basert på tema som tar for seg ulike sider ved hverdagen med medikamentell behandling. Temaene reflekterer de forskningsspørsmål jeg har ønsket svar på; syn på egen legemiddelbruk i hverdagen, informasjon og kunnskap om egne legemidler, opplevelse av virkningene av legemidlene, opplevelse av samarbeid generelt og informasjon spesielt fra helsepersonell, og om de er medvirkende i egen behandling.

I utgangspunktet var intervjuguiden fylldig med mange detaljspørsmål og jeg måtte arbeide en del med den før jeg kunne bruke den. I og med at studien til dels har et beskrivende preg

var jeg opptatt av at guiden ikke var for detaljert, samtidig som jeg for min egen del ønsket å ha stikkord for oppfølgingsspørsmål til relativt åpne hovedspørsmålene.

Intervjuguiden ble testet i et prøveintervju, hvor jeg erfarte at det var vanskelig å følge en stram struktur i intervjuene. Prøveintervjuet ga meg ellers nyttige innspill i forhold til begrepsbruk og rekkefølge av temaene.

Jeg har valgt å ha et eget skjema for faste opplysninger (Vedlegg V) for å sikre at disse ble tatt med, og for å sikre rett avskrift av legemiddellisten. Dette også for å sikre at jeg fikk de samme opplysninger fra alle informantene og slik kunne skaffe meg en oversikt over utvalget. For å ivareta kontekstuell informasjon brukte jeg et eget skjema hvor jeg noterer ned observasjoner av omgivelsene, oppbevaring av legemidler og beskaffenheten av dem, samt tilstanden av ev. legemiddellister (Vedlegg VI).

5.2.1 Intervjuene

Etter å ha mottatt samtykkeerklæringene tok jeg telefonisk kontakt med de aktuelle informantene for å avtale tid og sted for intervjuet. Jeg presenterte prosjektet og gjentok informasjonen om muligheten for å trekke seg. Jeg la, som i den skriftlige forespørselen, vekt på å markere at det ikke eksisterer noen kobling mellom meg og de tjenestene de mottar for at de ikke skulle føle seg tvunget til å delta. Jeg tilbød dem alltid å ringe opp igjen dagen før intervjuet for å forsikre meg om at det fortsatt passet at jeg kom, eller at noen ønsket en påminnelse. Dette for at de ikke skulle føle at dette var en avtale som skulle fortrenge alle andre aktiviteter. Tre ganger ble intervjuavtaler endret i denne siste kontakten.

Alle intervjuene er foretatt i informantens hjem, etter forslag fra meg og/eller ønske fra informantene selv. Jeg opplevde at flere møtte meg med en tydelig nervøs forventning om det de skulle være med på, og jeg responderte på denne reaksjonen med å ta meg ekstra god tid før intervjuet startet. Jeg var på forhånd opptatt av subjektivitet og brukermedvirkning i intervjuene og selv om det er jeg som styrer samtalen må informantene få fortelle sine historier, presentere sine liv og hjem slik de føler det er naturlig for dem. Ved selve besøket la jeg derfor vekt på å opptre som gjest, dvs. at den eldre selv tok initiativ til å invitere meg inn og bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. Dette resulterte i at det ved et par anledninger ikke var det mest ideelle opptakssted vi havnet på. Jeg lot informanten få tid til å snakke om det hun/han følte for, før jeg tok initiativ til å snakke om intervjuet. Mange var

interessert i hvem jeg var, hvor jeg kom fra osv, informasjon som kunne gi dem en mulighet til å bli litt kjent med meg, og opparbeide tillit til meg.

Etter den innledende samtalen begynte jeg alltid med å presentere hva prosjektet gikk ut på, hvordan opplysningene ville bli behandlet og hvordan jeg ville sikre deres konfidensialitet gjennom prosessen. Jeg la alltid fram den muligheten de hadde til å trekke sitt samtykke.

Hele samtalen, også selve intervjuet bar preg av at den medikamentelle behandlingen er innvevd i livshistorier, noe som utfordret meg i forhold til å få den utdypning av spørsmålene som var ønskelig, oppklare meninger den eldre hadde eller få informanten til å svare på spørsmålet. Jeg la vekt på ikke å avbryte informantene, selv om de hadde lange historier om annet enn det jeg var ute etter eller tenkepausene ble lange. Jeg skrev ned stikkord underveis eller stilte spørsmålet om igjen når informantene hadde snakket ferdig om det de hadde på hjertet. Jeg har ikke fulgt intervjuguiden slavisk, men sikret at vi har snakket om alle tema, og så mange som mulig av de momentene jeg hadde for oppfølging av hovedspørsmålene. Det var ikke alle intervjuene som aktualiserte alle oppfølgingsspørsmål. Jeg brukte skjemaet for faste opplysninger aktivt i samtalen, bl.a. for å trekke inn legemiddeloversikten som en del av intervjuet – der samtalen dreide seg om hvilke indikasjoner, virkninger og bivirkninger som kunne knyttes til de ulike legemidlene. Skjemaet fungerte godt med tanke på at fokuset ble tydelig flyttet til behandlingen mer enn personen. Mange av de eldre uttrykte engstelse for at de ikke skulle uttale preparatnavn rett, eller at de skulle dumme seg ut når de omtalte medisiner og sykdommer. Jeg rettet ikke opp feil, uten at de skapte forvirring i forhold til hva den enkelte virkelig mente.

Ved flere av intervjuene fortsatte samtalen lenge etter at opptaket var over. Noen ganger kom det fram relevante opplysninger som er tatt inn i avskriften av intervjuene.

5.3 Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp på mp3-spiller med god kvalitet, og jeg transkriberte intervjuet samme dag som det fant sted. Hovedinntrykkene og stemninga fra intervjuet var derfor klart for meg når jeg transkriberte. Jeg benyttet meg også av observasjonsskjemaet for å nedtegne opplysninger om stemning og miljøet. Jeg noterer meg hendelser, uttrykk, latter osv som en del av dialogen, og jeg har i analysearbeidet gått tilbake til lydopptakene for å sjekke viktige

uttalelser. Dette mener jeg styrker intervjudataene. For å ivareta konfidensialiteten til hver enkelt har jeg kun oppbevart navn og telefonnummer til hver enkelt informant fram til intervjuet er gjennomført. Etter dette kommer det kun fram kjønn og alder for den aktuelle informant. Jeg har i tillegg påpekt overfor de involverte i hjemmesykepleien at de ikke bringer videre hvem de plukker ut som aktuelle for deltakelse. Dette for å ivareta den enkelte informant. Dette gjorde jeg ved å påpeke den allmenne taushetsplikt de har i form av sin status som sykepleier. Konfidensialiteten blir også utfordret i oppbevaringen av rådata, og i skrivingen av oppgaven. Når det gjelder lagring og oppbevaring av datamaterialet ble intervjuene kopiert fra mp3-spillere til min personlige datamaskin. Originalopptaket ble lagret på mp3-spillere til transkripsjonen var ferdig, for deretter å bli slettet. Alle kopierte opptak og utskrevne intervju er lagret med passordbeskyttelse.

Bruken av dialekt kan utfordre nøyaktighet i gjengivelsene av ytringene, og jeg har derfor i transkripsjonen og arbeidet med teksten vært oppmerksom på dobbelte meningsytringer. Jeg har i intervjuene delvis sjekket min egen tolkning av det informantene sier, uten at jeg på noen måte ser for meg at det har vært gjennomført i forhold til alle uttalelsene og meningene som har vært uttrykt i dialogen.

Transkripsjonsprosessen ga også verdifull tilbakemelding på min egen rolle som forsker, ved at jeg ble bevisst egen opptreden i intervjuene. Jeg fikk anledning til å korrigere meg selv i forhold til egen "utålmodighet" når informantene kom inn på områder utenom mitt fokus, særlig i de tilfellene jeg egentlig ville følge opp det de nettopp hadde sagt. Denne bevisstgjøringen førte til at jeg i senere intervju noterer stikkord for hva informanten akkurat hadde sagt, eller for hva jeg måtte følge opp. Dette har også med å vise den eldre respekt ved faktisk å høre på når de har en historie å fortelle. Fortløpende transkriberingen ble også en viktig del av analyseprosessen ved at jeg fikk en føling med hva som var sentrale tema og spørsmålsstillinger, samtidig som nye perspektiv ble avdekket.

Når det gjelder konfidensialitet i oppgaven har jeg særlig vektlagt to forhold; hvordan jeg gjengir informasjon om dem og hvordan jeg siterer dem. Jeg bruker ikke kommunenavn i oppgaven i det hele tatt, og at jeg i den grad jeg refererer til uttalelser fra informantene når jeg presenterer funnene har jeg gitt de fiktive navn. Alderen på informantene mine presenteres atskilt. For å vurdere graden av konfidensialitet og anonymitet i materialet

støtter jeg meg til opplysningene på NSDs hjemmeside (NSD, 2007). De viser til at navn eller andre personentydige kjennetegn kan erstattes med et nummer eller lignende, og som ev. viser til en atskilt liste med de direkte personopplysningene.

Jeg har valgt å gjengi informantenes uttalelser i nynorsk språkdrakt da talespråket til mine informanter ligger nærmest det nynorske skriftspråket. Siden jeg selv snakker et bokmålsdominert språk, har en del av informantene brukt bokmålsuttrykk når de svarer på mine spørsmål. Når jeg siterer informantene i oppgaven har jeg imidlertid valgt å gjengi disse på et tilnærmet normert nynorsk. Alle har vi individuelle måter å si ting på, spesielle vendinger eller egne fyllord. For å ivareta konfidensialiteten har jeg derfor i gjengivelsen av ytringene i oppgava forsøkt å vaske vekk slike særegenheter. I løpet av intervjuene har informantene delt erfaringer og meninger som gjør at de utleverer seg selv eller forteller en privat historie. Jeg har i skriveprosessen lagt vekt på å ikke sitere slike utsagn, i alle fall ikke uten å ha moderert de slik at jeg føler meg trygg på at de ikke kan gjenkjennes av andre. Likevel har jeg vært bevisst på å framstille meningen i utsagnene.

5.4 Analyseprosessen

Analyseprosessen er en viktig del av forskningsprosessen, og begynner allerede i selve intervjuet. Etter at intervjuene var ferdig transkribert arbeidet jeg lenge med hvert intervju. Jeg nummererte hvert utsagn, eller setning og noen steder brøt jeg ned teksten til de minste meningsbærende utsagnene. Jeg søkte i hvert intervju etter indre sammenhenger eller misforståelser mellom informantene og meg som forsker. Transkriberingen kan føre til feil avskrift, noe jeg var redd for særlig når det gjelder sentrale uttalelser. Alle uttalelser jeg har lagt vekt på er derfor dobbeltsjekket. Jeg har forsøkt å se uttalelser sammen med hverandre og sette de fysisk opp hvor de hørte sammen, noe som førte til en videre forståelse av uttalelsene. Hos noen fikk jeg fram et mer sammensatt mønster i uttalelsene på denne måten. Etter hvert som jeg oppdaget nye eller fikk bekreftet perspektiver eller kategorier noterte jeg det i et eget skjema som skulle brukes for å se flere intervjuer sammen.

Etter at jeg hadde arbeidet med enkeltintervjuene, sammenlignet jeg på tvers av intervjuene for å se etter felles kategorier. Jeg hadde i utgangspunktet tanker om hovedkategorier ut fra faglitteraturen, men de ble endret, utbygd med underkategorier eller bygd inn i andre

kategorier underveis i analysearbeidet. Dette arbeidet ble fulgt opp med at jeg sammenlignet tekst fra de ulike informantene innenfor samme kategori, noe som var en tidkrevende prosess. Dette skjedde delvis ved at jeg gikk igjennom kodingen av hvert intervju på nytt, og dels ved at jeg trakk tekst fra hvert intervju inn i et eget dokument.

Jeg har i oppgaven valgt å presentere min analyse av materialet på to nivå. På det første nivået sammenstilles data fra enkeltintervjuene i beskrivende kategorier for å gi et bilde av hva materialet sier om de tema og forskningsspørsmål jeg reiser i studien. Disse er interessante i seg selv der de beskriver de eldres egne opplevelser og erfaringer med legemidlene og ulike sider av samhandlingen med helsepersonellet. Å organisere materialet på dette nivået er også interessant fordi det gir helsepersonell tilbakemelding i forhold til viktige sider ved de eldres opplevelse av det de blir utsatt for. Som jeg har argumentert for i kapittel 4.2 har jeg valgt med bakgrunn i problemstilling og teorigjennomgang noen analyseredskap. Disse representerer et overordnet nivå i forhold til informantenes opplevelser, selv om det blir i noe grad en kunstig inndeling i nivå. Tillit, kommunikasjon og attribusjon kan analysere og hjelpe oss til å se hva som skjer på det beskrivende nivået. Samtidig vil de være en forutsetning for at informantene i det hele tatt skal kunne beskrive opplevelser de har f.eks. med samhandlingen med legen. Myndiggjøring har jeg valgt å plassere som et analysenivå over disse tre, siden både tillit, kommunikasjon og attribusjon kan påvirke i hvilken grad pasienten blir myndiggjort, og jeg har plassert myndiggjøring på veien mot mestring som mitt overordnede begrep. Analyseredskapene er tatt i bruk for å se hvordan forhold i situasjonen både legger til rette for og kan hemme mestring.

5.5 Oppsummering

Kapittelet viser de valg jeg har tatt i den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen, og er den framgangsmåten som ligger til grunn for innsamlingen av det datamaterialet jeg vil presentere i det neste kapittelet. De to forgående kapitlene går over i hverandre siden arbeidet med metoden ikke er en prosess i seg selv. Arbeidet med metodiske valg hviler på kjennskap til kunnskapsgrunnet og er vevd inn i de metodologiske og etiske overveielserne jeg har gjort rede for i kapittel 4.

6 PRESENTASJON AV FUNN

Jeg vil først presentere de eldres beskrivelser av egen hverdagen og samarbeidet med helsepersonellet. Presentasjonen av funnene i dette kapitlet følger inndeling av forskningsspørsmålene, og de tre første spørsmålene gir grunnlag for denne presentasjonen. Hverdagen med legemidler presenterer jeg gjennom beskrivelser av hvordan de rent generelt opplever legemiddelbruken, for så å konsentrere meg om sammenhengen mellom legemiddelbruk og aktiviteter. Dette for å vise hvordan legemidlene kan få innvirkning på hverdagen til de eldre. De eldres forhold til helsetjenesten belyses via deres beskrivelser av opplevelser av samarbeidet med henholdsvis fastlegen og hjemmesykepleien. Det er fastlegen som er den sentrale personen de forholder seg til, mens hjemmesykepleien mest er knyttet til administrasjonen av legemidlene. Når det gjelder informasjon om medikamentell behandling tar jeg for meg to sider av dette i kapittel 6.4. Hvilke opplevelse har de av mottatt informasjon, og hvilke kunnskaper har de om egen behandling. Forskningsspørsmål fire og fem utdypes i kapitel 7.

6.1 Hverdagen med legemidler

Personene i utvalget bruker i gjennomsnitt seks ulike legemidler fast per døgn (se tabell 6.1). I tillegg kommer legemidler som de bruker ved behov, som f.eks. nitroglycerin (ved anginaanfallet) eller smertestillende. Flere av informantene bruker i tillegg naturpreparater, vitaminer eller f.eks. Omega 3. Det er viktig at også naturpreparater og ikke-reseptbelagte legemidler brukes i samråd med lege da de kan interagere med pasientens faste medikamentelle behandling.

Hvor mange faste legemidler per døgn?

4 legemidler per døgn	2 personer
-----------------------	------------

5 legemidler per døgn	4 personer
-----------------------	------------

6 legemidler per døgn	2 personer
-----------------------	------------

10 legemidler per døgn	2 personer
------------------------	------------

Tabell 6.1: Legemiddelbruk per døgn

Legemiddelbruken fordeler seg på fire faste tidspunkt i løpet av dagen (morgen, lunsj, middag og kveld), slik også dosetten² er delt inn. Alle informantene tar de fleste av legemidlene sine om morgenen, gjerne sammen med frokosten. Ser man på antall legemiddelenheter (f.eks. antall tabletter) er gjennomsnittet nesten 8 enheter per dag. Den som bruker flest har 22 enheter legemiddel å svelge i løpet av en dag. Når det gjelder legemiddelgrupper (se tabell 6.2) fordeler utvalget seg ganske normalt i forhold til hva som er beskrevet i litteraturen (Ruths og Straand, 2007; Straand, Sandvik og Rokstad, 1998). Verdt å merke seg at såpass mange som 6 av informantene bruker sovemidler, mer eller mindre fast.

Vanlige legemiddelgrupper

Sentraltvirkende smertestillende (opioider)	4 personer
Midler mot høyt kolesterol	4 personer
Vann drivende (diuretika)	6 personer
Sovemidler	6 personer
Midler mot hjerte- og karlidelser	7 personer
Midler mot høyt blodtrykk	8 personer

Tabell 6.1.2: Vanlige legemiddelgrupper

6.1.1 Generell opplevelse av legemiddelbruken

For alle informantene har legemiddelbruken blitt en vane. Om det ikke er en naturlig del av hverdagen så er i alle fall det praktiske rundt legemiddelbruken godt tilpasset til denne. For alle er det vanlig å ta legemidler ved siden av maten eller annet fast gjøremål de har i løpet av dagen. De tar de fleste legemidlene til frokost, og dosetten hjelper dem til å ha oversikt. For noen kan det å svelge tablettene være den største utfordringen, bl.a. på grunn av bivirkninger som f.eks. munntørrehet eller at tablettene setter seg fast, særlig de som bare består av sammenpresset tørrstoff. Flere av informantene nevner problemet med å huske legemidlene til rett tid, men få har noe fast system for å huske dette. Det er få som har opplevd konsekvenser av feilbruk, selv om det har gått feil en og annen gang. Ved feil som kan gi umiddelbare konsekvenser har de visst hva de skal gjøre for å ordne opp. Dette er likevel opplevelser som kan sitte i, og endre deres syn på egen sårbarhet og mestring.

² En dosett er en beholder som er delt inn i fire doseringstidspunkt for hver av dagene i uken. Legemidlene legges så oppi hvert kammer tilsvarende det tidspunkt legen har angitt for det aktuelle legemiddelet.

Noen av informantene forteller at de i starten var skeptiske til å måtte bruke legemidler, og særlig når de ikke helt forsto indikasjonen for behandling, hvorfor de måtte ha dem.

Legemiddelbruk ble møtt med ulike tanker og følelser som at det var det endelige beviset på at de var gamle, eller som en lettelse over at det var mulig å behandle den lidelsen de hadde fått. Selv om legemiddelbruken er blitt en vane, synes noen de bruker mer enn nok krefter på å måtte holde orden på alle legemidlene, særlig de av informantene som tar legemidler opptil fire ganger per dag. De er til dels avhengige av å ha legemidlene for hånden ved bestemt tidspunkt i løpet av dagen, selv om ikke alle legemidlene må tas akkurat til avtalt tid.

Eg har alltid vore redd for å teke for mykje medisin, så det er ikkje så greitt å skulle bruke nokre heile tida..., men du veit når ein brått blir sjuk, då kan det vere godt å få hjelp for plagene (Ingrid)

Nei eg tenkte med meg, dette vart aldeles ei plage, for eg hadde aldri teke noko medisin..., eg blir nå vande med å ta desse der, det blir liksom ei vane..., men all den tid at eg har fått dei og bruker dei, er dei sikkert til hjelp. Eg begynner jo å dra på åra...(Bjarne)

Selv om det er en vane, er legemiddelbruken for flere av dem en alvorlig side ved hverdagen, man føler seg pliktige til å følge opp behandlingen, ikke minst gjelder det de legemidlene som er nært knyttet til sykdommer med alvorlige følger, som f.eks. hjertesykdom. Man er på en måte fanget i "klemma" mellom sykdom og legemidler. Flere av informantene har f.eks. opplevd hjerteinfarkt eller hadde vært igjennom en hjerteoperasjon, noe som minner en på at livet er skjørt. Dette kan lett føre til at de er mer opptatt av sykdommen enn virkningen av legemidlene, og det er ikke alltid like enkelt å snakke om legemidlene i stedet for å snakke om sykdommen. Det kan synes som om det er mer naturlig å uttale at en har tillit til de legemidlene som virker mot akkurat disse alvorlige tilstandene eller er ment å forebygge nye episoder eller anfall. Det er en naturlig og følbart sammenheng mellom det de har vært gjennom og legemiddelbruken, og det er enkelt å forstå indikasjonen for behandling.

Etter det med hjartet vart eg redd...Medisinane som hjelpe for hjarteplagene mine er ein føresetnad for meg, å vere i live meiner eg. Sjølv om døden er ein del av livet, vil ein jo vere i live... Dei gjer at eg føler meg tryggare...Det hjelp at du stoler på dei medisinane du får (Christine)

Ja nokre av dei kan ha ganske ille bivirkningar, men ...nei har den oppfatninga at det er medisinane som held liv i meg, for kvar sort er for kvar sin sjukdom. Ja, og hadde eg ikkje hatt dei veit ikkje eg, då hadde det gjerne ikkje gått så bra...(Else)

Vi ser at tilliten til legemidlene er stor, og som Else gir uttrykk for; selv om legemidlene kan gi til dels plagsomme bivirkninger er det ikke det som bekymrer. Det som kan være vanskelig å tenke på er konsekvensene av hvordan det ville vært uten. Nesten alle nevner akkurat denne bekymringen. Dette samsvarer godt med det Granås og Bates (2005) fant i sin undersøkelse, hvor de viser at bekymringene for sykdommen ofte overstiger de bekymringene de måtte ha for legemiddelbruken, selv om disse i seg selv kan være store (se s. 25). Trolig vil dette også kunne få betydning for hvilke spørsmål de er opptatt av å ta opp i konsultasjonene med legen, se kapittel 6.2. Dette gjør at legemiddelbruken kan få et mer alvorlig preg, og for noen av informantene blir det viktig å følge opp det legen sier ganske nøyaktig. Dette kan minne om beskrivelsene av compliance (se kapittel 3.2.) hvor det viktigste er å ta legemidlene rett. Mange av informantene er opptatt av det, noe som kan illustreres av Dags uttalelse:

Eg tar det som ein nødvendighet for at eg skal kunne leve vidare..., eg har prøvd å følge oppskriftene korrekt, og er nokså nøye på tidene eg tar dei..., eg prøver å gjere det så godt som eg får ordre til.

Når selve sykdommen eller lidelsen går ut over hverdagen i merkbar grad blir legemidlene som skal hjelpe mot dette også en trygghet for pasienten. En gruppe legemidler som er viktige her er legemidlene de skal bruke når det oppstår noe ekstra. Tilliten de har til disse legemidlene er for det meste et resultat av egne erfaringer, men det er også tydelig at legen og delvis hjemmesykepleien har bidratt til kunnskapen om bruken av disse legemidlene. De fleste som bruker slike "behovsmedisiner" har god oversikt over når og hvordan de skal brukes, selv om noen helst ikke vil bruke noe ekstra. Disse legemidlene har ofte god og/eller øyeblikkelig effekt på plagene, som f.eks. nitroglycerin mot anginasmerter, innsovningstabletter eller sterkere smertestillende (som regel Paralgin forte). Både denne umiddelbare virkningen i seg selv, og vissheten om at legemidlene er tilgjengelige, kan være det som skal til for at den enkelte føler seg trygg i situasjoner hvor behovet for ekstra medisin kan melde seg, og slik evner å være mer aktive:

Slike eg legg under tunga har eg og i tilfelle eg skulle få eit anfall, men det har eg ikkje hatt nå når eg har desse medisinane, men det er godt å ha dei. (Christine)

Det hender eg tek ein..., det er ein betryggelse berre å vite at eg har dei, at dei ligg på nattbordet og at eg kan ta dei når eg ikkje får sove. (Else)

Flere av informantene bruker legemidler som kan skape avhengighet, i en mer negativ betydning av ordet, og noen har opplevd å være legemiddelavhengige. Dette gjør dem skeptiske til det konkrete legemiddelet, eller til legen som skrev det ut, men synes ikke å påvirke holdningen til det å bruke legemidler generelt. Noen av informantene har aldri tenkt over at dette er en problemstilling, rett og slett fordi ikke har brukt denne typen legemidler eller de ikke vet at de kan bli avhengige. Noen informanter mener at det å bli avhengig av smertestillende eller sovetabletter, ikke er noe offer i deres alder, slik som f.eks. Astrid gir uttrykk for i sitatet under:

Han ville ikkje gi meg sovetablettar..., du søv litt likevel seier han..., da skulle han kjent når eg legg meg og ikkje får sove heilt med det same..., så skrivar han på eska "må ikkje brukast kvar dag", men eg må bruke dei og eg synest eg er så gamal nå at fordi om eg blir avhengige av desse tablettane så gjer ikkje det noko.

Dette kan være uttrykk for en holdning til alderdommen, men helsepersonell må selvsagt også ta i betraktning at det kan være et uttrykk for en reell avhengighet. Astrid gir også i sitatet uttrykk for en opplevelse av at legen ikke helt tror på det hun forteller. Dette er i og for seg noe som flere av informantene har erfaringer med. De oppfatter at legen sier noe om at de ikke kan være så dårlig som de prøver å gi uttrykk for, eller at helsepersonell ikke lytter til det de har å si. Dette berøres i kap. 6.2 som handler om samhandlingen med legen.

De fleste av informantene er mer eller mindre engstelige for å gjøre feil med egne legemidler, og det er flere forhold som gjør at det kan være en utfordring å administrere legemidlene selv. Det er kun tre av informantene som har hele ansvaret selv, mens en av de andre delvis har ansvaret. De siste årene har det stadig kommet flere synonympreparater³ eller byttbare legemidler på markedet. Selv om legen har skrevet ut resept på et preparat, blir de tilbudt eller får utlevert det billigste synonympreparatet på apoteket. Det fører til at legemidlene de bruker skrifter navn og/eller utseende. Flere av informantene uttaler at de opplever at dette gjør det vanskelige å følge med på egen behandling, enten de administrerer

³ Synonympreparater er likeverdige legemidler som inneholder samme virkestoff, i samme styrke og legemiddelform, og som har sammenlignbar biotilgjengelighet. Preparatene skal være medisinsk likeverdige

behandling selv eller de bare ønsker å følge med på det hjemmesykepleien har laget i stand til dem. Når de ikke kjenner igjen legemidlene kan de bli utrygge eller engstelige for å gjøre feil, eller de blir usikre i forhold til hva de skal legge i dosetten, eller hva som ligger der. Når det gjelder det som hjemmesykepleien har laget i stand er det noen av informantene som bare tar det for gitt at det som er laget i stand til dem er rett.

Før bruka eg å lage til i dosetten sjølv, men det vart så vanskeleg fordi dei forandra sånn på medisinnamna og utsjånaden. (Christine)

Det er det at dei skifter enten form eller farge. Ja er ein relativt oppegående så kan nå det vere greitt, men det er litt skummelt..., men dei hevda alle saman som legen, at ein kan ha full tillit til medisinen og verknaden. (Dag)

Selv om man ikke administrerer behandlingen selv lenger, kan dette gjøre det vanskelig for den enkelte å holde orden på legemidlene. En av informantene skulle forklare meg om de legemidlene hun bruker, men kommer i beit fordi hun ikke kjenner igjen navnet på et legemiddel hun har brukt i flere år. Systemet og ordningene endres ofte ut fra et samfunnsøkonomisk hensyn og avgjørelsene kan i og for seg være ment til pasientens beste. Det kan være et eksempel på hvordan endringer i helsevesenet resulterer i en kommunikativ utfordring i helsepersonellets møte med den enkelte. At legemidlene i utgangspunktet er farmakologisk likeverdige har likevel ført til rapportering av endrede virkninger, og en av informantene har selv gjort seg slike erfaringer:

På apoteket kjem dei med desse billigmedisinane sine. Då eg fekk det så hadde eg ikkje sett etter kva eg fekk, og eg vart så sjuke..., men nå nektar eg å ta i mot dei, og det er fleire enn eg som har opplevd det..., eg kjende det på heile meg at det var gale, det var heile allmenntilstanden, eg var nå rett og slett heilt utslegen..., så det gjekk ikkje nei. (Ingrid)

Når Ingrid så gir tilbakemelding om dette og forteller om den effekten legemidlene hadde på henne, møter hun skepsis, og opplever å ikke bli tatt på alvor. Hun får utlevert samme preparat en gang til, og må selv ta affære overfor legen slik at han skriver på resepten at hun kun skal ha det preparatet han skriver ut. Dette til tross for at apoteket har plikt til å levere ut det preparatet hun selv ønsker seg (jf. apotekloven § 6-6, SHD, 2000b).

6.1.2 Legemidler og aktiviteter i hverdagen

Informantene uttaler at legemidlene både er til glede og besvær i forhold til aktiviteter i hverdagen. For noen kan legemidlene være en forutsetning for å klare å delta i aktiviteter, mens for andre kan legemidlene være til hinder for det samme. Som jeg nevnte i kap. 6.1.1 kan vissheten om at de har med seg legemidler som de vet virker være en støtte i seg selv. Det er både hovedvirkninger og bivirkninger av legemiddelet som kan gi effekter som påvirker muligheten for å være aktiv. Mange av informantene har både sykdommer og følgetilstander som gjør at deres fysiske funksjonsevne er redusert og legemidlene blir en forutsetning for å klare å være aktive. Dette gjelder f.eks. grunnmedikasjon i forhold til hjerte- og karsykdommer eller smertestillende. Det er også flere tilfeller hvor det motsatte er tilfellet. Informantene viser til situasjoner hvor legemidlene kan være det som velter en skjør balanse mellom å klare seg i hverdagen og å måtte ha hjelp. Å være i fysisk aktivitet har betydning for å opprettholde sin fysiske funksjonsevne, som kanskje er en av de viktigste faktorene for å klare å bo hjemme lengst mulig (jf Dale et al., 2001 og Høie, 2004, referert i kap 3.4.).

Redusert styrke og bevegelighet kan redusere evnen til å stelle seg selv, handle eller lage mat, eller redusert mobilitet vil kunne påvirke kroppslige funksjoner. Informantene legger vekt på hvor godt det er å klare noe selv, men de merker at både bevegelse og styrke ikke er som det var, og flere har opplevelser av hvordan effektene av legemidlene kan påvirke dette.

Det har eg merka meir og meir, klarar eg å gå ein liten tur kvar dag så er det mykje betre for kroppen..., merkte at eg ikkje kunne gå på turane mine slik eg brukar gjere når eg brukte dei medisinane..., særleg når eg vart uvel av dei. (Grete)

Da vart eg så veldig veik i føta, så eg greidde nesten ikkje å gå..., eg er nå dårlig i føta frå før, men så vart eg endå dårlegare, så eg visste ikkje å greie meg..., når eg er dårleg til beins frå før treng eg ikkje medisin for å bli verre. (Ingrid)

I tillegg er det mange av informantene som har opplevd å falle eller som kjenner noen som har falt, med til dels alvorlige følger. Flere av informantene har brukket lårhalsen, noe som er vanlig for mange i denne aldersgruppen. Derfor kan redselen for å falle bli forsterket når de opplever at effekten av legemidlene rammer gangfunksjonen. For noen fører det til at de "trives best" ved kjøkkenbordet, noe som kan starte en ond sirkel med mindre bevegelse, noe som igjen kan føre til en redusert gangfunksjon.

Det var verre enn dei dagane eg ikkje hadde tatt dei..., eg har jo ramla før..., det var akkurat det, dette med å ramle er eg frykteleg redd for, det ligger der på lur heile tida (Grete)

Ved siden av å direkte påvirke den fysiske funksjonsevnen kan legemidlene på ulike måter påvirke muligheten for å delta i sosiale aktiviteter. Å delta i aktiviteter sammen med andre er viktig med tanke på å ivareta sosiale roller og identitet. Å ha et sosialt nettverk var også noe av det informantene i undersøkelsen til Høie (2004) uttrykte som viktig i forhold til tilfredshet (jf. kapittel 3.4). Medikamentell behandling vil for noen være en forutsetning for at de skal kunne være sosiale som jeg viste til i forhold til aktivitet generelt. For andre blir det nettopp effektene av legemidlene som blir hemmende i forhold til sosiale aktiviteter, selv om de ikke ville klart seg uten behandling. Jeg vil her bruke eksempelet med diuretika (vanndrivende legemidler) for å vise hvordan de eldre opplever dette. En forutsigbar effekt av diuretika er hyppigere vannlating, noe som gjør at brukeren er avhengig av lett tilgang til toalett.

Eg er litt avhengig av å kome på toalettet når eg er ute..., Ja dei (vassdrivande) gjer jo sitt til at eg må på toalettet, og det kan haste, ikkje alltid at det går bra..., men eg må jo ha dei. (Finn)

Selv om effekten av vanndrivende stort sett er lik for alle informantene som bruker det (6 stykker) varierer det hvordan de reagerer. Samme person kan også reagere ulikt på samme type situasjon, men fordi den framkalles av ulike legemidler blir reaksjonene forskjellige. Jeg har identifisert fire ulike reaksjonsmåter hos informantene i denne studien.

Den første reaksjonsmåten tyder på at informanten har lært seg hvilke legemidler som gir reaksjonen, og hva som utløser den. De har lært seg hvordan de skal takle situasjonen om den oppstår, eller aller best hvordan de kan forebygge den. Noen av informantene som bruker diuretika har f.eks. lært seg hvordan de kan endre tidspunktet for dosering for å styre tidspunktet for når effektene i form av økt vannlating opptrer. Dette gjør dem friere i forhold til å kunne delta i sosiale aktiviteter. Disse informantene er tydelig trygge på seg selv og situasjonen, og hva de kan gjøre av endringer. Følgende funn kan understøtte en slik tolkning:

Eg har tatt avgjersla sjølv utan å gå vegen om legen..., det er nå rart med det, eg har observert dette i 10 år og då får ein en viss kjennskap til kva ein kan gjere og ikkje. (Hans)

Den andre måten å reagere på kan også tyde på at informanten er bevisst på det konkrete symptomet eller effekten av legemiddelet, og de kan identifisere hva det kommer av. Det som skiller personens reaksjon fra den første måten, er at de her føler seg nødt til å ta kontakt med legen først, før de kan endre på behandlingen.

Kan nok ta nokre ekstra om eg treng det, men eg tek dei berre etter ordre frå legen, eller han gir meg løyve..., det går an å ringe til han, det er trygt slik. (Christine)

Dette innebærer at det er lite rom for ikke-planlagte aktiviteter, noe som kan tenkes å gå utover den friheten som informantene i det første eksempelet kjenner på.

En tredje reaksjonsmåte synes å bygge på en manglende strategi for hvordan de skal møte effekten av legemiddelbruken. Uheldige effekter kan derfor få grobunn, og personene synes å la seg passiviseres av virkningene uten at de tar særlig affære. Passiviteten kan være bevisst ved at de velger vekk aktiviteten, eller den kan være mer ubevisst ved at de forsøker å være i aktivitet som før, men tvinges gradvis til å bli passive. De informantene som underbygger en slik tolkning tilskriver ofte det som skjer til legemiddelet eller egen evne til å gjøre noe med det.

Det må vere biverknadar ut av medisinarne..., slik føler ein på seg. Det er berre noko eg tenkjer sjølv. Dette er vanleg, noko som følgjer med alderen. Reknar nesten med det (Bjarne)

Den fjerde måten å reagere på er de som lar være å ta legemiddelet når de "ikke liker" virkningen det gir. Dette kan nok ha flere årsaker som redsel for effekter de har hørt om, eller fordi de ikke får den virkningen de tenkte seg. Det er kjent fra complianceforskningen som jeg refererte til i kap 3.2., at eldre slutter med behandlingen fordi de ikke forstår indikasjonen eller føler seg bedre. Funn som støtter et slikt reaksjonsmønster kan være:

Jau det var så gale atte, og så gav eg meg med den og da kom det seg..., eg fór no berre å snubla, det var ekkelt og eg følte meg veldig uvel..., dei gjorde meg så lite godt, så eg kunne ikkje fortsette med dei, så eg slutta berre. (Ingrid)

6.1.3 Oppsummering

Informantenes beskrivelser tyder på at legemiddelbruken har blitt en vane for dem. De hadde lite eller ingen praktiske problem med å ta legemidler, og ingen hadde hjelp utover det å gjøre i stand dosetten. Likevel føler flere av dem at det medfører en del "tankevirksomhet" å være avhengig av å ta legemidler til bestemte tider. De har stor grad av tillit til legemidlene sine, noe som knyttes til at de har tillit til at legen har den kunnskapen som skal til for å finne rett behandling. Det kan synes som at graden av alvorlighet ved sykdommen setter sitt preg på hvor alvorlig de opplever at det er å følge opp behandlingen selv. Både grunnsykdommene og den medikamentelle behandlingen kan være en faktor som hindrer fysisk aktivitet eller deltakelse i sosiale sammenhenger. Et interessant trekk ved materialet er de ulike måtene å takle effektene av legemidlene på. Noen løser dette ved å ta avgjørelse om legemiddelbruken selv, mens andre kan synes å la seg passivisere.

6.2 Erfaringer fra samarbeidet med legen

Her vi jeg presentere funn som sier noe om de eldres forhold til helsetjenesten, i første omgang erfaringer med samarbeidet med legen. Det gjelder erfaringene med konsultasjonen og oppfølging fra fastlegen da det er han/henne som har hovedansvaret for den medikamentelle behandlingen. For alle informantene er det fastlegen som er den sentrale personen, selv om noen i tillegg har en spesialist på sykehuset som de er hos jevnlig. For enkelthets skyld blir legen referert til som han, siden legen ofte er en mann.

Samarbeidet mellom legen og pasienten kan innta mange former og det mange av informantene er opptatt av er tilgjengelighet og i hvilken grad legen bryr seg om deres lidelser. Nesten alle informantene opplever at legen snakker slik at det er lett å forstå han, selv om noen har opplevd en og annen episode hvor det ikke er tilfellet. Samtlige informanter uttaler stor grad av tillit til legen, selv om de i enkeltsituasjoner kan være misfornøyde;

Det er jo fastlegen som setter det opp etter mitt beste, det er han som veit best, så det får vere opp til han. (Finn)

Flere av informantene har hatt den samme legen over flere år, og kontinuiteten betyr mye for dem. Det synes å være en egen kjemi i forhold til disse legene. De som har begynt hos yngre leger er fornøyd de også, men omtaler samtidig sin gamle lege i spesielle ordelag.

Eg har hatt same doktoren i årevis og eg stolar veldig på han (Christine)

Ja eg har hatt han i mange år så han kjenner meg godt. Eg stoler på han og han seier heller ikkje noko gale på at eg ringer han. (Finn)

En av informantene har byttet tilbake til den gamle legen sin etter at fastlegeordningen kom i stand. Hun hadde en opplevelse med sin daværende lege at han ikke tok hennes bekymring på alvor, og "avfeide" henne med at det hun kjente på var helt normalt. Når hun kom på sykehuset viste det seg at det var noe hun burde ha fått gjort noe med. Hun fikk da, som hun sier mistillit til akkurat denne legen og bytta til den legen hun hadde brukt gjennom mange år tidligere. Flere av informantene gir uttrykk for et ganske personlig forhold til legen sin, noe som kanskje ikke er så rart når legen er så sentral i livet deres. Informantene er hos legen sin ganske jevnlig gjennom året, fra hver 14. dag for de som har spesielle behandlinger som f.eks. behandling med Marevan (blodfortynnende legemidler som brukes ved hjerte- og karlidelser), til en gang per halvår.

Et annet forhold som synes å styrke tilliten er den opplevelsen de har av legens oppfølging i form av prøver og undersøkelser. De fleste opplever det som betryggende at legen tar blodprøver og/eller sender de til spesialist. Tilliten til legen knyttes ofte til den kompetansen de opplever at legen har om sykdommen, tilstanden eller situasjonen, noe som belyses nærmere i kapittel 6.2.

Flere av informantene får brev fra legen eller han ringer når det er svar på en undersøkelse eller prøver de har tatt, noe som oppleves som god oppfølging. Noen av informantene har sågar tatt vare på all korrespondanse de har hatt med helsevesenet. Det å få en ekstra undersøkelse kan i seg selv gjøre at trygghetsfølelsen kan øke. Noen få har opplevd situasjoner hvor de opplever at legen burde ha handlet tidligere:

Nei eg reagerte ikkje noko særleg på det då, men meir då det viste seg at det ikkje var bra, då begynte eg å tenkje på det at det var så gale at det ikkje var ordna før (Bjarne)

Tilliten de har til legen kan noen ganger fortone seg som en underdanig tilordning til det legen sier og gjør, en form for blind tillit. Dette kan se ut til å passivisere dem i forhold til å spørre om effektene av legemidlene, skaffe seg egne kunnskaper eller mer påvirke

holdningen de har til legemidlene. Når legen mener de skal ha legemidlene er det bare å ta dem?

Nei doktoren forskriver jo medisinane, så da er det greitt..., det er bare å ta dei da. Eg reknar jo med at han veit best. Ja eg tenker i grunnen det. (Finn)

I utgangspunktet er legemidlene en vesentlig del av konsultasjonene hos legen, likevel er det en opplevelse hos flere av informantene at det egentlig blir lite snakk om legemidler, mest fordi fokuset er på sykdommen og plagene. Det er ikke så godt for dem å vite hva de skal spørre etter så de lar legen bestemme hva de skal snakke om.

Skulle gjerne visst litt meir, men det blir ikkje alltid tid til å snakke om noko meir enn at eg må ha dei. (Jenny)

Ja det er mange gongar ein føler på det, det er nå slik å bli gamal..., resten må eg skaffe meg opplysningar om sjølv (Else)

I tillegg til at alle informantene generelt sett er fornøyde, er det tre gjennomgående funn når det gjelder konsultasjonen hos legen som jeg vil dvele ved. For det første gjelder det informantenes opplevelse av at legen har for lite tid og er for lite henvendt overfor dem i konsultasjonen. Det andre forholdet som går igjen hos flere av informantene er at det er vanskelig å spørre. Et tredje forhold som kommenteres av alle informantene er i hvilken grad legen informerer dem til tross for manglende initiativ fra dem selv. Her varierer det noe mer mellom informantene hva de har erfart.

Som jeg viste til i kapittel 3.3 er gjennomsnittelig konsultasjonstid kortere enn tidligere, i alle fall sett i perioden før og etter innføringen av fastlegeordningen (HOD, 2004). En kort tilmålt konsultasjonstid kan særlig synes å ramme de eldre, eller andre som bruker flere legemidler eller har flere samtidige sykdommer. I denne studien er det mange av informantene som uttaler at de har opplevd at de ikke når fram med det de har på hjertet fordi legen ikke har tid til å høre på det de formidler:

Dei er nå alltid så forkava at det blir så lite tida, du må berre vere så snar du kan. Det synest eg i grunnen er litt gale. For i allminneligheit går ikkje folk til doktoren med noko anna enn det dei kjenner på, ja kjenner eg på eit kvart ja så går eg. (Astrid)

Når det ikke "er tid" eller legen ikke "tar seg tid" føler de at det ikke er rom for det de opplever som viktig å snakke om. De overlater til legen å sette agendaen for samtalen, og opplever som jeg har nevnt at det ofte er sykdommene som har fokuset i samtalen. Det blir da lite tid igjen til å snakke om deres opplevelser av legemidlene. Dette samsvarer godt med det Lorentsen (1999) fant i sin undersøkelse hvor han påpekte at legen hadde fokus på sykdommene (jf. kapittel 3.3).

Flere av informantene beskriver en opplevelse av at legen helst bare vil ta opp det ene forholdet de er der for, selv om ikke alle føler det er et gjennomgående trekk ved konsultasjonene. Else beskriver en situasjon som kan være illustrerende for hvordan mange føler det, at når du kommer til legen er han bare interessert i å snakke om en ting; "Om eg nemner andre ting høyrer han det liksom ikkje, da snakkar han det vekk". Hun har erfart at det ikke nytter å spørre heller. Når jeg da spør om hvordan hun opplever at han henvender seg til henne, svarer hun:

Nei, han sitter nå der og ser på datamaskina, og skriver og ja han ser nå vel på meg..., går det for fort for dei unge, korleis skal det då vere for dei gamle, når det går litt seinare oppi der..., eg synast dei godt kunne tatt seg litt betre tid for eldre folk, dei oppfattar ikkje like fort, og kanskje ein trenger til å få det fortalt to gongar.

Likevel er de avhengige av legen som sin nærmeste samarbeidspartner, og de er sårbare for hans arbeidssituasjon eller andre forhold. Derfor har de mange forklaringer på hvorfor det blir slik. Det er tydelig at dette signaliserer noe til pasienten og igjen ser vi hvordan systemet gir kommunikasjonsutfordringer i det enkelte møtet. Oppfatningen av at legen har bedre ting å bry seg med enn det de ev. skulle ha på hjertet, kan også være noe som hindrer dem i å spørre

Legen har det så travelt at det berre er småtteri det eg pjaskar med (Grete)

Nå er det også noen av informantene som opplever at legen tar seg tid til dem. Det er ikke svart hvitt dette, men et tegn på at pasientene ikke alltid opplever den subjektivering som helsevesenet har som mål i forhold til sine brukere: "Pasienten i sentrum" er slagordet. Hvor har det blitt av, om ikke pasienten merker noe? Det andre gjennomgående trekket er at de fleste opplever det som vanskelig å stille spørsmål når de er hos legen. Dette kan ha sammenheng med at de opplever at legen har lite tid, men de tilskriver det ofte årsaker hos

seg selv for at de er dårlige til å stille spørsmål. Flere av informantene nevner dårlig hukommelse som en viktig årsak:

Det er av og til at eg ikkje hugsar kva eg sjølv skal spørje etter, og i det siste har eg begynt å notere det opp..., og du har med deg lapp i dag seier legen. Ja det er nå min eigen feil at eg ikkje hugsar lenger. (Jenny)

Det er ikke alltid så godt å vite hva man skal spørre om og det kan være sammensatte årsaker til det. Granås og Bates (2005) fant også i sin undersøkelse hvor det var langt større aldersspredning enn i min studie, at det er vanskelig å spørre legen de rette spørsmålene fordi de ikke vet hva de skal spørre om. Flere av mine informanter tar fram at de ikke vet hva de skal spørre om tidlig i behandlingen, og samtidig opplever de at legen ikke gir all den informasjonen de har bruk for tidlig nok:

Ja eg kunne godt fått meir informasjon..., men det er så vanskeleg i forkant for da veit vi ikkje kva vi skal spørje om, men det er viktig at dei følgjer opp og at vi kan kome med spørsmål seinare. (Ingrid)

Flere av informantene gir uttrykk for at de ser det som deres egen oppgave å stille spørsmål. Når det da er lite tid hos legen, og hukommelsen ikke er så god, er ikke dette lett å få til.

Eg er vel litt gapa og for eg har ikkje spurt om noko..., men da seier eg, du kan ikkje halde på å spørje etter alt mulig. (Astrid)

Eg er egentleg ikkje flink til å spørje..., det verste er at eg ikkje huskar det eg skulle spørje om, ja om eg skriver det opp. Ja det har eg gjort av og til og da teke nå legen heile lista og fer over henne i full fart. (Else)

Det kan ikke være slik at det er pasienten som skal spørre om alt mulig, spør Astrid. Og ”brukermedvirkning”, og det å ta ansvar for egen situasjon, betyr ikke at det er pasienten som skal ha alt ansvaret. Når informantene føler det er deres eget ansvar å spørre, blir det også deres feil at de ikke har fått informasjon, noe som blir belyst ytterligere i kapittel 6.4.

Et annet forhold som kan hindre informantene i å spørre er at de ser for seg løsninger som de vurderer som mindre heldige enn den situasjonen som er i dag. Dette kan bunne i at de opplever at de har behov for legemidlene samtidig som de er usikre på hva legen vil gjøre om han forstår de har problem i form av bivirkninger eller annet. Grete forteller om en slik

episode hvor hun egentlig forstår at legemidlene hun får forårsaker at hun har problem med hard mage. Jeg spør om hun ikke har tatt opp dette med legen sin:

Nei har i grunnen ikkje det. Trur han berre vil sette meg på meir medisin, eller kanskje eg ikkje klarar det..., eg må innrømme det, eg styrer det litt sjølv..., eg trur det er ei visse vurderingsevne enno. (Grete)

Noen har begynt å skrive ned hva de skal spørre etter som vi så av sitatet fra Jenny, men ikke alle synes det er like lett heller. De forteller at de opplever at legen ikke helt liker det og at de har fått kommentarer om det.

Det var ein gong eg skreiv opp, men da spurte dei om eg hadde begynt å halde skule..., eg synes nå det var litt trasig å skulle begynne å leite etter lappar (Astrid)

Noen få har erfaring med at legen er den som ber dem skrive opp det som blir bestemt i konsultasjonen. Særlig en av informantene opplever dette som en stor trygghet i hverdagen. Han kan ta fram igjen det som har vært tatt opp hos legen og bruker det aktivt som utgangspunkt for videre samarbeid med lege og hjemmesykepleien.

Forholdet mellom legen og pasienten blir som oftest beskrevet av informantene med at det er legen som har det overordnende ansvaret

Eg veit jo korleis eg har det, men nei det er legane som veit best kva du treng og ikkje treng (Bjarne)

Alle har en holdning til at det er legen som må bestemme mest i forholdet til deres legemidler. De henviser til den medisinske kompetansen legen har, og ikke alle mener de selv har noe å bidra med av kunnskaper, selv om jeg spør spesielt om de ikke er den som kjenner seg selv best.

Han har veit du, det er han som har ekspertisen, ser på blodprøvene og ser alt han treng å sjå. Så da er det berre for meg å ta i mot, eg er for gammal til å ha noko formeining om det (Bjarne)

Eg har ansvar, det er jo eg som kjenner meg sjølv..., det gjer eg no, og er det noe eg ikkje likar så seier eg frå. (Ingrid)

Likevel kan også de eldre ”protestere” litt, og gjøre som de vil. Det ser vi når Astrid forteller meg om når hun har tatt mer av de legemidlene som hjelper henne, men hun mener at legen nok kjenner henne så godt at han vet hun gjør det;

Det er på ein måte eg som bestemmer..., legen sa eg ikkje måtte ta meir enn dei dosane han ga meg, men nå har eg nå brote den lovnaden”.

Selv om enkelte sier det er en del å klage på, at de savner informasjon, at legen går for fort igjennom ting, eller at han ikke tar seg tid til å forklare, er de likevel raske til å unnskyldte legen sin og kanskje kjenner de på at det å klage ikke er helt legitimt. Flere av informantene forteller mer eller mindre direkte om at det ikke er lett når folk skal klage eller bare tenke på seg selv heller. Eller som Else sier: ”*Det er mange som har mykje å klage på, og dei er det veldig vanskeleg å vere til nokon hjelp for...*”

Mest av alt er det viktig å oppleve at en blir sett av legen, og de aller fleste legger vekt på nettopp det å føle seg ivaretatt, de har bare ikke så høye forventninger. Og kanskje er eldre en ideell pasientgruppe å spørre om det viktigste er at alle er fornøyde. Jeg vil avslutte presentasjonen om opplevelsen av samarbeidet med legen med sitatet fra Astrid. Hun har retten på sin side og pass på, hun kan komme til å bruke den, om det trengs:

Kvifor kan dei ikkje høyre på meg. Dei ser foten utanfrå, men det er no eg som kjenner korleis han er..., men det blese dei i, men han legen på sjukehuset han sa at ein pasient har lov til å spørje doktoren etter kva dei vil, og som doktorar er dei pliktige til å svare. Det er jo godt å vite om det trengs...

6.2.1 Oppsummering

Jeg har funnet at alle informantene har stor grad av tillit til legen. Flere av informantene opplever at legen har lite tid i konsultasjonene. Videre viser funnene at tidsaspektet og organiseringen av helsevesenet setter krav til kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient for å få til reell medvirkning. Informantene opplever at det er vanskelig å spørre når de er hos legen, og at det kan være vanskelig å få fokus på alt det de ønsker å snakke om. Materialet forteller også noe om at det er en opplevelse av at de selv må være aktive om de skal få til noe. Beskrivelser om tillit følges opp i kapittel 7.1.

6.3 Erfaringer fra samarbeidet med hjemmesykepleien

Her presenterer jeg beskrivelser av samarbeidet med hjemmesykepleien. Som tabell 6.3 viser, varierer det mye hvor ofte informantene hadde hjelp eller besøk av hjemmesykepleien. Dette kan gjenspeile sykdomsbildet og pleiebehovet, men det kan være ganske "uskyldige" ting som gjør at hjemmesykepleien kommer innom som f.eks. hjelp til støttestrømper eller liknende.

Hvor ofte besøk av hjemmesykepleie?

To ganger per dag:	3 personer
En gang per dag	2 personer
Annehver dag	1 person
To ganger per uke	3 personer
En gang per uke	1 person

Tabell 6.3: Frekvens hjemmesykepleie

Det er sju av informantene som får legemidlene sine administrert av hjemmesykepleien, enten i ukedosett (doseringseske) eller via apoteket som multidosepakninger⁴. En av de tre som ikke mottar hjelp for dette har fått tilbud om det, men har avslått. De fleste har god oversikt over hjemmesykepleiens oppgaver og er fornøyd med tjenesten de mottar. Flere setter pris på at hjemmesykepleien kommer innom, det er trygt at noen ser til dem og de uttrykker at det stort sett er greit å forholde seg til pleierne. Et gjennomgående trekk er likevel at ingen av informantene opplever at hjemmesykepleien snakker noe særlig med dem om effektene av legemidlene de bruker. Når det er snakk om legemidler sier informantene at det er mest det praktiske hjemmesykepleien er opptatt av, som å legge til rette for og passe på at de blir tatt. Dette synes for meg å være noe mer nyansert. Ser man etter i materialet er det tydelig at hjemmesykepleien har snakket med dem om forholdsregler og effekter legemidlene kan ha, men hvorfor oppfatter ikke pasienten dette?

⁴ Multidosepakninger er ferdige doser pakket i egne poser som tilsvarer hvert utdelingstidspunkt. Ordningen er som regel administrert av en ekstern leverandør, via apoteket.

Det er ofte mange forskjellige pleiepersonell som kommer innom, noe som også trekkes fram i forskning som jeg har referert til i kapittel 3 om hjemmesykepleien (Lorentsen, 1999). Noen uttrykker at det kan være litt forvirrende, uten at de er så veldig kritiske til det, men det kommer fram hos noen av informantene at de kunne tenke seg å vite hvem som kom. En av informantene legger vekt på det sosiale ved dette, at han får prate litt, og da gjør det ikke noe av det stadig er nye personer som kommer innom.

Et fenomen som flere har erfaring med er opplevelsen av å ikke bli tatt med på avgjørelser eller at hjemmesykepleien tar avgjørelser for dem. Dette gjelder alt fra tildeling av hjemmesykepleie til ansvar for tillaging av legemidlene.

Eg har fått papir på at eg skal ha hjelp, men så skal det evaluerast, dei må gå gjennom det så og så mange gonger, og undersøke om eg kan greie meg med mindre hjelp, men eg må helst ha den hjelpa eg har. (Astrid)

Vi ser her at informanten opplever at hjemmesykepleien diskuterer hva hun egentlig har bruk for av hjelp, uten at hun får uttale seg om det. Hun undrer seg over at de kan avgjøre det uten at hun får komme med sine synspunkt. For flere av informantene var det å måtte gi fra seg ansvaret for legemidlene sine en opplevelse som de kan snakke mye om. Noen opplevde det som at de ble fratatt den myndigheten de har over sine egen liv, noe som jeg kommer tilbake til. Likevel kan det av flere grunner være en befrielse å slippe å skulle ha ansvaret selv. Jeg nevnte i kap 6.1.1 at legemiddelbruken representerer et vist stress i hverdagen. De som fortsatt har ansvaret selv gir likevel uttrykk for at dette ikke er noe ekstra bryderi, og at de setter pris på å få lov til å ha ansvaret selv. For de som får legemidlene sine tillaget av hjemmesykepleien gir enkelte uttrykk for at de tidligere brukte mye tid og krefter på å forsikre seg om at det var rett det de gjorde. Det er tydelig for flere av informantene at dette er en ordning de setter pris på.

Før så bruka eg å lage til i dosetten sjølv, men så vart det til det at heimesjukepleia overtok det..., Eg hadde ikkje tenkt det sånn, men det vart veldig greitt når heimesjukepleia overtok det og kjøpte inn og eg slapp alt det der..., dei tilbaud seg å overta dosetten, så da var det greitt. (Else)

Det kan se ut som om de av informantene som har hyppige endringer i doseringen er mer påpasselige enn andre, at de må være mer årvåkne. Disse personene er gjerne ofte hos legen

i tillegg og har en mer tett oppfølging. Hjemmesykepleien blir viktig for at disse pasientene skal føle seg ivaretatt:

Det er vanlegvis ein av dei som kan endre seg lite granne og dei er alltid nøye med å skrive opp det. Dei har alltid papir på det, som dei fører forandringar på, så der er eg veldig trygg, berre eg får vite det. (Hans)

At hjemmesykepleien har overtatt ansvaret for å lage i stand og holde orden på legemidlene synes altså de fleste er en god ordning som gjør at de føler seg trygge, til tross for at noen av informantene har opplevd at det som er tillaget kan være feil. Noen liker å følge med på det som er laget i stand:

Ja så passer eg på sjølv så at om det skulle førekome at det er ein tablett dei ikkje har hatt nedi..., da varskuar eg med ein einaste gong. (Dag)

Ja når dei kjem her ser eg vanlegvis over mens dei er her. (Hans)

En annen side av overføringen av ansvaret fra den enkelte til hjemmesykepleien forteller noen om hvordan de opplever at denne overføringen fant sted. De forteller om en prosess hvor de selv har hatt lite å si. Hjemmesykepleien forteller dem at de skal overta ansvaret, noe de opplever som unødvendig når de selv føler de har god kontroll med det de skal innta av legemidler. Dette er noe de har styrt alene i flere år, og de ser ikke helt hvorfor de må gi fra seg ansvaret. Det kan selvsagt være at det er faglige grunner til det, men poenget her er nok en gang at vedtak fattet på et overordnet nivå i systemet gir utfordringer for kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter. Det er dette pasienten opplever, og det minner oss om at også medikamentell behandling handler om kommunikative prosesser.

Dei har tatt makt og myndigheit over medisinane...Ja dei berre sa at nå skal dei ordne med medisinane. Skal dykk ta frå meg makt og myndigheit da..., Det var tilbod som kom då, men synest eg hadde kontroll på medisinane mine då..., Nei eg likte ikkje det, men eg tenkte berre gå med på det, berre ikkje bry meg...må gje frå seg makt og myndigheit etter kvart... det må vel berre vere sånn tenkte eg..., Kan ikkje berre la andre bestemme over seg når du føler du har kapasitet sjølv..., det er ikkje greitt å verte gammal (Grete)

Det er stor variasjon i hvordan informantene forholder seg til de legemidlene hjemmesykepleien har laget i stand. Noen av informantene sjekker dosettene sammen med hjemmesykepleien, som vi ser av sitatene fra Dag og Hans. Andre tar legemidlene som er laget til uten å tenke noe mer over det, de har full tillit til det hjemmesykepleien gjør.

Eg tenkjer ikkje over det, tek berre det dei har laga til. (Christine)

Noen av de feilene informantene rapporterer om kan være misforståelser pga generisk byttbare legemidler, men innimellom kan det være reelle feil, som kan gjøre den eldre urolig og engstelig. Som vi så av forskningen som er referert i kapittel 3.3 kan det være feil i legemiddellistene. Informantene i denne studien hadde ingen legemiddellister utover det som sto på dosetten eller på multidosepakningene, med ett unntak. Det er gjerne de eldre selv som oppdager feilene, i alle fall i de tilfellene de forteller om her. For de av informantene som følger med selv er dette en påminnelse om at de må ta ansvar for egen behandling. Noen forteller at feil har gjort at de har følt seg utrygge en stund, men at de etter hvert ser at det kan ha vært enkelttilfeller. Ingen har opplevd at det har skjedd mange ganger. Det noen forteller om når jeg spør om hva som skjer når de oppdager feil er at de har problem med å få svar på hva som har skjedd, om det kunne være farlig for dem eller om hvem som har ansvaret. Særlig kan Astrid fortelle om en episode hvor det var feil i hennes ferdiglagede legemiddeldoser. Hun opplevde at hjemmesykepleien henviste henne til legen, og legen henviste henne til hjemmesykepleien. Hun opplevde at ingen kunne gi henne en forklaring på hva som hadde skjedd, og hvilket preparat det var, men alle kunne forsikre henne om at det ikke var farlig. Antakelig ville historien blitt utdypet om vi snakket med de andre aktørene, men eksempelet viser at kommunikasjonen er viktig i samhandlingen med pasienten.

6.3.1 Oppsummering

Det sentrale funn her er at alle sier hjemmesykepleien har lite med legemidlene deres å gjøre utover det praktiske. Likevel ser det ut som hjemmesykepleien faktisk har en betydning i kraft av at de administrerer legemidlene, passer på at legemidlene tas på rett måte, og til rett tid. Et viktig funn er den opplevelsen de eldre har av å ikke være involvert i de avgjørelsene som tas om den helsehjelpen de skal ha. Spørsmålet er om erfaringene de har er av en slik art at man kan si at retten til medvirkning ikke overholdes i alle saker.

Når først hjemmesykepleien har overtatt ansvaret for legemidlene opplever de fleste informantene at dette er en god ordning og at det reduserer det stresset de føler på ved selv å skulle stå ansvarlig for dette, selv om noen fortsatt tenker at dette er noe de kunne tatt ansvaret for selv.

6.4 Opplevelse av informasjon og egne kunnskaper

Her tas fram hva informantene tenker om den informasjonen som blir gitt om legemidler, og hvordan de betrakter egne kunnskaper som er viktige for legemiddelbruken. Jeg vil særlig trekke fram pakningsvedleggene som informasjonskilde siden mange av informantene nevner dette.

Som jeg allerede har tatt opp vil det faktisk at de synes det er vanskelig å spørre slå ut på hvor mye informasjon de får. Selv om de gjerne ville hatt mer informasjon synes de det er vanskelig å skulle være ansvarlige for å etterspørre den informasjonen de trenger, enten det er hos legen eller fra sykepleierne i hjemmesykepleien. Noe av det som tas opp er at de ikke vet hva de skal spørre om, særlig gjelder det tidlig i prosessen. Når vi snakker litt mer konkret om hva de får informasjon om, er det vanskelig for de fleste å være konkret på det. Dette kan jo ha naturlige årsaker, og informantene selv nevner redusert hukommelse, at de ikke vet hva de skal spørre om, og at de bare er så dårlige til å spørre etter informasjon at det blir slik. Dette tok jeg opp i kapittel 6.2. Mange nevner også i denne forbindelsen at de ikke vil plage legen med dette når han åpenbart har så liten tid, eller som Else sier; ”*dei er nå alltid så forkava at det blir så lite tida*”.

Det er også interessant å observere hvordan noen av informantene attribuerer til at det er noe man må regne med siden de er så gamle:

Nei eg hugsar aldri kva han seier, kanskje litt heilt med ein gong, men gløymer fort ja. Akkurat så hukommelsen har vorte mykje ringare..., det må vere biverknadar ut av medisinane..., slik føler ein på seg. Det er berre noko eg tenkjer sjølv. Dette er vanleg, noko som følgjer med alderen. Rekner nesten med det (Bjarne)

De tar altså på seg ansvaret for at de ikke er informert og flere slår seg til ro med det, eller tillegger seg selv egenskaper som gjør det forklarlig at de ikke har kunnskaper om legemidlene sine. Som Jenny sa i sitatet som er gjengitt på s. 71; ”*Ja det er nå min eigen feil at eg ikkje hugsar lenger*”.

En situasjon hvor det er særlig viktig med informasjon og kommunikasjon, er overføringsfasen mellom de ulike tjenestene eller nivåene i helsevesenet, eller i oppstartsfasen av behandlingen. Bjarne sin historie kan være et godt eksempel. Han forteller om en episode hvor han skulle begynne med medisiner i forbindelse med et

sykehusopphold. I følge Bjarne var det litt fram og tilbake om hvorvidt han skulle bruke legemidlene, og derfor tok han dem ikke da han kom hjem etter oppholdet:

Så kom eg heim. Eg var nå like vise og ikkje høyrde eg noko frå sjukehuset, eller andre...Ikkje tok eg tablettane heller, men så vart det nå så gale og då eg kom inn [på sjukehuset] og då var det verkeleg gale.

I følge Bjarne var han hjemme to-tre måneder uten at han hørte noe fra verken sykehus eller daværende lege (usikker på om han hadde fastlege da). Han hadde fått med seg tabletter hjem og en resept, men han følte seg forvirret og kan ikke, selv i dag, forstå hvorfor han ikke tok legemidlene. Han har tanker om at han nok hadde fått informasjon på sjukehuset, men opplever at når han kom hjem visste han ikke hva han skulle forholde seg til, og han hadde heller ikke fått med seg noen skriftlig informasjon. I ettertid er han kritisk til den manglende oppfølgingen, og synes det er godt å ha en fast lege, men han ønsker sterkt å ha kontrollen over egen legemidler ” er kanskje dette som gjorde at eg vil ha kontroll sjølv”.

Bjarne savnet skriftlig informasjon når han kom hjem. To av informantene er veldig fornøyde med det legen gir av informasjon, og har en del skriftlig materiale fra legen. Utenom disse to er det ingen av informantene som kan si at de har mottatt noe skriftlige materiale om noen av legemidlene de bruker. Det er dette forskningen (jf. kapittel 3.5) trekker fram som det viktigste tiltaket for at pasienter skal huske den medisinske informasjonen de får. Noen får imidlertid brev fra legen om undersøkelser eller prøver, som nevnt i kapittel 6.2. Forskningen trekker som sagt fram skriftlighet som et tiltak for å bedre kunnskapen hos pasientene om legemidlene de bruker. Den skriftlige informasjonen er første og fremst viktig for det som Dag sier; ”Ja den er vel så nyttig, for då kan eg få studere det sjølv, kan ikkje ha det betre”. De får muligheten til å ta den fram igjen og forme sine egne tanker og ev spørsmål de kan ta opp med helsepersonellet.

Det er en type skriftlig informasjon som alle informantene kjenner til. Legemidler som utgis i Norge har et eget pakningsvedlegg som er ment som informasjon til brukerne.

Informantene deler seg mellom dem som bruker dette aktivt, og dem som har et mindre bevisst forhold til det. Noen nevner det selv når vi snakker om informasjon eller legemidler, mens andre husker det først når jeg spør direkte etter det. Alle opplever det som nyttig, men det varierer hvor mye de bruker det for å søke informasjon:

Likar å følgje med og sjå kva dei skriv om det og det er greitt å lese, men når ein ikkje får vite med legen kvifor ein skal ta det, ja anna enn at ein berre får vite at ein skal ta det, er det greitt å lese det (Jenny)

Er no greitt å vite kva for biverknadar det kan ha, og det står no oppramsa der mykje som er uaktuelt for den enkelte då, men der er nå ting ein kan ta lærdom av (Else)

Det er ulike årsaker til at informantene ikke har så gode erfaringer med å bruke pakningsvedlegget som informasjonskilde. Kommentarene de har til pakningsvedleggene er at det ofte er liten skrift, at det er alt for mange bivirkninger nevnt i skrivet, og flere av informantene nevner at innholdet er vanskelig å forstå. Det blir enda en bekreftelse på at det "ikke er greit å bli gammel"; "Det er mykje eg ikkje forstår. Det er så mykje som står så vanskeleg, det er ikkje norsk på noko slag lenger, og da forstår ikkje eg (Astrid)". En nevner at det kanskje er med dette som med andre bruksanvisninger en ofte får, du kaster et blikk på det og bryr deg ikke noe mer med det.

Når de ikke klarer å nyttiggjøre seg den skriftlige informasjonen gir de frå seg kontrollen og ansvaret, isteden for å følge med. Pakningsvedlegget er ofte nevnt som et nyttig utgangspunkt for samtale med helsepersonellet om legemidlene, ikke minst i litteratur som retter seg mot sykepleiere, og bl.a. i Legemiddelmeldinga (HOD, 2005a). Ingen av informantene har opplevd at hjemmesykepleien eller legen bruker dette når de snakker om eller informerer om legemidler. Som Jenny viser til blir det som står litt forvirrende fordi det brukes uttrykk som setter henne på tanken om at legemidlene er farlige, eller kan forårsake mange bivirkninger.

Det er farleg står det der, og det er ting ein ikkje skal gjere ..., derfor har eg ikkje tort å begynne å eksperimentere med det sjølv, og skulle ein vere så dum, får ein ta straffa.

Når formuleringene blir tunge og vanskelig velger de fleste å ikke lese det. En av informantene reagerer særlig over en av formuleringene som framkommer av de fleste pakningsvedleggene:

Det er merkeleg når du ser den til dels lange rekka med biverknadar som er lista opp og så står det etterpå at du skal kontakte legen om du merker andre symptom enn dette. (Hans)

Det er ikke godt å vite hva annet man skal legge merke til, og det skaper mer usikkerhet enn forståelse for hva du egentlig skal gjøre. Hans opplever at det slår bena under den informasjonen som er i skrivet om bivirkninger, når man kan vente seg enda flere bivirkninger enn det som er listet opp.

Nettopp legemiddelbivirkninger er et viktig område for informasjon, siden det er pasientene som vil merke symptomer på bivirkninger først, og som derfor må vite hvordan de skal forholde seg til det. De fleste opplever at legen sier lite om bivirkninger av legemidlene, men at de får svar når de spør om dette – jf tidligere funn om å stille spørsmål. En av informantene forteller om en voldsom svimmelhet hun opplever og som kommer noen timer etter at hun har tatt noen spesielle legemidler. Jeg spør da om legen har sagt noe om hva hun skal gjøre når hun kjenner dette:

Nei det har eg ikkje hørt noe om, er det noko forklaring eller bruksanvisning på det..., eg legg meg med beina høgt, det er nå fordi eg sjølv kjenner at det er det beste. (Else)

Her kan hjemmesykepleien være en god ressurs å ha, siden de er i tettere dialog med den enkelte pasient enn legen. Her kommer det fram av intervjuene at sykepleierne i hjemmesykepleien kan være viktige, siden noen av informantene antyder at de nok kunne spurt hjemmesykepleien om dette. Sykepleierne kan fortelle om forholdsregler de eldre skal ta når de bruker legemidlene og noen av informantene antyder at de føler seg trygg på at de kan snakke med sykepleierne om legemidler, de bare gjør så alt for lite av det.

Det er jo viktig at fagfolka kommer innom nå og da, og at det er nok fagfolk som sjukepleiarar i heimesjukepleia. (Jenny)

Å formidle informasjon om bivirkninger er trukket fram i litteraturen som et vanskelig område (f.eks. i Ruth og Straand, 2007). Den antyder at det kan være at det er legen eller hjemmesykepleien som avgjør hva pasienten trenger å vite og ikke vite, eller at det kan forsterke opplevelsen av bivirkninger å få vite om dem, og man skal ikke unødig uro pasienten. Vanskelig informasjon må tilpasses den enkelte pasient og situasjon, og det er pasienten som trenger å vite hva en skal forholde seg til. Når en ikke får mulighet til å drøfte sin forståelse med helsepersonell kan det være vanskelig å se sammenhengene i egen situasjon, noe sitatet fra Ingrid kan være et eksempel på:

Og så nemnte doktoren ein gong at det kan vere av sovetablettane at du blir svimmel. Og det har eg tenkt på etterpå og det stemmer nok det, det er den som gjer det..., for eg lurar på om det ikkje er dei dagane etter at eg har tatt sovetablett eg er svimmel.

Alle som får legemidlene via hjemmesykepleien har en legemiddelliste bak på dosetten, men de er ikke (så langt jeg kan vurdere) oppdatert, i alle fall ikke når det gjelder rett preparatnavn. De som får multidosepakninger har også preparatnavn og dosering skrevet på posene. En egen legemiddelliste med forklaringer kan være et godt utgangspunkt for dialog med helsepersonell og en av informantene har en slik "utvidet" liste.

Eg har ei oversikt over kvifor eg teke alle desse medisinane, det var ein lege på sjukehuset som skreiv det opp til meg, så det synest eg var greitt.

Samtidig er det de som hevder at når de nå er vant til å bruke de samme legemidlene og liker å følge med, er det ikke det noe problem, mener f.eks. Dag "Nei eg har inga liste, har det berre i toppen".

Preparatnavn, indikasjon og hensikt med behandlingen er viktige sider å ha oversikt over og flere av informantene ramser opp preparatnavnene og hvorfor de bruker de forskjellige legemidlene, selv om de ikke lenger er sikre på alle. Det er helt tydelig at de som styrer legemidlene sine selv har bedre oversikt enn der hvor hjemmesykepleien har ansvaret for administrasjonen av legemidlene.

Ja det har eg no greie på, du veit når eg kjøpte dei sjølv så hadde eg no oppskrifta, nær sagt, både kva dei er for og korleis dei verkar (Hans)

Nei det er bare å beklage at eg ikkje hugsar namna, men eg har komme heilt vekk frå det når eg ikkje styrer det sjølv lenger. (Else)

Når det gjelder konkret opplæring er det mest forsiktighetsregler de nevner som et område hvor det nok har vært en dialog med både hjemmesykepleie og lege. Flere nevner at det er mest erfaring som gir dem kunnskap, og at de bare må erfare det selv: "Nei opplæringa får eg i praksis sjølv (Dag)", og kunnskap viser seg ofte som måten de forholder seg til legemidlene i praksis. Noen av informantene tar bare legemidlene slik de har fått gjort dem i stand, og tenker ikke noe mer over det, mens andre har egne forsiktighetsregler knyttet til legemiddelbruken. Eksempler på forholdsregler som kan være med å redusere sideeffekter av legemiddelvirkningene kan være det som Christine og Hans nevner i sitatene under:

*Eg passer på å vere ferdig oppe før eg tar dei..., om du står opp da så kan du ramle
(Christine)*

*Nei det er no mange som får problem med hevelse i beina..., det er nå det eg må
passe på når eg sitter dagane at eg har opp beina på eit eller anna. (Hans)*

Men informasjon kan man jo få fra andre kilder enn helsevesenet. Informantene i denne undersøkelsen stort sett alle andre informasjonskilder som de henter en del kunnskap fra. Det kan være familiemedlemmer eller venner, og for de av informantene som har barn, er det gjerne en av dem som følger litt ekstra med på hva som skjer. Noen har også hatt med seg barna til legen eller andre undersøkelser og de opplever dette som en trygghet. De sier at det da ofte blir lettere å spørre etter informasjon ikke minste fordi barna, som Christine sier; ”er fæle til å spørje”.

De fleste uttrykker at det er godt å ha noen å diskutere legemiddelbruken med, selv om ikke alle liker å snakke om egne legemidler med andre.

*Systera mi er flink til å hjelpe meg og er kvikk i toppen, ho kan tenke mykje fortare
enn meg, så vi har eit godt forhold..., ja det kan jo være greitt å ha noen å snakke
med og lære noe nytt eller få noen tips av og så går eg til legen igjen og spør (Else).*

Noen henter også informasjon og kunnskap fra andre kilder som ukeblad eller bøker, og en av informantene henter noe informasjon fra internett. Noen av informantene har ”Folkets medisimbok”, men den er heller ikke oppdatert i forhold til alle nye preparatnavn. Nesten ingen av informantene nevner apoteket som informasjonskilde, men de er oppmerksom på at det er et sted de kan spørre etter informasjon. Dette kan nok også ha litt sammenheng med at de fleste ikke har ansvaret for innkjøp av egne legemidler lenger.

6.4.1 Oppsummering

Vi ser at de eldre er fornøyde selv om de etterlyser informasjon. Kun noen få har fått utlevert skriftlig informasjon hos legen, og det skriftlige pakningsvedlegge leses derfor av mange. Her er likevel fallgruver med litt forvirrende innhold. Noen vil derfor helst ikke lese det. Flere av informantene viser til at det er godt å ha noen utenom å diskutere legemiddelbruken med, som pårørende eller venner. Også når det gjelder informasjon og opplæring trekker informantene inn at legen har dårlig tid, og at det er vanskelig å spørre kan se ut som å være et viktig hinder for ikke å få den informasjonen de trenger.

Hjemmesykepleien synes å spille en større rolle her når det gjelder de praktiske forholdsreglene i hverdagen. Vi ser altså at informasjonsmaterialet finnes og brukes av pasientene, men tas i liten grad i bruk av helsepersonellet. Jeg har også framhevet at det er lite enhetlig oppfølging når det gjelder legemiddellister, og det er påtagende at det også varierer innen det enkelte hjemmesykepleiedistrikt. Det kan være et tegn på at dette ikke er en gjennomtenkt praksis.

6.5 Oppsummerende kommentarer

Informantene har gitt interessante beskrivelser av hverdagen med legemidler, og funnene fremstilt i dette kapittelet viser først og fremst at informantene i stor grad har tillit til legemidlene og helsepersonellet, særlig legen. En tillit som hos noen fortøner seg som nærmest en blind tillit. De har lite eller ingen problemer med den praktiske håndteringen av legemidlene sine. De fleste får legemidlene gjort i stand av hjemmesykepleien, noe som de er godt fornøyde med, og som de ser på som en lettelse og trygghet, selv om noen har opplevd en og annen feil. Når de ikke lenger styrer den medikamentelle behandlingen sin selv, mister de også litt av oversikten over hva de får av legemidler, hvordan de er tenkt å virke, og forhold som navn og utseende på legemidlene.

Vi har sett at informantenes opplevelse av legen og konsultasjonen har mye å si. Det er særlig to perspektiv som er trukket fram; tidsperspektivet og hvor vanskelig de opplever det er å spørre. Flere opplever at legen ikke snakker så mye *med* dem som *til* dem. Vi ser at legemiddelbruken delvis går utover fysisk aktivitet og deltakelse i sosiale aktiviteter i hverdagen, og at de eldre har svært ulike måter å takle dette på. Når det gjelder hjemmesykepleien sier informantene mer eller mindre dirkete at de ikke snakker så mye med dem om legemiddelbruk. Går man inn i andre deler av materialet kommer det likevel fram at hjemmesykepleien er viktig med tanke på den praktiske bruken i hverdagen, og for å utvikle kunnskap om hvordan de skal forholde seg til legemiddelbruken. Informasjon opplever de lite av, og det kan ha sammensatte årsaker, men innslaget av skriftlig informasjon er forsvinnende lite. Når det gjelder pakningsvedlegget som er ment som informasjon til brukerne, er det delte erfaringer med det som informasjonskilde, men stort sett ser informantene på dette som en støtte i hverdagen.

7 FAKTORER SOM KAN LEGGE TIL RETTE FOR ELLER HEMME MESTRING

Legemiddelbruk dreier seg for mange av de eldre om en endring av hverdagen. De må forholde seg til nye forutsetninger i livet og legemiddelbruken griper for mange av informantene inn i hverdagens gjøremål. Det dreier seg ikke bare om rett legemiddel på rett måte til rett tid, slik rett legemiddelbruk omtales i Legemiddelmeldinga (HOD, 2005a). Legemiddelbruk dreier seg også om alle effektene den skaper i hverdagen til hver enkelt legemiddelbruker. Det er ikke bare den i og for seg forutsigbare svimmelheten som rammer, det er all usikkerheten den skaper, det er alle sosiale komplikasjoner når en eldre ikke tør å delta i en sosial sammenheng, fordi han/hun har opplevd bivirkninger. Eller det kan være den nysgjerrigheten og informasjonsbehovet endringene fører med seg hos pasienten, som han/hun trenger hjelp for å tilfredsstille. Legemiddelbruk kan altså ramme helheten hos individet i langt større grad enn bare de farmakologiske virkningene, selv om målet med medikamentell behandling ofte vil være å skape forutsigbare farmakologiske virkninger. Det er virkestoffet i legemidlene som er medisinsens verktøy.

For å rette et dypere blikk inn i relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten har jeg i dette kapittelet analysert materialet i forhold til de teoretiske perspektivene jeg presenterte i kapittel 4.2. Pasientbehandling kan analyseres i forhold til myndiggjøring, kommunikasjonsperspektivet, og ikke minst dreier samhandling i helsevesenet seg om tillit. Vi ser også av materialet at pasienten på ulikt vis årsaksforklarer de hendelsene og virkningene de opplever. Dette vil bli diskutert i forhold til attribusjonsteori.

7.1 Tillit – en plattform for mestring?

Det er et gjennomgående trekk ved materialet at informantene har stor tillit til legemidlene. Som Christine sier på s.60: *"ein vil jo vere i live"*. På samme måte uttrykker alle informantene tillit til legen og indirekte til systemet, som f.eks. Finn (s. 68); *"eg stoler på han"* og han er nesten andektig når han sier det. Legen er på mange måter av de mest sentrale personene i livet når du er avhengig av legemidler. Når det gjelder hjemmesykepleien er de litt mer indirekte i sine vurderinger, men som Hans sier *"Eg liter på at dei følgjer dei ordrane legen har gitt dei"*. Jeg vil derfor diskutere tillit med utgangspunkt i den tilliten de har til legemidlene og til helsepersonellet. Det interessante

spørsmålet blir hvordan tillit kan påvirke mestringsprosessen. Mestring i denne sammenheng er både prosessorientert og et mål.

Når man skal ha behandling for en sykdom som vil være varig, inkluderer det å leve med legemidlene i hverdagen. Dette tilsier at pasienten må mestre de praktiske utfordringene med å administrere legemidlene. Dette kan oppsummeres som å ta rett legemiddel, i rett dose, på rett måte til rett tid. Men medikamentell behandling gir flere utfordringer enn det praktiske. Pasienten må kunne forholde seg til de effektene legemidlene gir. Mestring er med andre ord noe mer enn kun etterlevelse av legens forordning (compliance), og mer enn å ta legemidlene rett (administrasjon). Sagt med Antonovsky (2000) må effektene være forståelige, håndterbare og meningsfulle. Forståelighet kan ses som at virkningene og effektene må framstå som forutsigbare, strukturert, sammenhengende og kognitivt forståelige for at pasienten kan forstå sin egen situasjon. Håndterbarhet kan vise til at pasienten opplever å ha tilstrekkelig ressurser til rådighet, til å klare å forholde seg til de konkrete effektene, og å ha tro på muligheten for å finne løsninger på utfordringene dette gir. Antonovsky (2000) viser til at det skal være meningsfullt å være involvert i egen problemløsning.

Når informantene snakker om legemidlene som de får for sine alvorlige lidelser, som f.eks. hjertelidelser, er det tydelig at de har stor tillit til at de skal virke til deres beste. Å rammes av sykdom innebærer ofte et tap av mening og redusert tillit til egen kroppslig funksjonsevne. Sykdommen gjør at de ikke lenger kan være aktive som før, og sykdommen fratrar dem kontrollen over eget liv. De merker at legemidlene har virkninger som gjør at hjertet virker som det har gjort tidligere, i alle fall i den forstand at de kan være i aktivitet. De har ingen andre alternativer enn å "velge" tilliten. Det ville være vanskelig å håndtere trusler om alvorlig sykdom og død uten en slik tillit. Tillit hjelper oss til å organisere kompleksiteten i verden rundt oss, hevder Luhmann (Grimen, 2005). Flere forteller i intervjuene om sykdomsdebuten og kaotiske tider, "*Vanskeleg å tenke heilt klart då, mest at ein tenkjer seg redde no i ettertid...*" sier Bjarne i intervjuet når han snakker om første gangen han ble alvorlig syk. Tilliten til at legemidlene virker, kommer etter en tids behandling og er med å normalisere hverdagen; "*det blir en vane*" sier nesten alle. Tilliten til legemidlene er viktig for å begrense det stresset som sykdommen påfører, virkningene er stabile og forståelige i den forstand at de er forutsigbare. Uten ubehagelige effekter er den

medikamentelle behandlingen håndterbar, reorganiserer livet og gjør det mulig å være aktiv i egen situasjon. Tilliten til legemidlene kan slik legge et grunnlag for at de eldre mestrer sin nye situasjon.

I kapittel 6.1 viser imidlertid flere av informantene til opplevelser av til dels plagsomme bivirkninger og effekter av legemidlene, som f.eks. av vanndrivende som brukes ved hjertesvikt. Det er stor variasjon mellom informantene når det gjelder hvordan de håndterer disse effektene. Et av funnene i en undersøkelse fra England (Granås og Bates, 2005) er at bekymringene som skapes av legemidlene overskygges av bekymringene for følgene av den underliggende sykdommen. Dette gjør at mange overmannes av passivitet, fordi de er avhengig av legemidlene. En blind tillit til legemidlene kan hindre dem å se de nye utfordringene som har sammenheng med legemiddelbruken ved at de utelukkende fokuserer på den virkningen de "er lovet". Tilliten gjør dem underdanig til legemiddelet, slik vi kan tolke det Else sier på s. 61. Hun sitter mye i ro på dagen fordi legemidlene hennes skaper svimmelhet. Ikke orker hun å gå ut å handle, og det å komme seg til legen er et ork som hun sier. Det hun har forsøkt for å få kontroll over dette har ikke lyktes, unntatt å tilpasse seg svimmelheten. Derfor passiviseres hun i hjemmet. Som vi ser kan tilliten til legemidlene i seg selv være både hemmende og fremmende på mestringen. Men pasienten er jo ikke eneansvarlig og alene om behandlingen. Legen er den som har hovedansvaret for behandlingen, og jeg vil derfor diskutere tilliten de eldre har til legen.

Som jeg innledet med uttrykker alle informantene tillit til legen. Dette kan ha grunnlag i flere forhold. De uttrykker tillit til legen som kompetanseinnehaver, "*han vet best*", sier Finn (s.67), og har tillit til systemet han representerer; "*det er han som har ekspertisen, ser på blodprøvene og der ser han alt han trenger*" (Bjarne, s. 72). Mange av informantene har dessuten hatt den samme legen i flere år, noe som synes å styrke den personlige tillit de har til han, som Ingrid sier i intervjuet; "*veldig kjekk kar... han har omsorg for meg*". Vi kan tenke oss at den tilliten de har til legen på samme måte som tilliten til legemidlene vil skape trygghet i hverdagen. Det å ha tillit til legen kan også forsterke tilliten de har til legemidlene sine, da legen representerer den kompetansen legemiddelbrukeren ikke klarer seg uten. Når pasienten har tillit til legen og legen har tillit til legemiddelet, må pasienten ha tillit til legemiddelet. Samtidig har de gjennom sitt personlige forhold til legen også en uttalt tillit til legens etiske og moralske integritet; at han ønsker deres beste. Det å oppleve helsepersonell

som rettskafne er viktig for flere av de eldre. Tre av informantene har opplevd situasjoner hvor tilliten har blitt utfordret i form av uheldige hendelser av ulikt slag, jf Bjarne sin historie på s. 79. Det som kunne være en sviktende tillit til systemet synes å oppveies av den personlige relasjonen til egen lege, og delvis til enkeltsykepleiere i hjemmesykepleien. Systemet er ikke alltid bra, men de stoler fullt ut på den legen de har nå, og kontinuitet i forholdet mellom pasient og helsepersonell kan være noe som fremmer en slik tillit. Systemtilliten opprettholdes av den tilliten de har til personene som representerer systemet, hevder Giddens (1997), noe som fordrer et ansvar hos helsepersonell for å ivareta denne tilliten.

All tillit er i en viss forstand blind tillit, sier Giddens (ibid, s. 32), og tilliten informantene viser kan i noen tilfeller tolkes som en blind og underdanig tillit. Med dette uttrykket tenker jeg på de informantene som forteller at de bare gjør som legen sier, slik Finn gjør (s. 69). De har tillit til at legen gjør alt til deres beste og slipper dermed selv å ta stilling til det han sier, men bare passivt tilpasse seg legens ”anbefalinger”. Selv om informantene kan stille spørsmål ved legemidlene og virkningene, stiller de lite spørsmål ved legens handlinger og valg, og dermed til egen kontroll. Dette kan bero på manglende tillit til egne ressurser, eller at ressursene ikke har blitt utfordret. Det kan imidlertid være vanskelig å se hvilke ressurser som er viktige, ikke minst i møtet med kompetansen helsepersonellet innehar. Dette kan ses i forhold til hvem som har makt til å definere hva som er viktige perspektiv i relasjonen. Mead (i Bråten, 2004) refererte til det å bli bergtatt av den andres perspektiv. Legen vil inneha alle fasitsvarene i forhold til pasientens situasjon så lenge ikke andre perspektiv blir trukket inn i samtalen. Bli bare disse perspektivene med fokus på behandling av sykdommen gjeldende er det vanskelig å se egne ressurser. Informantene antyder at legen nok sier noe om dette, men det er vanskelig å gjengi hva han har sagt. Når ikke pasienten klarer å relatere kompetansen til egen hverdag, må han bare velge tilliten til legen – de føler med andre ord at det er legen som må ha kontroll.

Vi ser at tilliten til legen er viktig med tanke på å forholde seg til sin egen situasjon, men spørsmålet er om denne tilliten bare er av det gode når det ensidig bygger på deler av virkeligheten. Tilliten er ”gudestoffet” som holder legen og pasienten sammen, skriver Fugelli (2001) i en artikkel. Mitt motspørsmål er om det ikke er fruktbart å se legen og pasienten hver for seg. Pasienten må jo klare seg selv i hverdagen.

En blind tillit kan være en mulighet for helsepersonell til å gjøre hva de mener er det beste. Spørsmålet blir da om "det beste" er godt nok og det er avhengig av hva den enkelte mener er relevant kunnskap. Blir pasienten bare møtt med medisinsk fagkunnskap kan det føre til at pasienten blir redusert til legens saksforhold (jf. Skjervheim, 1960) og at ikke virkningene av legemiddelet blir et saksforhold de forholder seg til sammen i en treleddet relasjon. Tillit gir makt, og for å forvalte den makten må helsepersonellet finne ut hva som er i den enkeltes interesse (Grimen, 2001). Dette kan han bare skaffe seg gjennom en dialog med den det gjelder om hverdagen hans og de områder hvor legemidlene kan gi effekter. Å ha tillit til legen burde gi et godt grunnlag for at de eldre ville legge fram for legen de utfordringene de føler på knyttet til legemiddelbruken. Når dette ikke skjer, forvitrer den dialogen som skal ulikne maktforholdet, og vanskeliggjør en myndiggjøringsprosess. Jeg mener at dette også åpner for å se på hvordan pasienten årsaksforklarer sin egen situasjon. Dette vil jeg komme tilbake til senere (kapittel 7.2). En blind underdanig tillit kan være det som gjør at enkelte av informantene lar være å fortelle om sine bekymringer, og er tålmodige i forhold til at det "ikke skjer noe" i en konsultasjon, at de ikke slipper til med det de har på hjertet når de er hos legen, som f.eks. Else forteller om (s. 70). Sett fra legen sitt ståsted kan det være et uttrykk for at han ønsker å se an utviklingen, men når pasienten underkommuniserer sine plager kan viktig "tid" gå til spille. Bivirkninger og uheldige effekter kan utvikle seg, noe som kan føre den eldre inn i en ond sirkel.

Som jeg har vært inne på kan tilliten til legen også styrke pasientens tillit til legemidlene, noe som kan tolkes opp mot det som Ekland (2007) benevner som den symbolske virkningen av legemiddelet. Dette kan være viktig for pasienten i hverdagen. Troen på at et legemiddel virker, kan ha en legende kraft i seg selv. Flere av informantene forteller om den tydelige virkningen av "behovslegemidler" de kan bruke ved ulike plager, og vi ser at det er en hjelp bare å vite at de kan ta dem når de opplever behov for det. Samtidig kan tilliten til legemidlene overskygge andre innfallsvinkler til å redusere plagene de har, for eksempel i form av fysisk aktivitet eller å søke informasjon hos helsepersonellet. Kanskje kan dette forklare noe av den passiviteten informantene uttrykker? Vi ser for eksempel at noen av informantene blir overmannet av svimmelhet, og enkelte av dem tenker at det ikke er så mye å gjøre med siden de er avhengige av legemidlene som forårsaker det. Når det i pakningsvedlegget står at det er vanlig å bli svimmel, da er det jo ikke noe å plage legen

med? Her kan det også ligge en stor kommunikativ utfordring. Er tilliten til legemidlene og behandlingen høy, uten at en subjektiverende kommunikasjon er til stede, kan det føre til at den eldre ikke foretar seg de nødvendige egentiltak i form av for eksempel fysisk aktivisering, noe som kan føre den eldre inn i en ond sirkel. Derfor må helheten hos pasienten rommes i hver samtale, slik at egentiltak blir en viktig del av enhver medikamentell behandling.

Tillit kobles ofte hos informantene til kontinuitet og nærhet, og det å ha en fast lege synes å være et godt bidrag til nettopp dette. Som forskningen rundt fastlegeordningen har vist (jf. kap 3.3) er dette forhold som både pasienter og leger har trukket fram. Kontinuitet og nærhet i relasjonen styrker den personlige tilliten. Dette er noe også hjemmesykepleien kan nyte godt av. Hjemmesykepleien kan operere i lyset av den tilliten pasientene har til legen og behandlingen, og må bestrebe seg på å komme i posisjon til å hjelpe pasienten med å forstå egne reaksjoner på behandlingen. Utfordringen for hjemmesykepleien blir å organisere hjelpen til pasienten slik at det ikke stadig er nye som kommer innom, selv om det også nevnes som en positiv side hos noen av informantene. Dette kommer jeg tilbake til i kap. 7.3. På samme måte som tilfellet med tillit til legemidlene, kan pasienten ha tillit til hjemmesykepleien når legen har tillit til hjemmesykepleien. Et trekk ved materialet er at alle informantene omtaler legen med etternavn, mens hjemmesykepleien beskrives i termer som ”damene”, ”jentene”, ”jentungane” og sågar ”desse der”.

Jeg har forsøkt å sette tilliten inn i den asymmetriske relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet. Tilliten kan ikke ses uavhengig av denne relasjonen. Martinsen (2005) hevder at en svak paternalisme må overordnes prinsippet om pasientens autonomi, og med dette sikter hun til at tilliten pasienten viser helsepersonellet må møtes med et faglig engasjement. De vet hva pasienten trenger, men kan ikke sette det ut i livet uten å ha med seg pasienten. Tillit fordrer at helsepersonell møter situasjonen med sin medisinske kompetanse, men ikke den alene, den blir også en etisk fordring til helsepersonellet. Man må vite pasientens beste for å gjøre det beste. Tilliten gir grunnlag for dette ved å åpne for et møte med hele mennesket i en gjensidig prosess, noe som åpner for at kommunikasjon er en viktig del av den relasjonen som tilliten skaper.

Tillit kan være avgjørende for mestringen ved at den kan gi pasienten grunnlag for å prøve seg i hverdagen. Tilliten til legemidlene og legen, og delvis hjemmesykepleien er en plattform for den enkeltes forsøk på å reetablere livet sitt når sykdom rammer, ved at den enkelte har tillit til at det er noen med kompetanse som tar ansvar for tilstanden og situasjon. Det jeg har forsøkt å vise her er at tillit ikke kan være målet alene, men et redskap for å hjelpe pasienten på hans egne premisser. Blir respekten for kompetansen overdreven kan tillit utvikle seg til en underdanig tillit, som gjør at den eldre mer underordner seg den, enn utvikler seg selv. Jeg har i overskriften sammenliknet tillit med en plattform, og det er viktig å ikke stå igjen når toget går. Plattformen gir deg mulighet til å gå på toget.

7.2 Årsaksforklaringene

Et interessant trekk ved materialet er de mange uttalelsene om hvorfor de har kontroll eller ikke i forhold til ulike sider ved behandlingen. Informantene har ulike årsaksforklaringer til hvorfor det er slik. Som belyste i kapittel 4.2 handler attribusjonsteori om dette, om hvordan vi tilskriver våre handlinger og resultatene av dem ulike årsaker (Munton, m.fl, 1999). Jeg fant det derfor interessant å stille spørsmålet om disse forklaringene kan fortelle oss noe om hvordan de opplever kontroll og mestring i forhold til ulike sider ved den medikamentelle behandlingen. Hvordan den enkelte attribuerer kan påvirke mestringen ved at det er en del av deres virkelighetsforståelse, og attribusjon kan gi oss ideer om hvordan den eldre tenker om sin egen situasjon, og vil kunne være viktig for å inkludere pasienten i møtet med helsepersonellet. De eldre har mange årsaksforklaringer, både direkte og enkle, og mer sammensatte og komplekse. Om helsepersonell for eksempel blir bevisst hvordan de eldre attribuerer manglende mestring, kan de "møte den andre der han er" og ev. bidra til mer konstruktive attribueringer.

Ved å bruke attribusjonsteori som analyseredskap fant jeg ulike mønstre som er gjengitt i tabell 7.2. Tabellen viser en oppstilling av viktige dimensjoner i attribusjonene, og i tillegg kommer dimensjoner som individuell – universell, og spesifikk – generell.

	<i>Indre årsaksforklaringer</i>		<i>Ytre årsaksforklaringer</i>	
	<i>Stabil</i>	<i>Ustabil</i>	<i>Stabil</i>	<i>Ustabil</i>
<i>Ukontrollerbar</i>	Alder og evner	Sykdom	Kompleksitet	Uheldige hendelser
<i>Kontrollerbar</i>	Vurderingsevne Kunnskap	Vilje Innsats	Informasjon Manglende informasjon	Hjelp fra andre

Tabell 7.2 Attribusjonsmønster

Poenget med oppstillingen er å vise til noen gjennomgående trekk i materialet, og hvilke attribusjonskategorier de representerer. Jeg vil diskutere hvordan disse årsaksforklaringene kan virke inn på situasjonen til de eldre og eventuelt ha innflytelse på myndiggjøring og mestring. Som jeg viste til i kapittel 4.2.4 har måten vi attribuerer årsaken til en hendelse eller handling betydning for framtidig forventninger til mestring og motivasjon. I diskusjonen vil jeg med utgangspunkt i de ulike dimensjonene diskutere tanker og følelser attribusjonen kan føre med seg, og hva det har å si for grunnlaget for framtidige handlinger, og dermed mestring. Jeg bruker i diskusjonen uttrykket ”manglende kontroll” om flere forhold og sikter til med det til det at de ikke klarer å mestre ulike sider ved den medikamentelle behandlingen.

Mange av informantene tilskriver manglende kontroll til varige (stabile) egenskaper ved seg selv, forhold som de selv ikke kan gjøre noe med – de er indre, stabile og ukontrollerbare. Et godt eksempel på det er en årsak som flere informanter bruker; nemlig alder og det alderen gjør med deres funksjonsevne: Dette kjenner de når de f.eks. trenger mer tid eller har dårligere hukommelse. ”*Det er noko som følgjer med alderen*” sier Bjarne (s. 66) og sikter til at han bare må godta at han ikke lenger klarer å være med på de aktivitetene han ønsker, eller at han er for gammel til å lære noe nytt. Dette er årsaker som ligger i dem selv, og som de i liten grad kan gjøre noe med. Det kan synes som om dette gjør at flere av informantene nedvurderer seg selv i møte med helsepersonellet når de kommer med uttalelser som; ”*eg er berre dum...*”, ”*eg er så gapa...*”. Det kan være en form for rasjonalisering i situasjonen hvor den eldre møter helsepersonell med kompetanse i akkurat disse spørsmålene, men det kan også være uttrykk for en mer generell prosess hvor de føler at alderen gjør det vanskeligere å møte samfunnets krav, som Else sier; ”*Ja det er mange gongar ein føler på det, det er nå slik å bli gamal*”.

Mitt anliggende er at om dette er et generelt trekk ved den eldre, om det er deres måte møte utfordringer på, kan det i stor grad hemme deltakelse og mestring. Heggen (2007) viser til Giddens som hevder at måten vi takler alvorlig sykdom eller liknende "lagnadstunge" hendelser på, har med hvilken tillit vi har til oss selv og personer rundt oss å gjøre. Opplever ikke de eldre at de har tilstrekkelige ressurser, kan det passivisere dem i forhold til kontroll av ulike sider av den medikamentelle behandlingen. Ved å attribuere manglende forståelse, kontroll eller mestring til årsaker i form av indre stabile forhold som de ikke kan kontrollere, kan de heller ikke ta noe ansvar og de "slipper" å forholde seg til problemet. Dette kan føre den eldre inn i en ond sirkel; når effekten av legemidlene rammer og personene ikke har egen ressurser til å gjøre noe med det, kan frykten for at effekten skal ramme i sosiale situasjoner bli lammende. Har man ikke ressurser til å møte utfordringene, gjør det situasjonen mindre håndterbar, og man blir avhengig av hjelp utenfra.

En annen side ved å attribuere det som skjer til indre forhold som f.eks. alder, er at de lett underkommuniserer effektene av behandlingen til legen. Lampela et al. (2007), som jeg refererer til i kapittel 3.2 viser også til at det er vanlig at eldre underrapporterer en del bivirkninger, ikke minst dem som ble tolket som en del av den naturlige aldringsprosessen. En av informantene er plaget med svimmelhet, og enkelte dager ligger vedkommende på sofaen deler av formiddagen, uten å orke å gjøre så mye. Det blir en passivitet hun ikke klarer å gjøre noe med alene. Når jeg i intervjuet spør om hun har snakket med legen om dette svarer hun overrasket; *"finnast det nokon bruksanvisning for det"*, innforstått er det noe man kan gjøre med det. Hun tilpasser seg virkningen av legemiddelet og effekten i hverdagen hennes blir passivisering, istedenfor å ta det opp med legen. Dette vil være en uheldig mestringsstrategi som springer ut fra en indre attribusjon; *"det er slik jeg reagerer på behandlingen"*. Hun forstår hva som skjer, hun håndterer det på sitt vis, men hun ser ikke at det kan finnes andre løsninger.

Kompleksiteten av sykdommen kan være en årsak som flere attribuerer til. Det kan være at symptomene oppleves som lite forutsigbare, de vet ikke når dem rammer. De vet da heller ikke når de skal forebygge det med legemidler. Anginasmerter er et fenomen som noen informanter nevner. I starten av behandlingen vet de lite om behandlingen, og føler seg overmannet av alt som skjer. For noen utvikler det seg positivt når de lærer seg hvordan de

kan leve med sykdommen, slik Hans uttaler (s.65). Han har samarbeidet med legen over flere år og attribuerer sin kontroll over situasjonen til egen kunnskap. Han opplever at han selv finner det lett å søke kunnskap og opplever at han har god oversikt over situasjonen. Han føler han har kontroll, og kjenner til hvordan han kan løse situasjonen. Dette skaper en positiv opplevelse av indre ressurser, og egen evne til å skaffe seg kontroll. De av informantene som passiviseres i samme situasjon (som f.eks. Christine), gir uttrykk for at sykdommen og behandlingen ofte blir så kompleks at de ikke klarer å følge med. Hun gir fra seg kontrollen, som hun sier: *"tek berre det dei har laga til"*. Kompleksitet i behandlingen er et forhold som også Banning (2204) trekker fram som en viktig faktor i forhold til at eldre selv skal følge opp behandlingen sin. Det er tydelig at jo flere legemidler, eller jo mer kompliserte behandlingsopplegg de har, jo vanskeligere blir det å følge med og dermed kunne ha kontroll. Dette gjelder ikke bare det praktiske, men også alle følgende legemiddelbruken får. Situasjonen blir mer kompleks og mindre forståelig for den enkelte, samtidig som at egne ressurser gjør det mindre håndterbart. De ytre faktorene som de ikke kan kontrollere, får dem til å vende blikket innover og finne årsaker ved seg selv som forklaring på dette.

Hva da med de som har kontroll? Det kan synes som at det har et fellestrekk. De forklarer ofte det å ha kontroll med enkelte sider av behandlingen med deres egen interesse og lyst til å følge med, det er prosesser som er meningsfulle for dem. Det varierer i hvilken grad de spør, og det er ikke alt de trenger å ha kontroll over. De får bekreftelser på at det lønner seg å spørre, og merker at det påvirker kunnskapene de har og dermed evnen til å takle effektene av legemidlene. Et eksempel er Ingrid når vi snakker om å si fra til hjelpeapparatet: *"... det skjer ikkje noko om du ikkje har interesse av det sjølv, men somme tider kan det no gå på orka mi og"*. Det betyr at den enkeltes attribusjonsmønster ikke kan ses uavhengig av konteksten. Ved å få støtte på de positive egenskapene man kjenner at man har kan de eldre utvikle en positiv forventning om at de kan ta kontroll over flere sider av egen behandling. De eldre kan ved å bli bevisst sine positive egenskaper utvikle tillit til seg selv.

Vi ser av dette at den måten de tilskriver kontrollen, eller manglende kontroll til indre årsaker, kan gi helsepersonellet en antydning om deres forhold til behandlingen og muligheten for mestring. Indre forhold kan påvirke opplevelsen av forståelighet ved at effektene av behandlingen ikke framstår som begripelige, enten fordi en ikke har evner til å

forstå dette, eller fordi man ikke har forsøkt å fatte det. Opplevelsen av egne ressurser i form av vilje, interesse og egen kunnskap kan skape grobunn for mestring, i alle fall om den eldre får ta det i bruk. Kanskje må noen minnes på hvilke ressurser de har?

Når det gjelder attribusjon til ytre årsaker er det gjerne kompleksiteten av behandlingen som er den tydeligste årsaken de eldre trekker fram til manglende mestring. Jo mer kompleks behandlingen er, jo vanskeligere er det å forstå de effektene legemiddelbruken får i hverdagen. Dette er forhold de ikke kan gjøre noe med, det er legen som styrer behandlingen og dermed, avhengig av alvorlighetsgrad av sykdommen regulerer kompleksiteten. Her er man bare nødt til å ha tillit til legen?

Noen av informantene har opplevd uheldige hendelser med legemidlene, noe som kan synes å bli styrende for hvordan de tenker om kontroll over egen situasjon, som Bjarne forteller om (s.78-79). Selv om han stoler veldig på legen vil han ha kontroll over det praktiske selv. En av de andre informantene opplevde å ta for mange legemidler ved et uhell, noe som kan gi forståelse for den lettelsen hun føler med at hjemmesykepleien har tatt over ansvaret for legemidlene. Her kan det være en sammenheng mellom hvordan de ser på uhellet, og hvilke ressurser de føler de har til å møte det med. Har man ikke ressurser nok eller behandling er for komplisert kan man enten tilpasse seg og la andre ta ansvaret – ”*det må vel berre vere sånn*”, eller kan man gjøre noe for å ta kontrollen; ”*er kanskje dette som gjorde at eg vil ha kontroll sjølv*”.

Kompleksitet i behandlingen krever mer informasjon og kunnskap, og manglende informasjon blir nevnt av nesten alle informantene som en viktig årsak til manglende kontroll. Har en person få legemidler kan han i større grad påvirke og styre behandlingen (primær kontroll) ved at han kan tilpasse rutinene rundt behandlingen til egen hverdag. Som jeg har vært inne på brukes det at en spør for lite ofte som forklaring på for lite informasjon. Går man litt bak disse uttalelsene og spør hvorfor de spør lite, er det mange årsaksforklaringer som dukker opp. Det kan være en blind tillit til legen; at han ville sagt noe, om det var noe de skulle vite, noe f.eks. Christine sier i intervjuet: ”*Han seier vel frå om det er noko eg skal passe meg for*”. Dette er noe som ligger utenfor deres kontroll, og utenfor dem selv. Det er jo andre som har ansvaret her, en attribuering til ytre forhold som de ikke kan kontrollere. Bjarne gir uttrykk for en litt annen tilnærming til det når han sier:

”Dei skal ikkje gi noko informasjon utan at dei blir spurde om det”. Men å kunne stille spørsmål og etterspørre informasjon forutsetter ofte et kunnskapsgrunnlag å spørre ut fra, og det kan være vanskelig å forstå situasjonen på egen hånd. Tilstrekkelige ressurser kan også være i å ha ytre ressurser i form av pårørende eller andre. Mange av informantene har noen andre å spille på, både for å forsterke egne ferdigheter eller for å få råd. Å se eller høre at andre finner løsninger på de utfordringene legemiddelbruken gir dem, kan være med å styrke deres egen mestring.

Hvordan de eldre attribuerer kan ses i en større sammenheng enn bare i lys av den medikamentelle behandlingen, det kan være et mer generelt mønster. Å bli gammel kan føre til at man kjenner en redusert funksjonsevne eller en sviktende evne til å møte de krav som samfunnet stiller. Flere av informantene forteller historier om hvordan de ofte kommer til kort i andre sammenhenger. *”Når ein verte gammal er ikkje noko slik som det var lenger”* sier Bjarne i intervjuet. Det kan for eksempel være at en opplever å ha manglende forståelse for det en leser, eller en klarer ikke lenger å følge med i sosiale settinger. Når en opplever å ikke ha tilstrekkelige ressurser i enkelte sammenhenger vil det kunne være lettere å trekke konklusjoner om at en ikke har det i denne sammenhengen heller. I tillegg hører de om andre på samme alder, som sliter med det samme og får noe som likner en bekreftelse på at alderen gjør sitt. Når andre har problem de forklarer med alder, kan dette også gjelde en selv?

Enkelte attribusjonsmønstre kan se ut som skaper vansker for de eldre med tanke på å involvere seg i egen situasjon. Myndiggjøring og brukermedvirkning handler om en reell mulighet til å delta i egen behandling. Spørsmålet er om de rår over dette alene. Kan attribusjonsmønsteret påvirkes av måten helsepersonell kommuniserer på? Å forstå hvordan den eldre attribuerer kan føre til at helsepersonellet klarer å se hele mennesket og hvilke effekter legemiddelbruken gir hos den enkelte. Medikamentell behandling og ikke minst attribuering til indre negative egenskaper kan for den enkelte bli så sterk at den truer verdighet og integritet. Hjemmesykepleien har oftere og tettere kontakt med pasienten enn legen, og bør som Banning (2005) hevder, søke å forstå den enkeltes tilnærming til sin egen behandling, ikke bare passe på at vedkommende får rett legemiddel på rett måte til rett tid. De må se bak dette og se på helheten hos mennesket i dets hverdag.

7.3 Å snakke sammen eller bli snakket til

Jeg vil her diskutere utfordringer i samhandlingen mellom helsepersonellet og de eldre i lys av hva funnene forteller oss om dialogen mellom dem. Det er i dialogen, den ansiktsnære relasjonen med helsepersonellet, pasientene kan legge fram sin situasjon og komme med egne tanker om utfordringer legemiddelbruken gir dem. God kommunikasjon mellom helsepersonell og de eldre er viktig med tanke på å avdekke individuelt informasjonsbehov og utlikne maktforholdet i relasjonen. I følge pasientrettighetsloven § 3-5 må helsepersonell gjøre pasienten delaktig i prosessen og informasjonen må tilpasses den enkelte og koordineres slik at han får utbytte av den. God kommunikasjon vil derfor her være en dialog hvor den eldre kommer til med sine perspektiv, en treleddet relasjon og en samtale hvor den eldre opplever seg respektert og ivaretatt. Som diskusjonene om tillit og attribusjon har vist er det viktig at pasientens perspektiv trekkes inn som saksforholdet i dialogen. I materialet er det flere funn som forteller om hvordan informantene opplever møtet med helsepersonellet. Evner de å fremme god kommunikasjon slik de eldre ser det?

Det første jeg vil gripe fatt i er fokuset i samtalen. Jeg vil ta utgangspunkt i uttalelsen til Astrid på s. 73. Hun er fortvilet, ja nesten harm over hvorfor legen og de ansatte i hjemmesykepleien ikke kan høre på henne. Hun har et problem hun legger fram for helsepersonellet, og hun opplever at de ikke tar henne på alvor. Det er tale om en kommunikatv utfordring, mer enn et medisinsk spørsmål. Astrid sitt problem dreier seg ikke spesifikt om legemidler. Det handler om hvordan helsepersonellet oppleves av pasienten. Informantene har uttalt i intervjuene at fokuset i konsultasjonen med legen retter seg mot sykdommene mer enn legemidlene, slik også Lorentsen (1999) konkluderte med. Flere uttaler som Jenny (s. 69), at det blir lite tid til å snakke om legemiddelbruk utover det at de må ta det slik og sånn. De opplever at fokuset på informasjon fra helsepersonellet er rettet mot å ta legemiddelet på rett måte til rett tid, og deres perspektiv i liten grad blir involvert i samtalen. Hvorfor blir ikke pasienten en reell part i dialogen?

Det er flere forhold som kan forsterke denne tilsynelatende ensidigheten i samhandlingen. Det første er det som skjer i selve møtet, som tidsbruk og direkte kommunikasjon. Det andre er holdningene hos aktørene, og det siste jeg vil trekke fram her er hvilke kunnskap helsepersonellet møter pasienten med. Som ramme for møtet ligger det at ulike situasjoner

og ulike mennesker skaper forskjellige i informasjonsbehov. Det er flere av informantene som trekker fram at det er for lite tid i konsultasjonen hos legen, noe som kan være reelt nok. Det samme viser Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2004) til når de fant at konsultasjonstiden hadde gått ned etter innføringen av fastlegeordningen.

Er det ikke nok tid, må tiden prioriteres til det som er mest viktig å ta opp. Helsepersonellens medisinske perspektiv blir da fort det viktigste, og spørsmålet da er om pasienten blir godt nok informert og slipper til i samtalen, som Else sier (s.69); ” *resten må eg skaffe meg opplysningar om sjølv*”. Lian og Wilsgaard sin undersøkelse fra 2004 pekte på at over en tredel av pasientene savnet å få snakke om sine problemer når de var hos fastlegen. Dette reduserer muligheten for at pasienten skal få tatt opp hva som er reelle utfordringer i hverdagen. Jeg har i foregående diskusjoner vist til at en blind tillit til legen, eller attribusjon til indre stabile årsaker, kan ligge til grunn for at pasienten ikke ser behovet for å ta opp de rette spørsmålene med legen eller hjemmesykepleien. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient er også et maktforhold, og makten må brukes til pasientens beste, og det er pasienten som vet hva som er til sitt beste. Dette kan være vanskelig å se, om det er det medisinske perspektivet som dominerer. Her blir holdningene hos helsepersonellet viktige. Makten og avhengighetsforholdet pasienten står i, gjør at hjelperen må engasjere seg i hva som er viktig for pasienten, sier Martinsen (2005). Siden pasienten vet mest om dette, gir det helsepersonell en særskilt kommunikatív utfordring om å gjøre dette felles kjent. Dette innebærer en vilje og en holdning til å ta den andres perspektiv, for å gjøre situasjonen håndgripelig. Med tidspress og manglende engasjement i hva som er viktig for pasienten, blir det i samtalen vanskelig for pasienten å spørre eller bringe nye forhold på banen. Dette synes å være en utbredt opplevelse hos brorparten av informantene. Når legen har lite tid blir det vanskelig å plage han med flere spørsmål. Dette kan også ha sammenheng med den eldre holdninger til møtet med legen, at en ikke ønsker å være til bry, at en ikke vil belaste legen med unødig snakk, noe som kan forsterkes om pasienten har tillit til at legen vil ta opp det som er nødvendig. Det kan være vanskelig å se at kunnskapen om eget liv er gyldig i møtet med helsepersonellet?

Det kan være flere årsaker til at helsepersonell er lite henvendt til pasientene i møte med dem; helsepersonellet er ”*forkava*”, eller ”*han sitter og ser i datamaskina*”. Jeg har uttrykt flere ganger at det er viktig at helsepersonellet møter problemet med faglig respekt, men det

behøver ikke å være ensbetydende med at pasienten føler seg respektert. I helsepersonellens streben etter å gjøre det som er best for pasienten, kan det være vanskelig å gi fra seg makten, og invitere pasienten inn med sine perspektiv. Kanskje er dette et spørsmål om etisk refleksjon hos helsepersonellet? Spørsmålet om hvem som møter pasienten utenom konsultasjonen hos legen, og med hvilket faglig perspektiv de møter pasienten. Som bl.a. Grete beskriver på s. 76 skjer overføringen av oppgaver til hjemmesykepleien noen ganger på en slik måte at pasienten føler seg overkjørt. At det kan være det rette rent medisinsk er så, men det må kommuniseres til pasienten på en slik måte at han/hun føler seg respektert og ivaretatt. Det kan med andre ord være både forhold ved helsepersonellet, ved rammene for møtet og ved pasienten som kan være til hinder for at pasienten blir en reell part i dialogen. Derfor må helsepersonellet ta ansvar, se helheten i situasjonen og sammen med den enkelte pasient, forholde seg til helheten som et felles saksforhold. Kanskje er det først da pasienten selv kan ta stilling til sitt samtykke til helsehjelp? Helsehjelp skal bygge på pasienten informerte samtykke!

Det er også flere forhold som ligger utenfor det konkrete møtet mellom helsepersonellet og pasienten som kan gi kommunikative utfordringer. Det er flere perspektiver som er dominerende på hvert sitt område. Samfunnet har sine resultatorienterte krav til helsevesenet som kan slå ut i ordninger som generisk substitusjon i apotekene eller at hjelpetiltak stadig må evalueres. Dette kan slå ut i møtet mellom helsepersonellet og pasienten. Som Astrid uttaler (s. 75) har hjemmesykepleien et behov for å hele tiden evaluere behovene hos sine brukere med tanke på å forvalte de ressursene som er avsatt til dette i kommunene. Sett fra pasientens perspektiv er det ikke det faktum at det må evalueres som skaper frustrasjon, men at en selv ikke er en del av evalueringen. Dette er ordninger og endringer som ofte skaper et økt informasjonsbehov hos de som ”rammes” av systemet. Innføringen av generisk substitusjon (ordningen med byttbare legemidler) i apotekene er et godt eksempel. Dette har for informantene skapt utfordringer i forhold til å kjenne igjen enkeltpreparatene, i og med at de skrifter form og farge. Det er mest krevende for dem som administrerer legemidlene sine selv, men også vanskelig for dem som får gjort i stand dosettene av hjemmesykepleien. Det kan skape utrygghet og engstelse når legemidlene ikke stemmer, og dette blir da en kommunikativ utfordring i situasjonen. Endringene gjør at personene blir et saksforhold for systemet, en blir ikke medansvarlig i de avgjørelser som

fattes om en selv. Dette kan styrke opplevelsen av manglende kompetanse og ressurser til å møte de utfordringer medikamentell behandling skaper.

Disse situasjonene er for meg eksempler på det Skjervheim (1960) benevner som en toleddet relasjon. Legen eller personell i hjemmesykepleien har gjort pasienten til sitt saksforhold. Det kan hindre pasienten i å få diskutert sine perspektiv og ender opp med å selv bli det som blir diskutert. Dette synes for meg å være en stor utfordring som informantene beskriver i møtet med helsepersonell. De samtykker til behandling av helt andre grunner enn kunnskap om hva de trenger av hjelp, fordi den andre har vurdert deg og funnet løsningen. Dette kan i mine øyne dreie seg om en medisinsk tilnærming til problemene – helsepersonell når ikke inn til mennesket, bare problemet eller diagnosen. Som Ekeland (2007) viser til er det nødvendig at det skjer en objektivisering av pasientens problem slik at legen kan forholde seg til problemet rent medisinsk, men uten at pasienten som person objektiviseres. Helsepersonell er delvis opplært til å se etter motivene pasienten har for å bringe fram sine opplevelser, de skal finne diagnosen eller sykepleieproblemet. Det er dette Skjervheim tar fram i sine essay (1960 og 1992). Samtalen er et møte, ikke bare mellom pasient og helsepersonell, men også mellom naturvitenskapelig perspektiver og samfunnsvitenskapelige perspektiver. Skjervheim (1992) peker på at om vi inntar en naturvitenskapelig tilnæringsmåte i samfunnsvitenskapen oppstår det ”instrumentelle mistaket”. Det kan slå ut som at helsepersonell skal behandle pasienten, istedenfor at pasienten får behandling. Kanskje er tradisjonen i medisinen og i sykepleien slik at dette er det naturlige utgangspunktet? Hvis helsepersonellet vektlegger den instrumentelle tilnærmingen mer enn det kommunikative, kan pasientens utfordringer blir oversett. Sykepleieren ser sykepleierbehovet framfor sykepleiebehovet.

Pasientens perspektiver må derfor bli et felles saksforhold (i en treleddet relasjon) for at samtalen skal utvikle seg til et likeverdig forhold (subjekt til subjekt) og myndiggjøring av pasienten kan finne sted. Den asymmetriske relasjonen mellom pasient og helsepersonell gjør dette til en kommunikativ utfordring for helsepersonellet. Det er deres ansvar å bringe fram de viktige sidene ved behandlingen som pasienten sitter med nøkkelen til, pasienten som ekspert på eget liv. Et medisinskfaglig perspektiv alene kan berede grunnen for en *skinndialog*, som Bråten (2004) definerer som en samtale hvor den ene part tilskrives fasitsvarene, mens den andres erfaringer blir ikke-kunnskap.

Å skulle igangsette nye tiltak i form av legemidler i eget liv tilsier at prosessen må ha mening for den det gjelder, og de trenger mer enn bare informasjon om ferdigheter og teknikker. Vet ikke pasientene hvilke utfordringer den nye situasjonen kan skape, vil de ha problem med forstå situasjonen, og det vil være enda vanskeligere å se for seg hvordan de skal håndtere den.

Et siste organisatorisk forhold som synes å kunne påvirke dialogen er at det noen steder er brist i forhold til kontinuitet innen hjemmesykepleien. Det er relativt mange pleiere som kommer innom, noe som kan skape dårligere kommunikasjon. Har de eldre vanskelig for å komme igjennom med sine perspektiv er det vanskelig å tenke seg at det skal bli noe lettere ved at de stadig må fremme det for nye personer. Det er ikke noe entydig bilde av at dette oppleves som et problem hos informantene i denne studien. Noen synes sågar det er positivt at det kommer forskjellige innom, men de aller fleste bekrefter at det er mange å forholde seg til. Forskningen (f.eks. Lorentsen, 1999) viser til at dette kan være et problem med tanke på kontinuiteten, og at det vil ramme pasienter som er sårbare. At de eldre ikke opplever dette som et problem trenger ikke være ensbetydende med at det ikke representerer en utfordring. Om de eldre kan ha få personer, eller helst én person å forholde seg til når det gjelder legemidlene sine, vil det kunne legge til rette for en dialog om de effektene de opplever. Å markere ansvaret for den enkelte sin situasjon vil kunne legge til rette for at de eldre slipper å ta opp problemer og utfordringer med "alle". Dette kan styrke opplevelsen av å ha stabile ytre ressurser å spille på, og slik skape bedre grobunn for mestring.

En viktig side av samhandling mellom helsepersonell og eldre er bruken av skriftlig informasjon. Informantene har erfaringer med at helsepersonellet i liten grad tyr til skriftlighet i informasjonsarbeidet. Forskningen (jf. kapittel 3.5) trekker fram skriftlig informasjon som én av de viktigste virkemidlene helsepersonellet kan ta i bruk for at pasienten skal bli informert. Nesten alle informantene har for eksempel et forhold til pakningsvedleggene. Dette er noe myndighetene tar opp spesielt i Legemiddelmeldinga (jf. kapittel 2) og noe faglitteraturen trekker fram som et godt grunnlag for kommunikasjon med pasienten. Kun én av informantene har opplevd at legen eller hjemmesykepleien har brukt pakningsvedleggene som utgangspunkt for samtalen om legemidlene. Kun en av informantene har en egen legemiddelliste hvor det er nedtegnet indikasjoner og noe om hensikten med behandlingen.

Skriftlig materiale som blir presentert sammen med en muntlig informasjon vil kunne fremme god kommunikasjon på flere måter. Det vil kunne strukturere samtalen slik at fokuset rettes mot et felles saksforhold, og hvilke effekter legemiddelvirkningene vil kunne skape i pasientens hverdag. Den vil kunne gi hver enkelt opplevelse av kontinuitet utover den enkelte samtalen, ved at pasienten selv kan ta fram det skriftlige materialet og repetere innholdet når det passer best, og ev. sammen med andre, som Dag sier: ”*kan studere det når det passer meg*”. Å ha et felles skriftlig utgangspunkt for samtalen kan dessuten skape et bedre grunnlag for pasienten til å vite hva man skal spørre legen, eller hjemmesykepleien om. Når informantene i intervjuene blir spurt om informasjon i konsultasjonene er det mange som ikke husker hva som blir sagt, noe som er godt i overensstemmelse med det Kessels (2003) trekker fram. Å ha en felles skriftlig basis vil nettopp kunne styrke evnen til å gjenkalle det som har blitt sagt. Om ikke annet kan det å hjelpe noen av de eldre å huske bedre det som har blitt sagt, styrke verdigheten i situasjonen. Som jeg var inne på i kapittel 7.2, er det en utfordring å beholde et positivt selvbilde når man hele tiden får påminnelser om hvor lite man evne i eldre år. Bruk av skriftlige materialet ville slik kunne styrke pasientens posisjon i forhold til helsepersonellet i samtalen, og styrke pasientens indre ressurser, og kanskje kan det utjevne noe av maktfordelingen i relasjonen. Det skriftlige materialet kan være grunnlaget for en treleddet relasjon, men kan ikke oppveie holdningene til hvilket perspektiv som skal prege samtalen.

God kommunikasjon vil kunne fremme mestring ved at det klargjør situasjonen og åpner for større forståelse hos den som skal mestre effektene. Ved samtidig bruk av skriftlig materialet gir man pasienten en mulighet til å forme egne spørsmål, slik vi ser av intervjuene at pakningsvedleggene gjør. Informantene hadde mange kommentarer til pakningsvedleggene (jf. kapittel 6.4), noe som viser at det gir dem mulighet for å relatere det til egen situasjon. Ved at helsepersonellet engasjerer seg i pasientens situasjon, slik Martinsen (2005) sier, kan de være med å skape deltakelse for pasienten i de prosessene som betyr noe for den enkelte. Pasienten får en mulighet til å gjøre bruk av kompetansen til helsepersonell gjennom samtale om de utfordringene de kjenner på i sin egen hverdag. Slik er kommunikasjon nøkkelen til mestring.

De medisinske eller farmakologiske perspektivene kan skape terapeutiske virkninger og så lenge alt er bra, er *alt* bra. Når pasienten merker utfordringer i forhold til daglige aktiviteter,

må en dialog om dette være fokuset i samtalen. Materialet viser at det ofte er forventede effekter som skaper problem for informantene, og at de ikke vet hva de skal søke informasjon om. Derfor må helsepersonell snakke med dem, ikke bare til dem.

Jeg har belyst ulike sider ved den medikamentelle behandlingen som skaper kommunikative utfordringer i møtet med pasienten, og at god kommunikasjon kan skape bedre grunnlag for mestring gjennom forståelse av situasjonen. God kommunikasjon kan også gi den enkelte bedre oversikt over hvilke ressurser som kreves, hvilke mulig løsninger som finnes, og dermed gjøre det enklere å håndtere effektene. Dette kan gi pasienten en mulighet for å engasjere seg i egen situasjon.

7.4 Myndiggjort i egen situasjon?

Jeg vil til slutt ha en kort oppsummerende diskusjon av funnene i kapittel 6 og de foregående diskusjonene opp mot myndiggjøringsbegrepet. På bakgrunn av funnene i denne studien kan man spørre seg om de eldre er myndiggjorte i forhold til egen medikamentelle behandling. Vik (2007) viser til Gutiérrez sine punkt som er referert i kapittel 4.2.5. Jeg vil i denne diskusjonen relatere funnene og analysen opp mot hans beskrivelser av endringsprosessen.

Informantene i denne studien kan kontrollere egen legemiddelbruk i form av de praktiske utfordringene ved selve legemiddelbruken. De tar rett legemiddel, de tar dem stort sett når legen har sagt at de skal ta dem, og de tas på rett måte. Alle forutsetninger for rett behandling er således i det store og hele oppfylt, de er etterlevende de medisinske råd de får av legen. Det er imidlertid ikke bare den praktiske siden av behandlingen som skaper utfordringer i livene deres. Legemiddelvirkningene skaper sideeffekter som får følger for den enkelte i dagligdagse aktiviteter.

Informantene gir uttrykk for at de får lite informasjon, mest fordi de ikke spør etter det selv og innslaget av skriftlig informasjon er lite. De opplever at fokuset i samtalen med helsepersonellet i liten grad dreier seg om deres hverdag. For at pasientene skal utvikle tro på egne ressurser og kontrollere hendelsene i eget liv, må de ha kunnskap om hvordan behandlingen kan skape utfordringer i forhold til det livet de er vant til.

For å kontrollere hendelsene i eget liv må de utvikle kunnskap om hvordan de kan forholde seg til disse sidene av legemiddelbruken. Mange av informantene har ikke denne kunnskapen, de blir passivisert av virkninger som for eksempel hyppig vannlating eller svimmelhet. Passiviseringen kan føre til fysisk eller sosial inaktivitet med de følgene det kan ha. Den direkte passiviseringen er en stor utfordring i seg selv.

Myndiggjøring retter seg mot en personlig følelse av makt og kontroll, skriver Vik (2007). Prinsippet i samhandling med pasienter er i følge Stang (1998) å stimulere til at pasienten skal ta ansvar i egen situasjon. For å ta kontroll over hendelsene i eget liv er det viktig å kunne rette fokuset mot andre årsaker enn å finne feil med seg selv, sier Gutiérrez (i Vik, 2007). Som vi har sett er det mange av de eldre som attribuerer det som skjer til egen skrøpelighet og manglende evner på grunn av høy alder. Noen ganger kan det jo tenkes at dette er reelt nok, at den eldre ikke har overskudd eller krefter nok til å møte de økende krav som legemiddelvirkningene påfører dem, men vi skal være forsiktige med godta som et endelig svar når det kan være andre årsaker til denne passiviteten. Ved at helsepersonellet sammen med pasienten ser på hva som skaper begrensninger, kan det være lettere for den enkelte å rette fokus mot rett årsak, og gjøre det mulig å forholde seg til den.

Flere av informantene i min studie har gitt uttrykk for at det er deres egen skyld at de ikke får informasjon, at de ikke spør nok, eller at de ikke forstår. Spørsmålet er om det er opp til de eldre alene å skulle være ansvarlig for dette. Brukermedvirkning og ansvar i egen behandling betyr ikke at en pasient skal være nødt til å finne fram til alt selv. Det handler også om helsepersonellens ansvar for å legge til rette for at brukermedvirkning blir mulig. Når dette ikke skjer, når pasientens egne perspektiver ikke blir en sentral del av dialogen med helsepersonellet, må pasienten finne ut av dette selv, og veien til selvbebreidelser er ikke nødvendigvis så lang. Man kan hevde som Gutiérrez gjør i sitt siste punkt at en myndiggjøringsprosess må stimulerer pasienten til å ta personlig ansvar og være aktiv så langt egne ressurser strekker til. Når man ikke vet hva man skal bruke ressursene til, eller hvordan man kan legge til rette for at ressursene brukes på rett måte, vil dette være vanskelig.

8 AVSLUTNING

8.1 Avskuttende refleksjoner

Temaet for oppgaven har vært eldre og legemiddelbruk og jeg har belyst temaet med utgangspunkt i et pasientperspektiv. Studiens hovedformål har vært å slippe til de eldres stemme gjennom deres beskrivelser av hverdagen med legemidler. Å få fram de eldres egne opplevelser og erfaringer er viktig med tanke på å utvikle kunnskap om hvordan eldre opplever behandlingstilbudene. Beskrivelsene har gitt kunnskap om hvordan legemiddelvirkningene gir effekter hos de eldre, og hvordan dette kan påvirke den enkelte. Dette vil kunne være nyttig kunnskap for helsepersonell for å videreutvikle helsetilbudet til eldre hjemmeboende pasienter.

Funnene i studien, i form av informantenes beskrivelser av manglende informasjon, lite tid i konsultasjonene og tilliten til helsepersonell samsvarer med tidligere forskning om eldre og helsetjenester. En tredel av informantene i undersøkelsen har hatt betydelige problem eller opplevd alvorlige hendelser i samband med legemiddelbruken, noe som samsvarer med andres funn. I complianceforskningen beskrives et generelt problem hos eldre når det gjelder å oppfatte forhold rundt indikasjon for og hensikt med behandlingen. Informantene i denne studien kommer bedre ut enn det som er beskrevet hos andre. Informantene synes å ha god oversikt over hvorfor de bruker de ulike legemidlene, og delvis hva legen ønsker med behandlingen. Informantenes opplysninger samsvarer også med annen forskning når det gjelder antall legemidler per døgn og hvilke legemiddelgrupper som er i bruk.

For at informantenes stemme skal prege materialet utarbeidet jeg en relativt åpen intervjuguide som tok utgangspunkt i sentrale områder av legemiddelbruken og var formulert slik at de hadde fokus på pasientens opplevelser og erfaringer. Jeg har lagt vekt på å bruke et klart og tydelig språk og hverdagslige begrep i henvendelser til informantene. Legemiddelbruk hos eldre er et felt som er sammenvevd med sykdom og til dels dramatiske hendelser, derfor har noe av utfordring i undersøkelsen vært å skille mellom hvordan de opplever den medikamentelle behandlingen og hva som er opplevelser preget av sykdom og annen behandling. De konkrete behandlingsregimene eller diagnosene vil være en viktig del av forståelsen av hver enkelt sin situasjon, og uttalelser informantene gir kan noen ganger

like mye dreie seg om sykdommen som om legemiddelbruken. Dilemmaet har jeg søkt å løse ved å bruke min fagkunnskap om sykdom og legemidler, og i intervjuene ev. stille spørsmål om igjen med presiseringer opp mot den konkrete medikamentelle behandling. Dette kunne være en utfordring, spesielt i de intervjuene hvor pasienten hadde mange historier å fortelle. For å forsikre meg om at de eldre forsto hva jeg ville med mine spørsmål, var jeg påpasselig med begrepsbruk og fagspråk, og føler at min erfaring fra arbeid med eldre hjalp meg til å finne et godt språk i intervjuene. Jeg har lagt vekt på å transkribere intervjuene nøyaktig slik at materialet blir mest mulig en gjengivelse av hva som ble sagt i samtalene. Alle intervjuene ble transkribert samme dag, som en direkte fortsettelse av intervjuet.

I studien har jeg vært stilt ovenfor dilemma med nærhet til kommunehelsetjenesten på to måter. For det første har jeg en faglig nærhet til hjemmesykepleien, noe som påvirker min forforståelse og inngang til forskningsfeltet. Jeg har søkt å løse det ved å velge en hermeneutisk tilnæringsmåte med en bevisst veksling mellom beskrivelse og tolking gjennom hele forskningsprosessen. Et annet perspektiv har hvordan informantene oppfatter relasjonen mellom meg som forsker og hjemmesykepleien, siden det er hjemmesykepleien som har initiert kontakten mellom informantene og meg. Det kan ha påvirket informantene mine til ikke å ville dele eventuelle negative tanker eller opplevelser de har i forhold til hjemmetjenesten, uten at jeg kan fastslå at dette har preget materialet mitt. Spørsmålet er hvor åpne informantene egentlig har vært. Det kan ikke med sikkerhet besvares av meg, men jeg mener at jeg har klart å være i dialog med informantene og at jeg har fått fram viktige og tydelige tendenser i deres opplevelser og erfaringer.

Hva er det så funnene i studien sier noe om? Studien legger fram de eldres egne beskrivelser og jeg er bevisst på at det informantene i studien sier noe om er deres opplevelser og erfaringer med medikamentell behandling og helsetjenesten. Det er ikke grunnlag for å uttale seg generelt om hvordan helsetjenesten er ut fra dette, bare om hvordan de eldre opplever det.

Samlet mener jeg at mine funn er overførbare til andre eldre som mottar medikamentell behandling, med de begrensninger som er nevnt. Funnene støttes av tidligere forskning, og derfor mener jeg at funnene kan ses på som relevante og som et supplement til annen

forskning innen område. Samtidig fyller studien ut den forskningen jeg viser til i kapittel 3 ved at den har både fokus på de eldres egne opplevelser og at jeg tar for meg hvordan legemidlene får effekter utover de umiddelbare farmakologiske virkningene. Det er ikke den konkrete legemiddelbruken som er fokus, men effektene den får i de enkeltes liv. Funnene har derfor sin konkrete verdi og bør kunne fortelle noe som er av interesse for de som skal arbeide med å utvikle gode helsetilbud til hjemmeboende eldre.

Hovedformålet med studien var å beskrive de eldres hverdag med legemidler, og funnene representerer tendenser og trekk som sier noe om hvordan de opplever det å bruke legemidler og å forholde seg til effektene legemidlene gir. Gjennom analysen av materialet har jeg belyst ulike sider ved behandlingen som kan legge til rette for eller hemme en myndiggjørings- og mestringsprosess hos de eldre. Funnene beskriver de eldres erfaringer med samarbeidet med fastlegene og hjemmesykepleien

8.2 Hovedfunn og konklusjoner

De eldre har ikke erfaringer med at det benyttes skriftlig informasjon.

Flertallet av informantene i denne studien har så å si ikke opplevd at helsepersonell har benyttet seg av skriftlig materiale når de informerer. Informantene gir uttrykk for at det er vanskelig å huske at de har fått noe konkret informasjon, i det hele tatt er det vanskelig å huske informasjon. Dette reduserer muligheten for dem å definere saksforholdet i relasjonen. Om de eldre hadde hatt mer informasjon om hvordan de kan leve med legemidlene i hverdagen, hadde det styrket muligheten til at de selv kunne være myndige i egen situasjon.

Så å si alle informantene har lest pakningsvedleggene som følger legemidlene, men helsepersonellet bruker ikke pakningsvedlegget til informasjon eller som grunnlag for samtale om legemidlene, til tross for at både forskningen, litteraturen og myndighetene (Legemiddelmeldinga) framhever at bruk pakningsvedleggene kan egne seg som et utgangspunkt for dialog med pasienten om deres opplevelse av behandlingen. Pakningsvedlegget kan sette lys på effekter før de oppstår, ved at virkningene omtales.

Det oppstår en underdanighet hos noen eldre i møte med helsepersonellet.

Et trekk ved funnene er den underdanighet enkelte av informantene viser i møte med helsepersonellet, kanskje særlig legen. Underdanigheten kan knyttes opp mot både tillit og attribusjon som jeg har gjort i kapittel 7, og den vil kunne forsterkes av en "manglende" myndiggjørende kommunikasjon.

Informantene har veldig tillit til helsepersonell og behandling. For noen av informantene har tilliten utviklet seg til en blind tillit i forhold til legen og legemidlene. Det kan synes som om denne underdanigheten oppstår i møtet med den medisinske kompetansen helsepersonellet innehar. Det medisinske perspektivet med virkninger, bivirkninger, ulike preparater, rett bruk, nøyaktighet innhenter dem med stor autoritet, og det synes vanskelig å se utover det eller argumentere mot det. Man kan føle seg liten og det kan være vanskelig å komme til med egne erfaringer og spørsmål i møte med helsepersonellet. Det kan være at de opplever at de er i en situasjon uten valg, og alvorligheten i situasjonen gjør at de føler "compliancetrykket". Med compliancetrykket mener jeg presset om å følge de medisinske råd, om å ta legemidlene rett. Det er fristende å tenke at det som er uttrykt i Legemiddelmeldinga er det som pasienten faktisk opplever; du skal ta rett legemiddel, på rett måte, til rett tid. I møte med helsepersonellet blir den underdanige en komplementær rolle til eksperten. Likevel er de fleste fornøyde, siden det stort sett går bra, og *så lenge alt går bra, går det bra*. De opplever at de mestrer situasjonen siden de klarer å håndtere legemidlene selv, de holder orden på det. Er mestring av mestring av medikamentell behandling mer enn å ta legemidlene rett?

Når utilsiktede effekter oppstår så er ikke compliance alene tilstrekkelig.

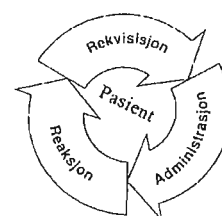
Et forhold jeg har diskutert som utfyller bildet av underdanighet er de som årsaksforklarer at de ikke kan ta kontroll over situasjonen til indre stabile årsaker. Når endringene de opplever attribueres til aldersforandringer, er det ikke noe de kan gjøre noe med, på samme måte som når indre egenskapene eller ressurser ikke er tilstrekkelige for å forstå og håndtere situasjonen. Da må de bare tilpasse seg det som skjer. Dette er en følelse som kan forsterkes med økende kompleksitet i behandlingen. Underdanigheten kan føre til at de ikke tar kontroll i eget liv, de lar seg passivisere av effektene legemidlene skaper og gjør seg avhengige av at helsepersonellet ser de utfordringene de står ovenfor. Kanskje er det nødvendig å se bak den takknemligheten eldre ofte uttrykker i møtet med helsepersonell?

Når det oppstår sideeffekter av behandlingen utover de umiddelbare virkningene er ikke perspektivet med compliance tilstrekkelig fordi etterlevelse har utgangspunkt i de medisinske rådene og legemidlene, mens effektene må ses i forhold til den betydningen de har for enkeltmennesket, både når det gjelder funksjon og forståelse. Det må være helsepersonellet sitt ansvar å legge til rette for myndiggjøring og brukermedvirkning, og det er ikke nødvendigvis det samme som at pasienten har det bra og er takknemlig for å få hjelp. Studien har beskrevet pasientens erfaringer, at de er lite medvirkende i egen behandling i den forstand at noen av dem i liten grad klarer å sette i verk tiltak for å møte de effektene legemiddelbruken skaper. Jeg har i studien knyttet det til forståelse av hva som skjer, og til håndterbarhet i form av ressurser til å møte situasjonene. Helsepersonell bør engasjere seg i det som er pasientens utfordringer og hva som er meningsfulle prosesser for den enkelte. Spørsmålet er om ikke mestring for mange fordrer at de får oppfølging utover det de får i dag?

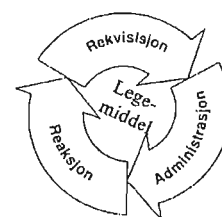
Om vi tar igjen figuren fra kapittel 2.1.3 og spør oss det har noen betydning om hva som er sentrum for behandlingsprosessen. Kan vi på bakgrunn av funnene i undersøkelsen reise spørsmålet: *Er behandlingsprosessen mer legemiddelsentrert enn pasientsentrert?*

Om helsepersonell har fokus på de farmakologiske virkningene av legemiddelet istedenfor å se hva forventede virkninger og bivirkninger kan skape av effekter i den enkeltes liv, blir det ikke en pasientsentrert samhandling, men en legemiddelsentrert.

Må det være et enten eller?



Pasientsentrert



Legemiddelsentrert

8.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Bør funnene få noe å si for praksis? Jeg mener at kunnskapen som er utviklet gjennom studien min kan gi nyttig innsikt og innspill for å utvikle tjenestetilbudet til de eldre hjemmeboende pasientene, både når det gjelder det organisatoriske, det holdningsmessige og i møte med hver enkelt pasient.

For det første kan det få betydning for hvordan oppfølgingen av de eldre bør organiseres. De eldre bør kunne få oppfølging utover de jevnlige konsultasjonene hos legen i større grad enn de får i dag. Dette kan gjøres ved at de eldre innvilges lenger tid i hver konsultasjon hos legen. Hyppigheten av konsultasjoner må tilpasses individuelt, definert ut fra pasienten sitt behov. Oppfølgingen kan kanskje også organiseres under andre deltjenester i legekantorene. Et annet alternativ er at sykepleieren i hjemmesykepleien følger opp denne pasientgruppen. Det innebærer et tett tverrfaglig samarbeid mellom fastlegen og hjemmesykepleien, en samarbeidskanal som eksisterer i dag. Dette er et godt alternativ eller supplement til oppfølging i legekantoret siden hjemmesykepleien for de fleste av disse pasientene vil få tildelt ansvaret for administrasjonen av legemidlene. Dessuten har hjemmesykepleien anledning til tettere oppfølging i det daglige enn legen, både når det gjelder observasjon og tiltak. Det betyr at sykepleierne må identifisere dem som trenger oppfølging utover det praktiske, noe som kan gjøres i en "innkomstsamtale" eller ved jevnlige evalueringssamtaler med de eldre selv. *Kanskje eldre med polyfarmasi kan ha behov for en individuell plan?*

For det andre kan funnene og konklusjonene i denne studien ses som oppfordring til å bevisstgjøre hva vi betrakter som relevant kunnskap i forhold til pasientens utfordringer. Både legene og sykepleierne vil pasientens beste, men et medisinsk perspektiv alene er ikke tilstrekkelig for å få tak i alle effektene av behandlingen. Å informere om virkninger og bivirkninger er innledningen til å finne utfordringer pasienten står overfor. Sannsynligheten for en bestemt virkning bør initiere en vurdering av hvordan den kan slå ut i den eldres hverdag. Når og hvordan vil den merkes i pasientens hverdag? Hvilke ressurser har pasienten til å møte utfordringen? Oppfølgingen av behandlingen bør være pasientsentrert, ikke legemiddelsentrert. Sykepleie er å følge opp pasientens reaksjoner på sykdom og behandling, og sykepleierne må engasjere seg i det som er viktig for pasientens helhet.

For det tredje bør informantenes opplevelser og erfaringer kunne brukes for å bevisstgjøre helsepersonell i møtet med pasienten. Relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet vil alltid være preget av makt, og møtet må derfor bære preg av dialog og myndiggjøring. Det innebærer at dialogen må være personorientert og ha et tydelig saksforhold som er felles. Saksforholdet bør representere pasientens forståelse av legemiddelbruken. Pasientens erfaringer og perspektiver må trekkes fram i samtalene, helsepersonell må engasjere seg i pasientens utfordringer på hans premisser. God dialog krever god informasjon om de

faktiske forhold pasienten må forholde seg til og bør gi den enkelte et reelt grunnlag og vurdere egne ressurser i forhold til. Spørsmålet blir om pasienten er tilstrekkelig informert. Her bør det brukes mer skriftlig materiale enn det informantene i denne studien forteller om.

Funnene og konklusjonene i denne studien åpner for flere veier når det gjelder videre forskning innen området. Min studie inntok pasientperspektivet, og det ville være naturlig å kunne forske videre på helsepersonellens opplevelser av samhandlingen med eldre mennesker. Eldrebølgen og behovet for individuell oppfølging skaper behov for forskning om hvordan legemiddelhåndtering og pasientoppfølging bør organiseres for å fange opp de som har behov for tettere oppfølging.

Eldre mennesker bruker mange legemidler samtidig og de vil være utsatt for å utvikle effekter av legemiddelbruken. Effektene kan direkte eller indirekte skape situasjoner hvor de eldre blir passivisert og inaktive, tilstander som resulterer i fallelisoder med påfølgende fare for bruddskader og nedsatt mobilitet, og de kan gjøre det vanskelig å følge opp eget sosialt nettverk. De eldre hjemmeboende pasienten er en viktig pasientgruppe i morgendagens helsevesen. I en situasjon hvor økningen i eldregruppen er i ferd med å eksplodere vil det være viktig også for samfunnet at de eldre kan bo hjemme lengst mulig. Det vil kunne spare samfunnet for utgifter til institusjonsopphold, eller reinnleggelse i sykehus. Mange eldre bor alene og har redusert sosial omgang, derfor er det viktig at de lengst mulig kan holde kontakt med andre og delta i sosiale sammenhenger.

Min studie har vist de Eldres egne opplevelser og ved å utvikle kunnskap om hvordan denne gruppen opplever sin egen situasjon kan vi bedre planlegge en individuelt tilpasset helsetjeneste. Mitt bidrag har vært å vise at sykepleie til denne gruppen er å se hvilke reaksjoner legemidlene skaper i hverdagen hos den enkelte, og ved å se at kunnskapen om hvilke effekter legemiddelbruken skaper hos hver enkelt er like viktig som kunnskapen om virkningene av det enkelte legemiddel. Dette kan oppnås ved å være i dialog med den eldre og gjøre hverdagen og ikke legemiddelet til saksforholdet. Det kan aldri bli tilstrekkelig å forholde seg til de eldre som en medisinsk kategori, men enkeltmennesker med sine særegne behov.

Referanseliste:

- Abrahamsen, D, og Svalund, J. (2005). *Flere eldre mottar hjemmesykepleie*. Lest 18.4.2008, fra www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-09-27-01.html
- Akerhei, C. (2006). Påvirkes pasienters compliance av kunnskap og oppfatninger om legemidler? *Norsk farmaceutisk tidsskrift*. Nr 1, s. 22-23.
- Amirkhan, J. (1990). Applying Attribution Theory to the Study of Stress and Coping. I: Graham, S og Folkes, V (Red.), *Attribution theory, Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict*. (s. 79-105). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Andreassen, H, Sandaune, A-G, Gammon, D, og Hjortdahl, P. (2002). Nordmenns bruk av helsetilbud på internett. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 122(17), 1640-1644.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Banning, M. (2004). Enhancing older people's concordance with taking their medication. *British Journal of Nursing*, 13(11), 669-674.
- Banning, M. (2005). Medication management: older people and nursing. *Nursing Older People*, 17(7), s. 20-23.
- Bardel, A, Wallander, M, og Svardsudd, K. (2007). Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 63(3), s. 307-314.
- Befring, AK. (2004). Pasientens rett til informasjon. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124(1), s. 79-80.
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer*. Kristiansand; Høyskoleforlaget
- Berge, A. (2003). Rekvirering og håndtering av reseptpliktige legemidler. *Medisinsk informasjon*. Nr. 5, s. 3.
- Bjærrum, L, Rosholm, J, og Hallas, J. (1999). Polyfarmaci belyst ved hjelp av en populasjonsbasert reseptdatabase. *Ugeskrift for Læger*, 161(46), s. 6355-6259.

- Bondevik, M. (2001). *De eldste eldre - erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brørs, O, Olsen, H, og Myhr, K. (2007). *Bivirkninger*. I: Vilberg, A (Red.) (2007). Legemiddelhåndboka [Onlineversjon: 2007.3.1]. Lest 10.04.2008, fra www.legemiddelhandboka.no
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buajordet, I, Ebbesen, J, Eriksen, J, Brørs, O, og Hilberg, T. (2001). Fatal adverse drug events; the paradox of drug treatment. *Journal of Internal Medicine*, 250(4), 327-341.
- Carlsen, B. (2003). Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 123(10), 1322-1324.
- Dale, B, Dale, JG, og Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 21(2), 4-10.
- Denzin, N, og Lincoln, Y. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Daatland, SO, og Solem, PE. (2000). *Aldring og samfunn: en innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ekeland, T. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I: Ekeland, T og Heggen, K (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Esposito, L. (1995). The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 935-943.
- Fastbom, J. (2002). *Eldre og legemidler*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Finnvold, J, Lurås, H, og Paulsen, B. (2003). Fastlegeordningen: De fleste fikk den de ville ha. *Samfunnsspeilet*, nr. 5 [Onlineversjon]. Lest 28.1.2008, fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200305/01>.

- Fugelli, P. (2001). Tillit. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 30(121), 3621-3624.
- Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.
- Gilje, N, og Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Granås, A, og Bates, I. (2005). Patients' understanding and management of their illness and prescribed medicines. *Pharmacy World og Science*, 27(4), s. 321-328.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre samanhengar. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 121(30), s. 3617-3619.
- Grimen, H. (2005). Luhmann om förtroende. I Luhmann, N. Backelin, E. og Grimen, H. *Förtroende: en mekanism för reduktion av social komplexitet*. (s. 169-225). Göteborg: Daidalos.
- Gulbrandsen, T. (2001). Om tillit. *Sosiologi i dag*, nr 30, s. 67-95.
- Harvey, J. og Weary, G. (Red.) (1985). *Attribution. Basic issues and applications*. USA, San Diego: Academic Press
- Haug, HK. (2005). Virksom kommunehelsetjeneste for den gamle. I Nord, R, Eilertsen, G og Bjerkreim, T (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 165-176). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I Ekeland, T og Heggen, K (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 53-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2008). *Fakta om tjenestetilbudet. Hjemmesykepleie*. Lest 4.11.2008, fra www.shdir.no/helseogomsorg/tjenester/hjemmesykepleie_9042
- Helsinki-deklarasjonen (2000). *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Lest 14.12. 2007 fra www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen.
- Henriksen, J, og Vetlesen, A. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Hovedtrekk i fastlegeordningen etter to og et halvt år – foreløpig oppsummering av statusrapport*. Lest fra 9.11.2008, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2004.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005a). *St. meld nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005b). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Lest 12.8.2008, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Ot.prp nr. 74 (2006-2007) Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)* Lest 9.11.2008, fra www.regjeringen.no/pages/1990972/PDFS/OTP200620070074000DDDPDFS.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008a). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, Forskrift nr. 320 av 3. april 2008.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008b) Lov av 20. juni 2008 nr. 44: *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008c). Fastlegeordningen. Lest 17.11.2008, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse_og_omsorgstjenester_i_kommunene/Fastlegeordningen.html?id=115301
- Høie, IM. (2000). Feil legemiddel i feil dose i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120(7), s. 862-863.
- Høie, M. (2004). Mestringsevne, helseplager og tilfredshet. *Vård i Norden*, 24(3), 38-43.
- Jakobsson, U. (2005). Multisjuklighet och polyframaci bland äldre. *Vård i Norden*, 25(4), s. 43-46.
- Kerzman, H, Baron-Epel, O, og Toren, O. (2005). What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*, 56(3), s. 276-282.

- Kessels, R. (2003). Patients memory for medical information. *Journal of The Royal Society of Medicin*, 96(5), s. 219-222.
- Kirkevold, M. (2005). Hva trenger vi å vite og hvordan skal vi få vite det? I Nord, R, Eilertsen, G og Bjerkreim, T (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 275-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Klepp, KI. (1997). Når tall ikke strekker til - bruk av kvalitative metoder i medisinsk forskning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 117(5), s. 639-640.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lampela, P, Hartikainen, S, Sulkava, R, og Huupponen, R. (2007). Adverse drug effects in elderly people - a disparity between clinical examination and adverse effects self-reported by the patient. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 63(5), s. 509-515.
- Lian, O, og Wilsgaard, T. (2004). Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124(5), s. 655-658.
- Lian, O. (2007). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Linjakumpu, T, Hartikainen, S, og Klaukka, T. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), s. 809-817.
- Lorentsen, Ø. (1999). *Eldre - sykdom, behandling og egen mestring*. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- Lumme-Sandt, K., Hervonen, A., og Jylhä, M. (2000). Interpretative repertoires of medication among the oldest-old. *Social Science & medicine*, 50(12), s. 1843-1850.
- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo, Akribe forlag.
- Midlöv, P. (2006). *Drug-related problems in the elderly*. Sverige; Lund: Lund University.

- Molven, O. (2006a). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2006b). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Moret, L, Rochedreux, A, Chevalier, S, Lombrail, P, og Gasquet, I. (2008). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 70(1), s. 94-101.
- Munton, A, Silvester, J, Stratton, P, og Hanks, H. (1999). *Attributions in Action. A practical Approach to Coding Qualitative Data*. Chichester, England: Wiley og Sons.
- NESH. (2000). De nasjonale forskningsetiske komiteer. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Lest 20.11. 2007, fra www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/NESHretningslinjer/06
- Nortvedt, P, og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nygaard, HA, og Straand, J. (2006). Eldre og legemidler. I: Vilberg, A (2007). *Legemiddelhåndboka* [Onlineversjon: 2007.3.1]. Lest 26.3.2008, fra <http://www.legemiddelhandboka.no>.
- Olsen, LA, og Rygg, LØ. (2005). *Praktisk legemiddelhåndtering*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Otnes, B. (2007). *Pleie og omsorg. Hjelp til flere utenfor institusjon*. Lest 16.4.2008, fra www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200705/06/index.html
- Personvernombudet for forskning (2007). Lest 20.11.2007, fra www.nsd.uib.no/personvern
- Postholm, M. (2005). *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rabøl, R., Arrøe, GR., Folke, F., Madsen, KR., Langergaard, M., Larsen, AH. m.fl. (2006). Uoverensstemmelser mellom medicinoplysninger fra patienten og egen læge. *Ugeskrift for Læger*, 168(13), s. 1307-1310.

- Rognstad, S. og Straand, J. (2004). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124(6), s. 810-812.
- Romøren, T. (2005). Gamle mennesker i Norge. I Nord, R, Eilertsen, G og Bjerkreim, T (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ruths, S, og Straand, J. (2007). Eldre og legemidler. I Vilberg, A (Red.). *Norsk legemiddelhåndbok* (2007). Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Salzman, C. (1995). Medication compliance in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(1), s. 18-23.
- Sandvik, H. (2003). Fastlegeordningen - forventninger og erfaringer. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 123(10), s. 1319-21.
- Sigstad, H.M.H. (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124(1), s. 63-64.
- Skjervheim, H. (1960). Deltakar og tilskodar. I Aarnes, A og Wyller, E (Red.). *Brytninger i tidens tankeliv* (s. 63-84). Oslo: Tanum.
- Skjervheim, H. (1992). Det instrumentelle mistaket. I Skjervheim, H (Red.). *Filosofi og dømmekraft* (s. 172-178). Oslo: Universitetsforlaget.
- Snoek, JE, og Engedal, K. (2008). *Psykatri*. Oslo: Akribe.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). St. meld nr 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Lest 11.9.2008, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2000
- Sosial- og helsedepartementet. (1999a). Lov av 2. juli 1999 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

- Sosial- og helsedepartementet. (1999b). Lov av 2. juli 1999 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven).
- Sosial- og helsedepartementet. (2000a). *Om lov om pasientrettigheter*. Rundskriv I-60/2000.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000b). Lov av 2. juni 2000 nr. 39: Lov om apotek (apotekloven).
- Sosial- og helsedepartementet. (2001a). *Legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten – helsetilsynets fortolkning av enkelte problemstillinger knyttet til gjeldende myndighetskrav*. IK 14/2001
- Sosial- og helsedepartementet. (2001b). *Om lov om helsepersonell m.v.* Rundskriv I-20/2001
- Sosial- og helsedepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Forskrift nr. 792 av 27. juni 2003. Lest den 9.11.2008 fra www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html
- Spigset, O. (2003). Bruk av legemidler hos eldre. *Utposten*, 32(4), s. 6-9.
- SSB. (2004). *Framskrivning av folkemengden 2002-2050*. Lest 12.8.2008, fra www.ssb.no/emner/02/03/nos_folkfram/nos_d319/nos_d319.pdf.
- SSB. (2008). *Flest ressursar til dei som treng det mest. Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk*. Lest 28.12.2007, fra www.ssb.no/pleie
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse*. Oslo; Gyldendal Akademisk
- Steihaug, S. (2003). Bør pasienten gjøre som doktoren sier? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 123(24), s. 3604-3606.
- Straand, J, og Rokstad, K. (1999). Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report fra the More og Romsdal Prescription Study. *Family Practice*, 16(4), s. 380-388.

- Straand, J, Sandvik, H, og Rokstad, K. (1998). General practitioners' office consultations with elderly patients – diagnoses and prescriptions. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 8(2), s. 121-126.
- Vik, LJ. (2007). Makt og Myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I Ekeland, T-J og Heggen, K (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 83-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vaage, S. (1998). *Å ta andres perspektiv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- WHO (2007). *Definition of an older or elderly person*. Lest 30.3. 2007, fra www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html
- Wilson, IB, Schoen, C, Neuman, P, Stollo, MK, Rogers, WH, Chang, H, m.fl. (2007). Physician-Patient Communication About Prescription Medication Nonadherence: A 50-state Study of America's Seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), s. 6-12.

Vedlegg:

Vedlegg I:	Forespørsel informanter
Vedlegg II:	Samtykkeerklæring
Vedlegg III:	Informasjon hjemmesykepleien
Vedlegg IV:	Intervjuguide
Vedlegg V:	Faste opplysninger
Vedlegg VI:	Observasjonsdata
Vedlegg VII:	Godkjenning REK
Vedlegg VIII:	Godkjenning NSD

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

” Hvordan opplever eldre sin medikamentelle behandling og hvilke erfaringar har de knyttet til samarbeidet med helsetjenesten ”

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein undersøking som har til hensikt å finne ut korleis eldre menneske opplever sin eigen medisinbruk og den oppfølging dei får frå helsetenesta. For å finne ut noko om dette vil eg intervjuje eldre menneske for å høyre kva erfaringar dei har.

Bakgrunn for undersøkinga

For oss i helesetenesta er det viktig å få vite noko om korleis pasientane opplever behandlinga dei får, for heile tida å kunne forbetre oss og tilbodet vi gir. Formålet med denne undersøkinga er å finne ut korleis dei som bruker medisinar opplever dette tilbodet og det å bruke medisinar i kvardagen.

Heimesjukepleia i kommunen din har gitt deg denne førespurnaden fordi du er over 70 år og brukar fleire enn to ulike medisinar kvar dag. Difor er vi svært interesserte i korleis du opplever din eigen kvardag og kva for tankar du har om bruken av medisinarane.

Kva inneber undersøkinga?

Vi ønskjer å intervjuje 10-15 personar over 70 år som brukar medisinar og difor har jamleg kontakt med helsetenesta (fastlege eller heimesjukepleia) pga dette. Spørsmåla vil ikkje handle om sjukdommane dine, men om dei erfaringane du har knytt til bruk av medisinar og di oppleving av den hjelpa du har fått av helsetenesta.

Intervjuet som vil vare ca. 1 time og vil bli gjort heime hos deg eller ein annan stad om du ønskjer det. Tidspunkt vil vi avtale slik at det passar for deg.

Intervjua vil bli tatt opp på lydband og skrevet ut på papir. Personopplysningane blir erstatta med eit nummer som viser til ei namneliste som oppbevarast for seg sjølv. Når prosjektet avsluttast 15. desember 2008 vil lydopptaka og namnelista bli øydelagt, Papirutskriftene vil bli tatt vare på, men i ei slik form at du ikkje kan bli gjenkjent. Vi som skal behandle opplysningane har teieplikt etter forvaltningslova (§13) og Lov om Helsepersonell (§21) og alle opplysningane vil bli behandla konfidensielt.

Eg er sjukepleier og student ved Høgskulen i Volda og undersøkinga er eit ledd i eksamen ved høgskulen. Resultatet av undersøkinga vil bli brukt i ei skriftleg oppgåve, og vil bli presentert slik at det ikkje vil vere mulig å knytte opplysningane du har gitt til deg som person.

Frivillig deltaking

Dersom du ønskjer å delta, underteiknar du samtykkjeerklæringa som følgjer dette skrivet, og sender den til meg - Lars André Olsen (frankert konvolutt ligg vedlagt). Eg vil då kontakte deg for å avtale tid for intervjuet.

Det er sjølvsagt heilt **frivillig å delta i undersøkinga**. Du kan når som helst og utan å gje nokon grunn trekke deg frå undersøkinga, utan at det får konsekvensar for vidare behandling eller forholdet til heimesjukepleia.

Dersom du seinare ønskjer å trekke deg eller har spørsmål til undersøkinga, kan du kontakte Lars André Olsen på telefon xxx xx xxx. Du kan også kontakte Tor Johan Ekeland ved Høgskulen i Volda på tlf: xx xx xx xx.

Undersøkinga er meldt til – og godkjent av dei organ som skal vurdere om undersøkinga er forsvarleg og rett gjennomført. Det vil seie "Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Midt-Norge" og "Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste".

Med vennleg helsing

Lars André Olsen
Mastergradsstudent

Veileder:
Tor-Johan Ekeland
Professor,

Samtykkje til deltaking i undersøkinga

Eg er villig til å delta i undersøkinga ”Hvordan opplever eldre sin medikamentelle behandling og hvilke erfaringar har de knyttet til samarbeidet med helsetjenesten”

(Viser til vedlagte informasjonsskriv)

Dato

Namn:

(Signatur deltakar)

Ver venleg fyll ut telefonnummer for kontakt:.....

Eg bekrefter å ha gitt informasjon om undersøkinga :

Dato/Signatur:

(Tilsett i heimesjukepleia)

Informasjon om forskingsprosjekt

” Hvordan opplever eldre sin medikamentelle behandling og hvilke erfaringar har de knyttet til samarbeidet med helsetjenesten ”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskulen i Volda, og ønsker å gjennomføre en undersøkelse blant eldre mennesker på Sunnmøre. Jeg ønsker å intervju 10-15 eldre i tre kommuner om deres forhold til den medikamentelle behandlingen de mottar.

På bakgrunn av tidligere forskning vet vi en del om at mange eldre har problem med egen legemiddelbruk. Dette gjelder både den praktiske legemiddelbruken og forståelsen av den medikamentell behandling de mottar. Hensikten med denne studien er derfor å finne ut noe om hvilke erfaringer de eldre selv gjør seg i forhold til sin medikamentelle behandling, og hva de opplever som utfordringer i hverdagen. Det vil også være nyttig for helsetjenesten å ha kunnskap om hvordan brukerne opplever den informasjonen og opplæringen de mottar for å kunne tilpasse den til det enkelte individ.

Praktisk gjennomføring

Undersøkelsen tar utgangspunkt i intervju med eldre. For å gjennomføre undersøkelsen trenger jeg derfor hjelp til å få kontakt med aktuelle informanter. Siden et av kriteriene for å være informant er å motta hjemmesjukaerpleie er det ønskelig at dere kunne være behjelpelig med å kontakte aktuelle personer som faller inn under kriteriene. Min anmodning til hjemmesjukaerpleien er derfor om dere kan:

1. Ta kontakt med aktuelle informanter
2. Levere ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring til personer som kan være villige til å være med i en slik undersøkelse.
3. Ev. gå gjennom og hjelpe de med informasjonsskrivet og svare på samtykkeerklæringen (Jf. vedlagt informasjonsskriv til aktuelle informanter)

Jeg er takknemlig for all hjelp og som gjenytelse vil jeg kunne dele resultatene med dere i form av et innlegg på et personalmøte eller liknende.

Jeg tar sikte på å være ferdig med masteroppgaven i desember 2008.

Kriterier for utvelgning av informanter

Aktuelle informanter skal:

1. Være registrerte brukere av hjemmesjukaerpleien i kommunen
2. Bo i eget hjem eller trygdebolig (ikke omsorgsbolig)
3. Være over 70 år
4. Ha behandling med flere enn 3 ulike legemidler daglig (helst flere) knyttet til langvarige lidelser den eldre vil leve med over år
5. Enten bo alene eller sammen med nære pårørende
6. Må inneha samtykkekompetanse. Vurderingen av pasientens samtykkekompetanse må skje i samråd med fastlegen.

Jeg ønsker i utgangspunktet å ha informanter av begge kjønn.

Det er viktig for meg å påpeke at enhver deltakelse i studien er **frivillig**. Aktuelle informanter kan når som helst si nei til å delta, og dette er forsøkt forklart i informasjonsskrivet. Det er også viktig at de forstår at deltakelse ikke vil få noen følger for deres forhold til fastlegen eller hjemmesjukepleien. Det er ønskelig at dere påpeker dette for informantene. Om de ønsker å delta i studien må de fylle ut samtykkeerklæringen, legge den i vedlagte svarkonvolutt og sende den tilbake til meg. Konvolutten vil være frankert slik at de slipper utgifter til porto.

Selve intervjuet vil ta ca 1 time og jeg vil komme hjem til dem eller møte de på et annet sted om de selv ønsker det. Studien er meldt til og godkjent av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk Midt-Norge, og Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen

Lars André Olsen
Mastergradsstudent

Veileder:
Tor-Johan Ekeland
Professor

I. Generelt om kvardagen og viktige aktivitetar

Først vil eg snakke litt generelt om kvardagen din. Fint om du kan fortelje så mye som mulig om gjeremål som er viktige for deg, utan at eg seier så mye.

Moment for oppfølging:

- 1) viktige gjeremål/aktivitetar i kvardager
- 2) er det gjeremål som er vanskelege å følgje opp
- 3) tankar om kva det er som gjer at dei ikkje klarer/orker å utføre dette lenger

II. Generelt om den medikamentelle behandlinga

Eg vil at du mest mulig med egne ord skal beskrive korleis du rent generelt opplever det å bruke medisin.

III: Har du opplevd praktiske vanskar med å bruk medisin?

I så fall, kva for vanskar?

IV. Opplevinga av legemidla i kvardagen

Kva kan du fortelje om dei medisinane du bruker?

Kva veit du om dei forskjellige medisinane du bruker?

V: Verknaden av legemidlane i kvardagen

Her vil eg at du skal beskrive mest mulig om korleis du opplever verknadane av medisinane i kvardagen.

Moment for oppfølging:

- 1) beskrivingar av korleis dei opplever at medisinane virkar i kvardagen?
- 2) positive eller negative effektar ei stund etter medisininntak
- 3) Samanheng medisin og aktivitet/gjeremål
- 4) konkrete verknadar av medisinane som har fått positive eller negative konsekvensar for i kvardagen?

Oppfølgingsspørsmål til 3, 4 og 5:

- a) Er det noko (av dette) som har endra seg etter at du starta med medisinar?
- b) I så fall; kva trur du er grunnen til at dette har endra seg?
- c) I så fall; var du forberedt på desse endringane?
- d) Veit du noko om korleis biverknadane kan opplevast i kvardagen?
- e) Veit du noko om når du skal si frå til legen når det gjeld biverknadar?
- f) Veit du om det er spesielt du må vere forsiktig med når du bruker desse medisinane?

VI. Oppleving av oppfølging frå helsetenesta:

Her vil eg at du beskriver korleis du opplever den oppfølginga du har fått knytt til medisinbruken din. Ikkje så mye om dei som har hjulpet deg, men sjølve oppfølginga

Moment for oppfølging:

- a) Har du ein fast lege som er ansvarleg for dei medisinane du bruker?
- b) Er det andre leger som har skrevet ut medisinar til deg
- c) Kor ofte er du hos ho/han?
- d) Når var du hos fastlegen sist?
- e) Har du kontakt med anna helsepersonell som har ansvar for medisinane du bruker?

V. Generell oppleving av informasjon og opplæring om legemiddel:

Kan du beskrive korleis du opplever informasjonen eller opplæringa du ev. har fått knytt til medisinane.

Moment til oppfølging:

- 1) Kven gir informasjon eller opplæring?
- 2) Forstår de det som blir sagt
- 3) Har de mottatt skriftlig informasjon (neste spørsmål)

VIII Oppleving av skriftleg informasjon

Har du fått skriftleg informasjon eller beskriving av medisinane dine, vil eg at du seier litt om det.

Moment for oppfølging:

- a) Når og kvar
- b) hjelp til å gå gjennom dette, av kven
- c) tankar om denne informasjonen i ettertid?
- d) nytte i hverdagen (etter at du kom heim)?
- e) Er det noko informasjon du har sakna etter at du kom heim?
- f) Pakningsvedleggene

IX Oppleving av brukarmedverknad:

I kva grad opplever du at du har fått ansvar sjølv i behandling?

Moment for oppfølging:

- 1) val av medisinar, type medisin, val av behandlingsform
- 2) Om du ikkje opplever å få ansvar, kvifor er det slik trur du?
Om du får ansvar, korleis opplever du det?
- 3) Fikk du sjølv stille spørsmål om medisinbruken når du fikk informasjon om den?
- 4) Spør legen eller andre om dine eigne erfaringar eller tankar om medisinane/behandlinga?
- d) Fekk du vite om det var noen alternativ til dei medisinane du bruker?

X. Andre oppfølgingsspørsmål – opent forum

Generelt	
Oppbevaring og beskaffenhets av legemidler	
Skriftlig informasjon/legemiddeloversikt	



Prosjektleder: Professor Tor-Johan Ekeland

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen
Telefon 73 86 72 72
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no
Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningscenter
7489 Trondheim
Besøksadr: ISM, Røde Kors 3 etg.
St.Olavs Hospital

Vår dato:
07.03.2008

Vår ref.:
4.2008.147

Deres dato:

Deres ref.:

Bare en liten pille? En kvalitativ studie av Eldres erfaringer med medikamentell behandling og den oppfølgingen de får.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 22. februar 2008 med følgende vilkår og vurdering:

Hensikten med mitt prosjekt er å finne måter som spesielt sykepleierne i kommunehelsetjenesten kan støtte hjemmeboende pasienter i deres mestring av den medikamentelle behandlingen. Hvordan opplever eldre sin medikamentelle behandling og hvilke erfaringer har de knyttet til oppfølgingen de får av helsetjenesten? Metoden vil være kvalitative intervju. Det gjennomføres semistrukturerte intervju med 12-15 eldre fra 3 kommuner, etter egen intervjuguide. Intervjuene legges opp slik at de eldre i størst mulig grad selv kommer med sine beskrivelser innenfor definerte tema, etter et innledende hovedspørsmål. Dette følges opp med utdypende spørsmål for å fylle ut temaet. Intervjuene vil ha omfang på ca 1 time. Utvalg av informanter finner sted ved at hjemmesykepleier i tre ulike kommuner plukker ut aktuelle informanter, orienterer de og leverer min forespørsel om deltakelse. De vil også evt. gi praktisk hjelp til de eldre vedrørende det å svare.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

- Komiteen viser til prosjektprotokollen og ber om at samtykkekompetansen vurderes i samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleier.
- Komiteen viser til informasjonsskrivet og i pasientenes versjon må avsnittet om taushetsplikten inneholde følgende: Det må stå at alle data vil bli behandlet konfidensielt, og at alle som skal ha kontakt med de innsamlede data er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Det må presiseres om dataene skal anonymiseres eller aidentifiseres.
- Komiteen ber om at presentasjon av forsker tones ned og flyttes mot slutten av skrivet. Det er studien og hva deltakelsen innebærer som skal fremheves.
- Følgende setning må strykes da den er appellerende: Det ville være fint om du vil hjelpe oss med...

- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere dette, og denne godkjenning må være klar før prosjektet settes i gang.

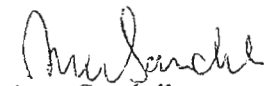
Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

Vedtak:

”Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres med de merknader som er gitt.”

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen



Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen



Jacob C Hølen
Seniorkonsulent



Tor-Johan Ekeland
Avdeling for samfunnsfag og historie
Høgskulen i Volda
Boks 500
6101 VOLDA

Vår dato: 15.04.2008

Vår ref: 18704 / 2 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.02.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18704	<i>Bare en liten pille? En kvalitativ studie av eldres erfaringer med medikamentell behandling og den oppfølgingen de får</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Tor-Johan Ekeland</i>
Student	<i>Lars André Olsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

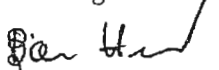
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Lars André Olsen, Kirkebov. 11, 6100 VOLDA