

# Å ta beslutning om behovsmedisin

En kvalitativ studie om hvordan  
beslutningstaking praktiseres i forbindelse  
med bruk av behovsmedisin, i kommunale  
omsorgsboliger for eldre

---

Marianne Kollerøs Nilsen

FAKULTET FOR SYKEPLEIE OG HELSEVITENSKAP



# Å ta beslutning om behovsmedisin

En kvalitativ studie om hvordan beslutningstaking  
praktiseres i forbindelse med bruk av behovsmedisin, i  
kommunale omsorgsboliger for eldre

Marianne Kollerøs Nilsen

Ph.d. i studier av profesjonspraksis  
Nord universitet

Marianne Kollerøs Nilsen  
**Å ta beslutning om behovsmedisin**  
**En kvalitativ studie om hvordan beslutningstaking praktiseres i**  
**forbindelse med bruk av behovsmedisin, i kommunale**  
**omsorgsboliger for eldre**  
Ph.d. nr. 46 – 2022

© Marianne Kollerøs Nilsen

ISBN: 978-82-93196-49-5

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

[www.nord.no](http://www.nord.no)

Alle rettigheter forbeholdes.  
Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått  
avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

## Forord

Arbeidet med dette doktorgradsprosjektet kan sammenlignes med et ultralangt sykkelritt i svært kupert terreng. Det har vært morsomt, utfordrende og slitsomt på en og samme tid, og det er mange som har bidratt til at jeg har greid å gjennomføre.

Takk til Nord universitet og farmasiutdanninga i Namsos som i det hele tatt gjorde det mulig å starte. Takk til familien som dytta meg over startstreken ved å oppfordre meg til å søke på stipendiatstillingen.

I løpet av perioden som nå nærmer seg fem år har jeg møtt mange som har vist oppriktig interesse for prosjektet og gitt meg nyttig feedback. Opponentene i midtveisseminaret og sluttseminaret har preget løypa på sitt vis. Gjennom forskerskolene i Farmasi og Muni-Health-Care har jeg fått oppleve konstruktive og inspirerende fellesskap som har pushet meg videre. I arbeidet med artikkel III fikk vi med oss Bodil H. Blix, som bidro til å utvikle mine kunnskaper om kvalitative analyser ytterligere, takk for ditt engasjement og lærerike innspill.

Uten data til delstudiene hadde det nødvendigvis ikke blitt noen avhandling, så tusen takk til alle som har hjulpet meg med å rekruttere informanter og mine totalt 42 informanter som har delt sine erfaringer med meg. Jeg er ydmyk for at dere har tatt imot meg med åpne armer og delt så mange av deres tanker om behovsmedisinering i omsorgsboliger for eldre.

Underveis har jeg hatt en stor heiagjeng som har bidratt til at jeg holdt motet oppe i de tyngste motbakkene, takk til «stipendiatgjengen» ved studiested Namsos: Else-Marie, Hanne, Hege S, Hilde, Ingunn, Kristin, Lise Marie, Marianne B, Stine, og Wenche. Oppmuntrende samtaler og gode diskusjoner har gitt inspirasjon og gjort det mulig å beholde motivasjonen hele veien.

I sluttspurten har Elisabet N, Elisabeth MR, Hege Therese, Hege MF, Wenche og Stine gitt meg uvurderlig hjelp med korrekturlesing og gode innspill på avhandlingen, og

Hege VA på trykkeriet har hjulpet meg med å lage figurer. Tusen takk, dere gjorde den seige sluttspurten litt bedre.

Den største takken går til mine supre veiledere *Rose Mari Olsen* og *Hege Sletvold* som har coachet meg hele veien. Når «motvinden» ble for sterk kunne jeg «legge meg på hjul» og få litt drahjelp til jeg var klar for å dra prosjektet igjen selv. Uten deres faglige dyktighet, evige optimisme og positive væremåte hadde jeg aldri greid å passere målstreken.

Namsos, 11. november 2021.

Marianne Kollerøs Nilsen

## Sammendrag

**Introduksjon:** Behovsmedisin er legemidler som brukes når det ikke er nødvendig med regelmessig behandling. Eldre mennesker som bor i omsorgsboliger får ofte hjelp til administrasjon av sine legemidler, da er beslutningstaking avhengig samhandling mellom beboeren og helsepersonellet. I dette doktorgradsprosjektet har jeg studert hvordan beslutningstaking om behovsmedisin, i kommunale omsorgsboliger for eldre, praktiseres. Der hensikten er å utvikle kunnskap om dette temaet.

**Metode:** I prosjektet inngår det tre delstudier og en syntese. Delstudie I er en fokusgruppe intervjustudie, og delstudie II er en dybdeintervjustudie, begge med helsepersonell som har myndighet til å dele ut behovsmedisin. Delstudie III baserer seg på dybdeintervju med beboere i kommunale omsorgsboliger for eldre. I syntesen er delstudiene sammenfattet ved å reanalysere resultatene.

**Resultat:** Funnene i denne studien viser at praktisering av beslutningstaking om behovsmedisiner er en sammensatt prosess. Beboerne og helsepersonellet tar beslutninger på eget grunnlag, samtidig som de konstruerer praksis sammen ved å interagere med hverandre innenfor de rammer hvor beslutningstakingen skjer. Grunnlaget for beslutningstakingen er ofte basert på erfaringer som helsepersonellet og beboeren har, og relasjonen mellom dem. Beslutningstaking påvirkes blant annet av ulike kontekstuelle faktorer, hvordan helsepersonellet balanserer forhold rundt autonomi og faglige vurderinger, samt hvordan beboeren posisjonerer seg i ulike situasjoner.

**Konklusjon:** Beslutningstaking om behovsmedisin er en sammensatt og institusjonalisert praksis. Beslutningstakingen baserer seg på begrenset rasjonalitet med utstrakt bruk av erfaringskunnskap og relasjonell kontinuitet. Dette er forhold som medfører at praktisering av beslutningstaking blir ulik, og i noen tilfeller er en fare for pasientsikkerheten.





## Abstract

**Introduction:** Pro re nata medication is used when regular treatment is not necessary. Since older people living in sheltered housings often receive help with the administration of their medications, decision-making thus depends on the interaction between the resident and the healthcare provider. In this Ph.d project, I have studied how decision-making relating to pro re nata medication is practiced in municipal sheltered housings for the elderly, aiming to develop knowledge on this subject.

**Method:** Three studies and a synthesis are included in this project. Study I is a focus-group interview study, and study II is an in-depth interview study, both with healthcare providers who are authorized to administer pro re nata medications. Study III is an in-depth interview study with residents in sheltered housings. The synthesis summarizes the three studies by reanalyzing the results.

**Results:** The findings in this study show that practicing decision-making about pro re nata medications is a complex process. The residents and the healthcare providers make decisions on their own basis, at the same time as they construct the practice together by interacting with each other within the context in which the decision-making takes place. Decision-making is often based on the experiences of the healthcare provider and the resident, and the relationship between them. Decision-making is i.a. influenced by various contextual factors; how the healthcare provider balances autonomy and professional assessments, as well as how the resident positions himself/herself in different situations.

**Conclusion:** Decision-making about pro re nata medication is a complex, institutionalized practice. Decision-making is based on limited rationality with an extensive use of experiential knowledge and relational continuity. These are conditions that may lead to differences in the decision-making practice, and consequently, the patient safety may be put at risk.



## **Avhandlingens oppbygging**

Dette er en artikkelbasert doktorgradsavhandling bestående av to deler. Del I består av en sammenbindende kappe, og del II består av tre vitenskapelige originale artikler.

Den sammenbindende kappen består av seks kapitler. Kapittel 1 er en introduksjon til temaet beslutningstaking om behovsmedisiner i kommunale omsorgsboliger, og fortsetter med bakgrunn. Deretter presenteres hensikt og forskningsspørsmål, kapittelet avsluttes med en beskrivelse av min forforståelse og erfaringsbakgrunn.

Det teoretiske rammeverket for avhandlingen presenteres i kapittel 2. Denne avhandlingen har beslutningstaking og sosiale konstruksjoner som rammeverk. Innenfor teori om beslutningstaking er det lagt vekt på klinisk beslutningstaking, begrenset rasjonalitet og delt beslutningstaking.

I kapittel 3 presenteres forskningsdesign og metode. Her beskrives design, metoder, rekruttering og datainnsamling for de tre delstudiene, samt analysemetoder for delstudiene og syntesen. Kapittelet avsluttes med et delkapittel om etikk.

De ulike delsutidenes resultater samt resultater fra syntesen presenteres i kapittel 4. Kapittelet avsluttes med en illustrasjon som skal gjenspeile avhandlingens resultater.

Resultatdiskusjon samt diskusjon av vitenskapelig kvalitet og metodiske valg, presenteres i kapittel 5. Avhandlingen avsluttes med et kapittel 6 som tar for seg konklusjon med implikasjoner og forslag til videre forskning.



# Del I

## Innhold

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn	3
1.1.1	Kunnskapsgrunnlaget om behovsmedisinering i omsorgsboliger	4
1.1.2	Beslutningstaking ved behovsmedisinering	6
1.1.3	Pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndtering	7
1.1.4	Konteksten omsorgsboliger i Norge	8
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål	10
1.3	For forståelse og erfaringsbakgrunn	14
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk</b>	<b>17</b>
2.1	Beslutningstaking	17
2.1.1	Klinisk beslutningstaking	19
2.1.2	Begrenset rasjonalitet	24
2.1.3	Delt beslutningstaking	27
2.2	Sosiale konstruksjoner	30
<b>3</b>	<b>Forskningsdesign og metode</b>	<b>33</b>
3.1	Studiedesign og metode	33
3.2	Kvalitative forskningsintervju	35
3.3	Rekruttering og utvalg	37
3.4	Datainnsamling	41
3.5	Analyse	43
3.5.1	Kvalitativ innholdsanalyse	44
3.5.2	Narrativ posisjoneringsanalyse	46
3.5.3	Avhandlingens syntese	48
3.6	Etikk	48
<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>53</b>
4.1	Delstudie I	53
4.2	Delstudie II	55
4.3	Delstudie III	57
4.4	Syntese av delstudie I-III	58
4.4.1	Beboerens og helsepersonellens grunnlag for praktisering av beslutningstaking	59
4.4.2	Å dele beslutningstaking med andre	61
4.4.3	Beslutningstaking praktiseres i ulike rammer	62
4.4.4	Praktisering av beslutningstaking om behovsmedisiner - en illustrasjon	63

<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>67</b>
5.1	Praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin .....	67
5.1.1	Erfaringer og relasjoner er vesentlig ved begrenset rasjonalitet i beslutningene.....	69
5.1.2	Delt beslutningstaking, dilemmaer og posisjonering.....	72
5.1.3	Samhandling mellom fagfolk viktig for trygg beslutningstaking.....	75
5.1.4	Kvalitetssikring av beslutningstaking .....	78
5.2	Vitenskapelig kvalitet og metodiske valg .....	81
5.2.1	Design .....	81
5.2.2	Rekruttering og utvalg.....	83
5.2.3	Intervju .....	84
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>89</b>
6.1	Implikasjoner .....	90
6.2	Forslag til videre forskning .....	91
<b>7</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>93</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>.....</b>	<b>107</b>
	Vedlegg 1 Litteratursøk og søkeord.....	109
	Vedlegg 2 Forespørsel til kommunale helse- og omsorgsledere .....	111
	Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	115
	Vedlegg 3 a delstudie I.....	115
	Vedlegg 3 b delstudie II.....	117
	Vedlegg 3 c delstudie III .....	119
	Vedlegg 4 Informasjonsbrosjyrer .....	123
	Vedlegg 4 a delstudie I.....	123
	Vedlegg 4 b delstudie II.....	125
	Vedlegg 4 c delstudie III .....	127
	Vedlegg 5 Intervjuguider .....	129
	Vedlegg 5 a delstudie I.....	129
	Vedlegg 5 b delstudie II.....	131
	Vedlegg 5 c delstudie III .....	133
	Vedlegg 6 Kodetre analyse delstudie I .....	135
	Vedlegg 7 Kodetre analyse delstudie II .....	137
	Vedlegg 8 Svar fra REK.....	139
	Vedlegg 9 svar fra NSD .....	141

## Liste over figurer:

<b>Figur 1.</b> Oversikt over sammenheng mellom de ulike delstudiene og kunnskapsutviklingen i avhandlingen .....	12
<b>Figur 2.</b> Rammeverk for situert klinisk beslutningstaking .....	21
<b>Figur 3.</b> De ulike delstudienes grad av abstraksjon og fortolkning .....	44
<b>Figur 4.</b> Illustrasjon over praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin i omsorgsboliger for eldre .....	64

## Liste over tabeller:

<b>Tabell 1.</b> Oversikt over delstudienes hensikt og forskningsspørsmål .....	11
<b>Tabell 2.</b> Oversikt over design og metode .....	34
<b>Tabell 3.</b> Beskrivelse av utvalg for de tre delstudiene.....	40
<b>Tabell 4.</b> Kategorier og subkategorier i delstudie I .....	53
<b>Tabell 5.</b> Tema og subtema delstudie II.....	55
<b>Tabell 6.</b> Temaer fra syntese av delstudie I-III.....	59





## Del II

### Vitenskapelige publikasjoner

Avhandlingen består av tre publikasjoner som i denne kappen blir referert til med romertall I, II og III.

- I. Nilsen, M. K., Sletvold, H., & Olsen, R. M. (2020). 'To give or not to give medication, that is the question. 'Healthcare personnel's perceptions of factors affecting pro re nata medication in sheltered housing for older adults —a focus-group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05439-4>
  
- II. Nilsen, M. K., Sletvold, H., & Olsen, R. M. (2021). 'Sometimes we just have to trust our gut feeling and hope the reporting is good'. Healthcare providers' experiences of pro re nata medication decision-making in sheltered housing. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1-15  
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-01>
  
- III. Nilsen, M. K., Blix, B. H., Sletvold, H., & Olsen, R. M. (2021) Older adults living in sheltered housing's experiences of involvement in pro re nata decisions. A narrative positioning analysis. *Global Qualitative Nursing Research* (in press).

Artiklene vedlegges her etter tillatelse fra utgivere.



Del I



# 1 Introduksjon

*«Utfordringen er at alle, alt fagfolk, har forskjellige meninger og oppfatninger. «neida, det går bra, behøver ikke», så er det noen andre «joda, vi gir». Noen er slepphendte, og noen er slik at de venter enda litt. (...) det medfører at noen får for mye og noen ikke får i det hele tatt.» (Sykepleier med 13 års erfaring fra omsorgsboliger)*

Sitatet over illustrerer utfordringer fra praksis i forbindelse med legemidler som gis ved behov. Denne avhandlingen handler om beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering for eldre som bor i omsorgsboliger.

Legemidler som gis ved behov, også omtalt som «behovsmedisin» i avhandlingen, gis som en respons på symptomer som oppstår der det ikke er nødvendig med regelmessig medisiner (Vaismoradi et al., 2018). Behovsmedisin gis ofte basert på en beslutning der helsepersonellens rolle har stor betydning (Johansson-Pajala et al., 2016; Murray, 2017; Stokes et al., 2004; Sulosaari et al., 2011). Det kan synes som at den generelle oppfatningen fra sykehjem er at det gis for mye behovslegemidler (Imingen, 2011). I noen tilfeller antydes det derimot at gis for lite, eller feil legemiddel (Rønningen et al., 2013). Det er også hevdet at det kan være for enkelt å gi for eksempel beroligende legemidler, for å få «en roligere vakt» eller for å unngå å vekke resten av beboerne ved institusjonen, og at prosedyrene gir for store rom for tolkninger (Imingen, 2011; Solstad, 2013). Andre kan imidlertid oppleve prosedyrene som for styrende (Murray, 2017). Fra sykehjem rapporteres det at behovsmedisinering hyppigst gis på nattevakter (Andreassen, 2009; McKenzie et al., 1999) og at det ved større sykehjem forskrives mer behovsmedisin (Stokes et al., 2004). Dette kan indikere at beslutningstaking og bruken av behovsmedisin varierer, og det er derfor viktig å få utfyllende kunnskap om dette temaet, spesielt om konteksten omsorgsboliger, hvor vi mangler forskning.

Andelen eldre i befolkningen er økende, og det er utfordringer knyttet til riktig legemiddelbruk som utfordrer pasientsikkerheten. Verdens helseorganisasjon anslår

at medisineringsfeil koster verdenssamfunnet om lag 42 milliarder amerikanske dollar årlig, og at systemsvakheter eller menneskelige faktorer innvirker på at slike feil oppstår (World Health Organization, 2017). Polyfarmasi er vanlig i den eldre befolkningen (Berg et al., 2018), og med dette følger ofte uhensiktsmessig bruk av legemidler og legemiddelrelaterte problemer (Maher et al., 2014). Legemiddelstatistikk viser at 58 % av personer over 65 år i Norge bruker i gjennomsnitt fem legemidler eller mer (Berg et al., 2018). Det antydtes at polyfarmasi medfører mer bruk av legemidler ved behov (Dörks et al., 2019; Dörks et al., 2016; Skjørholm & Devik, 2012; Stasinopoulos et al., 2018). Flere studier viser at legemiddelrelaterte problemer øker med økende legemiddelbruk (Devik et al., 2018; Halvorsen et al., 2010; Skjørholm & Devik, 2012). Personer som mottar kommunale helsetjenester er ofte eldre og er særlig utsatt for legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen et al., 2019; Scripcaru et al., 2017). En studie viser til et snitt på 2,2 legemiddelrelaterte problemer per pasient i forbindelse med legemidler gitt ved behov i sykehjem, omsorgsbolig og hjemmebasert omsorg. Et gjennomsnitt på 8 legemiddelrelaterte problemer generelt ble identifisert i omsorgsboliger (Skjørholm & Devik, 2012). Da beslutningstaking om behovsmedisin er relevant for hensiktsmessig legemiddelbruk er det viktig å ha kunnskap om hvordan beslutningstakingen praktiseres.

Legemiddelhåndtering går over flere trinn, og består av alle legemiddelrelaterte oppgaver som utføres fra legemiddelet forskrives til det er utdelt. Ulike aktører er involvert (ulike helsepersonell og pasienten) (Carayon et al., 2006; Odberg et al., 2020), og legemiddelhåndtering innebærer også å ta beslutninger. Beslutningstaking er en sammensatt prosess, der både subjektive og objektive informasjonskilder brukes for å ta en avgjørelse og det er ulike kontekstuelle nivå en må forholde seg til (Gillespie & Peterson, 2009; Higgs & Jensen, 2019, s. 30; Tanner, 2006). Beslutningstakingsprosessen kan være en kilde til legemidelfeil og påvirke pasientsikkerhet, men det har vært mindre fokus på helsepersonell sin rolle i dette (Rohde & Domm, 2018). Beslutningstaking om behovsmedisinering involverer en vurdering av når et legemiddel skal brukes, hvilket og i hvilken dose (Usher et al., 2009).

Det er stilt spørsmål om beslutninger tas ut fra tjenestemottagers eller helsepersonellens behov (Aerts et al., 2019). I denne avhandlingen presenteres både helsepersonell med myndighet til å håndtere legemidler ved behov og beboere sine erfaringer, noe som vil gi utfyllende kunnskap om beslutningstaking om behovsmedisiner i omsorgsboliger.

Hensiktsmessig bruk av legemidler er viktig for pasienters livskvalitet og helse samt samfunnsøkonomiske interesser. Fokus på riktig legemiddelbruk er sentralt i nasjonale og internasjonale pasientsikkerhetskampanjer (Helsedirektoratet, 2020; Olsen & Devik, 2016; World Health Organization, 2020), der det å unngå uønskede hendelser er innsatsområder. Dersom vi skal nå de helsepolitiske målene om god kvalitet i legemiddelhåndteringen og trygg og sikker legemiddelbruk i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019), er det viktig med kunnskap om legemiddelhåndtering i alle deler av tjenestene. I Norge ønsker man å satse på omsorgsboliger som boform for eldre framfor sykehjem, men det finnes lite forskning om medisinskfaglige tjenester i denne konteksten (Melby et al., 2019). Det er et uttalt helsepolitisk mål at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og at hjemmebaserte tjenester er førstevalget dersom den eldre får behov for helsehjelp (Meld. St. 15 (2017-2018)). Derfor er det vesentlig å sette søkelys på praksis som foregår utenfor sykehjem, eksempelvis omsorgsboliger. Med utgangspunkt i tre delstudier, bidrar denne artikkelbaserte avhandlingen med ny kunnskap om beslutningstaking i forbindelse med håndtering av legemidler ved behov, og fra en boform som er lite utforsket.

## **1.1 Bakgrunn**

Dette kapittelet vil presentere kunnskapsgrunnlaget for dette doktorgradsprosjektet, ved å presentere funn fra systematisk litteratursøk på temaet omsorgsboliger og behovsmedisinering. Deretter presenteres forskning og litteratur om beslutningstaking ved behovsmedisinering, samt om pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndtering. Til slutt beskrives konteksten omsorgsboliger i Norge.

### **1.1.1 Kunnskapsgrunnet om behovsmedisinering i omsorgsboliger**

Det er publisert lite forskning som omhandler behovsmedisinering i omsorgsboliger. Et systematisk litteratursøk med utgangspunkt i SPIDER modellen (Cooke et al., 2012) ble utført for å identifisere relevante studier, og vedlegg 1 viser en oversikt over søkestrategi, inkludert søkeord og funn. Litteratursøket identifiserte åtte studier, der tre av studiene er fra USA (Carder, 2012; Mezinskis et al., 2004; Woods et al., 2010), fire fra Australia (Aerts et al., 2019; Chen et al., 2016; Moyle et al., 2017; Stasinopoulos et al., 2018), og en er fra England (Murray, 2017). Organisering av omsorgsboliger er noe annerledes enn i Norge, men konteksten er likevel sammenlignbar. Nedenfor presenteres relevante resultater fra de identifiserte studiene.

To av studiene omhandler beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisin. En casestudie (Murray, 2017) så på sykepleierens rolle i håndteringen av behovsmedisiner. Studien tok for seg flere aspekter rundt håndtering og beslutninger i forbindelse med behovsmedisinering og hvordan de ulike faktorene påvirker den jobben som sykepleierne er satt til å gjøre. Studien fant at sykepleierens rolle i beslutningen var vesentlig da det var de som samarbeidet med legen om hvorvidt en beboer skulle ha behovsmedisin (Murray, 2017, s. 188). Studien viste at kontekst og kultur påvirket håndtering av behovsmedisin, og kjennskap til beboer og omsorgsboligen var positivt for en god praksis. Delt beslutningstaking og pasientinvolvering ble også undersøkt, der de fant at dette i begrenset grad ble gjennomført i praksis selv om omsorgen var sett på som pasientorientert. En annen studie (Carder, 2012) undersøkte hvordan hjelpepersonell som ikke var sykepleiere tok beslutninger om utdeling av behovsmedisin. Beslutningene ble tatt på bakgrunn av beboerens forespørsel, tolkning av beboernes signaler, erfaringer og spesielle forhold rundt konteksten. Kjennskap til beboerne var viktig for å kunne gjøre gode vurderinger (Carder, 2012).

Det kan se ut som om mange beboere i omsorgsboliger har behovsmedisin på legemiddellista si, men at det ikke nødvendigvis er en uttalt bruk av disse. Stasinopoulos et al. (2018) viste til at 94 % av beboerne hadde mer enn en



behovsmedisin på medisinlista si, hvorav 28 % fikk dette utlevert minst en gang. De som i størst grad fikk behovsmedisin, var beboere som måtte ha mye hjelp til daglig aktivitet og de som brukte mange faste legemidler. De hyppigst brukte behovslegemidlene var milde analgetika og laksantia (Stasinopoulos et al., 2018). Hyppig foreskrevne sentralvirkende behovsmedisin blant personer med demens, var anxiolytika og hypnotika (57,1 %), etterfulgt av analgetika (26,5 %) (Moyle et al., 2017). Gjennomsnittlig var det forskrevet to sentralvirkende behovsmedisiner per beboer, og 14,3 % av de forskrevne behovslegemidlene var ikke i tråd med retningslinjer for forskrivning til eldre (Moyle et al., 2017).

Mezinskis et al. (2004) undersøkte vurderinger av smerte til eldre med kognitiv svikt. De fant at helsepersonellet brukte ulike kilder, både formelle og uformelle, for å vurdere grad av smerte. I alt hadde ni av ti beboere en behovsmedisin for smerte på sin medisinliste, hvorav 30,1 % hadde fått administrert ett legemiddel. Det var med andre ord ingen utstrakt legemiddelbruk. De fant heller ikke sammenheng mellom bruk av legemiddel ved behov og kognitiv tilstand, men at det hadde sammenheng med hvilke smertetilstander og antall faste legemidler. De fant også at de som hadde vanskelig med å gjøre seg forstått fikk mindre smertestillende gitt ved behov (Mezinskis et al., 2004). En studie som så på bruk av benzodiazepiner og søvnkvalitet, fant at 31,6 % av beboerne fikk benzodiazepiner som behovsmedisin, hovedsakelig kortidsvirkende. Kortidsvirkende benzodiazepiner var assosiert med dårligere søvnkvalitet, og behovsbruk økte forekomsten av soving på dagtid i større grad enn for de beboere som brukte disse legemidlene fast (Chen et al., 2016).

En studie som så på avvik for håndtering av legemidler, fant at det kan være en utfordring med feilbruk av behovsmedisinering der disse gis som fastmedisiner når det er indisert til bruk ved behov (Woods et al., 2010). En annen studie (Aerts et al., 2019) fant at det var personalet som ville ha re-forskrivning av antipsykotika (brukt ved behov eller fast) i langtidsomsorg for eldre, på bakgrunn av atferds-utfordringer hos beboere.

Til tross for opplæring og retningslinjer for riktig bruk av antipsykotika var bruken suboptimal (Aerts et al., 2019).

Litteraturgjennomgangen indikerer at det er publisert få studier om behovsmedisinering i omsorgsboliger. At det er funnet få publikasjoner kan imidlertid også ha en sammenheng med hvordan eldreomsorgen er organisert i ulike land, slik at skillet mellom omsorgsboliger og sykehjem ved langtidsomsorg for eldre ikke er tydelig, og at valgte søkeord har utelukket noen treff. Det er heller ikke søkt etter «grå litteratur» slik som rapporter. Behovsmedisinering og beslutningstaking i denne konteksten har man lite kunnskap om, derfor vil dette doktorgradsprosjektet kunne tilføre ny kunnskap.

### **1.1.2 Beslutningstaking ved behovsmedisinering**

Beslutningstaking i forhold til behovsmedisinering er komplekst og man kan oppleve konkurrerende prioriteringer (Murray, 2017). Helsepersonell har en sentral rolle i beslutningen om behovsmedisin (Jimu & Doyle, 2019; Murray, 2017; Rønningen et al., 2013). Beslutningsgrunnlaget baserer seg på helsepersonellens tause og eksplisitte kunnskap (Carder, 2012), der erfaringer er sentralt (Carder, 2012; Jimu & Doyle, 2019; Usher et al., 2009). Beslutningstakingen påvirkes av hva pasienten etterspør og pasientens tilstand (Usher et al., 2009). Om pasienten kan kommunisere og gi uttrykk for sine behov så vil det forenkle beslutningstakingen. Ellers er det opp til helsepersonellet å tolke og vurdere non-verbale signaler der en aktivt bruker sine observasjoner i beslutningsprosessen (Carder, 2012). Kjennskap til pasientene vil da være vesentlig, noe som også er en forutsetning for å gjenkjenne for eksempel endringer i atferd (Usher et al., 2009). Helsepersonellens utdanningsbakgrunn, kulturell bakgrunn og verdsettelse kan ubevisst påvirke beslutningstakingen (Murray, 2017). Beslutningstakingen påvirkes også av konteksten, blant annet hvilket personale som er tilgjengelig eller om det er forhold som tilsier at en må gi legemiddel for å ivareta andres sikkerhet (Usher et al., 2009).

Studien til Murray (2017) kan tyde på at det er begrenset brukermedvirkning i behovsmedisinske beslutninger, der helsepersonell garderte seg med spørsmål som «er du helt sikker?» når de involverte legemiddelbrukerne i beslutningene. Murray (2017) beskriver et beslutningstaking-hierarki, der beboerne hadde minst myndighet. Sykepleierne hadde derimot mer myndighet enn øvrig helsepersonell, mens legene var på toppen av beslutningstaking-hierarkiet.

### **1.1.3 Pasientsikkerhet og kvalitet i legemiddelhåndtering**

I Norge er det et helsepolitisk mål at alle skal ha sikker tilgang på legemidler, og legemidler er fremhevet i pasientsikkerhetsarbeid. Å inkludere pasientene er ansett som et viktig ledd i kvalitetssikring av helsetjenesten (Meld. St. 11 (2018-2019)). Pasientsikkerhet er et begrep som kan forstås på ulike måter (Saunes et al., 2010). WHO definerer pasientsikkerhet som:

the absence of preventable harm to a patient during the process of health care and reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. An acceptable minimum refers to the collective notions of given current knowledge, resources available and the context in which care was delivered weighed against the risk of non-treatment or other treatment. (World Health Organization, 2020).

Alle trinnene i omsorgsprosessen har en viss grad av iboende usikkerhet. Viktige elementer for å ivareta og forbedre pasientsikkerhet er organisering av tjenesten, ledelse, dyktige helsepersonell og brukermedvirkning (World Health Organization, 2020). Etter samhandlingsreformen er en del behandlingsansvar flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorg, noe som kan ha medført mer sammensatte og behandlingskrevende problemstillinger (Glette et al., 2018). Forebygging av uhensiktsmessig legemiddelbruk er viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, da legemiddelforskrivning ofte startes opp her og det er en arena for oppfølging av legemiddelbehandling fra sykehus (Viktil et al., 2012). Det kan synes

som det finnes lite kunnskap om pasientsikkerhet i forbindelse med behovsmedisinering (Vaismoradi et al., 2018).

Tydelige nedtegnelser i journalen om årsak til at legemiddelet er gitt og observasjoner av effekt er vesentlig for å ivareta pasientsikkerheten og er sentralt for å kunne gjøre faglige vurderinger. Imidlertid viser studier at dokumentasjon knyttet til legemiddeladministrasjon ofte er mangelfull i omsorgstjenestene (Bell et al., 2017; Murray, 2017; Rønningen et al., 2013), og de skriftlige retningslinjene er ulike fra institusjon til institusjon (Andreassen et al., 2011). Helsepersonell ser ikke ut til å tenke over mulige konsekvenser av mangelfull dokumentasjon og prioriterer ikke dette i en hektisk hverdag (Bell et al., 2017).

Legemiddelgjennomganger, og bruk av farmasøytisk kompetanse, i et tverrprofesjonelt samarbeid, har blitt fremmet som et tiltak for å kvalitetssikre legemiddelbehandling spesielt for eldre legemiddelbrukere (Meld. St.28 (2014–2015)). Studier om legemiddelgjennomganger (Bell et al., 2017; Halvorsen et al., 2010; Skjørholm & Devik, 2012) viser at helsepersonell som håndterer legemidlene direkte mot pasienten har en nøkkelrolle, også for legemidler som brukes ved behov. For en optimal gjennomgang er det viktig med god dokumentasjon. Det er vanskelig å se tydelige utfall av slike legemiddelgjennomganger (Beuscart et al., 2017), men det er positivt at noen tar tak i pasientenes legemiddelbruk og reviderer denne jevnlig. Myndighetene har satt fokus på legemiddelgjennomganger i kommunale institusjoner (Helsedirektoratet, 2019; Meld. St. 15 (2017-2018)), men dette innbefatter ikke i omsorgsboliger.

#### **1.1.4 Konteksten omsorgsboliger i Norge**

Langtidssomsorg for eldre i Norge tilbys i institusjoner (sykehjem) og omsorgsboliger (Daatland et al., 2015). Det er en politisk målsetting at eldre mennesker skal kunne bo lengst mulig hjemme (Djønne et al., 2016; Daatland & Otnes, 2015; Meld. St. 15 (2017-2018)). I følge SSB (Statistisk sentralbyrå, 2018) bor 4% av Norges befolkning over 67 år i omsorgsbolig. De som bor i omsorgsboliger er pr definisjon hjemmeboende (Sosial-

og helsedepartementet & arbeidsdepartementet, 1997). I noen tilfeller kan det virke som omsorgsboliger «faller mellom to stoler», da det ikke er institusjon juridisk sett, men gruppen av tjenestemottagere skulle tilsi et sykehjemsnivå (Daatland & Otnes, 2015; Melby et al., 2019). Kommunene er en sentral aktør for offentlige velferdstjenester. Kommunen har ansvar for å sikre helse- og omsorgstjenester til alle kommunens innbyggere og tjenestene skal tilpasses den enkeltes behov. Det er stor frihet til hvordan pleie- og omsorgstjenesten kan organiseres for å ivareta lokale forskjeller (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Selv om Norge bygger på universalisme som velferdsprinsipp, kan tilbudene variere (Djønne et al., 2016; Fiva et al., 2014; Vabo, 2014). Hvordan omsorgsboligene er organisert varierer, det er mulighet for tilgang på pleietjenester (hjemmesykepleie) og beboeren leier eller kjøper boligen av kommunen (Daatland & Otnes, 2015; Melby et al., 2019). Det kan tyde på at organisering av helsetjenester i omsorgsboliger varierer mer enn i sykehjem (Melby et al., 2019).

Omsorgsboliger er pr definisjon på et lavere omsorgsnivå enn sykehjem (Daatland & Otnes, 2015; Martens, 2014) og de er også lovregulert ulikt sammenlignet med sykehjem når det gjelder forhold omkring legemiddelhåndtering (Melby et al., 2019). I henhold til forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008, §5a), er det i sykehjem lovpålagt med årlig legemiddelgjennomgang. Dette er ikke et krav i omsorgsboliger, men fastlegen har et ansvar for legemiddelgjennomganger når det anses nødvendig for de som bruker mer enn fire legemidler ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012, §25) . Beboere i omsorgsboliger forholder seg til sin fastlege da de regnes som hjemmeboende, mens sykehjem har tilgang på egen legetjeneste (Forskrift for sykehjem m.v., 1988). Ved sykehjem er det krav til kontroll av legemidler i reseptgruppe A og B, det er mulig å ordinere legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer ikke bare etter ordinerings til enkeltpersoner, og i tillegg stilles det krav om at en lege eller provisorfarmasøyt skal være faglig rådgiver (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §§ 4, 7, 9, 10). Disse kravene stilles ikke til omsorgsboliger.

Når det kommer til studier om behovsmedisinering ser man at disse i størst grad er gjennomført i sykehjem og innenfor psykiatrisk behandling. Man kan vel ikke se bort fra at noe av det som omhandler behovsmedisiner og beslutninger kan overføres mellom ulike kontekster, men man må ta hensyn til det som er særegent ved omsorgsboliger. Omsorgsboliger skal i utgangspunktet ha friskere beboere enn det er i sykehjem og psykiatrien slik at medisinske utfordringer er kanskje noe mindre, samtidig kan det være utfordringer som er like store i omsorgsboliger.

## **1.2 Hensikt og forskningsspørsmål**

Myndighetene har som mål å bidra til bedre helse for hele befolkningen gjennom kunnskapsbaserte tjenester og aktiv anvendelse av kunnskap fra utdanning og forskning (Meld. St.13 (2011-2012)). Hensikten med avhandlingen er å utvikle kunnskap om beslutningstaking i forbindelse med bruk av behovsmedisiner i kommunale omsorgsboliger for eldre. Denne kunnskapen utvikles gjennom å få innsikt i helsepersonell og beboere i omsorgsboliger sine erfaringer. Ved å sette søkelys på praksisen rundt behovsmedisinering og beslutningstakingen på en vitenskapelig måte, kan en bidra med økt forståelse og ny kunnskap som kan tas med tilbake til praksisen. Kunnskapen kan bidra til å løfte frem forhold som virker inn på beslutningsprosesser, og med det håndtering av legemidler ved behov i kommunale omsorgsboliger for eldre. Dette er kunnskap som er viktig å trekke inn i når praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin i omsorgsboliger skal kvalitetssikres.

Den overordnede problemstillingen for prosjektet er: *Hvordan praktiseres beslutningstaking om behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre?*

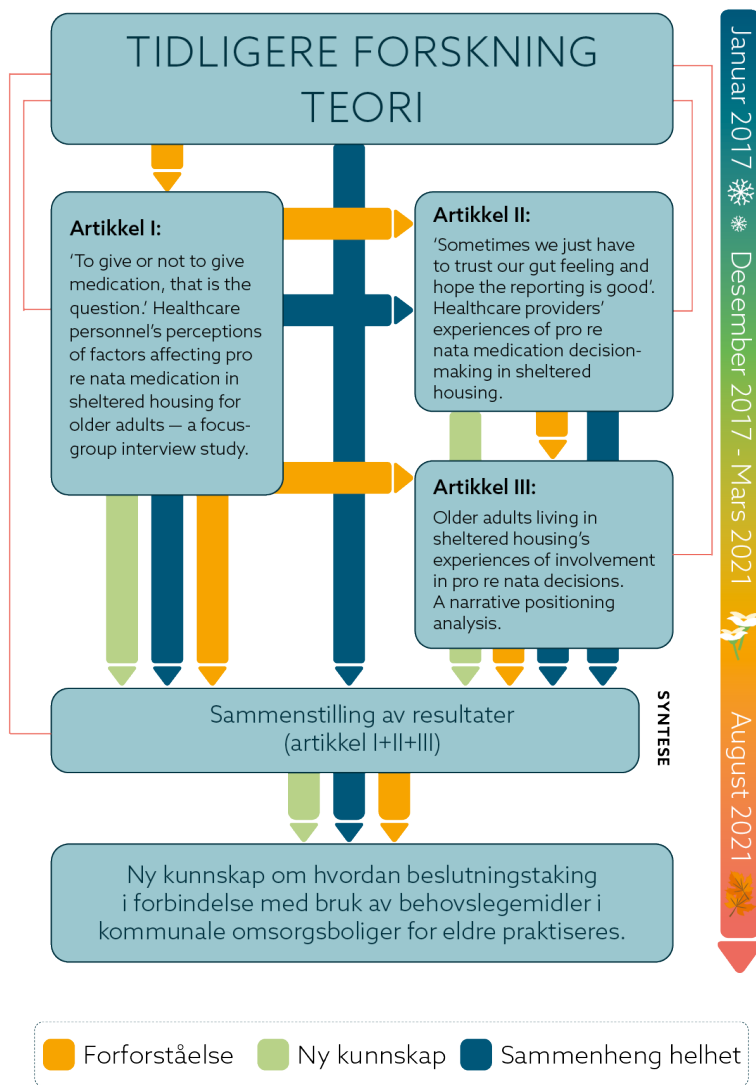
Doktorgradsprosjektet er bygget opp av tre delstudier. Mål og forskningsspørsmål for delstudiene og avhandlingen er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over delstudienes hensikt og forskningsspørsmål

Delstudie	Hensikt/Mål	Forskningsspørsmål	Overordnet hensikt og problemstilling for avhandlingen
I	Beskrive helsepersonells oppfatning av faktorer som påvirker behovsmedisinering i omsorgsboliger for eldre.	Hvilke faktorer påvirker behovsmedisinering i omsorgsboliger for eldre?	Utvikle kunnskap om beslutningstaking i forbindelse med bruk av behovslegemidler i kommunale omsorgsboliger for eldre.  Hvordan praktiseres beslutningstaking om behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre?
II	Utvide vår kunnskap om helsepersonell sin erfaringer om beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering.	Hvordan erfarer helsepersonell beslutningstaking om behovsmedisinering for eldre mennesker som bor i omsorgsboliger?	
III	Utvide vår forståelse om beboeres erfaringer med å være involvert i delt beslutningstaking ved behovsmedisinering.	Hvordan erfarer eldre som bor i omsorgsboliger å være involvert i beslutninger om behovsmedisinering? Hvordan posisjonerer de seg selv (og andre) i historiene om beslutningstakingen?	

Kunnskapen fra dette prosjektet er nyttig for flere aktører. I utdanning av helsepersonell kan kunnskapen om beslutningstaking løftes fram og inkluderes i kunnskapsgrunnet helsepersonell må ha for å håndtere legemidler. I tverrprofesjonelt samarbeid og arbeid med pasientsikkerhet er kunnskapen nyttig for å forstå ulike aspekter ved beslutningstaking og hvordan det kan påvirke legemiddelbehandling. Helsepersonell som deler ut medisiner har en nøkkelrolle i slike tverrprofesjonelle samarbeid (Bell et al., 2017; Halvorsen et al., 2010), hvor det blant annet er viktig for alle samarbeidende profesjoner å forstå kompleksiteten i å praktisere beslutningstaking. Beboere i omsorgsboliger er også en del av beslutningsprosessen omkring sin legemiddelbruk og deres stemme er derfor viktig å bringe med seg inn i kunnskapsutviklingen. For ledere i omsorgsboliger og i kommunene er kunnskapen fra prosjektet nyttig å ta med seg når tjenestetilbudet organiseres og kvalitetssikres.

Figur 1 viser hvordan de ulike delstudiene med en overbyggende kappe bidrar med ny kunnskap om beslutningstaking for legemidler som brukes ved behov, innenfor konteksten kommunale omsorgsboliger for eldre.



Figur 1. Oversikt over sammenheng mellom de ulike delstudiene og kunnskapsutviklingen i avhandlingen. Tidslinje til høyre.



I figuren vises også tidslinjen for prosjektet. De oransje pilene illustrerer hvordan min forforståelse er en kontinuerlig del av forskningsprosessen, og de blå pilene viser hvordan de ulike delene henger sammen med helheten. De grønne pilene viser hvordan den nye kunnskapen settes sammen.

Med utgangspunkt i avhandlingens problemstilling og innhold ønsker jeg å presisere og gi en avgrensning for hva jeg har lagt til grunn i følgende begrep: Beslutningstaking, legemidler ved behov, eldre, omsorgsboliger og helsepersonell.

Beslutningstaking handler om å ta et valg og gjennomføre en handling om noe vesentlig i en gitt setting, og i denne avhandlingen forstås dette som både en kognitiv og interaktiv prosess (Gurbutt, 2006; Higgs & Jones, 2019).

Legemidler ved behov (behovsmedisin, kalles ofte «eventuellmedisin» i praksis) er legemidler som på beboerens legemiddelliste står oppført med at det skal brukes ved behov, som for eksempel ved forbigående plager eller forverringer av allerede diagnostiserte tilstander (Andreassen et al., 2011; Vaismoradi et al., 2020).

I dette prosjektet defineres «eldre» som personer over 65 år, i tråd med Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2001). Å bruke «eldre» som en generell term kan imidlertid kritiseres da det kan være store forskjeller mellom aldersgrupper. Mellom de yngste og eldste eldre i delstudie III skiller for eksempel en generasjon.

Omsorgsboliger er et tilbud for eldre som ikke kan bo hjemme, men som heller ikke har behov for sykehjems plass (Daatland & Otnes, 2015; Meld. St. 15 (2017-2018)). Omsorgsboliger er et begrep som rommer ulike former for bolig- og pleietilbud (Melby et al., 2019, s. 16). I denne studien inngår ulike typer kommunale omsorgsboliger; boliger med heldøgns tilgang på helsepersonell som har et institusjonspreg, og mer frittstående boliger som ofte ligger litt mer for seg selv, men i gangavstand til heldøgns bolig eller sykehjem. Jeg har valgt å skille på dette ved å kalle boligtypene omsorgsbolig «med heldøgns bemanning» og «uten heldøgns bemanning» der dette er hensiktsmessig.

Helsepersonell er pr definisjon alle som har autorisasjon som helsepersonell og er en stor gruppe aktører (helsepersonelloven, 1999). I denne avhandlingen brukes dette som begrep på de ansatte i omsorgsboligen som har myndighet til å dele ut legemidler. For annet helsepersonell som omtales, brukes yrkestittel, for eksempel lege og farmasøyt.

### **1.3 Forforståelse og erfaringsbakgrunn**

I et forskningsprosjekt vil forskeren ha en sentral rolle i alle trinn (Malterud, 2011), og forskerens forforståelse og erfaringsbakgrunn vil være et utgangspunkt for den reflektsive prosessen i forskningen (Alvesson & Sköldberg, 2008). Kvalitativ forskning preges av forskerens historiske kontekst, disiplin, teoretisk orientering og metode (Alvesson & Sköldberg, 2008; Thorne et al., 2002). Min utdanning som farmasøyt, samt mine erfaringer som farmasøyt ved apotek og senere som underviser, danner min erfaringsbakgrunn, og er de «linser» jeg konstruerer forskningsspørsmål og ser dette prosjektet gjennom.

Som farmasøyt er jeg opptatt av legemidler og bruken av dem. Det kan tenkes at jeg vil ha et annet fokus på legemiddelhåndteringen enn informantene og deltagerne i studiene da jeg og informantene er institusjonalisert på ulike vis (Alvesson & Sköldberg, 2008). I det legger jeg at man skaper vaner og rutiner gjennom sosialisering i de miljøene man er en del av som påvirker ens handlinger, og jeg har en annen erfaringsbakgrunn enn de jeg har intervjuet. Det kan også tenkes at intervjuene får mer fokus på legemidler enn selve praksisen fordi informantene vet at jeg er farmasøyt og derfor kanskje snakker mer om legemidler enn de ellers ville gjort. Min erfaringsbakgrunn er fra apotek, samt universitets- og høyskolesystemet, og jeg har ikke selv deltatt aktivt i håndtering av legemidler ved behov i omsorgsboliger. Dette gjør at jeg likevel møter feltet med et relativt åpent og nysgjerrig blikk. Utgangspunktet for studien var et «utenfra-perspektiv», der kunnskapen min om feltet på forhånd var tilegnet gjennom litteratur, men som utover i prosjektperioden utviklet seg gjennom de ulike delstudiene.

Våre forforståelser og erfaringer konstrueres av oss selv i interaksjon med andre, og våre meninger og oppfatninger er formet av samfunnet vi er en del av (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Jackson & Klobas, 2008; Maxwell, 2013). Dette er ikke konstant, men i stadig endring og utvikling i takt med at man får ny kunnskap (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Maxwell, 2013). At man som forsker får ny kunnskap underveis vil også påvirke tolkninger og analyser som gjøres. Forutsetningene for de ulike delstudiene i dette prosjektet er dermed ikke helt identiske, ny kunnskap underveis i prosjektet er aktivt inkludert.

Tilbake i tid, og forut for doktorgradsprosjektet, hadde jeg hørt og lest historier fra praksis som har vekket min interesse og ga motivasjon for å finne ut mer om hvordan beslutninger om behovsmedisinering praktiseres: om eldre personer som har ligget lenge med smerter uten å få smertestillende, om eldre personer som får nedsatt livskvalitet fordi de får store mengder beroligende, og om seponering av beroligende legemidler til eldre som har gitt dem en ny hverdag. Min forforståelse før oppstart av prosjektet var, med utgangspunkt i disse historiene, at det er mye ulik praksis når det kommer til beslutninger omkring legemidler ved behov og at det noen ganger kan virke tilfeldig hva som gjøres. Gjennom de tre delstudiene og tilhørende tre artikler, samt arbeidet med avhandlingen ser jeg at beslutningstaking er komplekst og det er mye aktørene må forholde seg til. Det som for en utenforstående kan se ut som tilfeldigheter er et intrikat samspill mellom flere aktører og innenfor gitte rammer som påvirker beslutningstaking.

I mitt utdanningsløp fra bachelorgrad i farmasi, via mastergrad i helsevitenskap til å følge doktorgradsprogram i studier av profesjonspraksis, har jeg vært på en vitenskapelig reise. Fra å ha et kunnskapssyn preget av positivismen med fokus på objektivitet og målbarhet, har jeg gjennom doktorgradsprosjektet utviklet kunnskap og ferdigheter om kvalitativ og fortolkende forskning, der forståelse og subjektivitet er mer sentralt. Å konstruere kunnskap sammen med informantene, der det subjektive er viktig og ulike menneskers erfaringer gir ny innsikt og kunnskap om et tema man har

lite kjennskap til fra før, mener jeg har tilført mye til min virkelighetsforståelse. Samtidig mener jeg at det er en styrke å ha med seg innsikt i flere kunnskapssyn og forståelser av verden, da summen av ulike typer kunnskap gir et mer helhetlig bilde.

Arbeidet med avhandlingen har vært en refleksiv prosess der kunnskapssynet har utviklet seg, spesielt med tanke på de stadig mer fortolkende arbeidene som er gjort i løpet av disse fire årene. Samtidig ser jeg at mitt utgangspunkt har hjulpet meg, for eksempel i forhold til systematisk tenking. Utvikling av forforståelsen, erfaringsbakgrunn og kunnskapssyn, er også noe jeg anser som en viktig del av et doktorgradsarbeid. Jeg har opplevd at forståelsen endret seg for hvert intervju med nye informanter, ulike metoder og analyser, gjennom teoretisk påfyll og diskusjoner med andre mennesker.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket som avhandlingen bygger på. Først presenteres teori om beslutningstaking, med tre ulike tilnærminger. Til sist presenteres teori om sosiale konstruksjoner.

### 2.1 Beslutningstaking

Beslutningstaking er en ferdighet som er vesentlig i profesjonspraksis, det er en del av helsepersonell sin *svarevne*. Svarevne er evnen til å svare på de utfordringer man møter i praksis der summen av de erfaringer og all slags kunnskap en har med seg, gjør det mulig å vite hvordan en skal handle (Lindseth, 2015). Dette er kunnskap og erfaringer om blant annet kontekst, kultur, etikk, ferdigheter, teori og allmennkunnskap. Praktikerer må finne ut hvilken kunnskap en skal benytte seg av og hvordan den skal komme til nytte, og her spiller erfaring en vesentlig rolle (Lindseth, 2015). All kunnskapen praktikerer har med seg er ulike evidenser som en vil vektlegge på ulike vis i møte med ulike utfordringer, der en vektlegger det som anses mest relevant (Lindseth, 2015). Innenfor helseprofesjonene har også skjønnsutøvelse en sentral plass. Skjønnnet bør baseres på faglige begrunnelser og saklige vurderinger (Fossestøl, 2013; Grimen, 2008), samtidig medfører det at profesjonsutøverens egne normative overbevisninger påvirker yrkesutøvelsen (Molander & Terum, 2008). Derfor kan tjenestemottagere oppleve at situasjoner håndteres ulikt av forskjellige helsepersonell og at beslutninger kan bli ulike.

Bruk av ulik kunnskap og målet om å ivareta tjenestemottager, er forhold man kan anta innvirker på beslutningstaking til helsepersonell. Kunnskap har mange former og noe kunnskap kommer til uttrykk gjennom handlinger (Bornemark & Svenaeus, 2009; McGuirk & Methi, 2015). I klassiske profesjoner slik som de helsepersonell representerer er kunnskapsformene heterogene (Grimen, 2008). Yrkesutøverne er sertifisert gjennom sin utdanning, som baserer seg på teoretisk og vitenskapelig kunnskap, samt på praksis som bidrar til erfaringsbasert kunnskap. Etter hvert vil man

som yrkesutøver opparbeide mer erfaringsbasert kunnskap (Grimen, 2008), og den enkelte praktiker vil kanskje etter en tid ikke eksplisitt kunne skille på når en bruker en type kunnskap fremfor en annen når man fatter beslutninger. For en person med lang erfaring oppleves nemlig summen av kunnskap som en del av en selv (Kahneman, 2012). Innenfor helseprofesjoner er kunnskap utsprunget fra fag som for eksempel biologi, kjemi, psykologi og samfunnsvitenskap. Samtidig skal en også kunne kommunisere og samhandle med mennesker. Bare legemiddelhåndteringsprosessen involverer 11 kunnskapsområder (Helleland i Alteren, 2012). Det overordnede målet for helsepersonell ligger utenfor helsepersonellet selv, dette styrer hvordan kunnskap settes sammen som vil påvirker beslutningstakingen. Praktikerne bringer med seg et tillitbasert ansvar, der den andre part er avhengig av den profesjonelles samlede kunnskap (Molander & Terum, 2008; Vabo & Vabø, 2014).

Helsepersonell skal ivareta allmennhetens beste, både på individnivå og samfunnsnivå. I denne sammenhengen kan kunnskapsformenes verdier komme i konflikt med hverandre, og helsepersonell må ofte ta verdivalg som det ikke finnes klare regler for (Grimen, 2008; Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Helsetjenestetilbudet i Norge har vært preget av markedstankegangen New Public Management (NPM) der kostnadseffektivitet har preget praksis og god praksis har vært den praksisen som har vært billigst, uten at man nødvendigvis har sett på innholdet. Nå ser man også at strømningene i samfunnet går i retning av å vektlegge samstyring, såkalt New Public Governance (NPG) (Vabø, 2014).

Det finnes ikke en enkelt teori om beslutningstaking da det er et stort fagfelt med ulike tilnærminger. Som teoretisk bakteppe for denne avhandlingen om beslutningstaking i forbindelse med legemidler som brukes ved behov, er det tatt utgangspunkt i kliniske beslutninger, begrenset rasjonalitet i beslutningstaking og delt beslutningstaking. Dette fordi alle disse tre tilnærmingene, med sine ulike innfallsvinkler, er relevant for å forstå beslutningstaking.

### **2.1.1 Klinisk beslutningstaking**

For profesjonelle arbeidstakere, som har en viss grad av autonomi i sine stillinger, er det viktig å kunne ta gode beslutninger i klinisk praksis (Higgs & Jensen, 2019). Beslutningstakings-ferdigheter er en vesentlig og integrert del av helsepersonells kompetanse (Sulosaari et al., 2011). Evnen til å ta kliniske beslutninger er viktig for trygg legemiddelhåndtering (Dickson & Flynn, 2012; Rohde & Domm, 2018). Teorier om rasjonelle beslutninger tar utgangspunkt i alternativer, konsekvenser og preferanser (March, 1994, s. 2). Det er viktig at praktikere tar de best informerte og ansvarlige beslutningene til det beste for tjenestemottageren (Higgs & Jensen, 2019). Kliniske beslutninger handler om tenking og beslutningstaking i praksis. Dette er en sammensatt prosess, bestående av mange nivåer og dimensjoner. Det krever at man som profesjonell må kunne stå i tvetydige løsningsmuligheter, ha refleksiv forståelse og kunne samarbeide (Higgs & Jensen, 2019). I helse- og omsorgspraksis vil man oppleve ulike utfordringer å måtte ta beslutninger om, det er ulike typer utfordringer der de profesjonelle ikke er enige om hva som er utfordringer og hva som er beste løsning (Higgs & Jensen, 2019). Noen ganger kan helsepersonell på egen hånd ta beslutninger, andre ganger skal beslutningen også involvere andres meninger – både annet helsepersonell og tjenestemottager (se kap. 2.1.3).

Når man som helsepersonell skal dele ut legemidler ved behov i omsorgsboliger, har man juridisk sett bare lov til å dele ut legemidler som står på den enkeltes medisinliste. Slik sett har legen allerede vurdert at det er et mulig behov. Den eldre beboeren har også sannsynligvis noen tanker om hva han eller hun ønsker at en beslutning skal bli. I tillegg til at helsepersonellet skal ta beslutning om de skal gi legemiddel eller ikke, må det også tas hensyn til andre, enten dette er beboeren selv eller andre profesjonelle. I helse- og omsorgsyrkene kan man derfor ikke se på beslutningstaking som en lineær, teknisk, prosess, da det er mye som skal inngå i vurderingene, samtidig som man skal ivareta helhetlig omsorg for tjenestemottageren (Gillespie & Peterson, 2009; Gladstone, 2012; Johansen & O'Brien, 2016). Vesentlig her er at denne beslutningsprosessen i stor grad påvirkes av hva praktikeren bringer med seg inn i

situasjonen, og at det til en viss grad preges av hvor godt tjenestemottageren er kjent for helsepersonellet. I tillegg preges prosessen av konteksten hvor beslutningen tas (Tanner, 2006).

Det vil være ulikheter mellom de som er noviser og eksperter i yrkesutøvelsen (Benner, 1984). For noviser er retningslinjer og prosedyrer mer sentralt i beslutningsprosessen enn for ekspertene som har en større erfaringskunnskap å støtte seg til (Benner, 1984). For å utvikle kunnskaper og erfaringer som kan brukes i senere kliniske beslutninger, vil det være viktig å reflektere over de handlinger en gjør og utveksle erfaringer med andre (Gillespie & Peterson, 2009; Higgs & Jensen, 2019; Tanner, 2006).

Normative teorier om beslutningstaking sier noe om hvordan man ideelt skal ta beslutninger, der man har tilgang på all nødvendig informasjon og man velger det beste løsningsalternativet (March, 1994) der rasjonalitet og forventet nytte er bakgrunnen for beslutningen (Bekker, 2009; Helstrup & Kaufmann, 2000; March, 1994). For optimale rasjonelle beslutninger er kunnskap, intellektuelle evner, kritisk tenking og individuelle karakteristikk sentralt (Croskerry, 2019). Det finnes ulike modeller for klinisk beslutningstaking innenfor helsesektoren (Benner, 1984; Gillespie & Peterson, 2009; Gladstone, 2012; Higgs & Jensen, 2019; Johansen & O'Brien, 2016; Tanner, 2006). «Rammeverk for situert klinisk beslutningstaking» (Gillespie & Peterson, 2009) er et rammeverk utviklet primært for å hjelpe noviser i sykepleie til å reflektere over beslutningstaking, men er også egnet til å brukes på ulike nivåer for utvikling, bevisstgjøring og analyse av beslutningsprosessen. Rammeverket viser hvor sammensatt klinisk beslutningstaking for helsepersonell kan være (Gillespie, 2010; Gillespie & Peterson, 2009). En skjematisk fremstilling av rammeverket er vist i figur 2.





Figur 2. Rammeverk for situert klinisk beslutningstaking (etter Gillespie & Peterson, 2009 – min oversettelse)

Rammeverket inkorporerer kontekst, grunnleggende kunnskap og den kliniske beslutningstakingsprosessen (Gillespie, 2010; Gillespie & Peterson, 2009). Dette rammeverket tar utgangspunkt i at beslutningene tas innenfor en kontekst bestående av flere dimensjoner, mikronivået handler om sykepleier- og pasientrelasjoner, mesonivået handler om enheten helsepersonellet er en del av, og makronivået handler om helsesystemet, profesjonen og samfunnet for øvrig. De ulike nivåene har ulik betydning for beslutningstaking. På makronivå er det overordnede karakteristika ved helsesystemet, mens det på mesonivå ofte handler om mulighet for samarbeid med kollegaer. På mikronivå er det relasjonelle og etiske forhold som kan virke inn på beslutningene, der erfaring og hvilket fokus man har for beslutningen (om den er oppgavestyrte eller styrt av en helhetlig tenking) spiller en rolle. Hvert nivå inkluderer

blant annet sosiale, kulturelle, historiske, økonomiske og ideologiske forhold som kan påvirke beslutningstakingen. Uavhengig av nivå er det viktig å ta hensyn til at beslutninger ikke tas i et vakuum, og at man derfor må skille kontekstuelle faktorer fra helsepersonell-faktorer i de tilfeller man ønsker å identifisere faktorer som påvirker klinisk beslutningstaking (Gillespie, 2010).

I Gillespie's rammeverk representerer «huset» – med tak, vegger og gulv – den kunnskapen som sykepleiere anvender i klinisk beslutningstaking. Bruken av begrepet «knowing» i Gillespie's rammeverk reflekterer at effektiv beslutningstaking fordrer at sykepleiere ikke bare *har* kunnskap men også aktivt innhenter ny kunnskap (relevant for pasienten og situasjonen) som inkorporeres i den gamle. Kunnskapen innhentes fra fem ulike dimensjoner: *kunnskap om profesjonen* (standarder for praksis, samt sykepleierens kompetanse, ferdigheter og rolle), *kunnskap om seg selv* (egne styrker og begrensninger, samt ferdigheter, erfaringer, antakelser, forforståelser og læringsbehov), *kunnskap om casen* (patofysiologi, mønstre som kjennetegner typiske tilfeller, forventet forløp og utfall), *kunnskap om pasienten* (medisinsk historie, tidligere respons på sykdom og behandling) og *kunnskap om personen* (pasientens erfaringer med helse og sykdom, samt hans ønsker, støtte og ressurser) (Gillespie, 2010).

Selve den kliniske beslutningsprosessen (tankeprosessen) må ses i lys av det overnevnte, i rammeverket utgjør dette det som foregår inne i huset. Selv om illustrasjonen er tilnærmet lineær påpekes det av Gillespie (2010) at det ikke er noen lineær prosess. Prosessen med beslutningen starter når helsepersonell identifiserer et symptom/signal (cue) fra pasienten, deretter vil helsepersonellet innhente mer informasjon fra ulike hold for å danne et bilde av situasjonen (Gillespie, 2010). Hvordan et symptom identifiseres og vurderes og hvilken informasjon som innhentes avhenger av blant annet erfaring (Benner, 1984; Tanner, 2006). Deretter gjøres en vurdering, samtidig er det en pågående informasjonsinnhenting, for å komme frem til en best mulig beslutning gitt tid- og informasjonstilgang (Gillespie, 2010). Når man beveger seg

mellom innhenting av informasjon og vurdering er det flere potensielle feilkilder, hvor et eksempel er at helsepersonellet ubevisst begrenser informasjonsinnhenting på bakgrunn av tidligere erfaringer og preferanser (Gillespie, 2010; Reason, 2000). Når man har gjort en vurdering så vil helsepersonellet gjøre seg en prioritering sett opp mot den individuelle pasienten. Å gjøre en passende prioritering henger sammen med kunnskapsgrunnlaget og tankeprosessen til det enkelte helsepersonell, og dette kan påvirkes av kontekstuelle faktorer som tid, ressurstilgang og kultur for pasientfokus og samarbeid i enheten (Gillespie, 2010). Etter å ha gjort en vurdering må det tas en beslutning på hva som skal gjøres og hvordan, i noen tilfeller vil det være en «vent å se tilnærming» som ikke nødvendigvis skyldes at man er usikker i beslutningen (Gillespie & Peterson, 2009). Dersom en beslutning utsettes på grunn av usikkerhet er det en trussel for pasientsikkerhet, helsepersonellet må være i stand til å vurdere hvorvidt de behøver assistanse i å ta en beslutning dersom en er usikker (Gillespie, 2010). Dette rammeverket fremmer at målet må være at en beslutning skal være best mulig. I noen tilfeller vil det også kunne være flere mulige løsningsalternativer som er gode, der den beste beslutningen er den som ivaretar det unike i situasjonen. Det siste trinnet i den kliniske beslutningsprosessen er å evaluere utfallet av beslutningen. Når man foretar kliniske beslutninger inngår det også et multidimensjonalt tankesett der helsepersonellet må tenke kritisk og systematisk (Gillespie, 2010; Tanner, 2006). Samtidig som resonnementene må ta hensyn til kompleksiteten som forsøkt vist over må helsepersonellet tenke framover, ikke bare ha fokuset på en beslutning isolert som en enkelt hendelse. Til rammeverket følger det en rekke spørsmål som kan brukes dersom man ønsker å analysere en klinisk beslutningsprosess i detalj (Gillespie, 2010; Gillespie & Peterson, 2009).

Beslutningsstøtte er ofte basert på normative teorier med fokus på den ideelle beslutningen (Bekker, 2009), hvor ulempen er at individuelle behov ikke ivaretas. Kliniske beslutninger er ansett til å ha en hypotetisk deduktiv tilnærming, men som kliniker jobber man ikke stegvis på denne måten (Gabbay & le May, 2016). I kliniske beslutninger er det mye å ta hensyn til, det er komplekse situasjoner og ofte må en

handle raskt. Slike beslutninger ligger tett opp til det å bruke begrenset rasjonalitet, der det vil være forskjeller mellom en novise og en ekspert sin beslutning (Dreyfus et al., 1986; Gabbay & le May, 2016, s. 52-54).

### **2.1.2 Begrenset rasjonalitet**

Beslutningstaking handler om at det ikke er mulig å ta innover seg alle mulige alternativer (March, 1994, s. 8; Orasanu & Connolly, 1993). Det handler i stor grad om at en ikke har mulighet til å ha all tenkelig nødvendig informasjon om saken og om mulige konsekvenser (Bekker, 2009; Helstrup & Kaufmann, 2000). En tar utgangspunkt i den aktuelle situasjonen og gjør vurderingene. Tidligere erfaringer anvendes for å finne en tilfredsstillende løsning som kanskje ikke er optimal, men som har tatt hensyn til ulempene (Orasanu & Connolly, 1993). Innenfor helsetjenesten er rasjonelle beslutninger idealet, men dette kan være vanskelig å oppnå. Ikke bare er det er individuelle ulikheter mellom tjenesteutøverne som påvirker beslutningen (Croskerry, 2019), men helsepersonellet kan også forenkle fremgangsmåten i beslutningsprosessen, ofte på grunn av at oppgavene er komplekse eller fordi man er presset på tid og ressurser. Man snakker da om en begrenset rasjonalitet og forenklete beslutningsprosesser (Helstrup & Kaufmann, 2000; March, 1994; Orasanu & Connolly, 1993; Simon, 1955).

Begrenset rasjonalitet i beslutningene er en dominerende teori innenfor individuell beslutningstaking (March, 1994). Når man skal ta beslutninger ligger det begrensninger i menneskets evne for hva man til enhver tid kan ha oppmerksomheten rettet mot. Det ligger begrensninger i hvor mye en faktisk kan huske, man har begrenset evne til å tolke og forstå informasjon og det ligger begrensninger i evnen til å kommunisere kompleks og spesialisert informasjon (March, 1994, s. 10). I tillegg spiller omgivelsene en viktig rolle (Todd & Gigerenzer, 2001). Beslutningstakere tar i bruk forenklete strategier for å håndtere disse begrensningene. Slike prosesser kan være at man forenkler problemstillingene der noe av informasjonen velges ut for den videre beslutningsprosessen, og man dekomponerer store problemstillinger til mindre mer

håndterbare deler (March, 1994). Eksempler på dette er bruk av intuisjon, heuristikker og mønstergjenkjenning fra tidligere erfaringer eller tommelfingerregler inn i beslutningene (Dreyfus et al., 1986; Kahneman, 2012; March, 1994). Dette ligner på magefølelse (Gigerenzer, 2008) eller system 1 i tosystem-tilnærmingen (Kahneman, 2012, s. 26; Stanovich et al., 2014), og mønstergjenkjenning slik som schemata (Kant & Meiklejohn, 2009, s. 213-224), rammeteori (Minsky, 1974) eller mindlines modellen (Gabbay & le May, 2016).

I forlengelsen av begrenset rasjonalitet følger naturalistisk beslutningstaking (Todd & Gigerenzer, 2001), der man ikke kun har fokus på forenklingene, men hvor også erfaringer er viktig i profesjonell beslutningstaking (Orasanu & Connolly, 1993; Todd & Gigerenzer, 2001). Erfarne praktikere ser på situasjonen og kan raskt tolke den basert på sin praktiske kunnskapsbase (Orasanu & Connolly, 1993). Man vil ofte hente ut erfaringer fra minnet for å danne grunnlaget for beslutningen først, da dette går raskest (Gabbay & le May, 2016; Kahneman, 2012). Det er som en gjenkjennelsesbasert ekspertise (March, 1994), eller en slags personalisert sjekkliste man går igjennom ved beslutningstaking (Gabbay & le May, 2016). Dette er fleksibelt og tilpasser seg ulike roller og kontekster man er en del av, som en slags konstruert sti for handlingsvalg. Som praktiker vil man ta i bruk det man har opparbeidet seg av ulike typer kunnskap, der man har et nett av ressurser som ikke kan gi en lineær beslutningsprosess. Kunnskapen settes sammen på ulike måter i ulike situasjoner og ender opp med en beslutning som er tilpasset den gitte situasjonen (Gabbay & le May, 2016).

Forenkling av beslutningstaking handler også om at problemstillingen settes inn i en ramme som definerer problemet, der beslutningstakeren setter seg inn i et paradigme som gir dem et perspektiv på den gitte problemstillingen (March, 1994). Et eksempel på dette i forbindelse med helse- og omsorgstjenesten, er at man tar en beslutning ut fra et økonomisk eller pasientsentrert perspektiv, der perspektivet gir en retning for beslutningen.

Legemiddelhåndtering er en sammensatt prosess (Sulosaari et al., 2011), som gjerne gjennomføres med begrenset tidsressurser, og man kan anta at beslutningene baserer seg på forenklete prosesser med begrenset informasjon. Dette er forhold som kan være nyttig å reflektere over i ettertid, fordi refleksjon er sentralt for å utvikle seg fra novise til ekspert (Benner, 1984; Dreyfus et al., 1986; Tanner, 2006). Da beslutninger gjerne bygger på lignende beslutninger man har tatt tidligere er det viktig å være oppmerksom på mulige bias og reflektere over egne handlinger (Kahneman, 2012). På denne måten bygges ny kunnskap, som man så tar med seg inn i senere beslutningsgrunnlag. Slik danner også ferdighetskunnskap et grunnlag for handlinger (Schön, 2001). Refleksjon-i-handling (Schön, 2001) kan være et viktig bidrag i begrenset rasjonalitet i beslutningstaking ved at en ved neste gangs tilsvarende handling har et bredere beslutningsgrunnlag. Individuelle forskjeller mellom beslutningstakere inkluderer ulike vaner, men også ulike grunnleggende kognitive evner, slik som informasjonsbehandling og refleksjonsevne, noe som påvirker beslutningstakingen (Thunholm, 2004).

Beslutninger som innebærer ivaretagelse av hensyn til enkeltindivider, slik som ved beslutninger omkring behovsmedisinering, er av en slik art at man må stole på de prosessene som beslutningstakerne bruker mer eller mindre bevisst (Bekker, 2009). Når man som kliniker bruker heuristikker og kanskje plukker opp feil mønster så kan det føre til en feil beslutning (Kahneman, 2012). Det er flere trinn i beslutningsprosessen som kan true pasientsikkerheten, risiko for feil kan skyldes individuelle forhold men også systemforhold (Reason, 2000). Individuelle forhold som medfører feil skyldes ofte glemsomhet, uoppmerksomhet eller moralsk udyd og en menneskelig beslutningsprosess er slik sett utsatt for feil i sin natur (Cohen, 1993; Reason, 2000). Forhold på systemnivå handler om hvordan arbeidsforholdene er lagt til rette, for eksempel er tidspress, manglende erfaring og utmattelse blant personalet er risikofaktorer for feil. Det samme er uhensiktsmessige prosedyrer (Reason, 2000).

### 2.1.3 Delt beslutningstaking

En aktiv deltagelse fra alle parter er ansett å forbedre helse- og velferdstjenester (Askheim et al., 2017). Delt beslutningstaking handler om at tjenestemottageren og helsepersonell skal samarbeide for å ta informerte beslutninger (Charles et al., 1997; Costanzo et al., 2019; Elwyn et al., 2012). Delt beslutningstaking kalles gjerne samvalg på norsk (Folkehelseinstituttet, 2020; Helsenorge.no, 2020). Alle har rett til å få nødvendig informasjon om egen helsetilstand og rett til medvirkning i egen behandling (Meld. St. 11 (2018-2019); pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I den norske velferdstjenesten har diskursen omkring brukermedvirkning og delt beslutningstaking endret seg siden 1970 årene (Askheim et al., 2017). Historisk har beslutningstaking mellom helsepersonell og tjenestemottagere fulgt tre modeller: paternalisme der helsepersonellet tar valg for tjenestemottageren, konsument tilnærming der tjenestemottageren tar beslutning uten å involvere helsepersonellet, eller delt beslutningstaking der tjenestemottager, helsepersonell og eventuelt et tverrprofesjonelt team tar beslutninger sammen (Costanzo et al., 2019). I dag er brukermedvirkning sentralt og lovfestet i helse- og omsorgstjenesten. Dette er i tråd med NPG som styringsform. Dette innebærer at tjenestemottagers erfaringer skal inngå i helsetjenesten (Haukelien et al., 2011, s. 17).

Brukermedvirkning kan foregå på individnivå, der tjenestemottager får innflytelse på et bestemt tjenestetilbud, på systemnivå, der tjenestemottager inngår i et mer langsiktig samarbeid, og på politisk nivå der, brukerorganisasjoner involveres i politiske prosesser (Haukelien et al., 2011, s. 21-23). Brukermedvirkning og legemiddelhåndtering er også innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammer (Helsedirektoratet, 2020; World Health Organization, 2017). Det er antydnet at brukermedvirkning kan bedre beslutningstaking og forhindre legemiddelfeil ved kroniske tilstander (Longtin et al., 2010). Når det kommer til delt beslutningstaking og behovsmedisin så vil dette være aktuelt både ved utskriving av resept fra lege og ved administrering av legemiddelet fra helsepersonell i omsorgsboligen i de tilfeller beboeren ikke administrerer dette selv.

Det er ulike grader av brukermedvirkning. Deltagelse varierer fra ikke-deltagelse som handler om manipulasjon og terapi, via informasjon, konsultasjon og plassering som kalles tokenisme (tilsynelatende involvering) til full kontroll der man er likeverdige parter (Arnstein, 1969). Når man som beboer i en omsorgsbolig får hjelp til administrering av sine legemidler, så er man avhengig av at helsepersonell ivaretar deres interesser. Hva helsepersonell forstår med brukermedvirkning varierer (Haukelien et al., 2011). Det er hevdet at man i Norge fortsatt tar beslutninger i helsevesenet på en paternalistisk måte og at beslutninger tas på et tynt grunnlag der man ser bort fra tjenestemottagerens syn (Bjørndal, 2011). En litteraturstudie på temaet fant at det blant 40 modeller for delt beslutningstaking, har en fjerdedel kun helsepersonellet som aktør (Bomhof-Roordink et al., 2019). Haukelien et al. (2011) stiller spørsmålsteget ved om brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren er reell brukermedvirkning, da systemer for brukermedvirkning ikke nødvendigvis tilpasses den enkelte tjenestemottager. I noen studier stilles det spørsmål ved medvirkningsmuligheten for tjenestemottagere som står på behovsmedisiner, da fokuset synes å i størst grad være på helsepersonell (Aerts et al., 2019; Dörks et al., 2016; Murray, 2017; Ryder et al., 2009).

Eldre tjenestemottagere er ofte sett på som en stille og lydige generasjon. De oppfattes som lite kravstore, og de selv opplever å stå i takknemmelighetsgjeld til de ansatte som hjelper dem (Haukelien et al., 2011, s. 38, 83). Innenfor eldreomsorgen, som omsorgsboliger er en del av, finnes det flere tjenestemottagere med uttalt kognitiv svikt, og som dermed ikke har forutsetninger til å ta beslutninger på egne vegne. I slike tilfeller brukes ofte begrepet brukerreting, der tjenestemottagers behov styrer innretning av tjenesten. Det innebærer at brukermedvirkning er å forstå og tolke tjenestemottager, og i spesielle situasjoner å bruke overtalelser (Haukelien et al., 2011).

Brukermedvirkning kan også medføre noen etiske dilemmaer. Som for eksempel når det er en motsetning mellom fagetiske standarder og tjenestemottagers ønsker, og hvor verdier om pasientautonomi står mot de paternalistiske verdiene og det ikke alltid



finnes en tydelig løsning (Haukelien et al., 2011, s. 30). Andre forhold som påvirker brukermedvirkning i helsetjenesten er tidspress, helsepersonells kontrollbehov og personlig overbevisning (Longtin et al., 2010). Et annet aspekt er om delt beslutningstaking kan medføre ansvarsfraskrivelse og legitimere at helsepersonellet inntar en mer passiv rolle (Haukelien et al., 2011).

Det finnes ikke en bestemt modell for delt beslutningstaking. Hva man inkluderer i den delte beslutningsprosessen varierer mellom ulike helse- og omsorgssettinger (Bomhof-Roordink et al., 2019). For å få til delt beslutningstaking er det likevel noen elementer som synes å måtte være til stede. De involverte parter, både helsepersonell og tjenestemottager, må først se at det er noe det behøves å fatte en beslutning på, for deretter å kjenne til og forstå de ulike valgene man har tatt basert på best mulig evidens. Til slutt må helsepersonellet ta hensyn til handlingsrommet og tjenestemottagerens verdier og preferanser (Légaré & Witteman, 2013).

Delt beslutningstaking er en kompleks prosess, hvor nøkkelfaktorer for å få til delt beslutningstaking i tillegg er, ifølge Dy og Purnell (2012): personellets kompetanse, troverdighet og kulturell kompetanse, pasienten (eller pårørende) sin kompetanse, kvaliteten på informasjon og kommunikasjon, og tydelige roller i beslutningstaking prosessen (Dy & Purnell, 2012). For å få til delt beslutningstaking i praksis, må helsepersonellet ha en helhetlig tilnærming, og man kan ikke bare bruke teoretisk kunnskap men også ha med seg ferdigheter og medmenneskelige perspektiver opp mot hvilket mål man har (Charles et al., 1997; Costanzo et al., 2019). Forholdet mellom de involverte må være bygget på en gjensidig tillit da barrierer mellom tjenestemottager og helsepersonell kan medføre en ikke-optimal helsebehandling (Bomhof-Roordink et al., 2019; Costanzo et al., 2019). Dette henger sammen med blant annet kontinuitet i personal-pasient forholdet (Dy & Purnell, 2012; Haggerty et al., 2013). Det må være en kultur for å inkludere tjenestemottageren og det må være tilrettelagt for dette i organisasjonen for at det skal fungere optimalt (Costanzo et al.,

2019; Longtin et al., 2010). God klinisk kommunikasjon er en nøkkelferdighet når det kommer til delt beslutningstaking (Elwyn et al., 2012).

De som beslutningen angår må gis en reell mulighet til å forstå og kunne delta i beslutningstakingen (Bjørndal, 2011). Å involvere pasienter på deres premisser er viktig, det er ikke alltid samsvar mellom helsepersonellets forventninger og pasienters ønske om å være en aktiv deltager i beslutninger (Florin et al., 2006). Det er noen pasientgrupper som ikke er vant til, eller mindre interessert i, å være en del av det å ta egne beslutninger sammen med «autoriteter», deriblant eldre (Elwyn et al., 2012; Longtin et al., 2010). Pasienters preferanser for involvering i beslutninger varierer og er gjerne sammensatt (Joseph-Williams et al., 2014; Say et al., 2006). Faktorer som kan påvirke pasienters utgangspunkt for å delta i delt beslutningstaking er alder og kjønn, medisinsk historie og sykdomserfaringer, kunnskap om det det skal fattes beslutninger om, helsestatus og holdninger. Pasientens rolle, og ansvar en føler ved å dele beslutninger, kan innvirke på ønske om å være aktiv i beslutningene. I tillegg spiller forholdet til helsepersonellet inn (Say et al., 2006). Tjenestemottagernes helseforståelse vil også være sentralt for å kunne vurdere informasjonen (Elwyn et al., 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), dette er en vesentlig hindring for å få til brukermedvirkning (Longtin et al., 2010; Pettersen & Jennum, 2014). Samtidig må det være rom for at pasientene kan bruke den kunnskapen de har og få god informasjon for å kunne delta i beslutningstaking. Det er ikke sikkert det handler om at pasientene ikke vil delta i beslutningstakingen, men at det ikke er mulig på grunn av strukturelle og relasjonelle faktorer i helsetjenesten (Joseph-Williams et al., 2014). Pasienter som har deltatt i delt beslutningstaking oppgir å være mer tilfredse og opplever mindre konflikter rundt beslutninger, selv om det ikke er funnet at delt beslutningstaking korrelerer med pasientsikkerhet (Shay & Lafata, 2015).

## **2.2 Sosiale konstruksjoner**

Det er hevdet at kunnskap alltid vil være subjektiv da den er filtrert gjennom de menneskene som formidler den (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Jackson & Klobas, 2008).

Essensen i dette prosjektet handler om sosiale konstruksjoner, der kunnskapen som fremkommer om behovsmedisinering og beslutningstaking konstrueres av meg som forsker i samspill med informantene. Forskning vil være en rekonstruksjon av virkeligheten, der forskeren interaktivt i samspill med informantene skaper bilder for andre gjennom forskerens egne tolkninger (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 21). Når man skal analysere sosiale fenomener, er det mer hensiktsmessig å forstå enn å forklare. Det vil skje en seleksjon av data, og den virkelighet som presenteres er en rekonstruksjon dannet gjennom flere ledd av å forstå den sosiale virkeligheten; først er informantenes beretninger gitt ut fra deres egne forståelser og fortolkninger, deretter fortolkes dette av meg som forsker, før det så fortolkes og forstås av en leser (eller tilhører).

Sosialkonstruktivisme er et bredt og mangfoldig perspektiv (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 81). Hvis man ser for seg et kontinuum mellom sosialkonstruktivisme og positivisme, vil jeg plassere dette prosjektet et sted rundt midten da jeg tenker at ikke absolutt alt kan ses som konstruksjoner. En kan se på det som en foranderlig ontologi (Høyer, 2012), eller en «mild» variant av sosialkonstruktivismen (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 100) som ikke avviser at det eksisterer reelle objekter, men er opptatt av hvordan disse objektene forstås. Relevante begrep for dette prosjektet er beslutningstaking, behovsmedisin og omsorgsbolig, og i tillegg kommer jeg innom forhold rundt brukermedvirkning, legemiddelhåndtering, helsepersonell og praksis. Dette er begrep og fenomener som kan sies å være sosialt konstruerte i det forståelsen av dem og handlingene de kan føre til avhenger av hvordan de forstås på individ- og gruppenivå (Hacking, 1999). Det finnes derfor flere forklaringer på hva begrepene innebærer, men meningene og hva begrepene medfører av praktisk handling må konstrueres av de som er en del av praksisen i omsorgsboligene. Ved å gjøre dette – konstruere sin egen praksis – vil begrepene og fenomenene, gjennom stadig anvendelse av kunnskapen om dem, samt av praktiseringen av handlingene de medfører, etter hvert institusjonaliseres av aktørene, og oppfattes som noe som er gitt,

selv om alt dette i utgangspunktet var menneskeskapt (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 89; Berger & Luckmann, 2000, s. 69-81).

Aktører og strukturer i samfunnet er gjensidig avhengige av og påvirker hverandre. Den sosiale verden består av sosiale konstruksjoner, som til sammen utgjør aktørers virkelighet, og det er menneskene, relasjonene, ideene, tankene og språket som former samfunnet og kulturen menneskene er en del av (Berger & Luckmann, 2000; Jackson & Klobas, 2008). Samfunnet er et intersubjektivt fenomen og gir mening for de menneskene som har skapt det og lever i det, og som forstår dette fordi det er de som har skapt det slik. Forståelsen av samfunnet må derfor tolkes ut fra dette. Disse intersubjektive forståelsene deles i samfunnet/kulturen, men også innad i ulike samfunnsgrupperinger (Jackson & Klobas, 2008). Ut fra dette vil jeg si at beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering skapes og forstås av de menneskene som deltar i praksisen, i den gitte konteksten de er en del av. Det kommer til uttrykk gjennom hvordan informantene beskriver sin praksis, der de er en del av et større fellesskap som påvirker deres beslutninger, og ikke minst kommer det til uttrykk gjennom ulike forståelser og praksiser ved ulike omsorgsboliger.

Det å prøve å forstå beslutningstaking handler, slik jeg ser det, om å forstå både subjektene hver for seg, men også hvordan subjektene samlet konstruerer praksis ut fra de rammer de har og det fellesskapet de er en del av. Når individer former sin virkelighet og legitimerer dette, vil dette igjen forme individene, noe som skjer gjennom sosialisering og hvordan normer og kunnskap internaliseres (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 89), som i en spiral.

### **3 Forskningsdesign og metode**

Å forstå verden fordrer at man har metoder for å forstå og tolke. Derfor må forskeren alltid angi hvor han gir rent saklige synspunkter og hvor han gir verdidommer (Jackson & Klobas, 2008). Det jeg presenterer i denne studien er konstruert gjennom mine linser og med mitt utgangspunkt, men i samspill med informantene. I dette kapittelet redegjøres det for design og valg av metoder for datainnsamling og analyse. Valg av design og metode er foretatt med utgangspunkt i de ulike studienes mål og problemstillinger. I kapittelets siste del presenteres etiske refleksjoner. (Betraktninger om vitenskapelig kvalitet, refleksjon og diskusjon av design og metode presenteres i kap. 5.2)

#### **3.1 Studiedesign og metode**

Dette kvalitative prosjektet har en kombinasjon av eksplorativ, deskriptiv og fortolkende design. Hensikt og forskningsspørsmål er styrende for valg av design i forskning (Maxwell, 2013). Samtidig er det andre kontekstuelle faktorer som vil påvirke et studiedesign (Maxwell, 2013, s. 6). Som for eksempel har min erfaringsbakgrunn, valg av teoretisk rammeverk og tidligere forskning innvirket på de valg som er gjort i dette prosjektet. Kvalitative studiedesign bør derfor være åpne og fleksible. Datainnsamlingen må også rettes mot å få innsikt i fenomenet (Patton, 2015, s. 48-53), noe som har ligget til grunn for de ulike delstudiene.

Eksplorativ design er godt egnet til å forstå feltet man skal studere, spesielt der hvor en har lite tidligere forskning å basere seg på (Maxwell, 2013). Deskriptiv design er godt egnet til å beskrive noe man ønsker mer utfyllende beskrivelse om enn det man har fra eksisterende litteratur (Sandelowski, 2000). Tolkende design er imidlertid i større grad egnet for å få tak i meningsfulle mønster og tema i det informantene forteller, og med det bidra med kunnskap, ikke bare om hva mennesker gjør, men om hvordan mennesker forstår verden (Patton, 2015, s. 6). Helsetjenesten er en sammensatt praksis, der ulike deler henger sammen for å få en helhetlig tjeneste (Amble, 2014).

Det er i dette prosjektet tatt utgangspunkt i behovsmedisinering som er en liten del av denne praksisen. Man kan vanskelig isolere dette fullstendig fra den helheten det inngår i og det må man ha med seg som et bakgrunnsteppes. Det er begrenset kunnskap om forhold rundt behovsmedisinering i denne konteksten (omsorgsboliger for eldre) fra tidligere, men det finnes studier fra andre kontekster, slik som f.eks. sykehjem. Dette doktorgradsprosjektet bygger på noe man har litt kjennskap til, men innenfor en ny kontekst.

En kvalitativ og induktiv tilnærming til forskningsfeltet ble valgt. Gjennom systematisk innsamling, organisering og tolking av tekstliggjort materiale utviklet fra samtaler kan en utvikle ny kunnskap som ikke kommer frem i kvantitative studier (Malterud, 2001; Patton, 2015). En kan få frem viktige beskrivelser og fortellinger, samtidig dannes kunnskap diskursivt begrunnet gjennom samtalene (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette doktorgradsprosjektet er målet å få frem ny kunnskap fra det informantene forteller, i tråd med at kvalitative studier ser på hvordan mennesker og grupper av mennesker konstruerer meninger (Patton, 2015, s. 5). Det er ikke så viktig å få vite hvor mange som mener hva, men å få frem flest mulige momenter om dette emnet (Malterud, 2011). Studien gir ikke et speilbilde av hvordan beslutningstaking praktiseres, men formidler erfaringer og meninger om dette temaet (Miller & Glassner, 2016).

Tabell 2. gir en samlet oversikt over delstudienes design og metoder.

*Tabell 2 Oversikt over design og metode*

<b>Del-studie</b>	<b>Design</b>	<b>Datainnsamling</b>	<b>Informanter</b>	<b>Analyse</b>
<b>I</b>	Kvalitativ Eksplorativ Beskrivende	Fokusgruppeintervju April – Nov 2018	22 helsepersonell med myndighet til å dele ut behovsmedisin	Kvalitativ manifest innholdsanalyse
<b>II</b>	Kvalitativ Eksplorativ Tolkende	Individuelle dybdeintervju Feb – Mai 2019	8 helsepersonell med myndighet til å dele ut behovsmedisin	Kvalitativ latent innholdsanalyse
<b>III</b>	Kvalitativ Eksplorativ Tolkende	Individuelle dybdeintervju Des 2019 – Juni 2020	12 beboere i omsorgsboliger	Narrativ posisjonerings- analyse

Med utgangspunkt i at praktisering av beslutningstaking er sosial konstruert, der oppfatninger av virkeligheter eksisterer og er skapt i et sosialt fellesskap i en gitt kontekst, vil det være rom for å forstå praksis på ulike måter, og en må se helhet og deler både sammen og hver for seg (Alvesson & Sköldbberg, 2008). Beslutningstaking er situert, kompleks og sammensatt (Gillespie & Peterson, 2009; Higgs & Jensen, 2019). Det var ønskelig å få kunnskap om dette sett fra informantenes ståsted. Beslutningstaking vil avhenge av hvordan man interagerer med hverandre i et fellesskap med både tjenesteutøvere og -mottagere (Higgs & Jones, 2019) og hvordan denne praksisen internaliseres og institusjonaliseres (Alvesson & Sköldbberg, 2008). Forståelsen vil oppleves som den reelle virkeligheten for de som inngår i jobbsamarbeidet, og fordi konstruksjonene er kontekstavhengig vil praktisering av beslutningstaking variere mellom de ulike omsorgsboligene. For å fange opp både mønstre og variasjon er kvalitative metoder godt egnet, da kvalitative studier er orientert mot utforskende, oppdagende og induktiv logikk (Patton, 2015, s. 64-71). Styrker ved kvalitative metoder er gransking og oppdagelse, kontekst og dybde, samt fortolkning (Morgan, 1997, s. 12). Dette er forenelig med studiedesignet for doktorgradsprosjektet, der man ønsker å utvide kunnskapen om beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering, innenfor en kontekst hvor det finnes lite forskning (Melby et al., 2019).

### **3.2 Kvalitative forskningsintervju**

I dette prosjektet er det anvendt fokusgruppeintervju og individuelle dybdeintervju for innsamling av data. Kvalitative intervju egner seg til å få fram tanker, holdninger og dypere forståelse for et tema (Kvale & Brinkmann, 2009; Patton, 2015), med utgangspunkt i en strukturert samtale mellom forsker og informanter (Kvale, 2008). Gjennom kvalitative intervju får vi tilgang til hvordan verden kan forstås fra et individuelt og sosialt ståsted. Ved å fortelle sine historier konstruerer informantene sin sosiale verden i interaksjon med intervjueren (Miller & Glassner, 2016). Dette er et godt utgangspunkt for å generere kunnskap om beslutningstaking i praksis, og i dette

prosjektet er dette gjort gjennom fokusgruppeintervjuer og individuelle dybdeintervjuer.

Fokusgrupper er en intervjuform som bruker samtalen mellom gruppemedlemmene til å generere data. I velfungerende fokusgrupper vil denne interaksjonen kunne få frem ny, bredere og uventet kunnskap (Kitzinger, 1995; Malterud, 2011; Morgan, 1997). Fokusgruppeintervju er velegnet for initial gransking av et tema man har lite kunnskap om fra før (Morgan, 1997, s. 13) og kan være gunstig for å fremskaffe delt og felles kunnskap om et tema (Kitzinger, 1995), noe som er vesentlig for å beskrive en praksis. For delstudie I var tanken at fokusgrupper ville danne et rikt datamateriale og generere kunnskap om feltet som jeg ikke hadde fra før.

Individuelle dybdeintervju er egnet til å få innsikt i og å forstå hvordan informantene opplever sin hverdag, ved å utforske hver informants unike erfaring (Kvale & Brinkmann, 2009). Kunnskapen man får gjennom slike intervju konstrueres gjennom dialogen mellom to personer (Kvale, 2008). For å komme dypere under overflaten på et tema er individuelle intervju egnet (Kvale, 2008). For delstudie II var tanken å følge opp delstudie I ved å gå enda mer i dybden, samt å se om det kom frem noe nytt som ikke kom opp i gruppeintervjuene. I individuelle intervju kan en skape en fortrolig ramme og ro (Malterud, 2011, s. 66) der informantene står friere til å si det de måtte ønske uten å ta hensyn til andre tilhørere, slik som i fokusgruppeintervjuene. For delstudie III der informanter var beboere, var ikke fokusgrupper et alternativ fordi man ville komme inn på private forhold rundt sykdom og legemiddelbruk, og fokusgruppeintervjuer er ikke egnet til sensitive tema (Morgan, 1997, s. 49).

Ved å legge opp til intervju, der både informant og intervjuer er deltagere, vil man kunne få mer utfyllende svar og man kan få opp nye momenter (Riessman, 2008, s. 23-27). I individuelle intervju får man fortellinger presentert gjennom informantens filter og konstruert i møte med intervjueren (Malterud, 2011). Det er store og små fortellinger som skal bearbeides av forskeren, derfor vil kunnskapen man genererer



ikke nødvendigvis være et speilbilde av virkeligheten, men er kunnskap som er viktig å ta med når en skal danne et helhetlig bilde.

### **3.3 Rekruttering og utvalg**

I alle tre delstudiene ble det rekruttert strategiske/hensiktsmessige utvalg (Patton, 2015, s. 46, 264). Fordi jeg ønsket informanter som har kjennskap til og innsikt i beslutningstaking rundt behovsmedisiner, var det naturlig å rekruttere personer som er involvert i dette. Informantene er ekspertene på sine felt, og deres erfaringer er å anse som gyldig kunnskap.

For variasjon i utvalget ble det inkludert informanter fra by og bygd, fra store og små omsorgsboliger, og omsorgsboliger med og uten heldøgnsomsorg. Bakgrunnen for dette var å gjenspeile heterogeniteten i omsorgsboligene, selv om det ikke er vektlagt å bruke dette i analysene. For å øke informasjonsinnholdet ble det valgt ulike rekrutteringsstrategier (Kvale & Brinkmann, 2009).

Inklusjonskriterier for delstudie I og II var helsepersonell med myndighet til å dele ut legemidler ved behov. For å få en bred innsikt i hvordan praksis forstås skulle utvalget bestå av personer med ulik utdanning og erfaring, selv om ulik utdanning også betyr at de har noe ulike roller når det kommer til legemiddelhåndtering. Ideelt sett er det sykepleiere og vernepleiere som administrerer legemidler, men ikke alle omsorgsboliger har full sykepleiedekning og benytter seg derfor av annet helsepersonell (slik som helsefagarbeidere) med dispensasjon for å håndtere legemidler. Det var derfor viktig å få inkludert de ulike helseprofesjonene.

For delstudie I ble fokusgruppetørrelsen satt til 5-8 personer da dette er angitt å være en gunstig gruppestørrelse (Kitzinger, 1995; Malterud, 2011). Gruppene var heterogene med variasjon i informantenes utdanning og erfaring. Det ble valgt heterogene grupper som jobber i samme omsorgsbolig, i stedet for homogene grupper fra ulike omsorgsboliger. Gruppesammensetning kan påvirke fokusgruppeintervjuene, og heterogene grupper er positivt med tanke på å få opp flere perspektiver

sammenlignet med homogene grupper (Kitzinger, 1995). At de jobber ved samme omsorgsbolig var også mer praktisk, med tanke på organisering av intervjuene, og grupped medlemmene kjente hverandre fra før, noe som kan bidra til trygghet (Kitzinger, 1995). Ulemper kan være at det kan finnes noen ukjente hierarki/maktforhold mellom personene i gruppa som kan påvirke intervjuene (Kitzinger, 1995).

Samtlige kommuner ved helse- og omsorgsleder, i tidligere Nord Trøndelag og en stor kommune i tidligere Sør Trøndelag, ble kontaktet på e-post med en forespørsel om hjelp til rekruttering (vedlegg 2) for å forankre deltagelsen i kommuneledelsen. Fra e-posten til helse- og omsorgslederne i Trøndelagskommunene ga fire kommuner positivt svar og hadde videresendt forespørsel til enhetsledere i omsorgsboliger. Fem enhetsledere var positive til å delta. Enhetsledere rekrutterte informanter og delte ut informasjonsbrev (vedlegg 3 og 4) med samtykkeskjema ut fra inklusjonskriterier. Det ble totalt gjennomført fem fokusgruppeintervju med 3-6 deltagere, i fire ulike kommuner, med totalt 22 informanter. Metningskriterium (Malterud, 2011; Malterud et al., 2016) ble brukt som utgangspunkt for antall intervju. Etter de fire første intervjuene ble det gjennomført en preanalyse. Et femte intervju ble gjennomført uten at nye temaer kom opp. Metning ble bekreftet, og datainnsamlingen avsluttet.

For delstudie II var det et ønske om å nå ut til nye informanter og en større geografisk spredning. Det var et ønske om å rekruttere nøkkelinformanter for rike data (Patton, 2015), her forstått som helsepersonell i omsorgsboliger med særlig interesse for behovsmedisiner. Disse skulle det vise seg var vanskelig å finne, jeg besluttet å legge ut et åpent innlegg på min profil på Facebook som etterspurte disse personene, med oppfordring om å dele innlegget. Innlegget fikk 41 delinger, og resulterte i to informanter. Rekrutteringsstrategien ble derfor endret til «blandet» (Patton, 2015), der ulike kommuner som ikke var med i delstudie I ble kontaktet ved enhetsleder, noe som resulterte i fem informanter. Til sist ble enkeltpersoner spurt. Etter tips fra personer i mitt arbeids- og forskningsnettverk resulterte dette i en informant (se også figur i artikkel II). Totalt 8 informanter ble inkludert.

Inklusjonskriterier for delstudie III var beboere som bruker legemidler ved behov og som har vedtak på hjelp til legemiddelhåndtering. Det ble lagt vekt på å rekruttere fra ulike omsorgsboliger for å få fortellinger fra ulike kontekster. Variasjonen i utvalget skulle til en viss grad gjenspeile heterogeniteten av beboere slik som for eksempel kjønn- og aldersvariasjon. I tillegg måtte disse personene være samtykkekompetente og ha kognitiv funksjon til å kunne gjennomføre intervjuene. For denne delstudien startet rekrutteringsprosessen ved å kontakte de enhetsledere som var positive til delstudie I (n=5). Av fem enhetsledere var tre villige til å hjelpe til med rekruttering, men det viste seg vanskelig å finne beboere som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det har nok en sammenheng med at grad av hjelp henger sammen med kognitivt nivå hos beboerne. Ut fra denne runden var det fem beboere som takket ja til å delta. Da fem deltagere ble vurdert til å være noe tynt (Malterud et al., 2016), ble ytterligere fem enhetsledere i omsorgsboliger rundt omkring i Midt-Norge kontaktet direkte. To enhetsledere rekrutterte etter dette til sammen sju deltagere. Totalt 12 beboere i omsorgsboliger deltok i forskningsintervju. To av informantene var døvstumme, og disse ble intervjuet gjennom bruk av tolk. En samlet beskrivelse av utvalgene vises i tabell 3.

For alle delstudiene ble det utarbeidet informasjonsskriv og skjema for samtykke. Skriftlig samtykke er innhentet for alle informanter forut for intervjuene (se vedlegg 3). I tillegg ble det utarbeidet informasjonsflyere (vedlegg 4) for å gi kortfattet og noe mer lettlest informasjon som et ledd i rekrutteringsprosessen. Dette ble utdelt via leder eller direkte fra meg.

Tabell 3. Beskrivelse av utvalg for de tre delstudiene

	Delstudie I	Delstudie II	Delstudie III
	5 intervju 5 omsorgsboliger* 4 ulike kommuner (Midt-Norge)	8 intervju 5 omsorgsboliger 5 ulike kommuner (Midt-Norge og Østlandet)	12 intervju 5 omsorgsboliger* 4 ulike kommuner (Midt-Norge)
<b>Antall informanter</b>	22	8	12
<b>Type omsorgsbolig (Med heldøgns bemanning / uten heldøgns bemanning)</b>	Med heldøgns n= 3 Uten heldøgns n= 0 Kombinasjon n= 2	Med heldøgns n= 3 Uten heldøgns n= 1 Kombinasjon n= 1	Med heldøgns n= 10 Uten heldøgns n= 2
<b>Utdanning</b>	Sykepleier n=11 Vernepleier n=1 Helsefagarbeider n=8 Lærling n=2	Sykepleier n=4 Helsefagarbeider n=4	
<b>Gjennomsnittlig antall år siden grunnutdanning (spredning)</b>	14,3 (1-32)	17,5 (2-30)	
<b>Gjennomsnittlig antall år ansatt i den aktuelle omsorgsboligen (spredning)</b>	10,5 (1-30)	12,9 (1-22)	
<b>Spredning i stillingsstørrelse (Gjennomsnitt)</b>		13-100% (84,75 %)	
<b>Antall beboere i omsorgsboligen</b>	15-35	10-60	10-30
<b>Kjønn</b>	Kvinner n=22 Menn n=0	Kvinner n=8 Menn n=0	Kvinner n=8 Menn n= 4
<b>Alder (Gjennomsnitt) år</b>			64 – 96 (85) <sup>1</sup>
<b>Hvor lenge bodd i omsorgsbolig (Gjennomsnitt)</b>			2 mnd – 10 år (3,2 år)
<b>Antall legemidler fast/ved behov</b>			1-10 / 1- 4**

<sup>1</sup> En beboer i delstudie III var 64 år, til tross for at vedkommende egentlig faller utenfor aldersgruppen beregnet for omsorgsboliger for eldre er vedkommende inkludert i utvalget.

<b>Behovsmedisin omtalt av informantene</b>	Anlgetika (paracetamol), hypnotika (zopiklone), ansiolytika (oxazepam)	analgetika (paracetamol, morfin), ansiolytika (oxazepam), laxativa (ikke spesifisert)	Analgetika (oxynorm, paracetamol), Ansiolytika (oxazepam, diazepam), Hypnotika (ikke spesifisert). Annet: Nitroglyserin, Sildenafil, Inhalasjonsspray (ikke spesifisert) **
---	--	---	---

\*= i delstudie I og III er 3 av omsorgsboligene sammenfallende.

\*\*= opplysninger fra beboernes uttalelser: ikke alle husket hvor mange og hvilke legemidler de brukte.

### 3.4 Datainnsamling

For alle tre delstudiene ble det utarbeidet semistrukturerte intervjuguiden (Krueger & Casey, 2000; Kvale, 2008) (se vedlegg 5). Det var en kombinasjon av åpne spørsmål, for å gi informantene mulighet til å komme med sine erfaringer, og mer lukkede oppfølgings- og avklarings spørsmål. De tre intervjuguidene tok utgangspunkt i den aktuelle delstudiens forskningsspørsmål og mål, og hadde en kombinasjon av tematisk og narrativ tilnærming. Intervjuguidene hadde en ramme jeg som intervjuer skulle forholde meg til, samt en del hjelpes spørsmål i tilfelle samtalene skulle stoppe opp. Samtidig var intervjuguidene fleksible, slik at jeg som intervjuer kunne være åpen for det uventede og ikke trengte å følge guiden slavisk (Kitzinger, 1995; Patton, 2015). Intervjuguidene var ikke statiske, med det forstås at man gjennom preliminaire analyser fikk ny kunnskap som kunne påvirke hvilke spørsmål man stiller i neste intervju (Malterud, 2011).

Intervjuguiden skal gjerne gå fra det generelle til det spesifikke (Krueger & Casey, 2000). Det var viktig for meg å starte intervjuene med å skape en felles forståelse for hva dette handlet om, noe jeg anså som vesentlig for påfølgende fortolkning av materialet. Dette ble også en naturlig del av bli-kjent fasen, som skulle få i gang samtalene. Selve intervjuene startet med åpne spørsmål for å påvirke informantene minst mulig.

Intervjuene forløp etter en tredeling (Kvale, 2008), der «interaksjonsdelen» mellom «bli-kjent del» og «debrifing» utgjorde den største delen. Intervjuene ble transkribert så snart som mulig etter at de var gjennomført, og i de fleste tilfeller skjedde dette påfølgende dag.

For delstudie I ble intervjuguiden utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen, samt funn fra forskning om dette temaet fra andre kontekster, hovedsakelig sykehjem, med et mål om å gi en beskrivelse av behovsmedisineringspraksis i de omsorgsboliger som informantene jobbet i. De tema som ble vurdert relevante for denne studien handlet om hvordan man forstår behovsmedisinering, faglig skjønn og personlige erfaringer, bruk av kunnskap og pasientsikkerhet. I tillegg ble det lagt opp til at fokusgruppene skulle diskutere noen påstander bygget på funn fra studier i sykehjem.

For delstudie II var målet å gå i dybden og følge opp delstudie I for å forstå noe mer rundt beslutningspraksis for behovsmedisiner. Intervjuene startet opp med at informantene skulle fortelle om siste gang de leverte ut behovsmedisin. Videre fikk de utdelt papirark med nedskrevne korte vignetter. Vignettene var i form av påstander, og var laget med utgangspunkt i resultater fra delstudie I.

I delstudie III var målet å få en forståelse av og innsikt i hvordan beboerne erfarer beslutninger rundt behovsmedisiner. For å få innsikt i hvordan beboerne ser seg selv er en narrativ tilnærming godt egnet (Riessman, 2008). Denne tilnærmingen får små fortellinger til å bli viktige og kan anses som å være en måte å se inn i et vindu av personers erfaringer (Bamberg, 1997). Personlige fortellinger er en sosial praksis (Mishler, 1995) og det som informantene velger å snakke om er en samkonstruksjon med intervjueren i en gitt kontekst (Riessman, 2008). Intervjuguiden ble planlagt med bakgrunn i den kunnskapen som var skaffet gjennom de to første delstudiene, forskning fra andre kontekster enn omsorgsboliger og med tanke om at beboerne skulle fortelle mest mulig selv. De tre første spørsmålene var lagt opp til at de skulle fortelle om forhold rundt medisinene sine, mens den siste delen av intervjuguiden er mer strukturert med konkrete spørsmål om erfaringer om behovsmedisin.

Informantene bestemte hvor intervjuet skulle foregå, og alle intervjuene med unntak av ett, ble gjennomført i omsorgsboligene<sup>2</sup>. Det siste intervjuet i delstudie II, ble gjennomført på mitt kontor. I fokusgruppeintervjuene var jeg moderator, og en assisterende moderator (Krueger & Casey, 2000) deltok ved å notere og hjelpe til med oppsummeringer. De individuelle intervjuene ble gjennomført kun med forsker (meg) og informant til stede, unntatt de to intervjuene med døvstumme beboere der det også deltok en tolk.

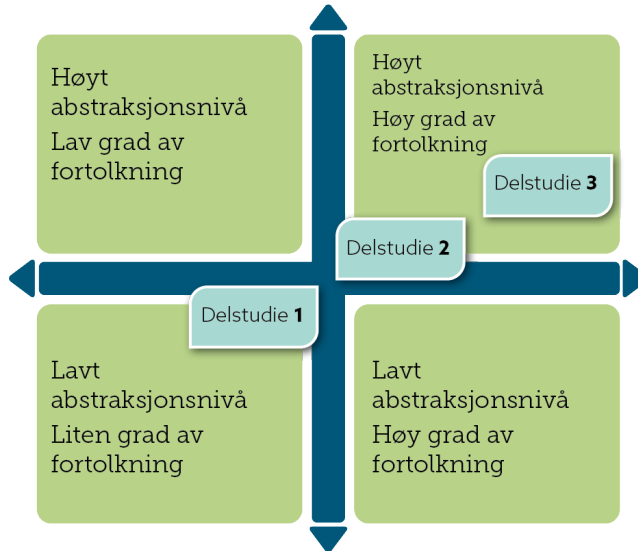
Varighet på intervjuene var henholdsvis 60-77 minutter, 26-54 minutter og 21-58 minutter, for delstudie I, II og III.

### **3.5 Analyse**

Kvalitativ analyse handler om å sortere, redusere og argumentere fra et datamateriale (Rennstam & Wästerfors, 2015), med en systematisk og reflekativ tilnærming (Alvesson & Sköldberg, 2008), og som i dette tilfellet var fra transkripsjoner av intervjuer. For å få både deskriptive og fortolkende resultater, og for å få bredde- og dybdekunnskap om temaet, ble det valgt ulike analysemetoder i de tre delstudiene. Grad av abstraksjonsnivå og fortolkning for de ulike studiene er illustrert i figur 3. Figuren viser at det har vært en progresjon i retning av mer avanserte og fortolkende analyser i løpet av prosjektperioden.

---

<sup>2</sup> Når det gjelder delstudie 3 ble de sju første intervjuene gjennomført i beboernes leiligheter, for de resterende fem som ble gjennomført under Covid-19 pandemi foregikk intervju ute eller i større fellesareal i omsorgsboligen og uten servering.



Figur 3. De ulike delstudienes grad av abstraksjon og fortolkning, satt inn i illustrasjon fra Graneheim et al., 2017.

### 3.5.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Innholdsanalyse med en induktiv tilnærming ble benyttet i delstudie I og II. Delstudie I er analysert med manifest innholdsanalyse da denne studiens hensikt var beskrivende, mens delstudie II har en latent tilnærming med mål om å fortolke og forstå. Den manifeste analysen har lavere abstraksjonsnivå og grad av tolkning enn den latente (Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Innholdsanalyse er godt egnet til kvalitative studier (Hsieh & Shannon, 2005; Sandelowski, 2000) og kan brukes når man anser at kunnskap er en sosial konstruksjon (Graneheim et al., 2017). Induktiv innholdsanalyse brukes for å identifisere kjerneinnhold, mønster og meninger etter en åpen koding av datamaterialet (Patton, 2015, s. 541). Analysene baserer seg på innholdsanalyse etter Graneheim og Lundman, som en ikke-lineær prosess karakterisert ved de- kontekstualisering og re-kontekstualisering av datamaterialet (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). De-kontekstualiseringen handlet om å bryte ned datamaterialet i biter gjennom å finne



meningsbærende enhetene, mens re-kontekstualisering handlet om å sette sammen disse bitene i nye mønster og gi en dypere forståelse for temaet (Lindgren et al., 2020).

Selve analyseprosessen foregikk over flere trinn (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004) og det ble jobbet på tvers av datamaterialet. Analyseprosessen satte i gang allerede etter selve intervjuene og under transkribering av intervjuene, men den systematiske prosessen med sortering startet med gjennomgang av transkripsjonene. Meningsbærende enheter ble funnet, kondensert og gitt en kode. Kode er «verktøy å tenke med» og «heuristiske enheter» (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene skal ha deskriptiv benevnelse som ligger nært til den originale teksten, med et lavt abstraksjonsnivå og fortolkningsnivå (Lindgren et al., 2020). Etter dette trinnet skiller den manifeste og latente innholdsanalysen seg fra hverandre.

For den manifeste analysen i delstudie I ble kodene re-kontekstualisert og sortert i sub-kategorier, til sammen 14. Disse sub-kategoriene ble så redusert til 4 kategorier. En slik kategorisering er et kjernetrekk ved innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). En kategori svarer på spørsmålet «hva» og har en deskriptiv karakter på et manifest nivå (Graneheim et al., 2017). Eksempel på analyseprosessen kommer frem i vedlegg 6.

I delstudie II ble det benyttet en latent innholdsanalyse der kodene ble rekonstruert i sub-tema og tema, det ble identifisert ett tema og tre sub-tema fra datamaterialet med bakgrunn i problemstillingen. Tema er beskrevet å være essensen eller en rød tråd som går gjennom materialet og tema kan være ganske abstrakte (Graneheim et al., 2017). I dette tilfellet var det fokus på meningstema (Graneheim et al., 2017) som er på et relativt høyt abstraksjonsnivå og høy grad av fortolkning (Lindgren et al., 2020). Vedlegg 7 viser kodetreet.

Jeg var den som i all hovedsak gjennomførte analysetrinnene, men for troverdighet og kvalitetssikring ble trinnene fra koding til kategorier/tema diskutert og gjennomgått jevnlig sammen med veilederne mine, og i løpet av analyseprosessen måtte jeg tilbake

til transkripsjonene for ikke å miste overblikk over helheten og konteksten intervjuene var hentet fra. Programvarene Nvivo og MindManager ble brukt til å sortere og gruppere koder og kategorier/tema.

### **3.5.2 Narrativ posisjoneringsanalyse**

For delstudie III ble det valgt en narrativ analyse for å få frem beboernes stemme på en god måte. De individuelle dybde-intervjuene med beboerne i omsorgsboligene skilte seg også fra de med helsepersonell ved at det var mye større variasjon på det informantene fortalte. Narrasjon er sett som en meningsskapende prosess hvor fortellinger samkonstrueres av både deltager og forsker (Riessman, 2008). Narrativ analyse refererer til flere ulike metoder for å fortolke tekst som har en fortellende form (Mishler, 1995; Riessman, 2008, s. 11). Studiens analyse baserte seg på en posisjoneringsanalyse som fokuserer på den narrative praksisen (narrasjon), der analysen sier noe om hvordan og hvorfor folk forteller det de gjør, til hvem det er fortalt og hva det handler om (Bamberg, 1997; Blix, 2017, s. 111-122).

Posisjonering som en diskursiv praksis handler om hvordan mennesker posisjonerer seg i forhold til andre, og foregår på ulike nivåer (Bamberg, 1997; Blix, 2017). Det er en tolkning av hvordan samtalen mellom intervjuer og deltaker utvikler seg og former fortellingen (Riessman, 2008), en ser på hvordan deltakerne posisjonerer seg i intervjusettingen og hvordan ulike diskurser i samfunnet påvirker fremstillingen (Bamberg, 1997; Blix, 2017). Utgangspunktet for analysen er tre spørsmål utarbeidet for narrativ posisjoneringsanalyse, som tar utgangspunkt i tre nivåer av posisjonering (Bamberg, 1997; Blix, 2017, s. 116-117): På posisjoneringsnivå 1 er fokuset på hva fortellingen handler om og hvordan de ulike karakterene i fortellingen er konstruert, for eksempel som protagonister og antagonister. Spørsmålet til analysen er: «Hvordan er karakterene i fortellingen posisjonert i forhold til hverandre?». Nivå 2 fokuserer på fortellingens hvordan, og fokuserer på interaksjonen mellom deltakerne i intervjusituasjonen, spørsmålet er: «Hvordan posisjonerer fortelleren seg i forhold til sitt publikum?». Nivå 3 i analysen fokuserer på hvordan fortelleren posisjonerer seg i

forhold til masternarrativer eller diskurser i samfunnet med følgende spørsmål: «Hvordan posisjonerer fortelleren seg i forhold til seg selv?».

Analysen var også her stegvis. Alle 12 transkripsjonene ble gjennomlest flere ganger for å danne et helhetlig bilde av hvordan informantene fortalte om beslutningstaking og behovsmedisin. I narrative analyser må hver fortelling bli sett som en helhet samtidig som en har med seg informasjon fra de resterende intervjuene som et bakteppe (Frank, 2012, s. 43). Man jobber ikke på tvers av datamaterialet på samme måte som i innholdsanalyse, men i dybden på hvert datasett. Å velge ut fortellinger til analysen er et essensielt punkt. Utvelgelsen baserer seg på analytisk erfaring, en vurdering av hvilke fortellinger som skiller seg ut samtidig som alle intervjuene danner et grunnlag for forståelsen (Frank, 2012). Det ble valgt ut tre intervju (av de 12) der deltagerne ble gitt navnene Anne, Henry og Maria. De utvalgte intervjuene ble valgt fordi de viser bredden i deltakernes fortellinger. Dette er med på å synliggjøre en ulikhet i hvordan beboere erfarer beslutningstaking om behovsmedisiner. Transkripsjonene ble gjennomlest og de delene som handlet om behovsmedisinering og beslutningstaking ble identifisert. Deretter ble disse delene rekonstruert til et narrativ som Mishler (1995) beskriver som «reconstructing the told from the telling», dette ble videre analysert etter de tre nivåene i posisjoneringsanalysen (Bamberg, 1997). De tre intervjuene ble analysert hver for seg i dybden, før analyseteksten ble satt sammen til en helhet. Artikkel tre viser hvordan sitater fra intervjuene henger sammen med analysen.

I forbindelse med praktisk utførelse av analysen (å markere de ulike nivåene i posisjoneringsanalysen i datamaterialet), så ble dette gjort manuelt gjennom fargelegging av sitater både i Word (elektronisk) og på papir. Jeg gjennomførte analysen i samarbeid med andre- og fjerdeforfatter av artikkel III.

### **3.5.3 Avhandlingens syntese**

For å møte avhandlingens hensikt og overordnede problemstilling sammenfattes funn fra de tre delstudiene, for å utvikle ny kunnskap om praktisering av beslutningstaking i forbindelse med legemidler som brukes ved behov. Som figur 1 viser så henger de tre delstudiene sammen, og delstudie I ligger som et utgangspunkt for de to andre.

Sammenfatningen som jeg velger å kalle en syntese, tar utgangspunkt resultatene fra de tre primærstudiene (I-III). Inspirert av Malterud (2017) sin beskrivelse av kvalitativ metasyntese er resultatene reanalysert mot avhandlingens overordnede problemstilling. Jeg benyttet meg av elementer fra tematisk syntese beskrevet av Malterud (2017, s. 71-74 og 90). Resultatene fra studie I-III ble systematisk kodet linje for linje, kodene ble organisert i en matrise og analytiske tema ble utviklet. Det ble sett etter både likheter og ulikheter i materialet. Utgangspunktet har vært datastyrt og induktivt, samtidig som teorien presentert i avhandlingen har ligger i bakgrunn (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Malterud, 2017). I følge Malterud (2017) kan dette kan lede til noe mer og annet enn enkeltstudiene hver for seg og vil med det bidra til ny kunnskap.

En utfordring med analysen var at originalartiklene er på ulikt fortolkningsnivå (Malterud, 2017, s. 73). Fordelen var at jeg har skrevet artiklene, og derfor er kjent med hvilket fortolkningsnivå disse har. Gjennom syntesen har jeg forsøkt å løfte fortolkningsnivået og få det på samme nivå (Malterud, 2017). Det er ikke gjort noen systematisk kvalitetssjekk av primærartiklene utover at artiklene er fagfellevurdert i forbindelse med publisering.

### **3.6 Etikk**

Forskere er forpliktet til å følge anerkjente forskningsetiske normer der man skal ivareta menneskeverd og personvern (Hvinden et al., 2016; World Medical Association, 2001). Det informerte, frivillige og skriftlige samtykket sto derfor sentralt i rekrutteringsprosessen. For alle delstudiene ble fremleggs-vurdering sendt REK

(Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Ingen av studiene ble funnet søknadspliktig da det ikke er helseforskning (Ref: 2017/2073/REK midt (delstudie I og II) og 32312/REK nord (delstudie III), se vedlegg 8). NSD (Norsk senter for forskningsdata) ble meldt på grunn av personopplysninger (bruk av lydopptager og oppbevaring av lydfiler) og de godkjente personvernet i prosjektet (Ref: 57803 (delstudie I og II) og 480649 (delstudie III), se vedlegg 9).

Etiske overveielser rundt rekrutteringsprosessen er gjort, spesielt det å rekruttere informanter via enhetsleder i omsorgsboligen. Denne måten å rekruttere på kan ha medført et uuttalt press på informantene, da det kan være et ujevnt maktforhold mellom en leder og en ansatt eller beboer. Det ble presisert i informasjonsskrivet til beboerne at de ansatte i omsorgsboligen ikke ville få kjennskap til hva som ble formidlet i intervjuene. Samtidig kan en se at det kan være uheldig at noen andre enn informantene selv vet at de deltok i et forskningsintervju med tanke på å ivareta hensynet til anonymitet. Derfor ble dette med frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke når som helst, gjentatt muntlig før intervjuene startet (i tillegg til i informasjonsskrivet som informantene hadde fått utdelt på forhånd).

Pasientsensitiv informasjon var noe jeg var bevisst på, da ivaretagelse av konfidensialitet er vesentlig (Hvinden et al., 2016). Til helsepersonellet ble dette informert om før oppstart av intervjuene. For delstudie I og II ble informantene bedt om å avidentifisere alle opplysninger de kom med. Innad i fokusgruppene vil jeg anta at informantene kunne forstå hvem det var snakk om da de jobber med de samme beboerne, men for meg var det ingen mulighet til å oppfatte hvem eksemplene handlet om. For delstudie III, datainnsamling fra beboere, var det å opptre varsomt samt respektere informanten særdeles vesentlig. Som intervjuer var jeg bevisst på at det var de selv som skulle bestemme hva de ville fortelle, da det handlet om deres egne levde liv. Noen fortalte for eksempel mye om egen helse og medisiner, mens andre fortalte mindre. Informasjon som jeg fikk i disse samtalene som kunne gjøre at noen kunne kjenne dem igjen, ble ikke transkribert. Dette var for eksempel når de beskrev noen av

sine familiemedlemmer, som også kan anses som en tredjepart (Hvinden et al., 2016). Det var dessuten ikke relevant for studien som sådan. Alle transkripsjoner er aidentifisert og oppbevart på datamaskin med sikring der kun jeg har tilgang. Alle lydopptak var oppbevart på kryptert ekstern harddisk (oppbevart innelåst) og ble slettet etter at analysen var avsluttet. For delstudie I og III har jeg ikke kontaktinformasjon på informantene. Navn sto på de skriftlige samtykkene, men det var ikke noen fysisk kobling til hvilket intervju de tilhørte. For delstudie II har jeg e-post adresser til informanter, men disse er ikke koblet sammen med intervjuene. E-postene der informantene fikk sine transkripsjoner til gjennomlesning er slettet. Samtykkeskjemaer ble oppbevart på atskilt sted med lås, og de ble makulert ved delstudiets avslutning.

Tolken som deltok i to av intervjuene i delstudie III fikk muligens innsikt i informantenes legemiddelbruk og forhold i omsorgsboligen som vedkommende ikke hadde fra før. Dette var ikke tatt høyde for i planleggingen av prosjektet. Det var ansatte i omsorgsboligen som ordnet med tolk. Når jeg snakket med tolken i forkant av intervjuene ble det klart at vedkommende var med som hjelper i mange ulike situasjoner og hadde innsikt i informantenes helsetilstand. I ettertid vurderer jeg at tolken burde ha signert en form for taushetsplikt som gjaldt for akkurat dette prosjektet.

Som farmasøyt er jeg opptatt av riktig legemiddelbruk. Samtidig har jeg i dette prosjektet en annen rolle som forsker, noe som også krever etisk refleksjon. I planleggingen av prosjektet vurderte jeg hva jeg skulle gjøre dersom det skulle komme opp noe informasjon om alvorlig feil bruk av legemidler under intervjuene, og at det ville være mest etisk riktig å eventuelt ta dette opp med noen etter datainnsamlingen. I intervjuene med beboerne var flere opptatt av at de ville vise meg medisinene sine. Slik sett fikk jeg innsikt i medisinbruk i større grad enn jeg hadde tenkt, men utover å se på lista/dosetten så gjorde jeg ingen betraktninger rundt legemiddelbehandlingen. I to av intervjuene med beboere, ble forholdet mellom forskerrolle og farmasøytrolle

noe utfordret. I ett tilfelle spurte informanten meg direkte om vedkommende skulle slutte å ta Paracet. Jeg svarte at vedkommende kunne fortsette som før da det var snakk om en tablett en sjelden gang som ikke nødvendigvis helsepersonellet var klar over. I det andre tilfellet var det snakk om bruk av et legemiddel som ikke er gunstig med tanke på kontraindikasjon ved en gitt tilstand, men ut fra det informanten fortalte var dialogen med fastlegen såpass god at jeg fant det ikke nødvendig å kommentere dette.

I dette kapittelet har fokus først og fremst vært på hensyn til deltakerne i studiene. Forskningsetiske retningslinjer tar også utgangspunkt i normer for god vitenskapelig praksis, normer for forskersamfunnet og forskningens relasjon til samfunnet (Hvinden et al., 2016). Ved å ha en grundig beskrivelse av hele prosjektet mener jeg å ha ivaretatt etterrettelighet og redelighet. Imidlertid var det ikke innhentet samtykke fra informantene til å legge ut intervjutranskripsjonene offentlig, noe som kan vanskeliggjøre en fullstendig etterprøvbarehet. Prosjektet har ingen interessekonflikter og er et uavhengig bidrag til kunnskapsutvikling der målet er å fortsette å formidle kunnskapen som kommer ut fra prosjektet.





## 4 Resultat

I dette kapitlet presenteres en oppsummering av hovedfunn fra de tre delstudiene, For en mer detaljert gjennomgang av de ulike delstudienes resultater henvises til de aktuelle artikler som er vedlagt i fulltekst. Til sist presenteres funn fra avhandlingens syntese.

### 4.1 Delstudie I

Delstudien beskriver faktorer som helsepersonellet ga uttrykk for at påvirket behovsmedisinering. Analysen identifiserte fire kategorier og 14 subkategorier. Se tabell 4.

Tabell 4. Kategorier og subkategorier i delstudie I

Kategorier	Subkategorier
<b>Faktorer relatert til medikamentet</b>	Indikasjon, medisinlister og legemiddelgjennomganger
<b>Faktorer relatert til beboeren</b>	Brukermedvirkning, kunnskap, kognisjon og pårørende
<b>Faktorer relatert til helsepersonellet</b>	medisinsk kunnskap, erfaringer og personlige ferdigheter
<b>Faktorer relatert til organiseringen</b>	bemannning, informasjonsdeling, oppbevaring og kultur

Flere faktorer relatert til medikamentet påvirket behovsmedisineringen. Indikasjonen var viktig ettersom det var lettere å ta beslutninger når det var tydelige symptomer eller en åpenbar grunn til at beboeren skulle ha behovsmedisin. Helsepersonellet måtte ofte vurdere på en annen måte når det kom til analgetika og hypnotika. Medisinlistene påvirket beslutningstakingen da dette var utgangspunktet for hvilke legemidler de kunne velge, og det medførte utfordringer når disse listene ikke var oppdaterte, som for eksempel når seponerte legemidler fortsatt var tilgjengelige. Dette henger igjen sammen med legemiddelgjennomganger, der informantene gjerne

skulle sett at dette var gjennomført slik at legemiddellistene ble oppdatert og gjennomgått.

Faktorer relatert til beboeren var også sammensatt. Beslutninger om behovsmedisin ble i de fleste tilfeller tatt etter at beboeren hadde uttrykt et behov for legemiddel. Hovedsakelig mente informantene at det var viktig å etterkomme forespørselen, men de ville vurdere om det var en akseptabel årsak for forespørselen. I noen tilfeller kunne de påvirke beboeren til å prøve for eksempel et mildest mulig smertestillende først. Brukermedvirkning kunne være utfordrende når beboerne ikke ville høre på faglige råd eller når de ble utagerende hvis de ikke fikk den medisinen de ville ha. Beboerne hadde ofte kunnskap om hvilke legemidler de brukte, og de anvendte sine erfaringer til å vurdere behovet for legemiddel. Beboerens kognisjon var vesentlig ved beslutningstaking fordi det var større utfordringer å vurdere når beboerne hadde problemer med å uttrykke seg. Spesielt gjaldt dette tilstander som angst og smerte, for å gjøre gode vurderinger av symptomer mente informantene de var avhengige av å kjenne beboerne godt. Noen ganger involverte pårørende seg i behovsmedisinering også, og deres vurderinger av behovet var ikke nødvendigvis det samme som helsepersonellens.

Faktorer relatert til helsepersonellet påvirket beslutninger om behovsmedisin. Medisinsk kunnskap handlet om teoretisk kunnskap angående de aktuelle legemidlene og et klinisk blikk, som også påvirket hva som ble observert og dokumentert. Informantene antydte at kunnskap varierer mellom helsepersonell. I enkelte tilfeller kunne beslutningen bli å gi et legemiddel selv om det ikke føltes riktig ut fra teoretisk kunnskap, men andre kontekstuelle forhold veide tyngre. Erfaring ble fremhevet som en viktig del av vurderinger rundt behovsmedisinering, og til tider også fremstilt som viktigere enn teoretisk kunnskap. Personlige ferdigheter mente informantene kunne bidra til ulike beslutninger, for eksempel kunne det handle om hvorvidt helsepersonellet prioriterte å bruke tid på beboeren eller valgte å gi legemiddel som en «enkel» løsning.

Den siste kategorien handlet om faktorer som relaterte seg til organisering av omsorgsboligen. Kvaliteten på tjenesten økte med fast og tilstrekkelig bemanning ifølge informantene: I noen tilfeller var det hyppigere utdeling av behovsmedisin på nattskiftene, og ferietiden ble ansett som ekstra utfordrende. God informasjonsdeling muntlig og skriftlig var viktig for å gjøre gode vurderinger rundt behovsmedisin. Omsorgsboligene var ulikt organisert med tanke på oppbevaring av behovsmedisinene. Tilgjengeligheten var bedre når legemiddele ble oppbevart i leilighetene, men i de tilfeller legemidlene var innelåst på lager ga det helsepersonellet mulighet til å tenke ekstra nøye gjennom situasjonen først. Informantene mente at det hadde vært en kulturendring i forhold til behovsmedisin de senere år, der fokuset på ikke-farmakologiske tiltak hadde økt og informantene mente det hadde medført redusert bruk av behovsmedisin.

Studien viste at det var flere faktorer som virker inn på beslutninger i forbindelse med behovsmedisinering, der de involverte aktører og konteksten spiller en vesentlig rolle. Disse faktorene henger sammen og vil kunne gjensidig påvirke hverandre i et komplekst samspill.

## 4.2 Delstudie II

I denne studien ble helsepersonell sine erfaringer med beslutninger og behovsmedisin studert i dybden. Helsepersonellet ønsket å ta beslutninger som de kunne være komfortable med. Beslutningen skulle være god for beboer, men også fra et faglig perspektiv, noe som i enkelte tilfeller kunne medføre motstridende interesser. Tabell 5 viser oversikt over tema og subtema

Tabell 5. Tema og subtema delstudie II

Tema	Subtema
<b>Etterstrebe å føle seg vel når man tar beslutning om behovsmedisin</b>	Ta, dele og forflytte ansvar
	Å streve mellom beboerens autonomi og riktig legemiddelbruk
	Å slite med og/eller omfavne systemet

Hvordan informantene tok, delte eller forflyttet ansvar var sentralt for informantene. Det kom fram at ansvarsfordelingen oppleves å være klar mellom de ulike aktørene i prosessen, samtidig som de hadde noe ulike forventninger om hva som lå i denne ansvarsfordelingen og hvor mye selvstendig ansvar de ulike aktørene skulle ta. I flere tilfeller var det et ønske om å ikke ta hele ansvaret alene, der man ønsket å dele dette fortrinnsvis med en kollega eller fastlegen. I noen tilfeller, der beboeren hadde god kognisjon, kunne også beslutningen deles mellom helsepersonell og beboer. Informantene følte et ansvar for å følge opp legemiddellistene selv om de mente dette egentlig var fastlegen sitt ansvar. De ga uttrykk for at de måtte ta et større ansvar enn de ønsket. Noen informanter mente det var et større ansvar å ta beslutninger om behovsmedisin sammenlignet med fastmedisin, dette først og fremst med utgangspunkt i usikkerhet om de tolket signalene korrekt og dermed om vurderingene ble basert på riktig grunnlag. Manglende kunnskap om beboeren og utilstrekkelig dokumentasjon kunne gjøre en usikker på beslutningene, og denne usikkerheten gjorde at ansvaret tynget mer. Dersom utfallet av en beslutning ikke ble godt, opplevdes det ikke like alvorlig dersom en hadde involvert andre i beslutningsprosessen. Denne ansvarsdelingen var vanskeligere å få til for eksempel på natt. Å ha mulighet for å dele ansvar og utveksle erfaringer rundt beslutninger, medførte en mer forent praksis, ifølge informantene.

Vurderinger av beboernes autonomi opp mot riktig legemiddelbruk medførte et dilemma for informantene. Spesielt anxiolytika ønsket helsepersonellet å begrense forbruket av, og i noen tilfeller var det vanskelig å etterkomme beboeres ønsker selv om helsepersonellet ville stole på at beboeren faktisk hadde behov for legemiddelet. Når det gjaldt analgetika ville helsepersonellet i enkelte tilfeller bruke et mildt press for å få en beboer til å ta et legemiddel fordi det var ansett å være til det beste for vedkommende. Autonomien til beboerne var ansett som viktig. Stort sett veide beboerens ønske tyngst i en beslutning, samtidig kunne det medføre at det uhenksommessig ble gitt legemiddel. Dette kunne oppleves som etiske dilemma,

mellom autonomi og fagkunnskap, og i noen tilfeller medførte det at helsepersonellet følte seg ukomfortabel med beslutningen.

Systemet kunne være en støtte eller til hinder for det informantene anså som gode beslutninger. Det var stor ulikhet mellom kommunene. Noen informanter beskrev forhold med systematisk legemiddelgjennomgang, mens andre opplevde fravær av dette. Informantene som hadde ukentlige møter og årlige legemiddelgjennomganger med fastlegen opplevde at dette var til god hjelp, der de opplevde at dette ga dem trygghet i beslutningssituasjoner rundt behovsmedisiner. Andre informanter fortalte om systembarrierer som handlet om manglende oppfølging av fastlege og utilstrekkelig dokumentasjon, dette vanskeliggjorde beslutningstakingen med at informasjonsgrunnlaget ikke var godt nok.

Helsepersonellet i denne studien erfarte at beslutningstaking kunne være utfordrende med tanke på ansvaret, det å vurdere autonomi opp mot riktig legemiddelbruk og å måtte tilpasse praksisen til systemet. Å være komfortabel med beslutningen ble assosiert med at praksis rundt behovsmedisin var forsvarlig.

### **4.3 Delstudie III**

I denne studien fant vi at beboerne hadde ulike tilnærminger til behovsmedisinering og beslutninger, og at disse tilnærmingene varierte ut fra hvordan de posisjonerte seg på ulike nivå.

På nivå 1 (om hvordan karakterene er konstruert) posisjonerte deltakerne seg som protagonister (hovedpersoner), der de i ulik grad var aktive i beslutningsprosessen. Anne brukte hypnotika og det var viktig for henne at hun fikk dette hver kveld, utover at hennes meninger ble respektert fremsto hun ikke som veldig aktiv i beslutningsprosessen, men var fornøyd med at andre tok ansvar for medisinene. Henry fremsto som mer aktiv i prosessen og ville ha kontroll over beslutningene, men var samtidig åpen for å motta hjelp. Maria ville ta sine beslutninger uten involvering fra helsepersonell.

I intervjusettingen, posisjoneringsnivå 2, fant vi også variasjoner. Anne viste en tosidighet, der hun både fremsto som lite interessert i legemiddelbruken sin og at hun hadde lite kunnskap, samtidig som hun, på nivå 1, fremmet hvor viktig hypnotika var for henne. Henry posisjonerte seg som en med kunnskap om legemidlene og mulige konsekvenser av legemiddelbruk. Henry viste også en tosidighet i forhold til beslutningstakingen der han på den ene siden, sa at han bare tok det han fikk, mens han på den andre siden ville konfrontere helsepersonellet dersom noe ble feil. Maria ville ikke dele så mye om sin legemiddelbruk da hun mente det var en privatsak. Hun mente hun kunne finne nødvendig informasjon om legemidlene selv.

På nivå 3 analyserte vi Anne, Henry og Maria sine fortellinger med referanser til masternarrativer (diskurser i samfunnet). Henry var 30 år yngre enn Anne, noe som utgjør en generasjon, og Maria var også en del yngre enn Anne. De tre har derfor med seg ulike masternarrativer. Deres fokus på delt beslutningstaking varierte: Anne ville ikke være til bry, mens Henry og Maria fremsto å ville være mer uavhengig av andre. Alle tre fortellingene gjenspeilte idealet om å bruke lite medisiner, spesielt analgetika, hypnotika og anxiolytika. Til tider fremsto det som at deltakerne unnskyldte seg, og forsvarte sin egen legemiddelbruk.

Denne studien viste at eldre mennesker som bor i omsorgsboliger posisjonerer seg ulikt når det kommer til delt beslutningstaking om behovsmedisin. Rollen de tre tok i beslutningsprosessen hang sammen med ulik livserfaring og kontekst.

#### **4.4 Syntese av delstudie I-III**

Syntesen tok utgangspunkt i den overordnede problemstillingen: *Hvordan praktiseres beslutningstaking om behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre?* Syntesen viser at praktisering av beslutningstaking, med utgangspunkt i behovsmedisinering, er en sammensatt prosess. Beboerne og helsepersonellet tar beslutninger på eget grunnlag samtidig, som de konstruerer praksis sammen ved å interagere med hverandre, og da innenfor de rammer hvor beslutningstakingen skjer,

noe som også påvirker praktiseringen. I syntesen var det tre tema som utkrystalliserte seg, se tabell 6.

Tabell 6. Temaer fra syntese av delstudie I-III

Tema	Subtema (Delstudie)
<b>Beboerens og helsepersonellets grunnlag for praktisering av beslutningstaking</b>	Erfaringskunnskap (I+II+III) Kjennskap til og kunnskap om beboeren, beboerens bakgrunn og medisinske historie (I+II) Kunnskap om casen/situasjonen (I+II+III) Teoretisk kunnskap (I+II) Kunnskap om helse og sykdom (III)
<b>Å dele beslutningstaking med andre</b>	Autonomi (I+II+III) Relasjoner mellom aktørene (I+II+III) Posisjonering (III) Paradokser og dilemmaer (I+II) Rollefordeling og ansvar (I+II)
<b>Beslutningstaking praktiseres i ulike rammer</b>	System for samarbeid (I+II) Fungerende dokumentasjonssystemer(I+II) Gjennomgang av legemiddellister (I+II) Diskurs om legemiddelbruk (I+II+II) Diskurs om brukermedvirkning (I+II+III)

Videre presenteres disse tre temaene og kapittelet avsluttes med en illustrasjon over hvordan beslutningstaking praktiseres.

#### 4.4.1 Beboerens og helsepersonellets grunnlag for praktisering av beslutningstaking

Ulike kunnskapsdimensjoner danner et grunnlag for beslutningstaking hos den enkelte. Erfaringskunnskap er sentralt (I+II+III), og i tillegg er kunnskap om og kjennskap til beboeren, inkludert beboerens bakgrunn og medisinske historie, viktig (I+II). Samtidig fremmes andre kunnskapsdimensjoner i ulik grad, slik som kunnskap om den aktuelle

casen/situasjonen (I+II+III), teoretisk kunnskap (I+II) og kunnskap om helse og sykdom (III).

Helsepersonellet må ofte ta i bruk begrenset rasjonalitet i beslutningene fordi kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Dette er særlig aktuelt når helsepersonellet har liten kjennskap til beboeren. Ekstra utfordrende er dette når beboeren har kommunikasjonsvansker og ikke kan uttrykke egne erfaringer og behov. Når helsepersonellet ikke finner den nødvendige informasjonen i dokumentasjonssystemet, og ikke har mulighet for å utveksle erfaringer med kollegaer, blir de nødt til å basere beslutningen kun på eget erfaringsgrunnlag. Selv om helsepersonellet anser faglig/teoretisk kunnskap som viktig for den medisinske behandlingen, fremmes det at erfaring er viktigere (I+II).

Beboerens bruk av kunnskapsdimensjoner varierer (III), men egen historie og egne erfaringer fremheves som sentralt. Beboerne har med seg ulike erfaringer og dermed ulike utgangspunkt for beslutninger omkring behovsmedisin. Beboerne viste til blant annet innbiling eller kunnskap fra internett, som utgangspunkt for sine meninger. Dette sier også noe om beboeres ulike kunnskap om helse og sykdom. Hvordan beboeren fremmer egen kunnskap om sin legemiddelbruk er koblet til hvordan de posisjonerer seg i ulike situasjoner.

Vurderinger i beslutningsprosessen baserer seg på heuristikker og praktiseringen kan se ut til å være institusjonalisert. Hvordan aktørene evaluerer en beslutning kan variere. Beboerne (III) erfarer at deres livskvalitet henger sammen med bruk av behovsmedisin. I noen tilfeller stoler de på at helsepersonellet vil gjøre gode vurderinger, mens i andre tilfeller stoler de mer på egen vurderingsevne. Den rette beslutningen for dem handler om å få den medisin de behøver når behovet oppstår. Om legemidlene har ønsket effekt, for eksempel å få sove ved bruk av hypnotika, er et viktig element både i vurdering og evaluering av beslutningstakingen. For helsepersonellet (I+II) er utgangspunktet for beslutninger om behovsmedisin at beboeren ytrer et behov, hvorpå de danner seg et bilde av situasjonen ved å sette sammen ulike



kunnskapsdimensjoner og kontekstuelle faktorer som grunnlag for riktig beslutning. De føler på ansvaret, og vil forsikre seg om at deres tolkning av symptomer og tegn er riktig (I+II). Det å føle seg komfortabel med beslutningen blir et mål på hvorvidt den rette beslutningen velges (II), og i noen tilfeller vil de også prøve å påvirke beboerens ønske dersom dette ikke er tilfelle (I+II). Evaluering av beslutningene gjøres, men blir sjelden dokumentert (I+II). Mens beboeren ikke har noe formelt faglig krav til beslutningen, men tar beslutningen på egne vegne, har helsepersonellet et profesjonelt ansvar og beslutningen skal ivareta noen utenfor dem selv.

#### **4.4.2 Å dele beslutningstaking med andre**

Å involvere beboeren og ivareta autonomi i beslutningstakingen anses vesentlig av helsepersonellet (I+II). Beboeren inntar ulike posisjoner i beslutningsprosessen, der noen er mer aktive enn andre. Imidlertid er autonomi og det å være protagonist i egne beslutninger viktig (III). Delt beslutningstaking innebærer paradokser og dilemmaer (I+II) og ulike posisjoneringer (III). Det relasjonelle forholdet mellom beboeren og helsepersonellet er viktig i beslutningstakingen (I+II+III). Samtidig ønsker helsepersonellet (I+II) å dele beslutningene med kollegaer og legen, noe som handlet om rollefordeling og ansvar i beslutningsprosessen.

For helsepersonellet er pasientsentrert omsorg viktig. De ønsker å stole på beboerne, og strekker seg gjerne langt for å ivareta dem. Paradoksalt fremkommer et noe paternalistisk utgangspunkt for brukermedvirkningen, der brukerretting til en viss grad blir brukt (I+II). Beboerens syn på å være aktiv i beslutningstakingen varierer fra å være «lydig», til å ville ta alle beslutninger selv med helsepersonellet i en mer passiv rolle (III). Beboerne har ulike preferanser hva gjelder helsepersonellets grad av involvering og påvirkning i legemiddelbruken. For helsepersonellet er det enklere å ta beslutninger når beboeren har kognitiv evne til å delta. Samtidig erfarer de at beboerens autonomi kan komme i konflikt med deres profesjonelle rolle og riktig legemiddelbruk.

Det er et beslutningstakings-hierarki i omsorgsboligene, hvor sykepleierne i det daglige har størst myndighet og helsefagarbeiderne har varierende myndighet avhengig av

sykepleiedekningen. Rollene er avklart, men helsepersonellet ønsker gjerne å dele beslutningene med kollegaer over eller under seg i hierarkiet for å ha en opplevelse av å dele ansvaret og med det føle seg tryggere i beslutningstakingen (I+II). Beboeren har en viss myndighet i beslutningene, men er avhengig av at helsepersonellet er villige for å få utdelt legemidler (III). Samtidig har legen den øverste myndigheten selv om vedkommende ikke deltar daglig i selve beslutningsprosessen (I+II). For helsepersonellet (I+II) vil det lette ansvarsbyrden dersom de i større grad kan dele beslutningstaking med legen.

#### **4.4.3 Beslutningstaking praktiseres i ulike rammer**

Resultater fra delstudiene viser at beslutningstaking praktiseres i ulike rammer, og at rammene varierer mellom omsorgsboligene. Rammene utgjør ulike kontekstuelle faktorer som påvirker beslutningstakingen og medfører at praksis blir forskjellig. Faktorer på mikronivå, som handler om det relasjonelle, er muligheter for samarbeid (se også 4.4.2) og kjennskap mellom beboer og helsepersonell (se også 4.4.1). Sentrale kontekstuelle faktorer på mesonivå er systemer for samarbeid med kollegaer, fungerende dokumentasjonssystemer og system for gjennomgang av legemiddellistene. På makronivå handler det om diskurser om legemiddelbruk og brukermedvirkning.

Når helsepersonellet erfarer å ha gode systemer så fungerer dette som fasilitatorer for trygge beslutninger. Der de ikke har gode systemer, blir dette barrierer for god beslutningstaking og praksisen oppleves utrygg (I+II). Slike systemer er mulighet for samarbeid med kollegaer innad i omsorgsboligen, fungerende informasjonssystemer, og samarbeid med lege satt i system som for eksempel gjennom legemiddelgjennomganger. Samarbeid med kollegaer anses viktig for at praksis skal bli mest mulig ensartet. Imidlertid kan samarbeidet kompliseres ved mangel på ansatte med god kjennskap til beboere og omsorgsboligen. Samarbeid er også viktig for relasjoner mellom de ansatte i omsorgsboligen og bidrar til dannelse av en felles kultur for prioriteringer i forbindelse med behovsmedisinering (I+II). Det å få kollegaers

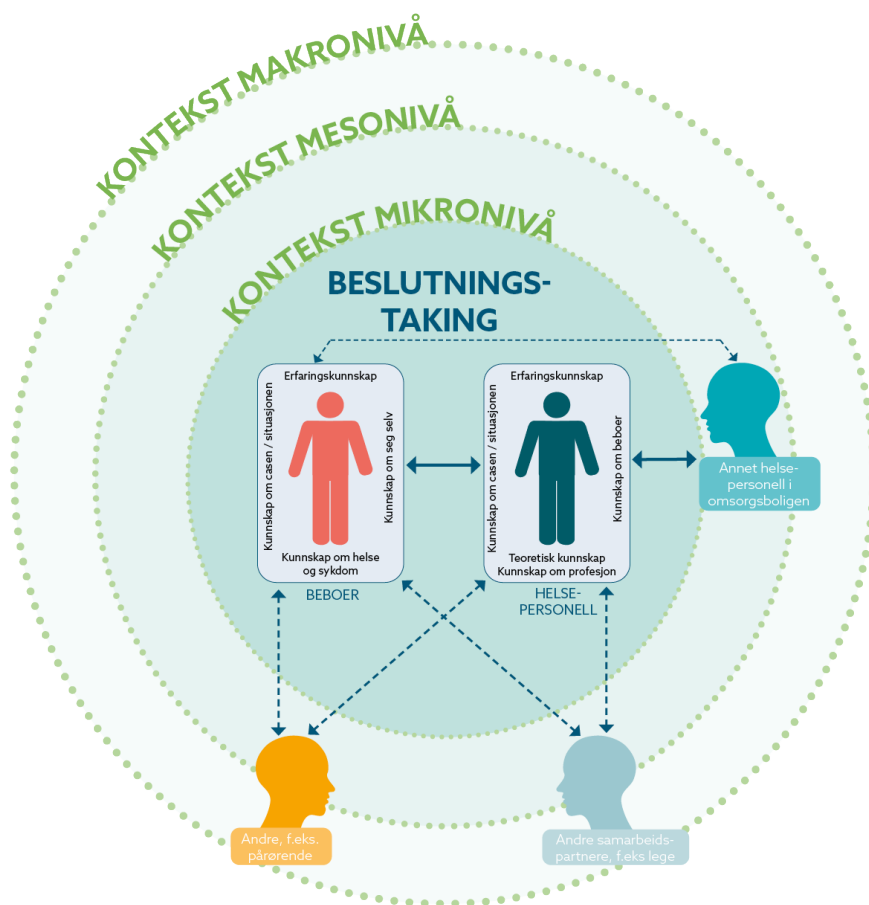
bekreftelse gjør at helsepersonellet føler seg tryggere og mer komfortabel med beslutningen. Dokumentasjonssystemene skal være et verktøy for å kunne innhente informasjon, men ofte er det lite å hente ut fra disse. Dette bidrar til å forsterke behovet for samarbeid med andre. Systematiske legemiddelgjennomganger etterspørres av flere, og for de som har dette blir beslutningstakingen oppfattet som tryggere enn hos de som ikke har dette. Fastlegen anses som en viktig brikke i beslutningsprosessen, men helsepersonellet i omsorgsboliger (I+II) erfarer at legen mangler tilstrekkelig helhetsbilde av situasjonene det skal fattes beslutninger om. Legemiddelgjennomganger bidrar til at medisinlistene blir oppdatert, noe som gir helsepersonellet en trygghet om at lista kun inneholder legemidler i bruk. Ikke-oppdaterede medisinlister stiller større krav til helsepersonellens bruk av kunnskap i beslutningstaking og bidrar til mer ulik praksis fordi handlingsrommet blir større.

En annen kontekstuell faktor som virker inn på hvordan beslutningstakingen praktiseres er ulike samfunnsdiskurser, hvor brukermedvirkning og legemiddelbruk er særlig fremtredende. Beboerne (III) har ulik tilnærming til det å være aktiv i en beslutningsprosess. Helsepersonellet har en pasientsentrert tilnærming til praksisen der de i utgangspunktet vil involverer beboeren, samtidig som helsepersonellet fremstår noe paternalistisk (I+II). For helsepersonellet (I+II) er den ideelle legemiddelbruken at man skal prøve ikke-farmakologiske tiltak så langt det er mulig. Samtidig som de forsøker å være restriktive med tanke på bruk av behovsmedisin, beslutter de i enkelte tilfeller å gi legemiddel til tross for at de egentlig mener dette ikke er riktig. Beboeren (III) påvirkes av hvordan samfunnet ser på bruk av legemidler, og de ønsker derfor å legitimere egen legemiddelbruk.

#### **4.4.4 Praktisering av beslutningstaking om behovsmedisiner - en illustrasjon**

Mine funn kan understøttes av Gillespie og Peterson's (2009) rammeverk for situert klinisk beslutningstaking. Samtidig bidrar denne studien med ny kunnskap som kan utfylle og nyansere eksisterende kunnskap om hvordan klinisk beslutningstaking praktiseres. Figur 4 viser en illustrasjon over praktisering av beslutningstaking om

behovsmedisin i omsorgsboliger for eldre. Denne tar hensyn til at flere aktører er delaktige i kliniske beslutninger – noe som ikke er hensyntatt i Gillespie og Peterson's rammeverk. Illustrasjonen synliggjør at aktørene har med seg sine egne kunnskapsdimensjoner og tankeprosesser, og de posisjonerer seg ulikt i forhold til hverandre i beslutningsprosessen. Illustrasjonen forsøker å gjenspeile noe av kompleksiteten som ligger i praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin, og vise hvordan praktisering konstrueres i et samspill. Denne illustrasjonen må ses med det forbehold at den baserer seg på denne avhandlingens tre delstudiers datagrunnlag.



Figur 4. Illustrasjon over praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin i omsorgsboliger for eldre

Både beboeren og helsepersonellet er direkte involvert i beslutningen. De har med seg sine kunnskapsdimensjoner der erfaringskunnskapen er spesielt fremtredende. Kunnskapsdimensjonene som er tatt inn i illustrasjonen avviker noe fra Gillespies og Petersons rammeverk, da jeg har trukket ut de kunnskapsdimensjonene som er tydeligst i mine studier. Beboeren og helsepersonellet samhandler i beslutningsprosessen på kontekstuellet mikronivå. Samtidig er annet helsepersonell i omsorgsboligen viktig, spesielt for helsepersonellet, der det foregår en samhandling om beslutningstakingen på kontekstuellet mesonivå. I grensen mellom mesonivå og makronivå finner vi andre som mer indirekte også er involvert i beslutningstakingen, illustrert med stiplede linjer. Dette er for eksempel fastlegen eller pårørende (pårørende er nevnt i delstudie I, men ikke utdypende diskutert i avhandlingen). Kontekstens makronivå handler om samfunnsdiskurser, disse er ikke spesifisert i illustrasjonen.



## 5 Diskusjon

Hensikten med denne avhandlingen var å utvikle kunnskap om beslutningstaking i forbindelse med bruk av behovsmedisiner i kommunale omsorgsboliger for eldre, med den overordnede problemstillingen: *Hvordan praktiseres beslutningstaking om behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre?* Med utgangspunkt i problemstillingen drøftes funn i lys av teoretiske ressurser og tidligere forskning. Kapittelet avsluttes med drøfting av vitenskapelig kvalitet og metodiske valg.

### 5.1 Praktisering av beslutningstaking om behovsmedisin

Avhandlingen fokuserer på beslutningstaking i forbindelse med bruk av behovsmedisiner i omsorgsboliger, der kunnskapen er hentet fra helsepersonell som har myndighet til å håndtere behovsmedisin, samt beboere fra ulike omsorgsboliger. Resultatene indikerer at praktiseringen varierer mellom de ulike omsorgsboligene og at ulike helsepersonell innad i omsorgsboligene også praktiserer beslutningstaking ulikt. Håndtering av legemidler i kommunehelsetjenesten er styrt av lover og regler (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008), men operasjonaliseringen og tolkningen av myndighetenes krav er det opp til de som håndterer legemidlene å gjøre. Resultatene indikerer at praktisering av beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering konstrueres i et samspill mellom flere aktører, og at praktiseringen er institusjonalisert i den enkelte aktør og i den enkelte omsorgsbolig. Sosiale konstruksjoner vil kunne anses som viktig for å ivareta en tjenestemottager og muligens oppfattes som en standardisering av praksis for de menneskene som er sosialisert inn i praksisen. Når handlingene blir institusjonalisert i den enkelte gir det menneskene i organisasjonen en psykologisk gevinst da det innskrenker valgmulighetene (Berger & Luckmann, 2000, s. 69). Dette vil kunne anses som viktig for å ivareta en tjenestemottager i det det kan oppfattes som en form for standardisering av praksis for de menneskene som er sosialisert inn i praksisen. Det gir forutsigbarhet og trygghet.

Beboerne vil også ha sin konstruksjon av hvordan beslutninger om behovsmedisinering kan forstås. Delstudie III viser at deres konstruksjoner er annerledes enn helsepersonellens, og varierer mellom beboerne. Det er naturlig da de har en annen tilnærming til beslutningstaking og er sosialisert inn på en annen måte enn helsepersonell, selv om de forholder seg til samme omsorgsbolig.

Behovsmedisinene som hovedsakelig omtales i delstudiene er anxiolytika, analgetika og hypnotika (I+II+III). Dette er legemidler som hyppig benyttes i langtidsomsorgen for eldre (Andreassen et al., 2011; Mezinskis et al., 2004; Moyle et al., 2017; Stasinopoulos et al., 2018). At informantene er mest opptatt av disse behovsmedisinene kan også ha en sammenheng med fokus på legemiddelbruk i samfunnet, der dette er legemidler som har fått stor oppmerksomhet, spesielt ved bruk hos eldre (Halvorsen et al., 2019; O' Mahony et al., 2014). Dette er legemidler som er forbundet med legemiddelrelaterte problemer for eldre, og det at helsepersonellet ønsker å være restriktive med bruken av disse er naturlig sett fra et perspektiv om riktig legemiddelbruk. Fordelen med behovsmedisin er at beboeren kan få legemiddel når det oppstår et behov uten at lege må kontaktes, imidlertid viser resultatene som i Woods et al. (2010) sin studie er det en del behovsmedisin som gis mer eller mindre fast, også beboerne (III) oppgir å bruke sine behovsmedisiner daglig. Med tanke på pasientsikkerhet er dette forhold som bør dokumenteres og være gjenstand for vurdering, hvorvidt legemidlene bør ordineres som fast medikasjon når de faktisk brukes fast.

Avhandlingens delstudier og samlede syntese viser at beslutningstaking, her i forbindelse med behovsmedisinering, er en sammensatt prosess som involverer ulike aktører og påvirkes av kontekstuelle faktorer, noe som samsvarer med tidligere forskning (Croskerry, 2017; Gillespie & Peterson, 2009; March, 1994; Murray, 2017; Tanner, 2006). Funnene viser at helsepersonells beslutninger gjerne tar utgangspunkt i beboerens forespørsel, der vurderinger av symptomer, bruk av egne erfaringer og kunnskap, samt kontekstuelle faktorer påvirker beslutningen. Også dette er



sammenfallende med funn fra andre studier (Carder, 2012; Gillespie & Peterson, 2009; Jimu & Doyle, 2019; Murray, 2017). Avhandlingen utvider denne kunnskapen med utgangspunkt i en norsk kontekst, med ny kunnskap om hvordan beslutninger baserer seg på begrenset rasjonalitet der erfaringer og relasjonell kontinuitet er vesentlige for beslutningsgrunnlaget. Beslutningstaking er både en kognitiv og interaktiv prosess (Gabbay & le May, 2016; Higgs & Jones, 2019), og den samlede syntesen og illustrasjonen i figur 4 viser hvordan ulike aktører er direkte og indirekte involvert i praktisering av beslutningstaking. Diskusjonen vil ta for seg erfaringer og relasjoner i beslutningstaking, delt beslutningstaking, samhandling mellom fagfolk ved beslutningstaking og kvalitetssikring. Dette er forhold som i denne avhandlingen er funnet å være sentrale for hvordan beslutningstaking om behovsmedisin praktiseres, i kommunale omsorgsboliger for eldre.

### **5.1.1 Erfaringer og relasjoner er vesentlig ved begrenset rasjonalitet i beslutningene**

Grunnlaget for praktisering av beslutningstakingen er forankret i ulike kunnskapsdimensjoner, der erfaringsbasert kunnskap er spesielt fremtredende i resultatene. At erfaring er viktig i beslutningsprosessen er kjent (Carder, 2012; Jimu & Doyle, 2019; Usher et al., 2009). Beslutningstaking om behovsmedisin baserer seg på innhenting av ulik informasjon, men ofte er tilgangen på informasjon begrenset (I+II). Ved mangel på essensiell informasjon vil man kompensere ved å bruke erfaringer kombinert med heuristikker slik at beslutningsprosessen ikke kollapser (March, 1994). Med det kan en si at begrenset rasjonalitet er et grunnlag for praktisering av beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering, der erfaringer har en sentral plass slik som i naturalistisk beslutningstaking (Orasanu & Connolly, 1993; Todd & Gigerenzer, 2001). Bruk av magefølelse og at man ønsket å være komfortabel med beslutningen som ble tatt, er nevnt som grunnlag for beslutningstaking (II). Dette er muligens et resultat av manglende tilgang på essensiell informasjon, der en må støtte seg på et forenklet beslutningsgrunnlag og begrenset rasjonalitet i beslutningen (Gigerenzer, 2008; March, 1994). Samtidig er det ikke slik at beslutningen tas i et

tomrom, antageligvis baserer den seg på ulike evidenser og kunnskapsdimensjoner (Gillespie & Peterson, 2009; Lindseth, 2015) fra teoretisk kunnskap, erfaringer og ferdigheter, som etter hvert internaliseres i den enkelte. Dette kjennetegner også erfarne helsepersonell (Gabbay & le May, 2016; Tanner, 2006). Summen av kunnskap en har med seg vil øke etter hvert som man får mer erfaring både fra livet og jobben.

Helsepersonell har et ansvar for å tilpasse sine kunnskapsdimensjoner både til ulike beboere, situasjoner, aktører og kontekster. Når nye pasientgrupper kommer inn i omsorgsboligene må det sørges for at ikke hullene i kunnskapsdimensjonene blir for store. Omsorgsboligene er beregnet for eldre mennesker og helsepersonellens kunnskapsdimensjoner er tilpasset dette. Nye grupper av beboere, slik som alvorlig psykisk syke, gjør helsepersonellet mer usikker i beslutningene, ifølge informantene (I+II). Informantene fremmer at erfaring er viktigere enn teoretisk kunnskap selv om teoretiske kunnskap er viktig for riktig medisinsk behandling. Antageligvis er det vanskeligere å skille på hva som er teoretisk og praktisk kunnskap i erfaringene når disse er internalisert gjennom et langt yrkesliv (Kahneman, 2012). Beslutningene blir preget av hvordan man setter sammen ulik kunnskap og hvem man er som person, i tillegg til bruk av skjønn (I+II), noe som samsvarer med annen teori (Fossestøl, 2013; Grimen, 2008; Lindseth, 2015; Molander & Terum, 2008).

Ut fra avhandlingens funn varierer det hvilke kunnskapsdimensjoner beboeren legger vekt på i beslutningstakingen. Også beboerens kunnskapsdimensjoner baserer seg hovedsakelig på erfaringer, enten fra et levd liv eller konkrete opplevelser og oppfatninger med de aktuelle legemidlene. Legemiddelbruken evalueres gjennom opplevd livskvalitet. Erfaringer og kunnskap kan påvirke helseforståelsen (Parekh et al., 2018), derfor bør helsepersonell ha kunnskap om tjenestemottagers helseforståelse for å kunne ta helserelaterte beslutninger (Le et al., 2021). Teorien om beslutningstaking presentert i avhandlingen handler først og fremst om å ta beslutninger som helsepersonell. Bruk av forenklede prosesser basert på erfaringer i beslutningstaking er vanlig også når mennesker generelt tar beslutninger (Kahneman,

2012). Felles for beboere og helsepersonell er at beslutningstakingen baserer seg på kunnskapsdimensjoner som er internalisert i den enkelte, og ikke alltid lett kan forklares. Forskjellen er at helsepersonellet tar beslutninger på vegne av beboeren og har et formelt ansvar for å ta profesjonelle vurderinger.

Relasjoner og kjennskap mellom beboere og helsepersonellet fremkommer som sentralt i avhandlingens funn (I+II+III). Beboerne har levd ulike liv og har ulike erfaringer, derfor er dette kunnskap som vanskelig kan standardiseres. Dette gjør at en-til-en kjennskap mellom helsepersonell og beboer blir meget viktig i beslutningsprosessen, noe en også har sett i andre studier (Tanner, 2006; Usher et al., 2009). Kontinuitet i tjenesten er ansett å være et av kjennetegnene på god kvalitet i heletjenesten (Meld. St. 11 (2018-2019)). I litteraturen (Haggerty et al., 2013) skilles det mellom ulike typer kontinuitet, to av disse er relasjonell- og informasjonskontinuitet. Relasjonell kontinuitet, som handler om å ha en personlig relasjon mellom aktørene i helsetjenesten, strekker seg ut over helsetjenestene og omfatter livssituasjonen til tjenestemottager (Haggerty et al., 2013). Dette er viktig for tjenestemottagernes opplevelse av trygghet og tillit til helsepersonellet, hvor det å treffe en kjent person er særlig betydningsfullt når problemet er alvorlig eller personlig. Tillit er sentralt i praktisering av beslutningstaking om behovsmedisiner. Beboerne er opptatt av å ha (eller ikke ha) tillitt til helsepersonellet (III), mens helsepersonellet på sin side er opptatt av å ha tillitt til at beboerne uttrykker reelle behov (I+II). Gjensidig tillit er sentralt for å oppnå en optimal helsebehandling (Bomhof-Roordink et al., 2019; Costanzo et al., 2019). Informasjonskontinuitet innebærer å sikre informasjonsflyt, der informasjon om for eksempel tidligere hendelser følger pasienten (Haggerty et al., 2013). Dokumentasjon er viktig blant annet for å kunne vurdere effekt av legemidler og følge utviklingen til pasienten, for eksempel for å vurdere om behovsmedisin eventuelt skal inn som fast medikasjon dersom det gis ofte. Når dokumentasjonssystemene ikke fungerer tilstrekkelig (I+II), kan manglende informasjonskontinuitet kompenseres for ved hjelp av relasjonskontinuitet; gjennom helsepersonells kjennskap til pasienten. En slik kompensering vil imidlertid være

vanskelig å oppnå ved for eksempel ferieavvikling (I), da vikarer ikke kan lene seg på at de kjenner beboerne. Kontinuitet i beslutningstaking er vesentlig, men man kan ikke basere beslutninger kun på relasjoner og kjennskap mellom aktørene. Når relasjoner mellom ulike helsepersonell og beboere varierer vil det også sannsynligvis påvirke samhandling og beslutningsprosess. Relasjonene kan vanskelig standardiseres og medfører at praksis vil variere utfra hvilket helsepersonell som møter hvilken beboer. For stor vektlegging av relasjonskontinuitet på bekostning av informasjonskontinuitet kan være en trussel for pasientsikkerhet og vil dessuten kunne medføre større variasjoner i praksis.

Mine analyser viser at erfaringer og relasjoner er viktig i praktisering av beslutningstaking, og inngår som et vesentlig grunnlag for begrenset rasjonalitet i beslutningstakingen. Likeverdig og god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er et helsepolitisk mål. Imidlertid kan bruk av begrenset rasjonalitet, som vist i denne avhandlingen, utfordre dette målet da beslutningstakingen hviler på de personer som møtes i beslutningsprosessen. At dokumentasjon synes å være mangelfull er bekymringsverdig med tanke på pasientsikkerhet.

### **5.1.2 Delt beslutningstaking, dilemmaer og posisjonering**

Beslutningstaking handler også om hvordan aktørene samhandler og konstruerer praktiseringen sammen. Dilemmaer i praktisering av beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisin, handler i denne avhandlingen om å balansere utfordringer mellom fag og autonomi samt å involvere tjenestemottagere i den grad de selv ønsker.

Autonomi er sentralt for delt beslutningstaking ifølge avhandlingens resultater. Institusjonelle paradokser innebærer at helsepersonell skal være både hjelpende og kontrollerende i sitt arbeide, og de skal tilstrebe at praksis blir lik samtidig som de skal ivareta hver tjenestemottager (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Dilemma oppstår for helsepersonellet når de føler at faglige avveielser er i konflikt med selvbestemmelsen. Helsepersonellet erfarer noen ganger å stå i etiske dilemma der de må velge mellom

det de anser som en faglig riktig beslutning og det beboeren selv ønsker. Det å stå i ulike løsningsmuligheter er en del av det å skulle ta beslutninger som helsepersonell (Haukelien et al., 2011; Higgs & Jensen, 2019; Murray, 2017).

Autonomien er kontekstavhengig ifølge resultatene (I+II). Helsepersonellet uttrykker for eksempel at beboerne har mer rett til selvbestemmelse fordi de ikke bor i et sykehjem, selv om det egentlig ikke er slik i henhold til lovverket (helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En av informantene (II) fremmet at det ikke var nødvendig med en vurdering av behov for legemiddel når beboeren var i stand til å delta i beslutningsprosessen. Helsepersonellet har likevel et individuelt ansvar for å utføre faglig forsvarlig praksis samtidig som de skal ivareta beboerne (helsepersonelloven, 1999). Helsepersonellet fratras ikke det faglige ansvaret og har derfor ikke mulighet for å være passive i beslutningsprosessen selv om beboerne skal medvirke i beslutningsprosessen (Haukelien et al., 2011; helsepersonelloven, 1999), fordi det vil kunne være en trussel for pasientsikkerheten. Kjennskap mellom beboer og helsepersonellet er en vesentlig faktor for vellykket brukerinvolvering (Ree et al., 2020). Denne kjennskapet må inkludere kunnskap om de ulike tilnærmingene som beboere har til det å være aktiv i beslutningsprosessen, som avhandlingen viser gjennom delstudie III.

Avhandlingen bringer med seg ny kunnskap om beboeres posisjonering i ulike situasjoner. Andre studier om posisjonering i beslutningstaking i helsetjenesten har jeg ikke funnet. Hvordan man posisjonerer seg selv (eller blir posisjonert) gir meninger til handlinger og medfører plikter eller rettigheter (tildelte, påståtte eller påtatte) (Harré et al., 2009). Posisjonering kan ses på som en interaktiv prosess der aktørens posisjonering påvirker hvordan de vil samhandle (Bamberg, 1997; Blix, 2017). Hva som blir oppfattet som rasjonelle handlinger henger sammen med posisjoneringen, og posisjoneringen er basert på personlighet og tidligere erfaringer (Harré et al., 2009). Dette medfører at man i praktisering av beslutningstaking vil oppleve at forskjellige beboere vil posisjonere seg ulikt i forhold til forskjellige helsepersonell, noe som kan

medføre at beboere blir sett, forstått og inkludert i beslutninger på ulike måter av ulike helsepersonell. Ulike posisjoneringer kan også medføre ulik motstand mot eller ønske om å delta i beslutningstaking. Posisjonering bidrar til at praktisering kan bli ulik i forskjellige situasjoner, og er noe helsepersonellet må ta hensyn til når de tar beslutninger sammen med beboere.

Funn i denne avhandlingen viser at beboere har ulike ønsker om å være aktive i beslutningstakingen, og det er også forskjell på hvordan de ser på det å samarbeide med helsepersonell om behovsmedisinering. At det er variasjoner i hvor aktive pasienter ønsker å være i beslutninger er undersøkt i flere studier, og det kan være ulike og sammensatte årsaker til hvorfor pasienter vil eller ikke vil være aktive (Elwyn et al., 2012; Florin et al., 2006; Joseph-Williams et al., 2014; Longtin et al., 2010). Med utgangspunkt i delstudie III kan en ikke si noe om årsaker, men det kan ses i sammenheng med samfunnsdiskursen om brukermedvirkning som den enkelte er vokst opp med. Beboerne i studien har et aldersspenn tilsvarende en generasjon, og vil sannsynligvis ha med seg ulik tilnærming til brukermedvirkning (Elwyn et al., 2012; Longtin et al., 2010). Som helsepersonell må en akseptere disse forskjellene og ideelt sett praktisere ut fra beboernes ønske om i hvilken grad de vil være aktive. Helsepersonell må forholde seg profesjonelt til alle tjenestemottagere uansett hva helsepersonellet mener, da respekten for enkelt individet er sentralt og lovbestemt (Bjørndal, 2011; helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Beboerens medvirkning er antatt viktig for pasientsikkerhet (Longtin et al., 2010; World Health Organization, 2017), men delt beslutningstaking må være på beboerens premisser for at det skal bidra til god pasientsikkerhet. Samtidig må man ha systemer som ivaretar de beboere som ikke ønsker eller kan være aktive i beslutningstaking.

Brukerretting forekommer i praktisering av beslutningstaking, der helsepersonellet i større grad tolker beboerens behov og gjør vurderinger ut fra dette (Haukelien et al., 2011), noe som ikke kan anses som reell brukermedvirkning. Andre studier har også vist varierende grad av brukermedvirkning (Bjørndal, 2011; Bomhof-Roordink et al.,

2019; Haukelien et al., 2011; Murray, 2017). Resultatene viser at helsepersonellet finner symptomvurdering vanskeligere for beboere med kognitiv svikt og/ eller nedsatt kommunikasjonsevne. Brukerretting var brukt hovedsakelig for disse pasientgruppene, men det synes som om det forekom noe brukerretting eller en paternalistisk tilnærming til praktiseringen også for beboere som ikke hadde kognitiv svikt eller nedsatt kommunikasjonsevne. I de tilfeller helsepersonellet ville påvirke beslutningene var det med argumentet «til beboerens beste». Det behøver ikke å være et bevisst valg om å unngå brukermedvirkning, men det kan handle om hvordan man forstår brukermedvirkning og hva man legger i «til det beste for beboeren».

### **5.1.3 Samhandling mellom fagfolk viktig for trygg beslutningstaking**

Samhandling med andre er viktig for helsepersonellet, for ikke å stå alene i en beslutning og et ønske om å få til en mer ensartet praksis. Når beslutningstaking oppleves utfordrende er det greit å ha noen å støtte seg på. Resultatene indikerer at helsepersonellet samarbeider mye i kollegiet, men ønsker tettere samarbeid med lege. I noen tilfeller mener informantene at de må ta ansvar som går ut over deres rolle og myndighet, noe som bekrefter funn fra andre studier (Devik et al., 2021; Odberg et al., 2019).

De ulike gruppene i personalet er gjensidig avhengig av hverandre for å danne seg et helhetlig bilde av situasjonene og å kunne diskutere handlingsvalg ifølge funnene i denne studien. Samhandling er ansett som viktig for å ivareta pasientsikkerhet i forbindelse med legemiddelhåndtering (Murray, 2017; Odberg et al., 2019; Padgett et al., 2017) og samarbeid mellom kollegaer er i studier fra sykehus sett å ha en positiv sammenheng med pasientsikkerhet (Chang et al., 2012; Strömngren et al., 2016). I avhandlingen kommer det frem at det er et beslutningshierarki som følger utdanningsnivået til personalet, med legen plassert på toppen. Rollefordelingen mellom helsepersonellet virket å være avklart, noe som samsvarer med Murray (2017) sin studie. Samtidig er det en ydmykhet for den gjensidige avhengigheten. Samarbeid

bidrar til mer omforent praksis, påvirker ansvarsfølelsen og fører til at beslutningsprosessen føles tryggere ifølge resultatene.

Samhandling er også viktig for å utvikle kunnskapsdimensjonene til helsepersonellet (I+II). Ofte beskrives kunnskap som noe individuelt, men selv om kunnskapen konstrueres av den enkelte er den ikke uavhengig av andre personer og omgivelser (Gabbay & le May, 2016; Nonaka & Takeuchi, 1995). For å utvikle egen kunnskap og den samlede kunnskapen i en gitt organisasjon er interaksjon mellom menneskene i organisasjonen viktig, og blant annet må det være rom for å utveksle kunnskap spesielt den typen kunnskap man ikke kan lese seg til (Nonaka & Takeuchi, 1995). Man snakker om en «kunnskap i praksis i kontekst» (Gabbay & le May, 2016). Ved å jobbe i team deler man den samme konteksten og kan utvide den felles «kunnskapskapitalen» for denne praksisen (Nonaka & Takeuchi, 1995). Man utvikler både kollektive og individuelle mindlines (Gabbay & le May, 2016) som kan brukes i beslutninger. Samtidig er det hevdet at overføring av kunnskap som er internalisert i en selv ikke er mulig da dette er sterkt knyttet til hvem man er som person, og kunnskapsutvekslingen blir mer å repetere det den andre gjør uten å skjønne hvorfor (Molander, 2015). Kunnskapsutveksling vil også være en viktig arena for å korrigere en praksis dersom det viser seg å være behov for det. Samtidig kan det også medføre systematiske feil dersom man baserer seg kun på det felles kunnskapsgrunnlaget uten å reflektere og ta seg tid til å stille spørsmål ved både individuell og kollektiv kunnskap (Gabbay & le May, 2016). Viktigheten av et slikt samarbeid er kjent (Higgs & Jensen, 2019; Schön, 2001; Tanner, 2006). Tjenestemottagerens plass i en slik kunnskapsutveksling har det vært lite fokus på. Beboerne er ikke forpliktet til å ha med seg noen fagkunnskap, men det kan være at de har erfaringer og forventninger til legemiddelbruken som kan fylle ut kunnskapsdimensjonene til helsepersonellet og dermed bidra til å kvalitetssikre legemiddelbruken.

I figur 4 er fastlegen plassert på et annet kontekstuellet nivå, da vedkommende ikke er direkte involvert i de daglige beslutningsprosessene. Fastlegen har likevel en sentral



rolle i forbindelse med behovsmedisinering. Ut fra resultatene virker det som om fastlegen er mer distansert til sine pasienter i omsorgsboligen enn det helsepersonellet ønsker. Det varierer hvor godt samarbeidet mellom lege og omsorgsboligens helsepersonell fungerer, og hvor mange fastleger helsepersonellet må forholde seg til. Kontinuitet i legetjenester i helse- og omsorgssektoren er viktig for kvaliteten på medisinskfaglige tjenester, og gode tjenester er viktig i omsorgsboliger som har en sammensatt gruppe beboere med delvis komplekse behov (Melby et al., 2019). Ideelt sett bør legen være innenfor samme kontekst, mer fysisk involvert og en mer aktiv part i beslutningstakingen ifølge resultatene i denne avhandlingen. Fra sykehjem ser en at leger som er godt integrert øker kvaliteten på medisinskfaglige tjenester (Melby et al., 2019). Når man som helsepersonell møter utfordringer i omsorgsboliger kan det tenkes at å være på et lavere omsorgsnivå i omsorgstjenesten kan gi andre utslag enn i tradisjonelle institusjoner for eksempel på grunn av fravær av lege. Ut fra helsepersonellens antydninger er det behov for en lege med tettere kobling til omsorgsboligene, enten som i en lukket modell hvor det er en tilsynslege eller «huslege», eller i en åpen modell hvor legetjeneste velges av brukeren av legetjenesten (Melby et al., 2019, s. 12-13). Når legen er involvert på samme kontekstuelle nivå vil vedkommende kunne danne seg et mer helhetlig bilde for oppfølging av beboerne samtidig som helsepersonellet har en støttespiller og det fremmer tverrprofesjonelt samarbeid. Å samle flere av beboerne på samme fastlegeliste hadde informanter i Melby et al. (2019) sin studie god erfaring med. Dette forutsetter at den aktuelle fastlege har ledig kapasitet, og ikke minst at det er noe beboeren ønsker. Med tanke på brukermedvirkning bør beboeren også få si sin mening om dette.

Det er viktig i helse- og omsorgstjenesten, her omsorgsboliger, at det legges til rette for kommunikasjon og samhandling for å utveksle ulike typer kunnskap, både mellom helsepersonell men også mellom beboer og helsepersonell, samt samhandling med lege. Samtidig er det vesentlig at man kan kvalitetssikre utviklingen av delte kunnskapsdimensjoner innad i omsorgsboligen, ved å stoppe opp og reflektere over beslutningene og stille kritiske spørsmål. Her har det enkelte helsepersonell også et

selvstendig ansvar. For behovsmedisinering finnes det få retningslinjer, dette i tillegg til manglende dokumentasjon, gjør at refleksjon i praksis og å kunne støtte seg på mer erfarne kollegaer blir særdeles viktig (Higgs & Jensen, 2019; Tanner, 2006). Dette kan bidra til å ivareta pasientsikkerhet i beslutningstaking og bidra til en mer ensartet praktisering.

#### **5.1.4 Kvalitetssikring av beslutningstaking**

Funnene viser at rammene for beslutningstakingen varierer i de ulike kommunene og omsorgsboligene. Kommunene organiserer sine omsorgsboliger forskjellig og det varierer hvor skrøpelige beboerne er. Noen av helsepersonellet erfarer omsorgsboligene som «minisykehjem» fordi beboerne fremstår som like hjelpetrengende som de som bor i sykehjem. Uønskede hendelser som for eksempel fører til legemiddelrelaterte skader, er ifølge resultatene ikke utbredt, men helsepersonellet vil gjerne ha en forsvarlig praksis. Helsepersonellet etterspør kvalitetssikring av beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering for å begrense muligheten for alvorlige feil, for eksempel som følge av hull i kunnskapsdimensjonene til helsepersonellet. Mange av trinnene i beslutningsprosessen er preget av enkeltindividers bruk av heuristikker, og det er derfor viktig med systemtiltak som sikrer praksis (Reason, 2000), som Reason (2000, s. 769) har uttalt: *We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work.* Systemene må kunne fungere uavhengig av om personalet på vakt har lang eller kort erfaring, lite eller høy kjennskap til beboerne.

Avhandlingens resultater indikerer at det i flere omsorgsboliger er utfordringer med manglende gjennomgang av legemiddellister. Dette gir utrygge rammer for praktiseringen og et stort handlingsrom som bidrar til ulik praksis. Når legemiddellistene ikke er oppdaterte er man avhengig av å kjenne beboerne for å vite hvilke legemidler som faktisk skal brukes, spesielt dersom det ikke finnes annen dokumentasjon. Andre studier viser at det ikke er et uttalt problem med legemiddelrelaterte problemer i omsorgsboliger (Skjørholm & Devik, 2012) eller at

bruk av behovsmedisin øker medisinbyrden i stor grad (Stasinopoulos et al., 2018), men legemiddellister som ikke er oppdaterte gir helsepersonellet flere valgmuligheter for beslutningen. Det gir fleksibilitet, men stiller samtidig krav til kunnskap hos den som skal beslutte. Sannsynligvis bidrar dette til mer utstrakt bruk av begrenset rasjonalitet i beslutningstakingen. Selv om fastlegen har ansvar for å følge opp behovet for legemiddelgjennomganger, oppgir flere av helsepersonellet at det er de som må ta ansvar for at dette gjøres (I+II). Ulike forventninger til legemiddelgjennomganger er også belyst i en annen studie fra Midt-Norge, der en fant at forståelse av aktørens ansvar og oppgaver varierte, og at sykepleierne opplevde å skulle gjøre noe de egentlig ikke har myndighet til (Devik et al., 2021). Det er ikke evidens for at tiltak som for eksempel tverrfaglige legemiddelgjennomganger i omsorgsboliger forbedrer utfallet for beboere, med tanke på alvorlige legemiddelrelaterte hendelser dødelighet eller livskvalitet (Allred et al., 2016), samtidig er det fremmet som et kvalitetshevende tiltak, spesielt for eldre som bruker mange legemidler (Meld. St.28 (2014–2015)).

Det må legges til rette i de enkelte omsorgsboligene for at legemiddelgjennomganger kan være mulig. Helsepersonellet som har systematiske legemiddelgjennomganger, erfarer at beslutningstaking blir enklere og tryggere. Legemiddelgjennomgang gjennomføres tverrfaglig med lege og sykepleier, og i noen tilfeller med farmasøytter (Halvorsen et al., 2010). Et slikt tverrfaglig samarbeid medfører også at helsepersonell opplever økt bevissthet og læring om legemiddelrelaterte problemer (Bell et al., 2017; Devik et al., 2021) og øker samarbeid om legemiddelbruk, noe som er positivt for riktig legemiddelbruk og pasientsikkerhet (Halvorsen et al., 2010; Padgett et al., 2017). Dette vil også være en naturlig arena for samhandling, der både samhandlingen og oppdatering av listene vil kunne gi en mer ensartet praksis. Det kan synes som om dagens ordning der fastlegen har det formelle ansvaret for å ta tak i legemiddelgjennomganger ikke fungerer i omsorgsboligene. Et tettere samarbeid med lege vil være vesentlig for å oppdatere legemiddellistene jevnlig. Det er mulig at systematiske legemiddelgjennomganger også kan påvirke dokumentasjonspraksis, da

dokumentasjon av for eksempel effekter av behovsmedisin må dokumenteres for at legemiddelgjennomgangene skal bli fullstendige.

Ut fra resultatene er det ikke fokus på involvering av beboere i legemiddelgjennomganger. Det kan synes som om i den grad pasienter involveres i legemiddelgjennomganger så er det hovedsakelig gjennom å motta informasjon (Willeboordse et al., 2014). Ifølge veileder om legemiddelgjennomganger skal det innhentes pasientinformasjon, men ikke nødvendigvis en involvering av pasienten (Helsedirektoratet, 2018). En modell benyttet i sykehus med pasientintervju inkludert i gjennomgangen, gjennomført av kliniske farmasøyter (Christensen et al., 2011), har vist et positivt bidrag til pasientsikkerhet. Involvering av beboere i legemiddelgjennomganger kan ha fordeler med at det øker muligheten for at de blir mer tilfreds og bedre kan forstå egen legemiddelbruk (Willeboordse et al., 2014), forutsatt at de ønsker å delta. En variant av legemiddelgjennomgang som er tverrfaglig sammensatt og inkluderer samtale med beboere, kan være noe å vurdere i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Selv om det er ressurskrevende, vil det bidra til å utvikle beboerens forståelse om egen legemiddelbehandling, utvikle kunnskapsdimensjonene til både beboer og helsepersonell, og være en inngangsport til samhandling og delt beslutningstaking.

Ut fra delstudiene og samlet syntese ser man at beslutningstaking om behovsmedisiner i omsorgsboliger for eldre praktiseres som en sosial konstruksjon. De ulike aktørene skaper sin praktisering og felles virkelighet gjennom sosial samhandling (Alvesson & Sköldberg, 2008), og beslutningstakingen er en institusjonalisert praksis. Beslutningstaking kan utad se ut som en tilfeldig praktisering, men det er en kompleks prosess som påvirkes av flere faktorer og ikke minst hvilke mennesker som møtes. Standardisering av beslutningstaking kan derfor være vanskelig, og som sitatet innledningsvis illustrerer så praktiseres beslutningstaking i dag ulikt.

## 5.2 Vitenskapelig kvalitet og metodiske valg

Vitenskapelig kvalitet på metode og design innebærer at det skal være en systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der hele prosessen er åpen og tilgjengelig for andre (Malterud, 2011). For å oppnå god forskningskvalitet er forskerens kjennskap til konteksten, forskerens erfaringer, utfyllende beskrivelse av metoder og analyser, samt triangulering (av metode og forskere) sentralt (Lincoln & Guba, 1986; Patton, 2015). I dette prosjektet er det forsøkt å jobbe systematisk og åpent for å ivareta kvalitet og transparens gjennom hele prosessen. Gyldighet og redelighet er også sentralt. Sentrale begrep for vitenskapelig kvalitet er troverdighet, overførbarhet pålitelighet og bekreftbarhet (Graneheim & Lundman, 2004; Lincoln & Guba, 1986; Malterud, 2001; Patton, 2015). Dette bygger på at det ikke finnes en objektiv og stabil «sannhet», men at kunnskap konstrueres, og forskningen preges derfor av det subjektene bringer med seg inn (Lincoln & Guba, 1986; Patton, 2015).

De valg jeg har tatt i forbindelse med de tre delstudiene og sammenskriving i avhandlingen vil ikke gi et fullstendig bilde av absolutt alle forhold rundt hvordan beslutningstaking praktiseres. Hensikten med avhandlingen var å utvikle kunnskap om beslutningstaking om behovsmedisinering, noe avhandlingen bidrar med, dog med de begrensninger som følger av de valg jeg har gjort. Å skrive sammen avhandlingen, bestående av tre artikler som er skrevet etter hverandre i tid og med noe ulik form, var utfordrende. Samtidig som de tre artiklene skulle stå på egne ben, skulle jeg ta hensyn til at dette skulle skrives sammen i en avhandling. Under følger refleksjoner og drøfting rundt vitenskapelig kvalitet og metodiske valg.

### 5.2.1 Design

Alle vitenskapelige studier har styrker og svakheter som må tas med i betraktning av forskningskvaliteten (Patton, 2015). Som «forsker-novise» har hele forskningsprosessen også vært en læringsprosess for meg, og utgangspunktene har vært ulik for delstudiene da jeg har tilegnet meg mer kunnskap om konteksten og forskning underveis. Ved å beskrive trinnene i prosessen ivaretas muligheten for

reproduksjon av studien og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009; Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). En utfordring er at man ikke kan skrive ned absolutt alt man har tenkt på underveis fordi det er umulig. En kan heller ikke se bort fra at jeg som forsker har preget studien på en måte som vanskelig lar seg overføre. Kunnskapen konstrueres i et samspill mellom informant og forsker og jeg tenker dette samspillet vil være vanskelig å overføre da det skjer der og da i den konteksten disse to er en del av.

Som forsker er det viktig å gå inn i prosjektet åpen for det uventede (Patton, 2015), samtidig som at det å gjøre seg kjent med kulturen er vesentlig for troverdighet (Lincoln & Guba, 1986). Det var i denne studien et bevisst valg å ha et utenforstående blikk på beslutningstakingspraksisen, derfor designet jeg studien på den måten jeg har gjort.

Selv om metodetriangulering er en styrke for troverdighet (Lincoln & Guba, 1986; Patton, 2015), er ikke dette gjort systematisk i denne studien. En styrke er imidlertid at resultater fra delstudie II bekrefter funn fra delstudie I og utvider kunnskapen med større dybdeinnsikt. Det er mulig andre kvalitative metoder kunne vært brukt, som for eksempel observasjon. Rekkefølgen på individuelle intervju eller fokusgruppeintervju har vært gjenstand for vurdering, men jeg endte opp med denne rekkefølgen fordi min kjennskap til feltet før oppstart av delstudie I var svært begrenset og da er fokusgrupper godt egnet (Kitzinger, 1995). Det er mulig andre analysetilnærminger kunne vært valgt, men de som er valgt passer godt til problemstillingene for den enkelte studie og for helheten i avhandlingen, noe figur 1 skal vise.

Forskertriangulering er sentralt for troverdighet (Lincoln & Guba, 1986; Patton, 2015), der man er flere som diskuterer alle trinnene i forskningsprosessen. Dette er gjort i stor grad i dette doktorgradsprosjektet, der jeg har jobbet tett med veilederne som har ulik kompetanse og erfaring. For delstudie III valgte vi å kontakte en ekstern person med ekspertise på narrativ metode. Bodil H. Blix er professor ved UiT Norges arktiske universitet og har god kompetanse og erfaring med narrativ analyse, og hun har også publisert en bok om narrativ forskning (Sørly & Blix, 2017). Fagfellevurdering er en

annen kvalitetssikring (Lincoln & Guba, 1986), og dette er gjennomført for artiklene i publiseringsprosessen.

### **5.2.2 Rekruttering og utvalg**

Enhetsledere hjalp meg med rekruttering. Det kan være fordeler og ulemper med å bruke såkalte «gatekeepers» på denne måten. «Gatekeepers» gir tilgang til informanter samtidig som deres rolle i forhold til prosjektet er uklar, og de kan kjenne på ulike forpliktelser da dette gjerne er noe som gjøres i tillegg til den ordinære jobben (Namageyo-Funa et al., 2014). Hvorvidt enhetslederne har hatt noen spesiell systematikk i utvelgelsen av informantene, kjenner jeg ikke til, og heller ikke hvorvidt noen av informantene har følt seg «presset» til å delta fordi forespørselen kom fra leder. For de tilfellene av rekruttering som foregikk via enhetsledere, hadde jeg ingen innflytelse på hvordan utvelgelsen ble gjort foruten at inklusjonskriteriene skulle være oppfylt.

Metningskriterium og informasjonskraft brukes ofte som retningsgivere på utvalgsstørrelse (Malterud, 2011; Malterud et al., 2016). I delstudie I var metning satt som kriterium, og som tidligere nevnt anses utvalget å være stort nok. For de øvrige studiene, hvor utvalgene var relativt små, ble det lagt vekt på det Malterud (2016) kaller informasjonskraft. Informasjonskraft handler om at utvalget må tilpasses hensikten med studien, spesifisiteten til utvalget, styrken på dialogen og valgte analysemetode (Malterud et al., 2016), med utgangspunkt i dette ble antall informanter i delstudie II og III ansett som tilstrekkelig.

Helsepersonellet i delstudie I og II har ulik utdanningsbakgrunn. Dette anses som en styrke da det gjenspeiler de som faktisk fatter beslutninger om behovsmedisinering i omsorgsboliger. Ideelt sett er dette en verne-/sykepleieroppgave, men i praksis er det personer med varierende formell kompetanse som ivaretar oppgaven basert på dispens. En svakhet ved utvalget i delstudie I og II er at det kun er kvinnelige informanter. Samtidig reflekterer dette delvis kjønnsfordelingen i omsorgsboliger, hvor det som regel er flest kvinnelige ansatte. Det er imidlertid mulig at menn kan ha

en annen tilnærming til beslutningstaking (de Acedo Lizárraga et al., 2007). En svakhet ved utvalget i delstudie III er at informantene ikke representerer beboere som helsepersonellet synes det er vanskeligst å ta beslutninger for, for eksempel beboere med kommunikasjonsvansker og kognitiv svikt. For å få til intervju med beboere måtte det være beboere som kunne uttrykke hva de tenker og mener, og det var også et krav om samtykkekompetanse. Samtidig viser informantene i denne studien at beboere i omsorgsboliger er en meget heterogen gruppe.

I avhandlingen benyttes begrepet informanter i artikkel I og II, mens begrepet deltager benyttes i artikkel 3. Hvilket begrep man bruker om de som deltar i forskningen er ikke omforent, men ulike tradisjoner benytter seg av ulike begrep (Morse, 1991). «Deltager» indikerer blant annet at den som studeres har en mer aktiv rolle i forskningen enn det «informant» skulle tilsi (Morse, 1991). Da jeg fra tidligere har vært vant til å bruke begrepet informanter ble dette det begrepet benyttet i begynnelsen. Etter å ha satt meg inn i teori om narrativer ble begrepet deltager mer fremtredende. Alle de intervjuede har vært med på å påvirke intervjuene med utgangspunkt i at det er en samhandlingssituasjon, og slik sett har alle informantene vært aktive deltagere uavhengig av hvilket begrep som brukes.

### **5.2.3 Intervju**

Semistrukturerte intervjuguider ble utarbeidet for alle delstudiene for å sikre at intervjuene forgikk innenfor de samme rammene (Patton, 2015). Det at jeg startet med å skape en felles forståelse kan selvfølgelig ha påvirket hva informantene valgte å snakke om videre i intervjuet, men det er også mulig at måten man starter et intervju på uansett vil prege resten av forløpet. I delstudie II og III var det stor variasjon på hvor mye informantene snakket, og i hvor stor grad jeg som intervjuer måtte stille oppfølgingsspørsmål for å få utfyllende informasjon. I de tilfeller jeg måtte stille mange spørsmål, var sannsynligvis intervjuet som en samkonstruksjon av samtalen (Bamberg, 2012; Riessman, 2008) i enda større grad preget av meg som forsker enn i de tilfeller der informantene fortalte uavbrutt. Troverdighet handler også om å ikke



stille ledende spørsmål (Lincoln & Guba, 1986). I ettertid kan man se at påstandene/vignettene brukt i intervjuene kan virke som ledende spørsmål. Dette burde vært fanget opp i pilotintervjuene, men det ble det ikke.

Pilotintervju brukes for å kvalitetssikre og øve på intervjusituasjonen (Kvale, 2008, s. 147). Dette ble gjennomført for delstudie I og III og er ikke inkludert i analysene. For delstudie I var det en liten gruppe helsepersonell som deltok i pilotintervju, mens i delstudie III var det en eldre hjemmeboende person (altså noe utenom målgruppa) med helsefagbakgrunn som deltok. Piloteringen fungerte godt for delstudie I, men hadde noen svakheter i delstudie III. Da jeg intervjuet beboerne i omsorgsboligene, oppdaget jeg raskt at jeg måtte spørre på en helt annen måte for at de skulle forstå spørsmålene mine, noe jeg antar har med at språket ble for «helsefaglig». I tillegg hadde disse informantene helt andre og ulike assosiasjoner til spørsmålene enn det jeg forventet. Det å være åpen for å følge opp det uventede ble derfor særdeles viktig (Kvale, 2008; Patton, 2015). I ettertid ser jeg at jeg burde ha funnet en annen informant til pilotintervjuet, og at intervjuguiden kunne med fordel vært enda mindre strukturert.

Trygghet for informantene i intervjusettingen er viktig for å få god kvalitet på intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Som moderator var jeg bevisst min rolle ved å være ydmyk overfor de fortellinger og synspunkter informantene hadde. Det var viktig for meg å skape en avslappet stemning (Kitzinger, 1995) i alle intervjuene. Det ble forsøkt å skape en så lett og uformell stemning som mulig, med kaffe og noe å bite i (når dette var mulig før Covid-19 pandemien).

Ulempen ved fokusgrupper er at i noen tilfeller vil enkelte gruppemedlemmer og deres meninger ikke komme frem på grunn av gruppe-normer (Kitzinger, 1995). Som en «utenfra-forsker» kjente jeg ikke til om det var noen slike spenninger i gruppa som jeg burde tatt hensyn til. Dynamikken i fokusgruppene varierte, noe som kan ha sammenheng med sammensettingen av gruppene. Mange av informantene var forsiktige med å uttrykke seg negativt, noe som kan skyldes at det var ulike helsepersonellgrupper samlet. Mens størrelsen på fokusgruppa ikke så ut til å innvirke

på dynamikken, hadde informantenes fysiske plassering en betydning for deltagelse. I det første fokusgruppeintervjuet ble informantene sittende på rekke (ikke rundt bordet), dette påvirket dynamikken i intervjuet noe ved at gruppesamtalen stoppet opp. I de neste intervjuene passet jeg på å beskrive bedre hvordan jeg ville at informantene skulle sitte.

Kvalifikasjonene til forskeren har innvirkning på kvaliteten av intervju (Kvale, 2008; Lincoln & Guba, 1986). Jeg har gjort alle intervjuene selv, noe som har vært fordelaktig for min kjennskap til datamaterialet. I fokusgruppeintervjuene hadde jeg med en assisterende moderator, noe som var positivt med tanke på refleksjonsprosessen i etterkant, fordi jeg hadde noen å diskutere intervjuene med. De individuelle intervjuene gjennomførte jeg alene, med unntak av to der det deltok en tolk.

Det å bruke tolk var uvant for meg, og selv om det fungerte så fikk jeg ikke til «small-talk» på samme måte som i de øvrige intervjuene. Erfaringsmessig kom det en del interessant ved småprat mellom spørsmålene, og i disse intervjuene ble nok spørsmålene noe mer konkrete. Tolken ble engasjert av enhetsleder og hadde ingen kjennskap til min studie, noe som muligens kan påvirke intervjuene ved at tolkingen ble vanskeligere (Jones & Boyle, 2011). Å ha en tolk med god kjennskap til både språk og kultur er en styrke (Jones & Boyle, 2011). Tolken og deltagerne kjente hverandre, slik at informantene var kanskje mer komfortable med tolken enn med meg. Da jeg ikke kan tegnspråk, kunne jeg ikke vurdere hvordan tolken «oversatte» mine spørsmål eller beboerens svar. Disse deltagerne var imidlertid opptatt av det samme som de hørende deltagerne, noe som ikke antyder noen store bias.

En strategi for å bekrefte funnenes troverdighet er å sjekke med informantene om data er riktig oppfattet. Dette kan være en særlig utfordring i fortolkende analyser (Lincoln & Guba, 1986; Patton, 2015). Member-check (Carlson, 2010) ble gjennomført i delstudie II, hvor alle informantene leste gjennom sine transkripsjoner og ga tilbakemelding på disse. En av informantene hadde en tilleggskommentar. En slik gjennomlesing ble ikke gjort i studie I og III av praktiske årsaker (jeg hadde ikke

kontaktinformasjon til den enkelte informant, bare til enhetsleder som hadde hjulpet til med inkludering). Informantene ble ikke inkludert i å vurdere analysene, noe de med fordel kunne vært for å sikre at resultatene var gjenkjennbare for de som har deltatt i studiene.

Overførbarhet er sentralt i kvalitativ forskning (Lincoln & Guba, 1986), der man ser etter tendenser som er gyldige for en spesiell gruppe (Graneheim & Lundman, 2004), for eksempel helsepersonell som arbeider i omsorgsboliger. Temaet og konteksten som denne avhandlingen representerer finnes det lite forskning om fra før og det er et tjenestetilbud som organiseres svært ulikt i de ulike kommunene. Med utgangspunkt i fylldige beskrivelser av utvalg og kontekst, kan trolig deler av kunnskapen om beslutningstaking i forbindelse med behovsmedisinering overføres til andre settinger. Hovedhensikten med avhandlingen var å utvikle ny kunnskap, på den måten er ikke konklusjonene absolutte men åpner heller opp for ny forståelse, fortolkninger og flere spørsmål.



## 6 Konklusjon

Avhandlingen bidrar med kunnskap om hvordan beslutningstaking om behovsmedisinering for eldre som bor i omsorgsboliger praktiseres. Avhandlingen gir innsikt i helsepersonell og beboeres erfaringer, og bidrar med dette til å forstå mer om kompleksiteten i beslutningstaking. Kunnskapen har betydning for alle i omsorgsboliger som er involvert i beslutningstaking om behovsmedisin, spesielt helsepersonellet og aktuelle samarbeidspartnere (for eksempel fastleger), ledere og andre som er ansvarlige for helse- og omsorgstilbudet i omsorgsboliger.

Beslutningstaking om behovsmedisiner er en institusjonell og sammensatt praksis, der det er flere involverte aktører. Avhandlingens funn viser at beslutningstaking om behovsmedisin praktiseres av helsepersonell og beboer i et samspill som påvirkes av hvilke kunnskapsdimensjoner den enkelte har med seg og hvordan man interagerer med hverandre. Andre helsepersonell i omsorgsboligen og andre aktører, slik som legen eller pårørende, har også innvirkning på praktiseringen. Ut fra resultatene i avhandlingen er det varierende i hvilken grad beslutningstaking kvalitetssikres.

Funnene i avhandlingen viser at det er en sårbar praksis der beslutningstakingen baserer seg på begrenset rasjonalitet der erfaringer og relasjoner er sentralt for beslutningsgrunnlaget. Praktisering av beslutningstaking påvirkes av hva den enkelte aktør bringer med seg, noe som kan føre til variasjoner i beslutningstakingen, og i noen tilfeller er en fare for pasientsikkerheten.

Praktisering av beslutningstaking er et samspill mellom beboer og helsepersonell som involverer dilemmaer mellom autonomi og faglige vurderinger. Avhandlingen viser ny kunnskap om beboere sin posisjonering av seg selv og andre i beslutningsprosessen, noe som gir en utvidet forståelse om hvordan legemiddelmottagere blir sett, forstått og involvert på ulikt vis i beslutninger.

## 6.1 Implikasjoner

Avhandlingen baserer seg på et utvalg helsepersonell og beboere sine erfaringer. Dette representerer deres erfaringer, men funnene vil også være relevante for annet helsepersonell som yter omsorg for eldre personer. Avhandlingen har fokus på beslutninger i forbindelse med behovsmedisinering, men noen av funnene vil også være relevante for beslutninger i forbindelse med legemiddelhåndtering generelt.

I avhandlingens hensikt (kap. 1.2) påstås det at økt forståelse og ny kunnskap kan være viktig for praksisen og kvalitetssikringsarbeidet. Ut fra avhandlingens funn er det tre momenter jeg vil løfte frem her: mer involvering av beboerne i beslutningstaking om behovsmedisin, systematiske legemiddelgjennomganger, samt en dokumentasjonspraksis som må forbedres. Dette er momenter som er koblet til hverandre, og kan bidra til forbedret pasientsikkerhet, samt mer ensartet praksis.

Å involvere beboere i beslutningstaking, dersom de selv ønsker å være aktive og har kognitiv kapasitet til dette, vil kunne styrke pasientsentrert omsorg. Beboeren blir en medspiller, og har med seg en annen tilnærming enn helsepersonellet til egen legemiddelbruk. Ved å være åpen for at deres erfaringskunnskap også er viktig i beslutninger så vil man som helsepersonell kunne ha et bedre beslutningsgrunnlag. Legemiddelgjennomgang sammen med beboere kan være en innfallsport til dette samarbeidet. Dette vil i tillegg kunne øke beboerens helseforståelse, noe som igjen vil kunne medføre et bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonellet.

I avhandlingen kommer det frem at det i flere omsorgsboliger er utfordringer med legemiddellister som ikke er oppdatert og at ingen tar ansvar oppdatering av disse. Det bør legges til rette for at legemiddellistene gjennomgås systematisk. I tillegg til at dette kvalitetssikrer legemiddelbruken og fungerer som beslutningsstøtte med redusert handlingsrom, er det en arena for samhandling mellom helsepersonell i omsorgsboligen og fastlegen.

Lite fungerende dokumentasjonssystem fremmes av helsepersonellet i denne avhandlingen som utfordrende for beslutningstaking om behovsmedisin. Det må utarbeides systemer eller rutiner som gjør det enkelt å dokumentere praktiseringen av behovsmedisin, slik at systemene fungerer etter sin hensikt. God dokumentasjonspraksis kan bidra til at beslutningstakingen ikke er like avhengig av erfaringer og relasjoner som det kan synes ut fra denne avhandlingen.

På systemnivå bør det fokuseres på kompleksiteten i beslutningstaking ved utdanning av helsepersonell som skal ta beslutninger om legemidler, også i forbindelse med tverrprofesjonelt samarbeid. Fokus på beslutningstaking og delt beslutningstaking kan tas inn som en del av medikamentkompetansen. Basert på funnene i denne avhandlingen er det også vesentlig at dagens legeordning for omsorgsboliger gjennomgås. Til sist er det vesentlig at man får frem legemiddelbrukerens stemme i diskurser om legemiddelbruk.

## **6.2 Forslag til videre forskning**

Studienes funn gir grunnlag for videre forskning og det er flere forhold det kunne vært nyttig å få mer kunnskap om. Ut fra de tre delstudiene ble det laget en samlet analyse med en tilhørende illustrasjon. I illustrasjonen fremheves det at det er flere aktører enn helsepersonell og beboer som tar beslutningen sammen, og som kan ha innvirkning på hvordan beslutningstaking foregår, slik som lege og pårørende. I tillegg er det i diskusjonen antydnet at det er forhold på systemnivå som påvirker beslutningstaking. Kvalitative studier med leger, pårørende, ledere og eventuelt andre samarbeidspartnere vil kunne bidra med å utfylle illustrasjonen og kunnskapsbildet om beslutningstaking for eldre i omsorgsboliger.

Delstudie I og II baserer seg på intervju med helsepersonell der det avdekkes forhold som virker inn på beslutningstaking om behovsmedisin. Observasjonsstudier i omsorgsboliger vil kunne gi mer kunnskap om disse forholdene, samt gitt et mer utfyllende bilde på den samlede praktiseringen av beslutningstaking om

behovsmedisin. I avhandlingen fokuseres det blant annet på forhold rundt medisinlister og dokumentasjon i pasientjournaler, dokumentanalyser vil kunne gi mer detaljert kunnskap om faktisk bruk av behovsmedisin og hva som dokumenteres.

Gjennom delstudie III får vi innsikt i beboeres posisjonering i forbindelse med beslutningstaking. Studier med helsepersonell der en ser på posisjonering i forbindelse med beslutningstaking kan gi ytterligere kunnskap for å forstå det komplekse samspillet som foregår når beslutningstaking skal deles med andre. Ut fra min erfaring er det gjort lite forskning som knytter posisjoneringsteori sammen med teori om beslutningstaking innenfor helse- og omsorgstjenester.

Kommunale omsorgsboliger er som nevnt et fasettert omsorgstilbud, og det er en kontekst hvor det er gjort lite forskning. Med tanke på at dette er en boform som er økende, så er det i samfunnets interesse å få mer kunnskap om ulike deler av praksis i denne boformen, ikke minst i forbindelse med praktisering av legemiddelhåndtering (både behovsmedisin og fastmedisin). Både kvalitative og kvantitative studier vil kunne gi utfyllende kunnskap. I denne avhandlingen har fokuset vært på omsorgsboliger for eldre personer, men det burde også være av interesse å gjøre lignende studier i omsorgsboliger for mennesker for utviklingshemming.



## 7 Referanser

- Aerts, L., Cations, M., Harrison, F., Jessop, T., Shell, A., Chenoweth, L., & Brodaty, H. (2019). Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 34*(11), 1572-1581. <https://doi.org/10.1002/gps.5167>
- Allred, D. P., Kennedy, M. C., Hughes, C., Chen, T. F., & Miller, P. (2016). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Alteren, J. (2012). Å lære legemiddelhåndtering i sykehjem. Sykepleierstudentenes utfordringer. *Vard i Norden, 32*(106), 34-38. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/010740831203200408>
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur.
- Amble, N. (2014). Å lære å lære—om læring i praksis I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Andreassen, L. M. (2009). *Helsepersonells erfaringar, tankar og haldningar til behovsmedisinering i sjukeheimar*. [Masteroppgave, Universitetet i Bergen].
- Andreassen, L. M., Halvorsen, K. H., & Granås, A. G. (2011). Store ulikskapar i innhald, utforming og kvalitet på dei generelle skriftlege direktiva. *Sykepleien forskning 2011*(6), 46-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienn.2011.0061>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners, 35*(4), 216-224. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S., & Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian welfare context: an analysis of policy discourses. *Journal of Social Policy, 46*(3), 583-601. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0047279416000817>
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of narrative and life history, 7*(1-4), 335-342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/jnlh.7.42pos>
- Bamberg, M. (2012). Narrative practice and identity navigation. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Varieties of narrative analysis* (s. 99-124). Sage. <https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781506335117.n6>
- Bekker, H. L. (2009). Using decision-making theory to inform clinical practice. In A. Edwards & G. Elwyn (Eds.), *Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice* (Vol. 2, s. 45-51). Oxford University Press.
- Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker, I., Omli, R., & Steinsbekk, A. (2017). Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study. *BMC Family Practice, 18*(1), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12875-017-0598-0>
- Benner, P. (1984). From novice to expert. *American Journal of Nursing, 82*, 402-407.

- Berg, C., Blix, H. S., Fenne, O., Furu, K., Hjellevik, V., Husabø, K. J., Litleskare, I., Rønning, M., Sakshaug, S., Selmer, R., Sjøgaard, A., & Torheim, S. (2018). *Reseptregisteret 2013–2017 [The Norwegian Prescription Database 2013–2017] Legemiddelstatistikk 2018:2*. Folkehelseinstituttet.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Fagbokforlaget.
- Beuscart, J. B., Pont, L. G., Thevelin, S., Boland, B., Dalleur, O., Rutjes, A. W., Westbrook, J. I., & Spinewine, A. (2017). A systematic review of the outcomes reported in trials of medication review in older patients: the need for a core outcome set. *British journal of clinical pharmacology*, *83*(5), 942-952.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bcp.13197>
- Bjørndal, B. (2011). Langt fram til velinformerte beslutninger i norsk helsetjeneste. *Michael*, *8*, 179-188. <https://doi.org/https://www.michaeljournal.no/i/2011/06/Langt-fram-til-velinformerte-beslutninger-i-norsk-helsetjeneste>
- Blix, B. H. (2017). Analyser av narrativ samhandling. I R. Sørly & B. H. Blix (Red.), *Fortelling og forskning. Narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv* (s. 111-122). Orkana Akademisk.
- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*, *9*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
- Bornemark, J., & Svenaeus, F. (2009). *Vad är praktisk kunskap?* (Vol. 1). Södertörns högskola.
- Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B., Gurses, A. P., Alvarado, C., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *BMJ Quality & safety*, *15*, i50-i58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Carder, P. C. (2012). "Learning about your residents": How assisted living residence medication aides decide to administer pro re nata medications to persons with dementia. *Gerontologist*, *52*(1), 46-55.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/gnr099>
- Carlson, J. A. (2010). Avoiding traps in member checking. *Qualitative Report*, *15*(5), 1102-1113.
- Chang, C. W., Huang, H. C., Chiang, C. Y., Hsu, C. P., & Chang, C. C. (2012). Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. *Journal of advanced nursing*, *68*(8), 1793-1803. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05871.x>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, *44*(5), 681-692. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Chen, L., Bell, J. S., Visvanathan, R., Hilmer, S. N., Emery, T., Robson, L., Hughes, J. M., & Tan, E. C. (2016). The association between benzodiazepine use and sleep quality in residential aged care facilities: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, *16*(196). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-016-0363-6>

- Christensen, A. B., Holmbjer, L., Midlöv, P., Höglund, P., Larsson, L., Bondesson, Å., & Eriksson, T. (2011). The process of identifying, solving and preventing drug related problems in the L IMM-study. *International journal of clinical pharmacy*, 33(6), 1010-1018.
- Cohen, M. S. (1993). Three paradigms for viewing decision biases. *Decision making in action: Models and methods*, 1, 36-50.
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), 1435-1443.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Costanzo, C., Doll, J., & Jensen, G. M. (2019). Shared decision making in practice. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health professions* (4. utg., s. 181-190). Elsevier.
- Croskerry, P. (2017). A model for clinical decision-making in medicine. *Medical Science Educator*, 27(1), 9-13.
- Croskerry, P. (2019). Clinical decision making in emergency medicine. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health professions* (4 utg., s. 285-294). Elsevier
- de Acedo Lizárraga, M. L. S., de Acedo Baquedano, M. T. S., & Cardelle-Elawar, M. (2007). Factors that affect decision making: gender and age differences. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 381-391.
- Devik, S. A., Alteren, J., & Olsen, R. M. (2021). 3. Kunnskap og vilje, men uten myndighet? In *God helse* (s. 45-67). <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-03>
- Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291-299.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>
- Dickson, G. L., & Flynn, L. (2012). Nurses' clinical reasoning: Processes and practices of medication safety. *Qualitative Health Research*, 22(1), 3-16.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732311420448>
- Djønnne, E., Myhrer, S., & Kaurin, M. (2016). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren* (IS-2469). Helsedirektoratet.  
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1184/2015\\_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1184/2015_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren.pdf)
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1986). *Mind over machine : the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Basil Blackwell.
- Dy, S. M., & Purnell, T. S. (2012). Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: a literature review. *Social science & medicine*, 74(4), 582-587. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.015>

- Dörks, M., Allers, K., & Hoffmann, F. (2019). Pro Re Nata Drug Use in Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association, 20*(3), 287-293.
- Dörks, M., Schmiemann, G., & Hoffmann, F. (2016). Pro re nata (as needed) medication in nursing homes: the longer you stay, the more you get? *European Journal of Clinical Pharmacology, 72*(8), 995-1001. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00228-016-2059-4>
- Daatland, S. O., Høyland, K., & Otnes, B. (2015). Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. *Journal of Housing For the Elderly, 29*(1-2), 180-196. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02763893.2015.989778>
- Daatland, S. O., & Otnes, B. (2015). Institusjon eller omsorgsbolig? *Samfunnsspeilet, 3/2015*. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/242845?\\_ts=1506527af18](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242845?_ts=1506527af18)
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., & Rollnick, S. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine, 27*(10), 1361-1367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Fiva, J. H., Sørensen, R. J., & Hagen, T. P. (2014). *Kommunal organisering: effektivitet, styring og demokrati* (7 utg.). Universitetsforlaget.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing, 15*(12), 1498-1508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Samvalg*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>
- Forskrift for sykehjem m.v., (1988). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-1988-11-14-932) <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene, (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842) <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene forskning, 2*(13), 55-66. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/11250/99049>
- Frank, A. W. (2012). Practicing dialogical narrative analysis. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Varieties of narrative analysis* (s. 33-52). Sage. <https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781506335117.n3>
- Gabbay, J., & le May, A. (2016). Mindlines: making sense of evidence in practice. *British Journal of General Practice. https://doi.org/https://doi.org/10.3399/bjgp16X686221*
- Gigerenzer, G. (2008). *Gut Feelings. The Intelligence Of The Unconscious*. Penguin Books.

- Gillespie, M. (2010). Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 333-340. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.02.003>
- Gillespie, M., & Peterson, B. L. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: The situated clinical decision-making framework. *Nursing education perspectives*, 30(3), 164-170.
- Gladstone, N. (2012). Comparative Theories in Clinical Decision Making and their Application to Practice: A Reflective Case Study. *British Journal of Anaesthetic and Recovery Nursing*, 13(3-4). <https://doi.org/10.1017/S1742645612000435>
- Glette, M. K., Kringeland, T., Røise, O., & Wiig, S. (2018). Exploring physicians' decision-making in hospital readmission processes-a comparative case study. *BMC health services research*, 18(1), 725. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-018-3538-3>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Universitetsforlaget.
- Gurbutt, R. (2006). *Nurses' clinical decision making* (1. utg.). Radcliffe Publishing. <https://doi.org/10.4324/9781315383217>
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Harvard University Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/j.ctv1bzfp1z>
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., & Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *The Annals of Family Medicine*, 11(3), 262-271. <https://doi.org/262-271.10.1370/afm.1499>
- Halvorsen, K. H., Kucukcelik, S., Garcia, B. H., & Svendsen, K. (2019). Assessing Potentially Inappropriate Medications in Nursing Home Residents by NORGE-PH Criteria. *Pharmacy*, 7(1), 26. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/pharmacy7010026>
- Halvorsen, K. H., Ruths, S., & Granås, A. G. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 82-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/02813431003765455>
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). Recent advances in positioning theory. *Theory & Psychology*, 19(1), 5-31.
- Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse-og omsorgssektoren*. Telemarksforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2444620>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/st-rategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2018). *Hva er kravene til en legemiddelgjennomgang?*  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-legemiddelgjennomgang-for-beboere-pa-sykehjem/hva-er-kravene-til-en-legemiddelgjennomgang>
- Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handling-splan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handling-splan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Helsedirektoratet (2020). *I trygge hender 24/7*. Helsedirektoratet.  
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helsenorge.no. (2020). *Samvalg*. <https://helsenorge.no/samvalg>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helstrup, T., & Kaufmann, G. (2000). *Kognitiv psykologi*. Fagbokforlaget.
- Higgs, J., & Jensen, G. M. (2019). Clinical reasoning. Challenges of Interpretation and Practice in the 21st Century. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the Health professions* (4. utg., s. 3-11). Elsevier.
- Higgs, J., & Jones, M. (2019). Multiple spaces of choice, engagement and influence in clinical decision making. I J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Red.), *Clinical reasoning in the health professions* (s. 33-43). Elsevier.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.  
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hvinden, B., Bang, K., Fjørtoft, K., Holand, I., Johnsen, R., Kolstad, I., & Enebakk, V. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. In. Oslo: Forskningsetiske komiteer.
- Høyer, K. L. (2012). Hva er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap* (4. utg., s. 17-41). Munksgaard.

- Imingen, I. (2011). Behovsmedisinering krever klare prosedyrer. Ulike prosedyrer kan sette kvaliteten i forhold til rett medisinering av den enkelt pasient i fare. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 53. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0062>
- Jackson, P., & Klobas, J. (2008). Building knowledge in projects: A practical application of social constructivism to information systems development. *International Journal of Project Management*, 26(4), 329-337. <https://doi.org/http://doi.org/10.1016/j.ijproman.2007.05.011>
- Jimu, M., & Doyle, L. (2019). The Administration of Pro re nata Medication by Mental Health Nurses: A Thematic Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(6), 511-517. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1543739>
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51, 40-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 37-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Jones, E. G., & Boyle, J. S. (2011). Working with translators and interpreters in research: Lessons learned. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 109-115. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1043659610395767>
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzel.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzel.
- Kahneman, D. (2012). *Tenke, fort og langsomt*. Pax forlag.
- Kant, I., & Meiklejohn, J. M. D. (2009). *The Critique of Pure Reason*. The Floating Press.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British medical journal*, 311(7000), 299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research* (3. utg.). Sage Publications.
- Kvale, S. (2008). *Doing interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsinterview* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Gutterrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19)—et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL*. (IS-2959).
- Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health affairs*, *32*(2), 276-284. <https://doi.org/https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1078>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation*, *1986*(30), 73-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, *108*, 103632. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lindseth, A. (2015). Svarevne og kritisk refleksjon—Hvordan utvikle praktisk kunnskap. I J. N. McGuirk & J. S. Methi (Red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning* (s. 43-61). Fagbokforlaget.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*,
- Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, *13*(1), 57-65. <https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, *358*(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, *26*(13), 1753-1760. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- March, J. G. (1994). *Primer on decision making: How decisions happen*. Simon and Schuster.
- Martens, C. (2014). Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem, . I S. O. Daatland (Red.), *Boliggjøring av eldreomsorgen* (s. 19-37). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design* (3. utg.). Sage Publications. <https://books.google.no/books?id=xAHCOmtAZd0C&lpq=PR5&ots=Y1BUpoukdZ&dq=Qualitative%20Research%20Design%20Maxwell&lr&hl=no&pg=PR5#v=onepage&q=Qualitative%20Research%20Design%20Maxwell&f=true>



- McGuirk, J. N., & Methi, J. S. (2015). Praktisk kunnskap som fag- og forskningsfelt. I J. N. McGuirk & J. S. Methi (Red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning* (s. 9-39). Fagbokforlaget.
- McKenzie, A., Kudinoff, T., Benson, A., & Archillingham, A. (1999). Administration of PRN medication: a descriptive study of nursing practice. *The Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 8(4), 187-191.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.1999.00151.x>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A., & Fjørland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. S. f. omsorgsforskning.  
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2596428>
- Meld. St.13 (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis.*: Kunnskapsdepartementet, Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/sec1>
- Meld. St.28 (2014–2015). *Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse.*: Helse- og omsorgsdepartementet, Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- Meld. St. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Helse og omsorgsdepartementet, Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Mezinskas, P. M., Keller, A. W., & Luggen, A. S. (2004). Assessment of pain in the cognitively impaired older adult in long-term care. *Geriatr Nurs*, 25(2), 107-112.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2003.09.005>
- Miller, J., & Glassner, B. (2016). The 'inside' and the 'outside': Finding realities in interviews. In *Qualitative research* (4. Utg., s. 51-66). Sage.
- Minsky, M. (1974). A framework for representing knowledge. In: Massachusetts Institute of Technology.
- Mishler, E. G. (1995). Models of narrative analysis: A typology. *Journal of narrative and life history*, 5(2), 87-123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/jnlh.5.2.01mod>
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier: en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.) *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Universitetsforlaget.
- Molander, B. (2015). *The Practice of Knowing and Knowing in Practices*. Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften. <https://doi.org/10.3726/978-3-653-06131-4>
- Morgan, D. L. (1997). *The focus group guidebook* (Vol. 1). Sage publications.
- Morse, J. M. (1991). Subjects, respondents, informants, and participants? *Qualitative Health Research*, 1(4), 403-406. <https://doi.org/10.1177/104973239100100401>

- Moyle, W., El Saifi, N., Draper, B., Jones, C., Beattie, E., Shum, D., Thalib, L., Mervin, C., & S, O. D. (2017). Pharmacotherapy of Persons with Dementia in Long-Term Care in Australia: A Descriptive Audit of Central Nervous System Medications. *Current Drug Safety, 12*(2), 95-102. <https://doi.org/10.2174/1574886312666170209113203>
- Murray, L. (2017). *The Role of the Registered Nurse Managing Pro Re Nata (PRN) Medicines in the Care Home (Nursing): a Case Study of Decision-Making, Medication Management and Resident Involvement*. Doktorgradsavhandling, University of Hertfordshire. Hatfield, UK.
- Namageyo-Funa, A., Rimando, M., Brace, A. M., Christiana, R. W., Fowles, T. L., Davis, T. L., Martinez, L. M., & Sealy, D.-A. (2014). Recruitment in Qualitative Public Health Research: Lessons Learned During Dissertation Sample Recruitment. *Qualitative Report, 19*(4). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1282>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford university press.
- O' Mahony, D., O' Sullivan, D., Byrne, S., O' Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2014). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and ageing, 213*-218. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- Odberg, K. R., Hansen, B. S., & Wangensteen, S. (2019). Medication administration in nursing homes: A qualitative study of the nurse role. *Nursing open, 6*(2), 384-392. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.216>
- Odberg, K. R., Hansen, B. S., Aase, K., & Wangensteen, S. (2020). A work system analysis of the medication administration process in a Norwegian nursing home ward. *Applied Ergonomics, 86*, 103100. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103100>
- Olsen, R. M., & Devik, S. A. (2016). *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet—En oppsummering av kunnskap* (8283400487). S. f. omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2415062>
- Orasanu, J., & Connolly, T. (1993). The reinvention of decision making. I G. A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, & C. E. Zsombok (Red.), *Decision making in action: Models and methods* (Vol. 1, s. 3-20).
- Padgett, J., Gossett, K., Mayer, R., Chien, W.-W., & Turner, F. (2017). Improving Patient Safety through High Reliability Organizations. *Qualitative Report, 22*(2). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2547>
- Parekh, N., Ali, K., Davies, K., & Rajkumar, C. (2018). Can supporting health literacy reduce medication-related harm in older adults? *Therapeutic Advances in Drug Safety, 22*(2). <https://doi.org/10.1177/2042098618754482>
- Pasient- og brukerreteighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerreteigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4. utg.). Sage Publications.

- Pettersen, K. S., & Jenum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Ree, E., Wiig, S., Braithwaite, J., & Aase, I. (2020). To what degree and how do healthcare professionals in nursing homes and homecare practice user involvement? A mixed methods study. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(02), 119-136.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-09>
- Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie-Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Studentlitteratur AB.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications.
- Rohde, E., & Domm, E. (2018). Nurses' clinical reasoning practices that support safe medication administration: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e402-e411.
- Ryder, P. T., Joseph, M., Zuckerman, M., & Zuckerman, I. H. (2009). Administrators' perceptions of medication management in assisted living facilities: results from focus groups. *Consult Pharm*, 24(7), 513-523.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4140/TCP.n.2009.513>
- Rønningen, S. W., Bakken, K., & Granås, A. G. (2013). Behovsmedisinering i sykehjem: Forskrivning, bruk og dokumenatsjon av effekt. *Sykepleien Forskning*, 8(1), 14-24.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0005>
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods-whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K., & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 102-114. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.003>
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Klim.
- Scripcaru, G., Mateus, C., & Nunes, C. (2017). Adverse drug events—Analysis of a decade. A Portuguese case-study, from 2004 to 2013 using hospital database. *PloS One*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178626>
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131.  
<https://doi.org/10.1177/0272989x14551638>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>

- Simon, H. A. (1955). A behavioral model of rational choice. *The quarterly journal of economics*, 69(1), 99-118. <https://doi.org/10.2307/1884852>
- Skjørholm, A. E., & Devik, S. A. (2012). *Ambulerende tverrfaglig team – riktigere legemiddelbruk Et samarbeidsprosjekt mellom Midtre Namdal samkommune og Høgskolen i Nord-Trøndelag 2010-2011 Sluttrapport*. Høgskolen i Nord Trøndelag.
- Solstad, B. (2013). Det handler om pasientsikkerhet. Behovsmedisinering i sykehjem krever kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0021>
- Sosial- og helsedepartementet, & arbeidsdepartementet, K.-o. (1997). *Rundskriv I-27/97, H - 24/97 B, Omsorgsbolig - en veileder*. <https://lovdata.no/static/RDEP/i-1997-0029.pdf>
- Stanovich, K. E., West, R. F., & Toplak, M. E. (2014). Rationality, intelligence, and the defining features of Type 1 and Type 2 processing. I J. W. Sherman, B. Gawronski, & Y. Trope (Red.), *Dual-process theories of the social mind* (s. 80-91).
- Stasinopoulos, J., Bell, J. S., Ryan-Atwood, T. E., Tan, E. C. K., Ilomäki, J., Cooper, T., Robson, L., Sluggett, J. K., & Ilomäki, J. (2018). Frequency of and factors related to pro re nata (PRN) medication use in aged care services. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 14(10), 964-967. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.11.004>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *Boforhold, levekårsundersøkelsen. 09762: Boligtype- og standard for personer, etter kjønn og alder (prosent) 2012 - 2018*. <https://www.ssb.no/statbank/table/09762>
- Stokes, J. A., Purdie, D. M., & Roberts, M. S. (2004). Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharmacy World and Science*, 26(3), 148-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/B:PHAR.0000026803.89436.a8>
- Strömngren, M., Eriksson, A., Bergman, D., & Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International journal of nursing studies*, 53, 116-125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.012>
- Sulosaari, V., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2011). An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 464-478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x>
- Sørly, R., & Blix, B. H. (2017). *Fortelling og forskning: Narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv*. Orkana forlag.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Thorne, S., Joachim, G., Paterson, B., & Canam, C. (2002). Influence of the Research Frame on Qualitatively Derived Health Science Knowledge. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(1), 1-34. <https://doi.org/10.1177/160940690200100101>

- Thunholm, P. (2004). Decision-making style: habit, style or both? *Personality and Individual Differences*, 36(4), 931-944. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00162-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00162-4)
- Todd, P. M., & Gigerenzer, G. (2001). Putting naturalistic decision making into the adaptive toolbox. *Journal of Behavioral Decision Making*, 14(5), 381-383. <https://doi.org/10.1002/bdm.396>
- Usher, K., Baker, J. A., Holmes, C., & Stocks, B. (2009). Clinical decision-making for 'as needed' medications in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 981-991. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04957.x>
- Vabo, S. I. (2014). Flernivåorganisering—lokal skreddersøm og nasjonale standarder. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. (s. 158-174). Universitetsforlaget.
- Vabo, S. I., & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Reformtrender og endringsparadokser I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. (s. 62-79). Universitetsforlaget.
- Vaismoradi, M., Amaniyan, S., & Jordan, S. (2018). Patient safety and pro re nata prescription and administration: A systematic review. *Pharmacy*, 6(3), 95. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/pharmacy6030095>
- Vaismoradi, M., Jordan, S., Vizcaya-Moreno, F., Friedl, I., & Glarcher, M. (2020). PRN Medicines Optimization and Nurse Education. *Pharmacy*, 8(4), 201. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/pharmacy8040201>
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Eek, A. K., Davies, M. N., Moger, T. A., & Reikvam, A. (2012). How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ Open*, 2(6), e001461. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001461>
- Willeboordse, F., Hugtenburg, J. G., Schellevis, F. G., & Elders, P. J. (2014). Patient participation in medication reviews is desirable but not evidence-based: a systematic literature review. *British journal of clinical pharmacology*, 78(6), 1201-1216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bcp.12398>
- Woods, D. L., Guo, G., Kim, H., & Phillips, L. R. (2010). We've got trouble: medications in assisted living. *J Gerontol Nurs*, 36(4), 30-39. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100302-02>
- World Health Organization. (2001). *Men, ageing and health: Achieving health across the life span*. W. H. Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- World Health Organization. (2020). *Patient safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/patientsafety/en/>

World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization* 79, 373.  
<https://www.who.int/bulletin/archives/79%284%29373.pdf>

# Vedlegg





## Vedlegg 1 Litteratursøk og søkeord

Vedlegget gir en oversikt over utgangspunkt for systematisk litteratursøk med utgangspunkt i SPIDER, søkeord, søkestrategi og gjennomgang av funn. Søkene ble gjennomført i perioden januar-mars 2020.

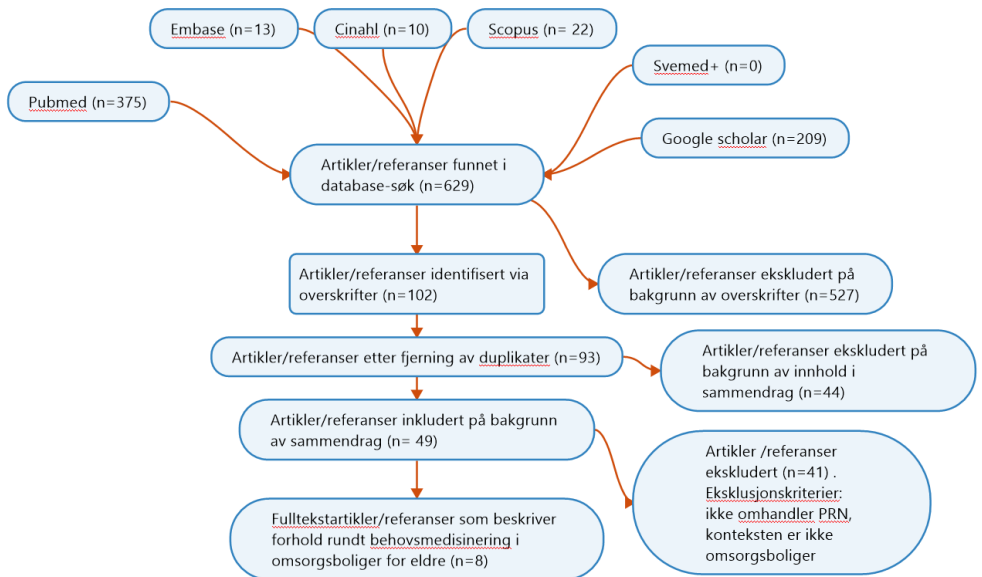
Oversikt over søk etter SPIDER modell

Sample	Eldre personer i omsorgsboliger Ansatte i omsorgsbolig
Phenomen of interest	Behovsmedisinering Beslutningstaking
Design	Ikke begrenset til komparative studier, alle studie design
Evaluation	(ikke inkludert i søk) Opplevelser, meninger, pasientsikkerhet, legemiddelrelaterte problemer
Research type	Alle
Databaser	Ovid medline/pubmed, Embase, Cinahl, Scopus, Swemed+, Google scholar (Oria, Cochrane Library, Web of Science)
Søkeord (MESH, kw/tw (nøkkelord/tekstord) (I Oria og Swemed brukt norske oversettelser av søkeord i tillegg)	pro re nata (prn, p.r.n), as needed, as required, medication*, drug*, homes for the aged, housings for the elderly, care home*, sheltered housing*, assisted living, long-term care, older, aged

\*=trunkering

## Eksempel på søkestrategi:

#	Searches	Results	Type
1	"pro re nata".mp.	914	Advanced
2	prn.mp.	3360	Advanced
3	("if needed medication" or "if needed drug").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	8	Advanced
4	("as required medication" or "as required drug").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word]	853	Advanced
5	"sheltered housing".mp. or home for the aged/	9134	Advanced
6	"long time care".mp.	19	Advanced
7	"assisted living".mp. or assisted living facility/	3495	Advanced
8	1 or 2 or 3 or 4	4579	Advanced
9	5 or 6 or 7	12246	Advanced
10	8 and 9	13	Advanced



Flytskjema for litteratursøk, inspirert av prisma-flow diagram

## Vedlegg 2 Forespørsel til kommunale helse- og omsorgsledere

Til  
XX



Namsos 29. januar 2018

### **Forespørsel om å gjennomføre datainnsamling tilknyttet doktorgradsprosjektet «Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre».**

Undertegnede er i gang med et doktorgradsstudium i studier av profesjonspraksis ved Nord universitet. I forbindelse med dette har jeg utarbeidet et Ph.d. prosjekt der hensikten er å få er å få innsikt i og kunnskap om helsepersonells<sup>3</sup> praksis i forbindelse med bruk av legemidler ved behov, og hvordan denne praksisen arter seg for både tjenesteyter og – mottager i kommunale omsorgsboliger for eldre. I den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre datainnsamlingen i flere kommuner, i første omgang i trøndelag. Dette er en forespørsel om å få tillatelse til å gjennomføre studien i XX kommune. Under kommer en kort presentasjon av prosjektet, mer utfyllende informasjon kan finnes i de øvrige vedleggene.

#### *Bakgrunn for prosjektet*

Legemidler som brukes ved behov, gis som respons på symptom(er) som oppstår hos en person, uten at det er et behov for fast legemiddelinntak. I helse- og omsorgsinstitusjoner gis disse legemidlene basert på observasjoner gjort av helsepersonell. Beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner bruker ofte mange legemidler både som fast ordinasjon og ved behov, med tanke på at også alder har påvirket legemiddelomsetning i kroppen, forutsetter det at helsepersonellet som tar beslutningen om en person skal få eller ikke få et behovslegemiddel gjør grundige vurderinger.

Det er gjort noen studier som tar for seg behovsmedisinering i kommunehelsetjenesten, men det synes å være få studier gjennomført i andre kommunale virksomheter enn sykehjem. Brukermedvirkning står sentralt i dagens helse- og omsorgstilbud, dette er også lovfestet. Når man som beboer i en omsorgsbolig ikke har ansvar for sine egne medisiner så er man avhengig av at helsepersonell ivaretar deres interesser. I noen studier stilles det spørsmål ved om det er en reell medvirkningsmulighet for pasienter som står på behovsmedisiner. Andre studier hevder at det er litt for «enkelt» å gi for eksempel beroligende legemidler for å få «en roligere vakt» eller for å unngå å vekke resten av institusjonen, og at prosedyrene gir for store rom for tolkninger. Ut fra de studier som er funnet synes fokuset å være på et behov for helsepersonell, i større grad enn for pasienter/beboeres behov. Det kan tyde på at legemidler gitt ved behov varierer med hvem som er på jobb og kulturen på arbeidsplassen. Legemiddelmeldingen setter søkelys på at det

---

<sup>3</sup> Med helsepersonell menes i denne sammenheng personell som har tillatelse til å dele ut legemidler.

er nødvendig med kunnskap om kommunale helse- og omsorgstjenester, også i forbindelse med legemiddelbehandling. Undertegnede ønsker at prosjektet skal gi mer kunnskap om hva som legges inn i de vurderinger som gjøres i forbindelse med behovsmedisinering, og hvordan dette oppleves av både tjenesteyter og –mottager.

### *Forskningsprosjektets 3 delstudier*

Studien er delt inn i 3 delstudier, alle kvalitative studier. Delstudie 1 er en fokusgruppeintervju-studie, der jeg ønsker å snakke med helsepersonell ansatt i kommunale omsorgsboliger for eldre om hva de mener påvirker behovsmedisineringen. Fokusgruppene størrelse vil tilpasses arbeidssted, men bør ha 4-8 deltagere, og vil gjennomføres i et utvalg kommuner. Delstudie 2 er en intervjustudie med helsepersonell om hvordan de opplever og forstår vurderinger, ansvar og sin rolle når det gjelder behovsmedisinering. Delstudie 2 vil i stor grad basere seg på funn fra studie 1, og gi utfyllende informasjon om noen av de momentene som kommer opp i fokusgruppene. Delstudie 3 har tjenestemottagere som informanter. Eldre beboere i kommunale omsorgsboliger som bruker sovemedisin eller smertestillende legemidler ved behov, og som er samtykkekompetent, ønskes rekruttert til en intervjustudie der fokuset er hvordan de opplever muligheten for medvirkning i forbindelse med bruk av behovsmedisin. For hver av studiene som baserer seg på individuelle intervju planlegges det å starte opp med 10 intervju i ulike kommuner.

Datainnsamling for delstudie 1 og 2 er planlagt gjennomført i 2018, mens delstudie 3 antas det å starte opp med høsten 2019. Tanken er å rekruttere informanter gjennom kontakt med leder for aktuelle omsorgsboliger. Varigheten på intervjuene vil være på ca 1-1,5 time, og undertegnede vil reise ut til omsorgsboligene for gjennomføring.

### *Etiske overveielser*

Delstudie 1 og 2 er vurdert av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt (REK, ref.: 2017/2073/REK midt) og meldt Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjekt: 57803). For delstudie 3 vil det samme gjøres i god tid før datainnsamling, og dere kan få tilsend saksnummer om ønskelig før oppstart. Informert, frivillig og skriftlig samtykke fra informantene vil innhentes for alle delstudiene i forkant av datainnsamlingen. Prosjektet følger etiske retningslinjer for Nord universitet, informantene kan trekke seg fra studien uten begrunnelse, og all informasjon behandles konfidensielt og anonymt. Lydopptak og transkriberte intervjuer vil oppbevares på kryptert elektronisk lagringsområde, der kun undertegnede har tilgang. Alle lydfiler slettes før utgangen av 2020.

Prosjektet er finansiert av stipendiatmidler ved Nord universitet. Veiledere er førsteamanuensis Rose M Olsen (sykepleieutdanningen Nord universitet) og førsteamanuensis Hege Sletvold (farmasiutdanningen Nord universitet).

Prosjektet antas å være avsluttet innen utgangen av 2020. Resultatene vil publiseres i vitenskapelige tidsskrifter. Dersom de kommunene som deltar i studien ønsker det, kan resultatene formidles muntlig til ansatte i kommunen mot slutten av prosjektiden.

Har du spørsmål om prosjektet eller denne henvendelsen, kan du gjerne ta kontakt med undertegnede eller min hovedveileder Rose M Olsen.

Dersom kommunen stiller seg villig til å delta i forskningsprosjektet, ber jeg om at du/dere kan være behjelpelig med å skaffe kontaktinformasjon (navn, telefonnummer, e-postadresse) til ledere for kommunale omsorgsboliger for eldre, for videre rekruttering av informanter.

Med vennlig hilsen

Marianne Kollerøs Nilsen

Ph.d. stipendiat i studier av profesjonspraksis

Nord Universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap, farmasiutdanningen

Finn Christiansens vei 1

7800 Namsos

Tlf 74212357/91739394

e-post: [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no)

Vedlegg:

Prosjektskisse forenklet med informasjonsbrev for delstudie 1 og 2. , Fullstendig prosjektskisse for hele Ph.d. prosjektet



## Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Vedlegg 3a delstudie I

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *«Behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre»*

***Fokusgruppeintervju om hvilke faktorer som kan påvirke vurdering og administrering av behovslegemidler.***

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er en farmasøyt ansatt ved farmasiutdanningen ved Nord universitet i Namsos, som nå er i gang med et doktorgradsprosjekt med fokus på behovsmedisinering til personer som ikke ivaretar sin egen medisinering. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om helsepersonells praksis i forbindelse med bruk av legemidler ved behov, og hvordan denne praksisen arter seg for både tjenesteyter og –mottager. Denne forespørselen gjelder den delen av prosjektet som tar for seg tjenesteyter- perspektivet.

Hensikten er å beskrive helsepersonells oppfatninger av hvilke faktorer som påvirker vurderinger og praktisk håndtering av behovsmedisinering for eldre som bor i omsorgsboliger. Jeg er ikke ute etter å se om dette gjøres «riktig eller galt», men ønsker å få kjennskap til den «tause kunnskapen» som helsepersonell bruker daglig.

For å få kjennskap til dette ønsker jeg å snakke med helsepersonell som har tillatelse til å dele ut legemidler i kommunale omsorgsboliger. Det er derfor du nå forespørres om å delta i et fokusgruppeintervju.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltagelse i studien innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju sammen med 4-7 andre, der fokuset vil være hvilke faktorer som kan påvirke vurdering og administrering av legemidler gitt ved behov. Fokusgruppen kan være sammensatt av sykepleiere, vernepleiere og eventuelt andre som har fått dispensasjon til håndtering av behovslegemidler.

Intervjuene vil vare ca 1 ½ time. Intervjuene tas opp på lydbånd og transkriberes i ettertid. Det vil i tillegg til undertegnede være en medforsker tilstede under selve intervjuene og denne personen skal hjelpe prosjektleder med praktiske forhold i intervjusettingen.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke oppbevares noe personidentifiserbar informasjon sammen med lydfile. Lydfile vil oppbevares utilgjengelig for andre enn prosjektansvarlig, og vil slettes når resultatene er publisert. De nedskrevne intervjuene vil ikke inneholde noen personidentifiserbare opplysninger.

Resultatene av studien vil publiseres som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes.

Prosjektet forventes å være ferdig avsluttet 20.10-2020.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Marianne Kollerøs Nilsen, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet. Tlf 74212357/91739394, [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, vennligst signer på samtykke og returner på mail til [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no) (eller lever til avdelingsleder).

### **Samtykke til deltakelse i studien**

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## **Vedlegg 3 b delstudie II**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

***«Behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre» Intervju om hvordan helsepersonell opplever og forstår de vurderinger som tas, sitt ansvar og sin rolle når det gjelder behovsmedisinering.***

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er en farmasøyt ansatt ved farmasiutdanningen ved Nord universitet i Namsos, som nå er i gang med et doktorgradsprosjekt med fokus på behovsmedisinering til personer som ikke ivaretar sin egen medisinering. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om helsepersonells praksis i forbindelse med bruk av legemidler ved behov, og hvordan denne praksisen arter seg for både tjenesteyter og –mottager. Denne forespørselen gjelder den delen av prosjektet som tar for seg tjenesteyter- perspektivet.

Den delen av prosjektet som denne forespørselen gjelder har til hensikt å få frem en forståelse av hvordan den enkelte (helsepersonell) tenker om behovsmedisinering, forhold som er med på å forme de avgjørelser en tar, og hvordan pasientsikkerheten ivaretas gjennom dette. Jeg er ikke ute etter å se om dette gjøres «riktig eller galt», men ønsker å få kjennskap til den «tause kunnskapen» som tjenesteytere bruker daglig.

For å få kjennskap til denne informasjonen ønsker jeg å snakke med helsepersonell som har tillatelse til å dele ut legemidler i kommunale omsorgsboliger. Det er derfor du nå forespørres om å delta i et intervju.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltagelse i studien innebærer at du deltar i et intervju på et sted og tidspunkt vi blir enige om, der fokuset vil være hvordan du opplever og forstår de vurderinger som tas, ditt ansvar og din rolle når det gjelder behovsmedisinering. Det skal til sammen gjennomføres intervju med ca 15 forskjellige personer som har tillatelse til å administrere legemidler ved behov. I denne studien skal det ikke innhentes data fra andre kilder.

Intervjuene vil vare ca 45-60 minutter. Intervjuene tas opp på lydbånd og transkriberes i ettertid.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke oppbevares noe personidentifiserbar informasjon sammen med lydfilene. Lydfilene vil oppbevares utilgjengelig for andre enn prosjektansvarlig, og vil slettes når resultatene er publisert. De nedskrevne intervjuene vil ikke inneholde noen personidentifiserbare opplysninger.

Resultatene av studien vil publiseres som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes.

Prosjektet forventes å være ferdig avsluttet 20.10-2020.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Marianne Kollerøs Nilsen, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet. Tlf 74212357/91739394, [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, vennligst signer på samtykke og returner på mail til [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no) (eller lever til avdelingsleder).

**Samtykke til deltakelse i studien**

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 3c delstudie III**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### **«Behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre» ?**

#### **Intervju om hvordan beboere i omsorgsboliger opplever beslutningstakingen og muligheter for medvirkning i forbindelse med bruk av behovsmedisin**

*Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en innsikt i hvordan beboere i omsorgsboliger opplever forhold rundt bruk av medisiner ved behov. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.*

### **Formål**

*Jeg er ansatt ved farmasiutdanningen ved Nord universitet i Namsos, og er i gang med et doktorgradsprosjekt med fokus på behovsmedisinering til eldre personer som bor i omsorgsboliger. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om praksis i forbindelse med bruk av legemidler ved behov, og hvordan denne praksisen er.*

*Denne forespørselen tar for seg beboer- perspektivet på behovsmedisin-praksisen. Dette er del 3 av i alt 3 studier. De to første del-studiene tok for seg helsepersonell sine oppfatninger om behovsmedisinering. For å kunne få til denne delen av prosjektet, er det viktig å kunne snakke med deg som bor i en omsorgsbolig, og forhåpentligvis har akkurat du lyst til å bli med.*

*Opplysningene som kommer frem i disse intervjuene skal presenteres i anonymisert form i forbindelse med min doktorgradsavhandling.*

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Det er Nord universitet som er ansvarlig for forskningsprosjektet. Rose M. Olsen er hovedveileder for prosjektet.*

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

*Jeg ønsker å snakke med personer som bruker sovemedisin og/eller smertestillende medisin ved behov, og som bor i kommunale omsorgsboliger. Dette er derfor du spørres om å delta i et forskningssamtale. Ved å delta i denne studien, kan du bidra til å utvikle ny og verdifull kunnskap på et felt hvor det mangler forskning.*

*I alt vil om lag 10 personer forespørres til å delta. Alle forespørres via enhetsleder i forskjellige, tilfeldig valgte omsorgsboliger.*

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

*Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i en samtale/forskningsintervju på et sted og tidspunkt vi blir enige om, der fokuset vil være hvordan du opplever behovsmedisinering. Samtalen vil tas opp på lydbånd, dette opptaket vil slettes etter at samtalen er nedskrevet i anonymisert form.*

*Samtalen vil vare ca 45 minutter.*

*De ansatte i omsorgsboligen vil ikke få kjennskap til det du forteller.*

*I denne studien skal det ikke innhentes informasjon fra andre kilder.*

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Opplysningene om deg vil kun brukes til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektansvarlig som har tilgang til lydopptak, de nedskrevne intervjuene vil også leses av veiledere.

Det skal ikke oppbevares noe informasjon som kan identifisere deg som deltager. Lydopptakene oppbevares kryptert, elektronisk, lagret inntil de slettes, og de nedskrevne (anonymiserte) intervjuene lagres på passord-beskyttet område på prosjektansvarlig sin PC.

All presentasjon av materialet fra intervjuene vil være anonymisert og ikke-identifiserbart. Resultatene vil offentliggjøres som gruppedata, det vil si at ingen av de som har deltatt eller hvor de kommer fra vil kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.10.2020. Alle lydopptak og annen informasjon om hvem som har deltatt, vil bli slettet senest ved prosjektets avslutning.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Nord universitet ved Marianne K Nilsen, [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no), telefon 74212357
- Vårt personvernombud: Toril I Kringen, [personvernombud@nord.no](mailto:personvernombud@nord.no), telefon: 74 02 27 50
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marianne Kollerøs Nilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger for eldre**», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta på forskningsintervju/ forskningssamtale

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.10.2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



# Vedlegg 4 Informasjonsbrosjyrer

## Vedlegg 4a delstudie I

### Ønsker du å delta?

Dersom du ønsker å delta, gi beskjed til din leder.

Les gjennom informasjonsbrevet for undersøkelsen, og fyll ut samtykkeskjema.

Utfyllt samtykkeskjema kan leveres til prosjektleder for intervjuet settes i gang.

#### Kontaktinformasjon

Marianne Kollnes Nilsen  
Tlf. +47 74 21 23 57  
E-post: marianne.k.nilsen@nord.no

Nord universitet  
Pensjonskontrollen  
Pensjonskontrollen v/eg 1  
7800 Namsos

### Vil du delta i forskning om legemiddel-håndtering?

Bli med som informant, og du bidrar til å videreutvikle kunnskap om håndtering av legemidler ved behov.

Doktorgradsstudie:

Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre



### Om studien

Studien angår som en av tre delstudier i et faglig rådgivningsprosjekt, ledt av Dr. med. i farmakologi / farmakologi spesialist Marianne Kollnes Nilsen, som er stipendiat og tar sin utdanning ved PhD i studiet i profesjonsstudier ved Nord universitet. Videre er Rose M Olsen og Håge Skjærås.

Studiens hensikt er å få ny kunnskap om de beslutninger og vurderinger som gjøres ved administrering av behovsmedisin.

#### Kunnskap om behovsmedisin viktig

- Legemidler som behandles ved behov, gir som regel en symptomlindring som oppstår like en person, men at det er en behøver for legemiddelbehandling.
- I helse- og omsorgstjenester gir disse legemidlene bistand på ubehagelige symptomer som behøver.
- Behøver i helse- og omsorgstjenester behandles ofte mange legemidler både som faste doser og ved behov.
- Det er mangelfull kunnskap om legemiddelbehandling utføres med administrasjon av legemidler ved behov i kommunale omsorgsboliger for eldre.

### Hvorfor delta?

Ved å delta i denne studien, kan du bidra til å utvide og videreutvikle kunnskap på et felt hvor det mangler forskning.

- Prosjektet er ikke å undersøke om bruk av legemidler gir en viktig eller god, men å få kunnskap til den store kunnskapsbehovet i helse og omsorg.
- Denne kunnskapen kan også skape grunnlag for livsrettsforbedring og økt pasienttrykkelighet i kommunale omsorgsboliger for eldre.

**Er du helsepersonell med tilfelle til å dele ut legemidler ved behov kan DU være en viktig bidragsyter.**

#### Studien er godkjent

Studien er utført av et godkjent klinisk forskningsprosjekt, MED-REK, ref. 2017/2073/REK (multi) og meldt Norsk sentral for forskningsdata (NSD, prosjekt: 5780).



Alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt og all informasjon anonymiseres.

Behovsmedisin vil bli behandlet som spørreliste under for å sikre i disse konsensus.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer at du deltar i et fokusgrupperintervju som varer med 4-6 uker, der fokuset vil være hvilke faktorer som kan påvirke utførelse og administrasjon av legemidler gitt ved behov. Intervjuet vil vare ca. 1 1/2 time.

Fokusgrupperintervju vil gjennomføres våren 2018. Hverdelingsprosjekt planlegges avsluttet desember 2020.

#### Ønsker du mer informasjon?

Denne side er tilrettelagt eller du ønsker mere informasjon om studien, er du berettiget vedkommende til å ta kontakt på telefon eller e-post!

#### Kontakt

Marianne Kollnes Nilsen  
Nord universitet  
Pensjonskontrollen v/eg 1  
7800 Namsos  
(+47) 74 21 23 57

marianne.k.nilsen@nord.no





## Vedlegg 4 b delstudie II

### Ønsker du å delta?

Dersom du ønsker å delta, kontakt Marianne K. Nilsen.

Før deltakelse er det viktig at du leser gjennom informasjonsbrevet for undersøkelsen, og fyller ut samtykkeskjema.

Utfyllt samtykkeskjema leveres til prosjektleder for intervjuet settes i gang.

Kontaktinformasjon

Marianne Kolbrene Nilsen  
Tlf: +47 74 21 23 37  
E-post: marianne.k.nilsen@nord.no

Nord universitet  
Farmasøytisk skole  
Finn Christensen veg 1  
7800 Namsos

### Vil du delta i forskning om legemiddel-håndtering?

Bli med som informant, og du bidrar til å videreutvikle kunnskap om håndtering av legemidler ved behov.

Doktorgradsstudie:

Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre



### Om studien

Studien angår som en av tre delstudier i et faglig doktorgradsprosjekt kalt *Behov av helsepersonell i kommunale omsorgsboliger for eldre*. Prosjektet ledes av Marianne Kolbrene Nilsen, som er stipendiat og tar sin utdanning ved PhD i studier i profesjonspraksis ved Nord universitet. Veiledere er Rose M. Olsen og Håge Skjerve.

Studien her skal er å få ny kunnskap om de beslutninger og vurderinger som gjøres ved administrering av behovsmedisin.

#### Kunnskap om behovsmedisin viktig

- Legemidler som brukes ved behov, gir noen respons på symptomene) som oppstår hos en pasient, men at det er et behov for fast legemiddeldisponering.
- I helse- og omsorgstjenester gir disse legemidlene bistand på observasjonsskjemaer av helsepersonell.
- Behovet i helse- og omsorgstjenester benytter ofte mange legemidler både som fast ordinasjon og ved behov.
- Det er manglende kunnskap om helsepersonells erfaringer med administrasjon av legemidler ved behov i kommunale omsorgsboliger for eldre.

### Hvorfor delta?

Ved å delta i denne studien, kan du bidra til å utvikle ut og revidere kunnskap på et felt hvor det mangler forskning.

- Pasienter er ikke å undersøke om håndteringen av legemidler gir noe utslag eller gals, men å få kunnskap til å se om disse kunnskapene helsepersonell benytter daglig.
- Denne kunnskapen kan også skape grunnlag for kvalitetsforbedring og økt pasienttrykkelighet i kommunale omsorgsboliger for eldre.

**Er du helsepersonell med tillatelse til å dele ut legemidler ved behov kan DU være en viktig bidragsyter.**

#### Studien er godkjent

Studien er vurdert av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, MREK (REK, nr. 2017/2073/REK.med) og meldt Norene søsner for forskningsetikk (NSD, prosjekt: 37803).



Alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt og all informasjon anonymiseres.

Beslutning vil publiseres sammen i artikler som sender informasjon fra flere informanter, det er pålagt å dekke ut 10-15 helsepersonell fra ulike steder.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer at du deltar i et intervju/ samtale om temaet, det fokuserer på hvor helsepersonellens rolle ved vurdering og administrasjon av legemidler gitt ved behov. Intervjuet vil vare rundt 1 time.

Intervjuene vil gjennomføres våren 2019. Hovedoppgavet skal legges ut desember 2020.

#### Ønsker du mer informasjon?

Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon om studien, er du hjertelig velkommen til å ta kontakt på telefon eller e-post!

#### Kontakt

Marianne Kolbrene Nilsen  
Nord universitet  
Finn Christensen veg 1  
7800 Namsos  
(+47) 74 21 23 37

marianne.k.nilsen@nord.no



## Vil du delta i forskningsprosjekt om bruk av behovsmedisin?

---

I forbindelse med et doktorgradsprosjekt som omhandler behovsmedisinering i kommunale omsorgsboliger, ønsker jeg å komme i kontakt med eldre beboere som bruker ett eller flere legemidler ved behov. Dette er et spørsmål til deg om du kunne tenke deg å delta.

Det finnes lite informasjon om hvordan man som beboer opplever forhold rundt behovsmedisinering i omsorgsboliger. Jeg jobber på farmasiutdanningen ved Nord universitet i Namsos, og i mitt doktorgradsprosjekt har jeg frem til nå undersøkt helsepersonellet sitt syn på behovsmedisinering. I siste delen av prosjektet ønsker jeg å belyse beboernes erfaringer. Derfor vil din deltagelse være verdifull.

### Hva innebærer deltagelse i prosjektet?

Deltagelse innebærer at du deltar i en samtale (forskningsintervju) med undertegnede omkring temaet behovsmedisiner. Samtalen vil vare i ca 45 minutter, og gjennomføres på et sted og tidspunkt som passer deg. Deltagelse er helt frivillig, og dersom du skulle ønske å trekke deg underveis er det helt i orden.

Alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt. Det presiseres at dette ikke er en evaluering av tjenesten der du bor, og de ansatte og ledelsen vil ikke få kjennskap til det du forteller.

*Dersom du tenker at dette kan være interessant ber jeg deg om å lese gjennom informasjonsbrevet, og signere på at du samtykker i å delta.*

Har du andre spørsmål så er det bare å ta kontakt!

Med vennlig hilsen

Marianne Kollerøys Nilsen

tlf 917 39 394





## Vedlegg 5 Intervjuguider

### Vedlegg 5 a delstudie I

INTERVJUGUIDE SEMISTRUKTURERT FOKUSGRUPPEINTERVJU (delstudie 1)

Introduksjon

Presentere prosjektet, bakgrunn og hensikt. Hva informasjonen skal brukes til.

Gå gjennom: frivillig deltagelse med mulighet til å trekke seg når som helst.

Informasjon og tillatelse til lydopptak. Signering av samtykke.

Start lydopptak

#### **Bakgrunnsinformasjon (“bli kjent”)**

Utdanning, erfaring, antall års erfaring fra helsetjeneste generelt og I denne omsorgsboligen, annen relevant erfaring (Runde, alle snakker)

**Nøkkelsspørsmål («Interaksjonsdel»)**(tema: *Hvordan man forstår behovsmedisinering. Bruk av faglig skjønn og personlige erfaringer. Bruk av kunnskap. Pasientsikkerhet.*)

- Hvis jeg sier behovsmedisinering, hva er det første dere tenker på? (Ta runden slik at alle får snakket)
- • Hva tenker dere når dere hører denne påstanden? «Bruk av behovsmedisin avhenger av hvem som er på vakt.»
  - Oppfølging: Hvem er det som oftest tar initiativ til om det er behov for et legemiddel?
- Er det situasjoner eller pasientgrupper dere synes det er vanskeligere å ta avgjørelser for med tanke på om det skal gis behovsmedisin eller ei?
  - Oppfølging (evt): hva tenker dere om denne påstanden: «det gis for lite behovsmedisin, spesielt til demente»
- Hva tenker dere når dere hører disse påstandene? «det ikke er en prioritert oppgave å ta seg god tid til observasjon av virkning i en hektisk hverdag, og «om ikke alt om behovsmedisinen er skrevet inn i journalen så går det bra en gang i blant»
- Hvilke(n) faktor mener dere påvirker behovsmedisineringsprosessen i størst grad? Både i positiv og negativ forstand.
  - Oppfølging: Hvordan påvirker det jobben dere skal gjøre?
- Hvis jeg skulle vært ferievikar som hadde lov til å dele ut legemidler ved behov men ikke var kjent med rutinene, hvilke råd ville dere gitt meg?
  - Oppfølging: er det noen skriftlig informasjon jeg kunne lest?

### **Avslutning ("debriefing")**

Moderator og ass.moderator oppsummerer nøkkelmomenter/-tema fra intervju.

Få feedback fra informantene

- Er det noen spørsmål dere savner om dette temaet?

Takk

*Stopp lydopptak*

## Vedlegg 5 b delstudie II

### INTERVJUGUIDE SEMISTRUKTURERT INDIVIDUELT INTERVJU MED HELSEPERSONELL (delstudie 2)

#### Introduksjon

Presentasjon av meg selv og prosjektet, bakgrunn og formål med intervjuet. Avklare forhold rundt anonymitet og taushetsplikt. Mulighet for å trekke seg når som helst frem til analysen påbegynnes.

Informere om lydopptak, be om samtykke til dette. Samtykkeskjema

Starte lydopptak

Bakgrunnsopplysninger

Kort om bakgrunn og erfaringer. Alder. Stillingsstørrelse. Antall beboere.

Hvilken rolle har vedkommende i sitt arbeidsforhold pr. i dag

Nøkkelspørsmål

- Tenk på sist gang du leverte ut et legemiddel ved behov.

Kan du fortelle om det som skjedde fra du ble oppmerksom på beboerens behov for legemiddel til prosessen ble avsluttet (fortelle uavbrutt).

- Oppfølging: Hvordan ble du oppmerksom på behovet? De vurderinger og beslutninger du tok, hvordan tenkte du/hva la du vekt på? Hvem måtte du samarbeide med? Sett i ettertid, er det noe du ville gjort annerledes?

- Fra delstudie 1: «vignetter»/ påstander- hva tenker du når du ser denne påstanden?

«Noen ganger kjenner en at man vet hva som er teoretisk riktig, men at man av ulike årsaker velger å gjøre noe annet».

«Sykepleiere har et mer klinisk blikk, de ser mer etter årsaken enn bare å gjøre situasjonen for beboeren bedre.»

«Når en skal administrere behovsmedisin, så er det ikke så viktig med personlig kompetanse (dvs. holdninger og verdier) som med teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter!»

«Vi kjenner beboerne så godt at vi vet om det er snakk om et faktisk behov for legemidler eller ikke»

«Det er avgjørende hvilken kollega som er på jobb, hvilken avgjørelse som blir tatt»

- Hvordan er din rolle i forbindelse med beslutninger ang behovsmedisiner (sammenlignet med fastmedikasjon)?
- Hvis du skal fortelle meg om en vanskelig situasjon som du har opplevd knyttet til behovsmedisinering, hva vil du fortelle da?
- Hvordan synes du rutiner (prosedyrer og praktisk håndtering) i forbindelse med behovsmedisinering fungerer slik du opplever det til vanlig?

### **Avslutning og oppsummering**

Kort oppsummering av det intervjuer har oppfattet er sagt om temaet.

Mulighet for å oppklare misforståelser.

- Er det noe som bør tilføyes?

*Slå av opptager*



## Vedlegg 5 c delstudie III

### INTERVJUGUIDE SEMISTRUKTURERT INDIVIDUELT INTERVJU MED BEBOERE (delstudie 3)

#### Introduksjon

Uformell samtale. Informasjon om meg selv og prosjektet. Bakgrunn og formål for samtalen. Forklare hva intervjuet skal brukes til. Avklare forhold rundt anonymitet og taushetsplikt. Mulighet for å trekke seg når som helst frem til analysen påbegynnes. Informere om lydopptak, be om samtykke til dette. Samtykkeskjema.

Åpne opp for spørsmål

*Starte lydopptak*

#### Bakgrunnsopplysninger

Kjønn, Alder, hvor lenge har du bodd her? Ca hvor mange ulike legemidler brukes fast og hvor mange ved behov.

#### Nøkkelspørsmål

- Hvis du skal fortelle noe om bruken av dine medisinene her du bor nå, hva vil du fortelle?
- Hvis du tenker på sist gang du fikk sovemedisin/smertestillende, kan du fortelle om hvordan dette foregikk fra «start til slutt»?  
Hvem måtte du samarbeide med?\* Hvilken informasjon fikk du?
- Hvis du opplever å ha behov for medisin, hvordan går du frem?  
Hvordan formidles et behov for medisin? Synes du det er lett å spørre etter medisinene? Har du opplevd at det håndteres ulikt? Har du opplevd at utlevering av behovsmedisin har blitt nektet?
- Har du noen gang opplevd at det er foreslått å gjøre noe annet enn å få medisin?
- Har du noen gang opplevd å få behovsmedisin uten å vite hva det var for?
- Hvordan tenker du at dine ønsker blir ivaretatt?
- Hva er viktig for deg i forbindelse med behovsmedisinene dine?

#### Avslutning og oppsummering

Kort oppsummering av det intervjuer har oppfattet er sagt om temaet. Mulighet for å oppklare misforståelser. Er det noe som bør tilføyes?

*Slå av opptager*



## Vedlegg 6 Kodetre analyse delstudie I

Råtekst av datamateriale (eksempler på analyseprosessen for en kategori, ikke komplett oversikt)

Kategori	Sub kategori	Koder	Meningsenheter
Faktorer relatert til medikamentet	Indikasjon	Tydelig symptom og årsak	<p><i>det er jo mye enklere å gi smertestillende hvis du har en med smerter etter beinbrudd eller slike ting, enn om det er veldig diffuse smerter som en aldri finner ut av hva er</i></p> <p><i>selvsagt er det jo diare det er snakk om så får de jo imodium hvis den står på det og kan ønske å ha det, det er jo litt sånn, eller en kvalmestillende. Det er jo symptomer som er lit... men for bare ei natt uten søvn trenger du ikke få sovetablett du kan prøve ei natt eller to det kan bli bedre, kanskje kan du slutte å sove på dagtid også. ikke sant. det er litt slik.</i></p>
		Forebyggende	<p><i>nei det.. nesten alle står på paracet av de demente som vi har her, ellers så er det ikke noe andre smertestillende.</i></p> <p><i>ikke smertestillende, men annet som er nødvendig sobril da.. men det er slik som ligger fast i multidosen som lege har forskrevet</i></p> <p><i>I: men når det ligger fast, tenker dere noe over grunnen til at de skal ha smertestillende jevnt hele dagen?</i></p> <p><i>det er jo litt for forebyggende, også er det litt etter lærhalsbrudd</i></p>
	Medisinlister	Valgmulighet ut fra det som finnes på medisinliste	<p><i>hver enkelt beboer har sin egen medisin i kurven sin, og da er det jo sånn at vi lagrer den medisinen til den går ut på dato egentlig. .. selv om det kanskje er fjernet fra medisinlista. Det der er egentlig en vurderingssak, når det oppstår. .. det ikke snakk om sånne heftige medisiner, det hadde jeg ikke turt</i></p> <p><i>ofte så funker det jo med en vanlig Paracet® også i stedetfor Paralgin Forte®</i></p>
		For sikkerhets skyld	<p><i>har et inntrykk av at legene er veldig snar til å bare skrive på sånn ved behov, det er ofte at det står paracet men vi vet ikke hvorfor. det står paracet ved behov, men hva var det for? som bare står der</i></p> <p><i>jeg tenker ofte sånn at hvis de står på noe litt sånn sterkt, dette er sikkert helt feil, men at de står på noe synes jeg egentlig er helt greit at det står der i tilfelle det skjer noe. så jeg er ikke så veldig kjapp til å si, for eksempel hvis en person har brukket en arm eller noe, og så har de stått på noe strekt, så står det der. da får det ofte stå, selv om handa har blitt fin for da vet jeg at det ligger der hvis.. jeg vet at de har fått det før i allefall. men det skal jo fjernes da, det skal jo det.</i></p>

		Vil følge forordning	<i>men jeg har aldri gitt noe som ikke har stått på kortet jeg nei, det kan jeg ikke huske at jeg har gjort. da må det i tilfelle være at det er noe jeg vet vedkommende har stått på før, sånn at jeg vet at det tåles og at det bare hadde blitt fjernet fordi det ikke ble brukt på mange år. det kan være jeg har gjort noe sånt.</i>
Legemiddel-gjennomganger	Endringer i behov Fra fast til behov	<i>vi hadde ei som sto på paracet 1 g x4 i ei lang stund etter at hun var operert for lårhalsbrudd, og så begynte vi å trappe ned, og hun sto fortsatt på 3 ganger i døgnet, så ble hun bare å stående på det. ..valgte vi senere å kontakte lege for å seponere, for vi så ikke at hun hadde det behovet... og det gikk greit uten også</i>	
	Endringer i behov Fra behov til fast	<i>vi har jo en bruker vi som ved behov skal ha en halv sobril og 1 g paracet til et ganske likt tidspunkt hver natt (latter) og det er ved behov, men det er hver natt.</i>	
	Hvem tar ansvar	<i>vi tenker kanskje litt på om det er noe mønster. får en det hver kveld? men som regel så er det ikke.. det er jo ikke sånn til fast og om vi ser at det er et mønster så tar vi det opp med ansvarlig sykepleier på den avdelinga, at nå .. de siste kveldene jeg har vært på avdelinga blir jeg alltid spurt om det og det, og så tar den sykepleieren tak i det og diskuterer det med fastlegen om det er noe som burde vært fast</i>  <i>jeg har etterspurt det. vi opplever mye at det blir noen sykehusinnleggelse, de blir satt på nye medisiner, så kommer de hjem og fastlegene setter de på noe, og så går ikke de sammen så er det en ny sykehustur, og sier farmasøytene der at det er to tabletter som ikke går i lag og så blir det seponert på sykehuset. så det tror jeg er sjelden, eller aldri.</i>	

## Vedlegg 7 Kodetre analyse delstudie II

Meningsbærende enhet*	Kondensert meningsbærende enhet (initial tolkning)*	Kode*	Sub-tema	Tema	
*eksempler, ikke en komplett oversikt					
<i>Noen ganger hadde jeg ønsket å være omsorgsarbeider (...) og sluppet ansvaret. Samtidig gjør ansvaret at dagen blir spennende.</i>	Ønsker ikke ha ansvar men innser at ansvar også er spennende	Å føle for å ta ansvar varierer			
<i>Det er trygt når medisinstene er gjennomgått og godkjent</i>	Føler seg trygg når medisinstene er oppdatert	Dele ansvar med fastlegene.	<b>Ta, dele og forflytte ansvar</b>		
<i>Hvis de har et medikament ved behov på lista sis å er det for en grunn; da skulle ikke jeg behøve å ta noen beslutning (...) de kan gjøre det selv. Det er deres kropp.</i>	Beboeren kan ta beslutninger om behovsmedisin selv	Flytte ansvaret (til beboeren)			
<i>Jeg ønsker virkelig å fortelle fastlegen om situasjonen (...) men jeg kan ikke siden beboeren sier nei (...)da føler jeg meg hjelpeløs. Vi fortsetter å gi smertestillende selv om det ikke hjelper, men fordi beboeren vil det slik.</i>	Hvis beboeren sier nei til å videreformidle informasjon så må det respekteres, selv om det medfører ukorrekt medisinbruk	Beboeres autonomi er viktigere enn profesjonell kunnskap		<b>Å streve mellom beboerens autonomi og riktig legemiddelbruk</b>	<b>Etterstrebe å føle seg vel når man tar beslutning om behovsmedisin</b>
<i>Det er annerledes (sammenlignet med sykehjem) når du kommer inn i hjemmene deres, det skulle ikke være slik men det er (...) hjemme kan de gjøre egentlig hva de vil</i>	I omsorgsboliger har beboerne sterkere autonomi enn i sykehjem	Beboers autonomi er kontekstavhengig			
<i>Vi har legemiddelgjennomgang en gang pr år (...) fastlegen undersøker blodprøver og går gjennom medisinalista, ser også etter interaksjoner (...) Her er det trygt å bli gammel</i>	Regelmessig oppfølging fra lege gjør at pasientene er tryggere	Et systematisk samarbeid med fastlegene er essensielt	<b>Å slite med og/eller omfavne systemet</b>		
<i>Vi har en såkalt "svart-bok" (notatbok) der vi skriver ned beskjeder om ting som må huskes fra dag til dag. Da jeg skrev der at vi skulle gi tilbakemelding til fastlegen om bruk av smertestillende for en beboer, da fulgte vi opp behovsmedisineringen</i>	En notatbok brukt for beskjeder sikrer at vi følger opp behovsmedisineringen	Uformelle informasjons-strukturer erstatter et informasjons-system som ikke fungerer			



## Vedlegg 8 Svar fra REK



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Ramunas Kazakauskas	73597510	20.11.2017	2017/2073/REK midt
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			01.11.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marianne Kollerøs Nilsen  
Nord Universitet

### 2017/2073 Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 01.11.2017. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens sekretariat.

#### Bakgrunn og formål:

*Hensikten med studien er å få innsikt i og kunnskap om helsepersonells praksis i forbindelse med bruk av legemidler ved behov, og hvordan denne praksisen arter seg for både tjenesteyter og tjenestemottager i kommunale omsorgsboliger for eldre. Data skal innhentes gjennom fokusgruppeintervju og individuelle intervju med helsepersonell.*

#### Vurdering

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke helsepersonells oppfatninger om hvilke faktorer som påvirker vurdering samt praktisk håndtering av behovsmedisinering. Videre skal det forskes på hvordan helsepersonell tenker om behovsmedisinering, forhold som er med på å forme avgjørelsene man tar og hvordan pasientsikkerheten blir ivarettatt gjennom dette. Komiteen mener at selv om det kan framkomme informasjon om helseopplysninger i intervjuene, er det overordnede formålet med prosjektet å evaluere bruk av behovsmedisin sett fra helsepersonells perspektiv og å forske på deres oppfatninger og erfaringer. Komiteen mener derfor at prosjektet framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet omfattes ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

#### Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full prosjektsøknad til REK. En prosjektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo  
Sekretariatsleder, PhD  
REK midt

---

**Besøksadresse:**  
Fakultet for medisin og  
helsevitenskap Mauritz  
Hansens gate 2, Øya helsehus

**E-post:** rek-midt@mh.ntnu.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

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

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Monika Rydland	77646140	15.11.2019	32312

Deres referanse:

Marianne Kollerøs Nilsen

32312 Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre, delstudie 3

Forskningsansvarlig: Nord universitet

Søker: Marianne Kollerøs Nilsen

#### Søkers beskrivelse av formål:

*Se også vedlagt projektskisse.*

*Hensikten med denne studien er å få en forståelse og innsikt i hvordan beboerne opplever muligheten for å påvirke beslutningen som tas i forbindelse med behovsmedisinering, og hvordan de opplever dette som tjenestemottagere.*

*Omlag 10 semistrukturerte intervju med beboere fra kommunale omsorgsboliger fra eldre. Inklusjonskriterier er at informantene bruker sovemedisin og/eller smertestillende ved behov og er samtykkekompetente. Informantene skal rekrutteres gjennom leder for omsorgsboligene. Intervjuene skal tas opp på lydbånd og lydfilene oppbevares kryptert, analyseres tematisk.*

*Intervjuguide er vedlagt.*

*Informasjonsskriv basert på mal fra NSD vedlagt*

#### REKs vurdering

Vi viser til tidligere tilbakemelding vedrørende forespørsel om fremleggingsplikt for ovennevnte forskningsprosjekt, datert 05.09.2019.

Tilbakemeldingen om at prosjektet ble vurdert å ikke være fremleggingspliktig ble sendt fra Outlook fordi vår nye REKportal ikke var operativ på dette tidspunktet.

For å få forespørsel og tilbakemelding tilgjengelig og søkbar i ny portal må det sendes ut et dokument fra portalen.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)



# Vedlegg 9 svar fra NSD

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 57803

REK har vurdert at prosjektet ikke er fremleggingspliktig (2017/273/REK midt)

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivene til utvalget er godt utformet.

Vi minner om at det av hensyn til ansattes taushetsplikt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter/brukere. Vi anbefaler at du minner informantene om dette ifm. intervjuene.

Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med Nord universitet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

Prosjektsslutt er oppgitt til 18.10.2020. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektsslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjektittel

Bruk av behovsmedisin i kommunale omsorgsboliger for eldre - delstudie 3

### Referansenummer

480649

### Registrert

05.09.2019 av Marianne Kollerøs Nilsen - marianne.k.nilsen@nord.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Farmasi

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Kollerøs Nilsen, marianne.k.nilsen@nord.no, tlf: 74212357

### Type prosjekt

Forskerprosjekt

### Prosjektperiode

01.10.2019 - 20.10.2020

### Status

13.09.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 13.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 13.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige

kategorier av personopplysninger frem til 20.10.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



Del II





RESEARCH ARTICLE

Open Access



# 'To give or not to give medication, that is the question.' Healthcare personnel's perceptions of factors affecting pro re nata medication in sheltered housing for older adults — a focus-group interview study

Marianne Kollerøs Nilsen<sup>\*</sup> , Hege Sletvold and Rose Mari Olsen

## Abstract

**Background:** Residents living in sheltered housing depend on help from healthcare personnel (HCP) with medication management, regarding regular long-term and pro re nata (PRN) medication. The HCP assess the need for PRN medication prior to administration to the residents. The purpose of this study was to describe HCP's perceptions of factors affecting PRN medication management in sheltered housing for older adults.

**Method:** This was a qualitative study with five focus-group interviews with 22 HCP working in sheltered housing for older adults. The HCP were heterogenous regarding scholarly education and experiences, working in four different municipalities in mid-Norway, representing urban, sub-urban and rural districts. The analysis was inductive, based on qualitative, manifest, content analysis. The main outcome was HCP perceptions of the factors affecting PRN medication management in sheltered housing.

**Results:** Four main factors affecting the PRN medication management were identified in the data and were related to either: 1) the medication; 2) the resident; 3) the HCP; or 4) the organisation. These categories included 14 subcategories. Overall, the HCP described the management of PRN medication as a complex process, where the above factors all have impact on the residents' health and safety.

**Conclusion:** HCP working in sheltered housing describe that PRN medication management is affected by numerous human factors, that consequently may affect patient outcomes and safety. HCP involved in PRN medication management should be aware of factors that affect their decision-making, and safe management requires a professional practice built on medicines competence, practical skills and experience.

**Keywords:** Pro re nata medication, Sheltered housing, Primary care, Healthcare personnel, Older adults, Norway

## Background

Medications used 'as needed' are given as a response to symptoms(s) that occur without the requirement for regular medication. In long-term care institutions, these medications are given based on observations made by

healthcare professionals (HCP). «As needed» (as required) medication is also referred to as pro re nata (PRN) [1–3]. A cross-sectional study among residents living in residential age care services in Australia, found that the median number of PRN on a medication list was 4 (2–6 interquartile range) [4, 5]. In nursing homes, the same number varied, on average between 2 and 4 [1,

\* Correspondence: [marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no)  
Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

6, 7], and the PRN medication in use was significantly varied [1, 7]. In German nursing homes, it was reported that 74.9% of the patients were treated with one or more PRN medications, for which analgesics and psycholeptics were the most often used [6]. In residential age care and homecare patient settings, the most frequent PRN medication used were mild analgesics and laxatives [4].

Medication management may be described as a process that involves the consideration of a patient's health situation and the need for medication, including the different phases from prescribing to dispensing and administration of medication, and the evaluation of medication effect [3, 8]. The PRN medication management is affected by the HCP at work, and the culture of the clinical environment may influence the choices taken [4, 9]. A case-study from England found that the PRN procedures were open to interpretation, an issue which affected whether medications were given [9]. An Australian study from nursing homes suggested that administering PRN was too 'easy'; for example giving tranquilisers to patients, with the aim of producing a calm shift or to avoid disturbing other residents, and that PRN medication is more frequently administered on night shifts [10]. The size of nursing home may affect the amount of PRN medication used [1]. A Norwegian study reports on a general overuse of PRN medication in nursing homes, but occasionally also PRN underuse or misuse [7].

Norway is a decentralised country, and the municipalities differ in terms of demography, economy and geography, all of which can affect the service volume [11]. There are various types of services and facilities based on patients' individual needs, such as homecare and residential care. Norway provides residential care under institutional care (nursing homes) and sheltered housing (assisted housing). Sheltered housing is heterogeneous with respect to staff amount and level of care, factors which will vary in different municipalities. All the sheltered housings have HCP employed, some have 24-h staff, others seek the residents when they call for assistance. The target population is older people (> 67 years). The resident receives help with daily tasks, including their medication if required. They cook on their own if they are able to, otherwise meals can be served for a fee. By the Norwegian legal regulation, people in sheltered housing live in their own independent home, and rents or buys an apartment from the municipality [11–14]. To our knowledge, PRN medication management in sheltered housing has not been studied in depth.

Studies show that the HCP's role in decision-making is significant in terms of PRN medication [7, 9, 15], and highlights the need for medication competence among the HCP. Medication competence is a multifaceted combination of knowledge, skills, performance, values and

attitudes, and a literature analysis identified 11 areas which medication competence must attend to [15]. PRN medication management requires pharmacotherapeutic competence and patient knowledge [16, 17]. Polypharmacy is common in the elderly population, and aging may alter the drug effects and reactions [18, 19]. Hence, HCP must also observe and monitor the patients' post-administration of PRN medication [8].

Gaps in the literature point to the requirement for more research about PRN medication management by HCP in sheltered housing. The aim of this study was to describe HCP's perceptions of factors affecting PRN medication management in sheltered housing for older adults.

## Methods

This study used a descriptive and explorative, qualitative design, utilizing focus-group interviews. Qualitative methods can be useful for identifying and characterising the meaning and understanding of a particular phenomenon [20–22]. A focus-group interview is well suited to identify information about a phenomenon because of the dynamics in a group [23]. Focus groups can uncover factors influencing the topic, and can provide insight into complex tasks [24].

### Study setting, participants and sampling

Five focus-group interviews of HCP working in sheltered housing, from four municipalities representing urban, sub-urban and rural districts in mid-Norway were performed until no new themes were emerging [22]. The time period was from April through November 2018. The sheltered housing had staff members available 24 h a day and were mainly for older adults. The sheltered housing group of residents differed and varied between the municipalities. For example, there were variations in the residents' frailty, cognition, and grade of dementia, and both the number and dementia of residents varied within one ward. The size of the wards varied from 10 to 35 residents, and in addition, the building sizes and types differed. The sheltered housing organised their personnel in different ways with respect to whether they worked in one or several wards, worked additionally outside the sheltered housing and worked in different shifts.

In sheltered housing, the general medical practitioners (GPs) prescribe the PRN medication for the residents. The responsibility to administer the medication may be delegated to other HCP appointed by the head of unit, who is responsible for ensuring that HCP possess the sufficient competence [3, 8]. The informants were HCP who were certified for medication management (inclusion criteria). HCP included were registered nurses, social educators, health care workers and apprentices in health and social work. Social educators hold a



bachelor's degree and typically work in services for people with learning disabilities and other municipal health and social services. Although their formal education differs from the registered nurses', they have nursing competencies and skills in medication management [25]. In this study, the definition of 'nurse' was used for both registered nurse and social educators because they had the same responsibility of medication administration in the sheltered housing. In principle, mainly nurses manage medications, but other HCP (e.g. health care workers) may also receive the delegated responsibility [3]. To obtain a broad information basis, the focus groups had inter- and intragroup variability, and varied between municipalities. All groups had HCP representing two or more different scholar educations (see Table 1).

For informant recruitment, purposive sampling was chosen [26]. The head of unit recruited HCP to be informants and distributed the information letter and form of consent. In each sheltered housing, 3–6 HCP gave their written consent to study inclusion. To our knowledge, none of the informants that were asked to participate refused the request, and informant dropout during interviews did not occur. The municipality head of department gave their permission to conduct the study. The focus-group interviews were performed at the informants' workplace.

The first author developed a thematic, semi-structured interview guide (see Additional file 1). The purpose of the interview was to establish an open approach to what influences the PRN medication. A pilot focus-group interview, which is not included in the analysis, was conducted to validate the interview guide. The pilot study informants were nurses with medication management competence, but not working in the municipality.

The moderating team consisted of the first author as moderator, and an assistant moderator writing notes [24]. Only researchers and informants attended the interviews. The preliminary analyses for the first interviews gave new understanding; the questions were modified accordingly for the following interviews, but the frame of the interview guide was the same in all interviews. No repeat interviews were conducted.

A summary of the focus groups and informant characteristics is provided in Table 1. The five interviews were conducted with 22 HCP, with an average work experience of 14.3 years, and 10.5 years in the actual sheltered housing. Each focus-group interview lasted in excess of 1 h (1 h– 1h17m). The interviews were audio recorded and transcribed in verbatim, approved by the informants' written consent. For organisation, review and analyses, the Nvivo 11/12 computer program was used.

#### Data analyses

The analysis was based on qualitative, manifest, content analysis according to Graneheim and Lundeman [27] and had an inductive approach. Conventional content analysis is the strategy of choice in descriptive qualitative studies [21, 28]. All authors were involved in the analysis process to attend to trustworthiness [28, 29]. The first author transcribed all the interviews verbatim. The first author carried out the analyses from codes to categories. The analysis was performed in several steps. First, the transcripts were divided into content areas related to the main topic raised from the transcripts. Second, the transcripts were divided into meaning units, which comprised sentences or paragraphs related to each other through their content. Then, each meaning unit was condensed and labelled with a code. These codes were

**Table 1** Information about focus groups and informant characteristics

Focus group	Number of informants	Scholarly educations represented	Average number of years employed at this sheltered housing (min-max)	Average years of working experience as HCP (min-max)	Number of residents in the sheltered housing
Interview A <sup>a</sup>	6	Registered nurse (with advanced education in geriatric) [4] Health care worker [2]	6,8 (5–10)	18,8 (5–29)	15 + 32
Interview B	3	Registered nurse [2] Health care worker [1]	15 (7–22)	13,7 (4–21)	20
Interview C	4	Registered nurse [2] Health care worker [1] Apprentice in health and social work [1]	10,8 (1–28)	11 (1–23)	35
Interview D	5	Registered nurse [1] Social educator [1] Health care worker [3]	8 (2–20)	5,6 (1–10)	25
Interview E	4	Registered nurse [2] Health care worker [1] Apprentice in health and social work [1]	12 (0,3–30)	22,5 (1–32)	15

<sup>a</sup>In focus-group A, two sheltered housing properties were represented, these were located next to each other

abstracted and compared for similarities and differences and sorted in sub-categories, 14 in total. The coding tree is illustrated in Fig. 1 (for a more detailed coding tree see Additional file 2). The subcategories were condensed into four categories. All authors collaborated to create main categories and subcategories in varying levels, with the results being discussed repeatedly. Figure 1 outlines categories with subcategories.

**Trustworthiness**

The author group, consisting of two pharmacists and a nurse, considered the study design and analytic approach to be suitable to achieve trustworthiness of the results [27–29]. Participants in this study have various experiences and represent different municipalities to provide a rich variation of information. During regular meetings, the authors ensured and discussed relationship between sampling, data collection and analyses. Categories and sub-categories were regularly discussed, to ensure their relevance.

**Ethical considerations**

The study was submitted to the Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REC) in Norway, Ref: 2017/2073/REK midt (Trondheim, Norway), who determined that this research did not require their approval. The Norwegian Centre for Research Data (NSD) was notified, Ref: 57803.

**Results**

Through the analysis, four main categories that described the HCP’s considerations about what influences the PRN medication management emerged from the data. These were factors related to: 1) the medication; 2) the resident; 3) the HCP; and 4) the organisation. These

categories were elaborated into 14 subcategories (see Fig. 1).

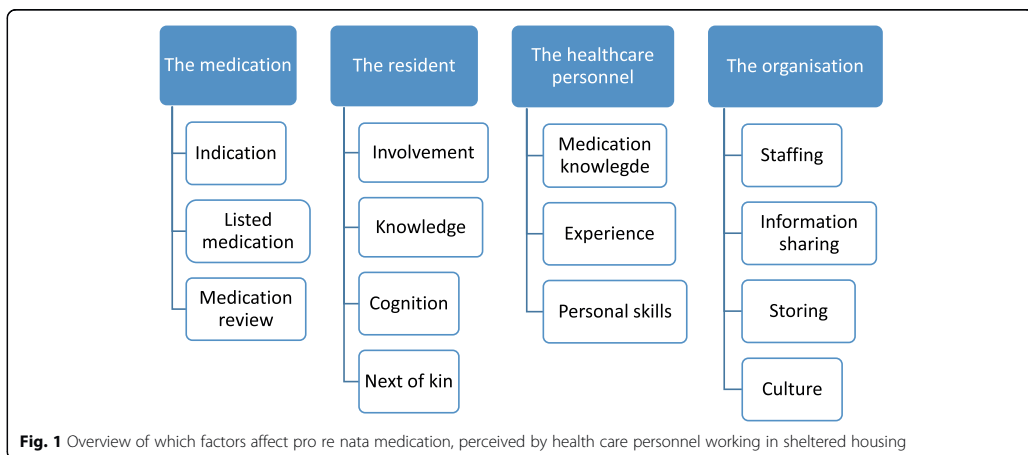
Some of the informants claimed that in their housing it was a broad use of PRN medication, while in others there was only minor use. Those referring to minor PRN usage stated that most of the residents had mild analgesics as regular medication.

The informants understood PRN medication to be every drug given not as regular medication, and referred to analgesics with paracetamol (acetaminophen), some sedatives (i.e zopiclone) and anxiolytics such as Sobril® (oxazepam). Generally, they thought of mild analgesics and anxiolytics as the medication most often used as PRN. The informants stated that they were restrictive with respect to administration of a PRN medication.

**Factors related to the medication**

The *indication* for the PRN and the HCPs’ judgement of residents’ symptoms were decisive for PRN administration. The decision-making was more straightforward when the residents’ symptoms were clear or had an obvious cause (e.g. heavy breathing problems or constipation). Administration of hypnotics was made after a critical judgment, and a single night insomnia was not considered to be an indication for PRN hypnotics. Regarding analgesics, the cause of pain was assessed prior to administration, and the decision-making process was relatively difficult in idiopathic pain. Additionally, PRN analgesics were administered prophylactically before nursing.

*‘It’s much easier to give a painkiller when the pain is caused by a fracture or similar, than if it is idiopathic pain where you never find what’s the reason behind.’*



**Fig. 1** Overview of which factors affect pro re nata medication, perceived by health care personnel working in sheltered housing

*Listed medications* affected the HCP assessments of medication required by the residents. Medication lists generated by the GP defined which particular medication was allowed to be administered to each resident (general medication lists are not applicable, as used in nursing homes). HCP wanted to follow the medication list, but a conflict in the decision-making process sometimes occurred when the residents' discontinued drugs were physically available for administration:

*'Each resident has his or her own medicine basket, and we store each medication until its expiry date. The nametag remains on the medication packaging, although the medicine may be removed from the medication list. [...] it is held on the shelf until the expiry date, and these drugs may be used.'*

Although *medication reviews* are strongly recommended by the Health Authorities they were not a priority in the sheltered housings, which the HCP found to be a matter of concern. Medication reviews could aid in updating of medication lists, and there were examples of PRN medications on the list that should be removed, and medications that were not changed in several decades. The nurses had to take responsibility for updating the medication lists because the GP did not, according to some informants. The number of GPs related to the sheltered housing varied from 2 to 30, and the level of cooperation varied. The HCP monitored changes in medication usage of the residents, and contacted the GP to alter the medication list accordingly:

*'We had someone using Paracet\* (paracetamol/acetaminophen) four times a day for a long time, given after a hip fracture [ ... ] we contacted the GP because we found the resident didn't need it, and suggested it was withdrawn. This was done and it went just fine.'*

Some of the HCP had experience with medication reviews with a pharmacist and found it useful for having an updated medication list (e.g. withdrawing unused medications and changing regular medications to PRN and vice versa). The interprofessional medication review created a consensus of the PRN medication of the resident.

#### **Factors related to the resident**

The residents' *involvement* was an important issue in the process regarding PRN medication. Most often it was the resident who expressed the PRN need, and the HCP found it important to attend to this request if they found such a need acceptable. However, some of the HCP admitted that they could influence the residents' wishes,

for example by influencing the resident to use paracetamol as an analgesic instead of an opioid. In situations with residents' using over-the-counter (OTC) medicines which were not on the medication list, the power relation could be the opposite.

*'We want all responsibility or no responsibility, because it is not justifiable that we sign for the medicine given, since she had so much (OTC medications) on her own.'*

According to the informants, some residents were generally concerned about medication use, and did not know their own good. These residents would not necessarily listen to professionals' justified arguments. The informants indicated that the residents' autonomy was important, but as HCP they could influence the decision. As one HCP said *'We have quite a great impact.'*

A common challenge in the sheltered housing in this study was the increasing number of mentally ill residents. This patient group challenged the HCP's thoughts about *involvement* because they could become angry if denied their PRN medication. According to the informants, these residents were often demanding (e.g. regarding behavioural problems and decision-making of PRN). Mentally ill residents frequently used PRN medications that the HCP were more restrictive about administering (e.g. benzodiazepines).

The residents' *knowledge* about their own medication and medication list could affect the PRN administration. The residents knew their PRN possibilities, however knowledge about indications and consequences of frequent use were commonly absent. When HCP provided professionally justified arguments for not giving a particular PRN medication, the resident accepted.

*'If a medication has effect one day, they (the residents) also want it the next day, without considering the real need for it.'*

The residents' *cognition* (ability to communicate their own needs) affected the assessment of PRN medication necessity. The informants commented that it was essential to know the residents well in order to develop an awareness of the normal situation and thereby be able to interpret signs for pain or anxiety, for example. Assessment of pain was difficult in cases where residents had trouble expressing their needs and when the cause was not obvious. One informant told they had focus on pain treatment to residents with dementia, they should at least not be in pain. Thus, HCP exercise caution when providing PRN analgesics to demented residents.

*'If they (the residents) are in pain and need pain-killers, and they can't express themselves, they can behave agitated. It isn't necessarily psychiatric behaviour, but it looks like that.'*

The next of kin and the HCP may have conflicting perceptions and assessments regarding the residents' requirement for PRN medication. Often the result would be not to give a PRN medication, argued with HCP knowing the residents' normal situation better than the next of kin. The residents' needs were more important than the next of kin's needs.

*'We had a resident who got Sobril® (oxazepam) at 10 and 14 o'clock when needed, and if we were not punctual, the spouse became restless, but not the resident.'*

#### Factors related to the healthcare personnel

The informants' medication knowledge affected the PRN medication management. Insufficient medication knowledge influenced post-PRN observation and documentation, and informants expressed a desire to quality assure their judgements. The system of delegating medication management responsibility to other personnel than nurses was questioned. An informant said that some nurses used a 'clinical gaze' and focused on the reasons behind a particular discomfort, not just relieving it. Pharmacotherapeutic knowledge was important for PRN administration:

*'Some residents have both lactulose and Imodium® (loperamid) on their medication list and get both simultaneously. The staff's knowledge can vary.'*

In some situations, the HCP experienced personal internal conflicts when the theoretically correct decision differed from the actual actions performed.

*'You have to consider the situation [ ... ] you would not start a confrontation and sacrifice your own health for a Sobril® (oxazepam). You give it to them even if you know you shouldn't have.'*

The informants often asked for a second opinion before a final decision was made — this opinion would be complementary to their own competence. Experience and practical knowledge were often more important than theoretical knowledge, where experience referred to knowledge about the resident and professional experiences due to many years' employment in the sheltered housing. Nurses responsible for giving a PRN medication felt an extra obligation to observe and assess by themselves when a newly employed HCP asked for a

medication for a resident, but not when it was an experienced colleague that asked.

*'It depends who is on duty [...] that they are experienced and know the residents. Then they can predict signals.' 'When the nurse is unfamiliar with the residents, there are more narcotics and addictive medication given.' (Two informants, same focus group).*

The informants had conflicting thoughts regarding how the HCP observed needs and effects of PRN medication. Personal skills could contribute to different assessments of observations, however some informants believed assessments were largely the same. Informants did not reflect upon systematics in observations (e.g. the timeframe of pre-PRN observation differed). Priorities among the HCP for using time with the resident, or at least pretend not to be in a hurry, varied.

*'For some employees it's easier to give a Sobril® (oxazepam) than try to distract the resident, show them that you have the time and they don't need it. And maybe you will have a better conscience yourself.'*

#### Factors related to the organisation

The system of government, and how the sheltered housing was organised, affected the PRN medication (e.g. there was more use of tranquilisers when staffing was low, according to the informants). The number of HCP and their grade of experience affected the environment in the housing. Regular staffing on each shift increased the possibilities of high-quality PRN medication management. In general, the night shifts staffing differed from the daytime staffing, regarding the number and individual HCP present. Some of the informants considered that the threshold for giving medication PRN during night shifts was lower than during the daytime. Another aspect was the holiday seasons.

*'You feel the uncertainty when the summer begins. You can early recognise the questions: 'I think it's something, and some medicine is needed'. It is often persons that are unexperienced in the health care system, and they can be shocked on the reality.'*

Inadequate information sharing, both written and oral, affected the PRN medication management. Documentation of PRN medication use patterns, and pre-and-post observations and assessments differed in terms of scope and quality. Quality in documentation was important for taking care of the residents, and the elements within the decision-making process. The administration of a PRN medication was documented, however systematic procedures were absent. Possibilities for oral information

sharing between shifts could affect PRN medication management, and informants experienced challenges doing so if the overlap time between shifts was short.

*Storing* of PRN medication affected its accessibility, thereby identified as a contributing factor for PRN management. Residents had medications in their own apartment or locked in a medication- storage at the sheltered housing, with the storing practices varying between municipalities. Where the medications were in storage, the nurses (or someone else delegated with this responsibility) had the key. Then, the HCP had to argue on the resident's behalf, and had to think through the situation before asking, thereby contributing as a regulating factor for managing PRN.

*'We have to call someone (a nurse) if we identify a need for PRN medication. Both of us sign to document the reason for taking the medication from storage.'*

Some informants mentioned a change in *culture* regarding PRN medication during recent years, involving a change in focus of the HCP in the sheltered housing to using non-pharmacological interventions prior to giving a medication, an approach which frequently saved them from using PRN medication. Examples of such interventions were conversation as therapy and physical activity, such as hiking.

*'We have someone (residents) with anxiety, We find that when seeing them, engage in conversation, talking about the wind and weather, or talk a little bit of nonsense, can save us a lot of Sobril\* (oxazepam).'*

In one municipality, they received more resources for an occupational therapist, and the informants found this the best prescription for preventing unrested residents.

*'We have an occupational therapist and she is really worth the money, we should have several. [...] Should really have been on prescription.'*

## Discussion

This study has identified four categories describing factors that affect the PRN medication management in sheltered housing, from the HCP point of view. These were factors related to the medication, resident, HCP and organisation, and represent aspects of professional practice at different levels. Previous studies in similar settings from England, Australia and the US, have outlined comparable findings on decision-making and PRN medication [4, 9, 30]; however, the medication as a contributing factor is novel. Even so, the PRN medications mentioned in this study as the most commonly used

(analgesics, hypnotics, anxiolytics and laxatives), are in line with studies from other European countries [6, 9].

The subcategories further describe what affects the PRN medication, and highlights that the medication management and decision-making process concerning PRN is complex. In the practical daily work, this process includes elements from several of the subcategories at the same time (e.g., working as an HCP, the organisation and HCP mutually affect each other [31]). The results demonstrate several aspects that can affect the decision-making process regarding PRN.

The following discussion will highlight the findings we suggest as having substantial implications on the professional practice of HCP in PRN medication management. Nevertheless, the complexity of the PRN medication management process should be kept in mind, and factors not discussed may still have implications of importance in individual patient settings.

The HCP acted in a similar manner as gatekeepers for the residents, and they had significant influence regarding which residents would receive which particular PRN medication. Informants in this study wanted resident involvement, however simultaneously they most often had the decision power of PRN administration. An abuse of this power was not desirable; nevertheless, the decision-making process was influenced by the HCP factors (e.g. the HCP believed that they knew the residents' best interests). The withholding of prescribed PRN medication can be defined as a medical error [9], but at the same time the HCP have the formal medical competence. This situation exemplifies the paradoxes for HCP in the welfare system [32], and user involvement can be a struggle between autonomy and paternalisation.

The HCP saw themselves as being important spokespersons for the residents, particularly for those who rarely received medical follow-up by their GP. Working with individual human situations as a nurse, knowledge about PRN medication management is not always generalizable, and can be influenced by factors related to both the resident and the HCP. This issue relates to human factors, for example the job, individual and organisational impacts on health and safety-related behaviour as previously described in a WHO report [33]. There are situations where experience is just as important as theoretical knowledge [17, 34]. PRN medication management involves grades of guesswork, supported by medical competence in combination with experience, as described by Lichtner and co-authors [16]. The outcome could vary among different HCP. Guidelines can be essential in describing the minimum assessment required in the PRN medication decision-making process, but may be difficult to use [9], or not used, as described in this study. Guidelines could provide less room for action [32], but then again may potentially standardise a service

and serve as support in the decision-making process. If guidelines are to be useful, they must be incorporated into the HCP's daily routines.

The total work experience as HCP, and experience at the specific sheltered housing, varied among the informants in this study. Experience and practical training are important to be able to interpret resident-specific actions, signs and symptoms [15, 30]. Predictability and stability in the staffing situation could affect the residents in sheltered housing and was a contributing factor for HCP when managing PRN. The informants in this study believed that inadequate staffing and with low experience, can lead to more use of PRN medication, and give fewer opportunities for observing the residents and using preventive measures. Working conditions and poor knowledge and skills of staff contributes to medication errors according to an English study from care homes [35]. Workforce amount and education increase the PRN medication administration [4]. Long experience for the actual long-term care home, low staff turnover and familiarity for the housing are important for overall quality of care [36]. Shift and part-time positions and spending little time with the patients make it more difficult to collect relevant information [37]. Policy makers of the health care system should pay attention to HCP staffing, regarding professional competence, medical competence and knowledge, practical skills and experience.

The decision regarding whether to give a particular PRN medication is based on a combination of HCP medication knowledge, experience and skills, a result that is supported by previous studies [9, 15, 16]. These three competence areas could lead to opposite conclusions, and the HCP had to decide which of the competence areas should dominate; sometimes, the medical knowledge had to give way to other reasons. It has been described that nurses require a solid theoretical knowledge base and an ability to transfer the knowledge into professional HCP practice because the situations are often complex [15]. The informants in this study described many competency categories which previously have been defined as being central in the nurses' medication competence [15]; for example, pharmacology, interdisciplinary collaboration and documentation — the one not mentioned was mathematical and medication calculation.

The increasing number of psychogeriatric illness in long term care [38] may require additional competence, and the head of department should take this in consideration when this patient group is placed in housing where the staff mainly holds geriatric competence.

Collaboration is important for the HCP in the decision-making process of PRN administration, to compensate for uncertainty about their own competence or

the wish of not wanting to be held personally responsible. Poor medication competence among nurses, regarding all medications, is described in other studies [39, 40]. To gather a second opinion also makes place for different experiences and emphasises that it is rational to confer with a colleague or collaborative HCP with complementary medical competence and experience. There is a decision-making hierarchy [9], where someone, often a nurse, has the responsibility for what is done. During decision-making, HCP are dependent on detailed information regarding the resident, including the resident's normal situation. In this study, the collaboration was conducted without focus on the hierarchy, even if it was the nurse who had the responsibility.

Poor information exchange may contribute to medical errors. A qualitative study from Australian residential aged care facilities found that lack of communication channels and incomplete medication lists can be an obstacle to safe medication management and contribute to gaps in the information exchange [41]. Evaluation of effects and adverse reactions is essential for safe medication management within the health service, and the legislation demands documentation [42]. To obtain a real picture for the need of PRN, the HCP depend on each other regarding communication, including documentation. This area should be addressed by the head of department and individual HCP in sheltered housing.

If a PRN medication is given regularly, the medication should be considered being given as a regular regimen and if there is a requirement for a medication review. This study found that HCP called for medication reviews and the GP to take responsibility for updating the residents' medication lists. In Norway, the patients in nursing homes are supposed to have annual medication reviews [3], and the GPs should perform medication reviews for all older patients who are receiving more than four different medications [43]. It is problematic if no one monitors changes in medication usage and makes changes accordingly (e.g. when PRN become a habit or are used on a regular basis). An inter-professional medication review, like an integrated medication management model [5], which also includes talking with the resident about the medication regime, could be a solution to ensure correct medication prescription and medication lists. Inter-professional medication reviews are challenging to conduct but may improve practice and quality of drug management [37]. A Norwegian study shows that interdisciplinary medication reviews set focus on the importance of good documentation and awareness of symptoms that could be linked to medication use. The results are improved insight and new consciousness when interpreting patients [37]. Medication reviews could be headed by someone outside the sheltered housing (e.g. a pharmacist), who could perform



preparatory work and contribute with complementary medication competence. Such intervention may be resource demanding with respect to time and money, and might be difficult for the municipality to prioritise.

Documentation of the reasons for PRN administration including symptoms, and post-administration effects including side effects, are important in order to ensure patient safety [1, 7, 9]. A study from mid-Norway reported that nurses do not consider the consequences of insufficient documentation regarding further medication use and patient safety, and observation is not a main concern in a hectic working environment [37]. The informants in this study had various experiences of PRN documentation, regarding both quantity and quality. Moreover, they were aware of the importance for documenting their work due to follow-up of the PRN medication.

The medication management system in sheltered housing is regulated, and the HCP can only administer medications prescribed on the resident's medication list. This study describes that HCP PRN administration generally is based on medication lists, although occasionally they act beyond their area of authority and create their own systems. The generation of a system within systems in organisations as a response to a difficult situation is known [31], but multiple and varied, non-integrated systems for medication management can result in medical errors [35]. The assessments the HCP do, depend on which possibilities they have. An Australian study from aged care services emphasises that a high number of medications on the list could be beneficial for the HCP, to have medical treatment options in case of a sudden resident need. Many medications on the list are often seen as an indication of medication review, but it may reflect the GP's wish to give choices in PRN medication [4]. On the other hand, this issue could make the decision-making process more complex for the HCP. Importantly, medication lists should stay updated with the medicines in current use.

The HCP in this study described institutional power and responsibility, but the sheltered housing are legislated as the resident's homes, in contrast to a primary health care institution. Thereby, the HCP have a narrow scope of action, but they experience many of the same challenges as an institution (e.g. nursing home). A possibility is to have medications on stock, as is the case in Norwegian nursing homes [2], an approach which may prevent systems within the systems. It could be general lists of medications allowed to store and administer when required. Having access to PRN medications provides HCP and residents to have flexibility and control, without having to contact the GP. Importantly, such a system would also give the nurses a greater responsibility and competence requirements. It will demand more

time for symptom clarification. Pre- and post-administration observation and documentation, and knowledge of residents and medications will be even more important. Also having fewer, dedicated GPs responsible for all the residents in a sheltered housing, could make the PRN medication management process less complex for the HCP, and might be a tool for the correct and safe use of drugs among these patients.

The organisation culture affects the medication management and the resident [9]. In this study, a change in culture was described occurring over the last years, involving an increased focus on using non-pharmacological treatment interventions when possible. Patient safety is a health policy priority in Norway, and the national campaign 'In Safe Hands' has been ongoing since 2011 [44] and may explain the medication management culture change. The effective and safe use of non-pharmacological interventions requires sufficient available staff, and such preventive measures are timesaving compared to handling of difficult situations due to behaviour of the residents, according to the informants in this study.

It is not studied in what way these factors actually lead to more or less use in practice, or which of these factors are the most important. This area requires additional research in terms of both qualitative and quantitative studies.

### Strengths and limitations

The aim of this study was to gather varied information about what affects PRN medication management. However, the data were collected from Mid-Norway and may not be representative for all sheltered housing. Nevertheless, we consider the results to be recognisable and transferable to similar housing in different geographical areas. The transferability of this study may be influenced by the various ways to structure the care for older adults in sheltered housing or equivalent in primary health care, both in Norway and internationally. Despite the specific health care context and selection of informants, the study has identified challenges in the health care system that are relevant in similar settings.

The sheltered housing head of unit asked HCP to conduct the study, an issue which may have led to an unspoken pressure to attend the focus groups. Volunteerism was emphasised by the moderator and the written consent scheme, and the study participants had the opportunity to withdraw their consent at any time.

The informants were entirely women, although we acknowledge that including men could have enriched the data material. However, in sheltered housing there are mainly women staffed, and because of the purposive sampling of informants, male HCP informants were not admitted.

The group assembly may affect the focus-group interviews [24]. The researchers defined the inclusion criteria, then had no further impact on selecting the informants. The groups were heterogeneous regarding the informants' education, percentage of employment and level of responsibility in the sheltered housing. This variability could have affected the dynamics of the group; for example, with respect to possible conflicts of interest, the informants could moderate their statements. Only a few of the informants had focus-group interview experience — some of them were sceptical, and one cannot disregard the so-called 'researcher reactivity' issue [20].

The focus-group moderator was by no means associated with the municipalities or the sheltered housing, a fact which could be both a strength and a limitation of the study. The preunderstanding was not affected by the culture of the municipality or sheltered housing. The moderator background as a pharmacist may have created a distance to the informants, by holding a differing professional focus and sparse internal knowledge of the context and HCP. Respondent validations, including transcript returned to informants, were not performed since we did not collect informant contact information in the consent form, and the communication went through the head of unit.

## Conclusions

This study describes four main areas that affect PRN medication management, according to HCP working in sheltered housing for older adults. These factors are related to the medication, the resident, the health care personnel and the organisation. In general, these factors can be described through human factors because they refer to individual aspects of the HCP and resident, the HCP job in general and the organisation, and they all have impact on the residents' health and safety. PRN medication management in general, and in sheltered housing in particular, is a complex task, emphasised by the numerous factors found to affect the process. Hence, safe PRN medication management by HCP requires a professional practice with a high degree of medical competence and knowledge, practical skills and experience, in combination with skills in communication and documentation. Furthermore, PRN medication management is affected by HCP working relationships with other staff including GPs, as well as interactions with residents and their relatives, an issue which subsequently may affect residents' outcomes. An inter-professional health care team including nurses, GPs and pharmacists should be involved in the safe management of PRN medication, for example through medication reviews. An effective system-level approach to support HCP in PRN

decision-making, effect assessment, reporting and documentation, is required, and should be incorporated into continuous quality improvement work. Thereby, the HCP professional practice may improve, with the aim of reducing medication errors and adverse drug reactions and contribute to patient safety.

## Supplementary information

**Supplementary information** accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05439-4>.

**Additional file 1.**

**Additional file 2.**

## Abbreviations

PRN: Pro Re Nata; GP: General Practitioner; HCP: Health Care Professionals; OTC: over-the-counter

## Acknowledgements

The authors would like to thank the participants in the focus-group interviews for their kind contribution. Also, thanks to the head of unit for grateful help recruiting informants.

## Authors' contributions

MKN, HS and RMO designed the study. MKN collected the data, led the qualitative content analysis, and created the figure and the table. MKN led the drafting of the manuscript, while HS and RMO were both involved in critically revising the manuscript for important intellectual content, and both read and approved the final manuscript. The authors read and approved the final manuscript.

## Funding

This article forms part of the PhD project for MKN, who has not received external funding. MKN has a PhD research fellowship at Nord University, Norway.

## Availability of data and materials

The datasets generated and analysed during the current study are not publicly available due to the lack of consent from the informants to share this data, but analysed and aggregated data are available from the corresponding author on reasonable request.

## Ethics approval and consent to participate

The study was submitted to the Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REC) in Norway, study number 2017/2073/REK midt (Trondheim, Norway), who determined that the study did not require approval because it does not comprise medical research. The Norwegian Centre for Research Data (NSD) was notified, number 57803. Transcripts and audio recordings were kept in Boxcryptor, and only the first author had admission to it. The ethical principles emphasised in the Declaration of Helsinki were followed [45]. Participation was voluntary, and a written informed consent was required from each informant. The informants could withdraw at any time. The informants were adult and competent to give consent, and the entity for the study should not be perceived as being sensitive.

## Consent for publication

Not applicable.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.



Received: 18 March 2019 Accepted: 17 June 2020  
Published online: 08 July 2020

## References

- Stokes JA, Purdie DM, Roberts MS. Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharm World Sci*. 2004;26(3):148–54.
- Andreassen LM, Halvorsen KH, Granås AG. Store uliks-kapar i innhold, utforming og kvalitet på Dei generelle skriftlege direktiva [differences in content and quality of written administration guidelines]. *Sykepleien Forskning* [Norwegian J Clin Nurs]. 2011;1(6):46–52.
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp [Regulations on medication management for services and health professionals providing health care]. FOR-2008-04-03-320; 2008. [Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>].
- Stasinopoulos J, Bell JS, Ryan-Atwood TE, Tan ECK, Ilomäki J, Cooper T, et al. Frequency of and factors related to pro re nata (PRN) medication use in aged care services. *Res Soc Adm Pharm*. 2018;14(10):964–7.
- Lenander C, Bondesson Å, Viberg N, Beckman A, Midlöv P. Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional study in Swedish primary care. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):616.
- Dörks M, Schmiemann G, Hoffmann F. Pro re nata (as needed) medication in nursing homes: the longer you stay, the more you get? *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(8):995–1001.
- Rønningen SW, Bakken K, Granås AG. Behovsmedisinering i sykehjem: Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt. Rønningen SW, Bakken K, Granås AG. Behovsmedisinering i sykehjem: Forskriving, bruk og dokumentasjon av effekt [pro re nata medications in nursing homes: prescribing, use and effect documentation]. *Norwegian J Clin Nurs*. 2013; 8(1):10.
- Helsedirektoratet [Health Directorate]. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer [the medication management regulations with comments]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-7-2015. [Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer-rev>].
- Murray L. The role of the registered nurse managing pro re Nata (PRN) medicines in the care home (nursing): a case study of decision-making, medication management and resident involvement. Ph.D. Hatfield: Thesis, University of Hertfordshire; 2017. <https://doi.org/10.18745/ht.17989>.
- McKenzie A, Kudinoff T, Benson A, Archillingham A. Administration of PRN medication: a descriptive study of nursing practice. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 1999;8(4):187–91.
- Daatland SO, Høyland K, Otnes B. Scandinavian contrasts and Norwegian variations in special housing for older people. *J Hous Elder*. 2015;29(1–2): 180–96.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) [The act on municipal healthcare services] LOV-2011-06-24-30;2011. [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>].
- Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of Health and care services]. Rundskriv [Circular] I-27/97, H - 24/97 B; 1997. [Available from: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/rundskriv\\_kta/rundskriv-i-27\\_97.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/rundskriv_kta/rundskriv-i-27_97.pdf)].
- Otnes B. Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013 [developments in nursing and care services 1994–2013]. *Tidsskrift for omsorgsforskning* [J Care Res]. 2015;1(01):48–61.
- Sulosari V, Suhonen R, Leino-Kilpi H. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *J Clin Nurs*. 2011;20(3–4): 464–78.
- Lichtner V, Dowding D, Allcock N, Keady J, Sampson EL, Briggs M, et al. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):427.
- Baumann SL, Greif N. The use of PRNs medications with hospitalized older adults. *Geriatr Nurs*. 2017;38(6):596–8.
- Jørgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander M-A, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother*. 2001;35(9):1004–9.
- Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(7):1085–94.
- Maxwell JA. Qualitative research design. 3rd ed. London: Sage Publications; 2013.
- Sandelowski M. Focus on research methods—whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23(4):334–40.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483–8.
- Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311(7000):299–302.
- Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Grung RM. The role of the Norwegian social educator. *Learn Disabil Pract*. 2016;19:10.
- Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277–88.
- Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34.
- Carder PC. 'Learning about your residents': how assisted living residence medication aides decide to administer pro re nata medications to persons with dementia. *The Gerontologist*. 2011;52(1):46–55.
- Argyris C, Schön DA. Organizational learning: a theory of action perspective. *Reis*; 1997(77/78):345–348. doi: <https://doi.org/10.2307/4018395132>.
- Järvinen M, Mik-Meyer N. At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten [Creating a Professional: Responsibility and Autonomy in the Welfare State]. København: Hans Reitzel; 2012.
- Flin R, Winter J, Cakli Sarac MR. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Report for methods and measures working group of WHO patient safety, vol. 2. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2009. [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf).
- Hoffman K, Donoghue J, Duffield CJ. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):53–62.
- Barber N, Allred DP, Raynor D, Dickinson R, Garfield S, Jesson B, et al. Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *BMJ Qual Saf*. 2009;18(5):341–6.
- Boscari VM, Sidani S, Poss J, Davey M, d'Avernas J, Brown P, et al. The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):750.
- Bell HT, Granås AG, Enmarker I, Omli R, Steinsbekk A. Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):30.
- Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodriguez MP, Barros A, Quintana C, et al. Detecting psychogeriatric problems in primary care: factors related to psychiatric symptoms in older community patients. *Ment Health Fam Med*. 2011;8(1):11–9.
- Grandell-Niemi H, Huupli M, Leino-Kilpi H, Puukka PJ. Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *J Clin Nurs*. 2005;14(6):685–94.
- Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem [registered nurses' knowledge and perceptions of generic substitution]. *Sykepleien Forskning* [Norwegian J Clin Nurs]. 2013;8(1):26–34.
- Tariq A, Georgiou A, Westbrook J. Medication errors in residential aged care facilities: a distributed cognition analysis of the information exchange process. *Int J Med Inform*. 2013;82(5):299–312.
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) [The act on health personnel]. LOV-1999-07-02-64; 1999. [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>].
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene [Regulations on general practitioners in the municipalities], FOR-2012-08-29-842;2012. [Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>].
- Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24/7 [In safe hands 24/7. National patient safety campaign] 2016 [Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I-trygge-hender>].
- World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013;310(20):2191–4.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



# ‘Sometimes we just have to trust our gut feeling and hope the reporting is good’.

## *Healthcare providers’ experiences of pro re nata medication decision-making in sheltered housing*

Marianne Kollerøs Nilsen

University lecturer, Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway  
[marianne.k.nilsen@nord.no](mailto:marianne.k.nilsen@nord.no)

Hege Sletvold

Associate Professor, Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway

Rose Mari Olsen

Associate Professor, Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway  
Centre for Care Research Mid-Norway, Nord University, Namsos, Norway

### Abstract

**Objective:** Pro re nata (as needed) medications are widely used among older patients in long-term care. Current knowledge of healthcare providers’ administration of these medications and the decisions involving these medications is scarce and mainly relies on data from nursing homes. This study aims to explore how healthcare providers who work in sheltered housing for older people, experience pro re nata decision-making.

**Design, setting and subjects:** This study used qualitative interviews of healthcare providers working in sheltered housing in mid- and eastern Norway ( $n=8$ ). Data analysis was based on qualitative, latent, content analysis.

**Results:** The analysis showed that the main experiences of the informants in the study involved the challenge of making decisions that give the professionals a good feeling about their decision, the main theme being *Searching for comfort when making pro re nata medication decisions*. Three sub-themes were identified within this theme: *Taking, sharing and shifting responsibility, striving between resident autonomy and appropriate medication use, and struggling with and/or embracing the system*.

**Conclusions:** The healthcare providers in this study experienced PRNM decision-making differently. The informants experienced this decision-making to sometimes be challenging, due to the informants wanting to make decisions that are acceptable to both the residents and themselves.

### Keywords

as needed medications; long term care; older adults; content analysis

#### What do we already know about this topic?

- Pro re nata medications are widely used among older patients in long-term care.
- Medication management by healthcare providers in sheltered housing may be challenged by contextual factors and lack of continuity.

#### What does this study add to existing knowledge?

- Pro re nata decision-making in sheltered housing was found to involve healthcare provider challenges. Healthcare providers furthermore strive to feel comfortable about the decisions they make.
- There is a need to support the healthcare provider decision-making process for pro re nata medications through, for example, providing up-to-date medication lists and functional documentation systems.

## Introduction

Data from the Norwegian Prescription Database shows that 92% of people aged 65 years or older were dispensed at least one prescription medicine in 2017; 58% of these on average being dispensed five or more medications (Berg et al., 2018). Older people's pharmacokinetics and dynamics varies, the risk of drug-related problems increasing with polypharmacy (Devik et al., 2018), it also being suggested that greater use of regularly prescribed medications leads to greater use of pro re nata medications (PRNMs) (also termed 'as needed' or 'as required' medications) (Dörks et al., 2016; Stasinopoulos et al., 2018). PRNMs are prescribed to be taken only as needed and as indicated by the resident's condition (e.g. symptoms of insomnia, pain or anxiety). Inappropriate polypharmacy is, however, a major public health challenge (Payne & Avery, 2011; World Health Organization, 2019), older people living in care homes being particularly at risk (Davies & O'Mahony, 2015; World Health Organization, 2019).

The medication management of medication administered regularly and when needed, is a healthcare provider (HCP) responsibility. Medication management is complex (Carayon et al., 2006; Odberg et al., 2020) and involves judgment-based decisions throughout the different phases of administration – ordering, transcribing, dispensing, preparing, administering and observing medication effects (Odberg et al., 2020; Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Judgment-based decisions for administering PRNMs to those requiring assistance with their medication management are, however, based on the HCP and patient's thinking (Stokes et al., 2004).

The thinking and decision-making process in clinical practice is a multi-layered, multi-component capability that enables HCPs to make judgments and decisions in the complex healthcare setting area (Benner, 1984; Tanner, 2006). Clinical decision-making in caregiving is a situated and nonlinear process, decision-making involving arriving at a judgement-based decision on a course of action, based on the HCPs' explicit and tacit knowledge of the context, resident and medication (Gillespie & Peterson, 2009; Tanner 2006). Clinical decision-making in the administering of PRNMs involves deciding when medication should be administered, which medication should be administered and how much (Usher et al., 2009).

PRNMs are widely used among older patients in long-term care. Current knowledge on providers' management of these medications is, however, scarce and primarily relies on data from nursing homes. PRNM safety issues are furthermore recognized as being an under-researched area (Vaismoradi et al., 2018). Providing long-term care at a level that is lower than that of nursing homes (i.e. sheltered housing) is a defined policy in Norway (Daatland et al., 2015). There is, however, little knowledge on medication management in sheltered housing (Melby et al., 2019).

## Background

The use of PRNMs in long-term care has been related to a number of factors including the level of patient dependence in day-to-day living (Stasinopoulos et al., 2018), patient age and cognitive status (Dörks et al., 2016), underlying health conditions and needs (Vaismoradi et al., 2019). Recent hospitalisation (Stokes et al., 2004) and the length of stay at an institution are also factors (Dörks et al., 2016). A number of PRNMs seem to be included on the medication lists of many sheltered housing patients, the most commonly used PRNMs being mild painkillers and laxatives. PRNMs may not significantly increase the medication-burden (Stasinopoulos et al., 2018).

Studies indicate that the role of HCPs in PRNM decision-making is significant in both care homes and nursing homes (Johansson-Pajala et al., 2016; Odberg et al., 2020). The role providers play in this decision-making is potentially influenced by which HCPs are on duty, the work environment and the collaboration culture (Murray, 2017). Medication management is, however, affected by multiple and inter-related factors (Carayon et al., 2006; Odberg et al., 2020). The management of PRNMs is furthermore reported in sheltered housing to be affected by factors such as the medication, the resident, the HCP and the organisation (Nilsen et al., 2020). Studies indicate that providers, when making PRNM decisions, wish to protect resident autonomy but are, at the same time, responsible for interpreting sets of symptoms (Carder, 2012) and following guidelines (Ryder et al., 2009). HCPs in sheltered housing are part of homecare nursing services. Medication management may therefore be challenged by contextual factors such as poor communication between GPs and HCPs, workplace policies and systems, and poor staff continuity (Lee et al., 2018; Nilsen et al., 2020). HCPs bear a professional responsibility when making medication decisions. Judgements therefore incorporate aspects such as ethical responsibility, clinical judgement, complying with standards of practice and patient knowledge, to ensure that the best decision for the patient is arrived at (Gillespie & Peterson, 2009; Tanner 2006).

#### The context: Sheltered housing in Norway

Residential care for older people is provided by institutional care (nursing homes) and sheltered housing (assisted housing) (Daatland et al., 2015; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sheltered housing for older people is primarily provided to those over 65 years of age, residents receiving help with day-to-day living, including help with managing medications if required. The number of staff and level of care provided in sheltered housing differs. Sheltered housing residents live independently in their own apartment, rented or purchased from the municipality, where HCPs provide home-based services (Daatland et al., 2015; Melby et al., 2019). Nurses primarily and in principle have overall responsibility for medication management. The task of managing medications may, however, be delegated to other HCPs, such as nurse assistants. The head of the unit is responsible for delegation of medication administration and for verifying that providers have the competence required to carry this out (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). There are similarities between sheltered housing and nursing homes. They however differ in juridical management (Daatland et al., 2015; Melby et al., 2019). For example, in sheltered housing PRNMs cannot be administered from general medication lists, but can be in nursing homes. In sheltered housing, PRNMs must be prescribed on the individual resident's medication list to be permitted to be administered. Sheltered housing residents therefore relate directly to their general practitioner (GP), no specialist physicians being assigned to sheltered housing (Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, 1988).

The crucial role of HCPs in the PRNM decision-making process has led this study to the aim of wishing to expand our knowledge on the experiences of this practice in sheltered housing for older people. The following research question has therefore guided the study: How do HCPs experience PRNM decision-making practice for residents living in sheltered housing?

## Materials and methods

This study used a qualitative design. Individual interviews were used to collect data, this method being well-suited to the restructuring of perceptions and experiences of healthcare services (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

### Study setting, participants and sampling

Informants were recruited from five sheltered housing units in five different municipalities in mid- and eastern Norway. Each sheltered housing unit housed 10 to 60 residents. All HCPs were affiliated to the homecare nursing services, the services available at each sheltered housing unit however varying. At some locations, residents were frequently visited by HCPs. At others, they only came when the resident called for assistance.

The sampling strategy was therefore designed to reflect the heterogeneity of the sheltered housing units, some being large and some small, localised in both small and large municipalities. Healthcare providers also had different levels of experience and positions. Inclusion criteria were: people working in sheltered housing units, certified for (PRN) medication management. A purposeful strategy was applied to informant recruitment (Patton, 2015). Sampling primarily included key informants, who were HCPs with a special interest in PRNM, sourced through self-recruitment. The lack of informants led, however, to the strategy being changed stepwise as shown in Figure 1.

The informants had between 2 and 30 years of experience. Four were registered nurses, three were nurse assistants, and one was a trainee nurse, working in the role of a nurse assistant. Nurse assistants have an upper secondary school education in healthcare. Most of the informants held a 90–100% position in sheltered housing, one holding a 13% position; the informants had 2–25 years of experience in sheltered housing. Some also had experience from other healthcare services and some nurses had further education in geriatric and palliative care. All eight informants were women.

Participation was voluntary, written informed consent being obtained from each informant before becoming involved in the study, and the informants were consent competent.



**Figure 1** Informant recruitment

## Data collection

Semi-structured interviews with each informant were conducted by the first author between February and May 2019. The informants selected the interview location. Seven interviews were held at the HCP's workplace, and one in MKN's office.

MKN developed a semi-structured interview guide of themes based on findings from another study (Nilsen et al., 2020) and on literature in the field. The interview began by asking for background information (education, experience, position, size of housing unit). The informants were then asked to talk about the last time they administered a PRNM and to describe how they made decisions. Follow-up questions were used to encourage participants to clarify or elaborate on their responses, interviews ending with a focus on the HCP's role in the decision-making process. The same interview guide was used for all interviews. Follow-up questions were, however, tailored to the answers and to the new understanding gathered during the interview, which is a natural process in qualitative research (Kvale & Brinkmann, 2009).

The interviews lasted between 26 and 54 minutes, only one informant and MKN participating in each interview. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim by MKN and were deidentified and anonymized when transcribed. The audio recordings were encrypted when stored, and were deleted after the analysis was completed.

All informants received their own transcript to go through, to validate the interviews. One of the informants provided an additional comment that was not included in the analysis.

## Data analysis

The data was analysed using the inductive qualitative approach (Patton, 2015) and latent content analysis inspired by Graneheim and Lundman (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

The transcribed interview texts were analysed stepwise. The transcripts were first read through to obtain a comprehensive understanding of the entire material, and to determine the main topics. The transcripts were then divided into meaning units made up of words, sentences or paragraphs related through their content. The meaning units were then condensed, abstracted and labelled using a code that describes the content, the codes finally being grouped into sub-themes and themes describing the latent meaning of the data (Graneheim & Lundman, 2004).

The authors' preunderstanding was that medication management by healthcare providers in sheltered housing may be challenged by several factors. This was considered and discussed during the whole process in order to enhance the credibility of the results. The authors' professional background varied, including two pharmacists (MKN, HS) with experiences from pharmacy, and one nurse (RMO) with clinical experience from nursing homes. All had many years of teaching experience from higher education. However, none had clinical experiences from sheltered housings.

MKN and RMO created meaning sub-themes and themes (Graneheim et al., 2017). Triangulation (Lincoln & Guba, 1986) was also performed to ensure the trustworthiness of the analysis research, all three authors discussing the findings repetitively. Table 1 shows themes, sub-themes and examples of codes, condensed meaning units and meaning units (coding tree).

The NVivo 12 and MindManager computer programs were used in the organisation, review and analysis of the data.

**Table 1** Coding tree. Summary of theme and sub-themes, with examples of codes, condensed meaning units and meaning units

Meaning unit*	Condensed meaning unit (initial interpretation)*	Code*	Sub-theme	Theme
<i>Sometimes, I wished I had become a health worker (...) and did not have the responsibility. But the responsibility also makes the day exciting.</i>	Wishing not to have responsibility but realising responsibility is exciting.	Feeling of taking responsibility varies.	<b>Taking, sharing and shifting responsibility</b>	
<i>It's safe when the medication list is evaluated and approved.</i>	Feeling safe when medication lists are updated.	Sharing responsibility with the GPs.		
<i>If they have the medication as a PRNM, it is for a reason; then, I should not make any decision (...) they can decide themselves. It is their body.</i>	The patient can make PRNM decisions himself.	Shifting responsibility (to the resident).		
<i>I really want to tell the GP about the situation (..) but I can't when the resident says no (...) then, I feel helpless. We continue to give painkillers even if it doesn't help, because the resident wants us to.</i>	If the resident says no to conveying onwards information, we have to respect it, even if it results in inappropriate medication use.	Resident autonomy has greater impact than professional knowledge.	<b>Striving between resident autonomy and appropriate medication use</b>	<b>Searching for comfort when making PRNM decisions</b>
<i>It's different (compared with nursing homes) when you come into their homes, it shouldn't be, but it is. (...) at home, they can mostly do what they want to do.</i>	In sheltered housing, resident autonomy is stronger than in nursing homes.	Resident autonomy is dependent on context.		
<i>We have medication reviews once a year (...) the GPs examine blood tests and review the medication list, also looking for interactions (...) here, the old people are in safe hands.</i>	Frequent follow-up from GPs makes the patient safe.	A systematic collaboration with GPs is essential.	<b>Struggling with and/or embracing the system</b>	
<i>We have a so-called 'black-book' (a notebook) where we write messages on things to remember from day to day (...) When I wrote that we should give feedback to the GP regarding a patient's use of painkillers, we followed up the PRNM.</i>	A notebook used for messages ensures that the PRNM is followed up.	Informal information structures replace a failing documentation system.		

\*Examples, not a complete overview

## Results

We identified, from the analysis, one main theme and three sub-themes (see Table 1) from all the informant descriptions of PRNM decision-making experiences. Informants' thinking and reflection are influenced by work and by life experiences. PRNM decision-making



could occasionally be challenging, when and in which the circumstances this arose differed. The theme and sub-themes are described and illustrated in the next section, which includes quotes from the interviews.

### Searching for comfort when making PRNM decisions

The main theme 'Searching for comfort when making PRNM decisions' relates to HCPs' desire and commitment to make PRNM decisions they can vouch for. The informants experienced that they wanted to make decisions that gave them a good feeling. This includes confirmation from colleagues that their decision was right. Straightforward decision-making was, however, often disrupted by conflicts within them between autonomy and professional practice and grade of responsibility. The organisational system also affected PRNM decision making.

### Taking, sharing and shifting responsibility

This sub-theme includes informants' experiences of managing their responsibilities in the PRNM decision-making process. The HCPs wanted to take responsibility. They would, however, like to share this with someone such as a colleague or the GP. They sometimes also wanted to transfer responsibility to someone else and so no longer be responsible for the decision. The informants constructed their responsibility differently. How responsibility was experienced also seemed to be context-dependent. Some informants felt that PRNM decision-making responsibility was a burden. Others found the responsibility helped make their work exciting. This is exemplified by a nurse saying: "*Sometimes I wished I was a nurse assistant (...) and did not have the responsibility. But the responsibility also makes the day exciting.*" (Nurse, 19 years' experience [YE]). A number of informants expressed that the roles of nurse assistants and nurses in decision-making were clear and established. They, however, admitted that nurse assistant practice varied, nurse assistants sometimes taking independent responsibility and sometimes consulting with a nurse before deciding to administer PRNMs. The nurses' expectations of how much responsibility health workers should take on differed. Some nurses thought nurse assistants should always ask a nurse before deciding anything. Others believed they could act independently. The roles of HCP in PRNM decision-making were clear and established. The responsibility each HCP actually took on, however, depended on personality rather than profession.

The nurses felt a responsibility to follow up PRNM use. They, however, wanted to share this responsibility with the GP, to feel more comfortable about this. One informant said: "*It's safe when the medication list is evaluated and approved.*" (Nurse, 24 YE). The informants also mentioned the GP's responsibility, and thought GPs didn't follow up resident medication use in the way they should. Some of the informants stated that it was the GPs that should have overall responsibility, because they prescribed the medication. HCPs appeared to take on more responsibility than they really wanted to because someone had to, even though it led to a certain degree of uncertainty.

Some informants commented that administration of PRNMs involved more responsibility than the administration of regular medication. This was exemplified by the quotation: "*It's a responsibility, whether my observations and clinical judgement are correct, if the resident is in pain or if it is something else.*" (Nurse assistant, 13 YE). Some of the HCPs felt insecure about the role, not because of the responsibility of administering the medication itself, but because of the need to exercise clinical judgement.

Lack of knowledge about the patient combined with inadequate patient record documentation could lead to uncertainty in the decision-making process. One informant with a small

position describes this as follows: *“I depend on discussing the case because I’m rarely in the unit. With this resident, there is something new each time I am there (...) I can’t make the decision on my own, at least not whether he should have more oxazepam or not”*. (Nurse student, 2 YE).

Being uncertain about a decision made the responsibility more burdensome. One strategy the HCPs used to manage the uncertainty in decision-making, was to share responsibility with or shift responsibility to a colleague or the GP. A feeling of shared responsibility would furthermore mean that a wrong decision would be viewed less severely if their judgement had been endorsed by someone else, or if the GP was consulted. The following quotation describes a situation:

*“On one occasion a resident had pain in his neck, and didn’t have painkillers as a PRNM; we called the emergency room, and the doctor told us to give paracetamol (...) The next day, the resident was dead. (...) We were glad we had called for medical advice, that someone else had judged the situation with us.”* (Nurse, 19 YE).

The opportunity to share responsibility was less likely on night shifts, the burden of making the right decision feeling heavier.

Responsibility was primarily shared with a colleague. Exchanging experiences and decisions made the informants more comfortable, one commenting that this approach created a more consistent practice, even if it also could lead to the disavowing of responsibility.

Responsibility for PRNM decision-making was sometimes shared with the resident, if they had good cognition and were able to communicate well with the HCPs, and could therefore participate in the decision-making process. The following quotation illustrates a nurse’s belief that their judgement was not required when residents asked for PRNMs on their list: *“If the medication is a PRNM, then this is for a reason. I should not then make any decision”* (Nurse, 24 YE).

### **Striving between resident autonomy and appropriate medication use**

This sub-theme relates to the HCP dilemma that arises between conceding to the residents’ wishes versus ensuring safe and appropriate medication use. They referred to PRNMs as analgesics (e.g. paracetamol and morphine) and tranquilisers (e.g. oxazepam) and wished to limit their use. HCPs furthermore wanted to limit the administration of tranquilisers due to the danger of addiction. Treating residents’ pain was important to the HCPs, even if some analgesics were addictive, which they refer to as ‘strong medications’. It was also important to the informants to believe in and trust the residents, and to take into consideration their wellbeing. As one informant noted: *“Sometimes a resident asks repeatedly for a PRNM, and you may get weary of their badgering. Then, a good attitude is important. You should still believe the resident.”* (Nurse, 25 YE).

One of the informants talked about a resident whose inappropriate use of painkillers challenged her nursing competence. She wanted to consult the GP about an alternative intervention. The resident, however, refused to talk about their physical condition: *“I really want to tell the GP about the situation (...) but I can’t when the resident says no (...) then, I feel helpless. We continue to give painkillers because the resident wants us to, even if it doesn’t help”* (Nurse, 19 YE).

A number of informants claimed that autonomy was important, because the residents lived in their own home and not in a nursing home. This is exemplified by this quotation: *“It’s different (from a nursing home) when you go into their homes. It shouldn’t be, but it is. (...) At home, they can mostly do what they want.”* (Nurse assistant, 25 YE). Some informants

commented that it was occasionally acceptable to use a mild form of pressure to encourage a resident to take PRNMs: *“Maybe I gently pressurised the resident to take paracetamol. But I saw how bad he felt during care the evening before.”* (Nurse assistant, 13 YE). The HCP’s knowledge implied that there was a need, in these situations, for a PRNM because they for example expected the resident to be in some pain. The use of PRNMs was on such occasions justified in the interests of the wellbeing of the resident.

The informants felt caught in the middle between what they believed to be the correct use of a medication, and the resident’s wishes. HCPs often administered a PRNM even if they didn’t want to, because the resident asked for it. This situation gave the HCPs a feeling of helplessness, because residents did not listen to their professional advice. Informants sometimes experience decision-making as an ethical dilemma, such as when they must choose between resident autonomy and appropriate medication.

### **Struggling with and/or embracing the system**

This sub-theme refers to the HCPs’ efforts to make the right PRNM decision within an organisational system of decision-making barriers and facilitators.

It is clear, based on the informant’s statements, that two of the municipalities included in the study had established systematic medication reviews and visits by GPs. This helped the HCPs in their decision-making. The informants from these municipalities embraced this approach because it made their job easier, as described by this quotation: *“We have medication reviews once a year (...) the GPs look at blood tests and review the medication list, also looking for interactions (...) here, the old people are in safe hands”* (Nurse, 25 YE). The medication review led to fewer PRNMs on the medication list. This, combined with a good relationship with the GP, made the HCPs feel more comfortable when making decisions. Informants from the other three municipalities gave the impression that system barriers existed in these municipalities, making HCP decisions more challenging. The main barriers were a lack of collaboration with the GP on maintaining medication lists, and poor documentation systems. This is illustrated by the following quotation:

“I think good collaboration between us HCPs and GPs, residents with relatives, is important. Today I feel that the residents are prescribed a medication, and that it remains on the medication list for years without being assessed or discussed.” (Nurse student, 2 YE).

Poor control of which medication should be administered, due to there being a number of medications on the medication list to choose from, represented a challenge. Outdated medication lists required greater medication competence. Sometimes the informants would go beyond what they were authorised to do in their care of the residents, because the medication lists were not updated, as this example shows:

“A dying person should receive morphine, and instructions were given orally. But when I came to the person, the medication list was incorrect, and morphine was not listed as a PRNM.(...) I chose to give morphine (...) It could have had an impact on my licence.” (Nurse, 11 YE).

Information about the health-status of the patient and the effects of medications on him/her should be kept in the patient record. Several informants mentioned, however, poor documentation systems, particularly for PRNMs. The informants talked about notebooks for writing down different types of messages. These also seemed to be an important information source for PRNM follow-up, this quote illustrating the use of a notebook for documentation:

“We have so-called ‘black-books’ (a notebook) where we write messages on things to remember from day to day (...) When I wrote in the book that we should give feedback to the GP on a patient’s use of painkillers, we followed this up on the PRNM”. (Nurse, 19 YE).

The HCPs could not trust the documentation system and had to compensate through relational continuity – the HCPs’ one-to-one knowledge of the residents. The HCPs also had to rely on their own knowledge, experience, and informal information and documentation systems because the formal system did not meet the requirements for safely providing/managing PRNMs.

The informants described organisational systems, such as documentation systems and medication reviews, as leading to variations in the decision-making practices. These differences could lead to uncomfortable decisions for the informants. The current PRNM practice, therefore, seems to substantially rely upon HCP experience, attitudes and knowledge, informants being concerned that residents were not receiving the best possible and safe medical care. This quotation describes the feeling of one informant: “*Sometimes we simply have to trust our gut feeling and hope the reporting is good*” (Nurse, 11 YE). Decision-making practice based on gut feeling was not preferred by the informants. This was, however, the only remaining reliable resource when other knowledge sources in the system were absent.

## Discussion

We, in this study, found PRNM decision-making experiences to involve responsibility, autonomy versus professional judgements and organisational conditions, and HCPs seeking to feel comfortable about their decisions. The informants in this study considered practice was better and safer for the residents when they felt safe about their decision-making.

The informants in this study considered experiences of responsibility during PRNM decision-making process to be important. The roles of the HCP were, in principle, clear and established. Most HCPs were, however, reluctant to carry the burden of their decisions alone. A stronger involvement of GPs was in particular wanted by the HCPs in this study, how municipalities organise access to physicians in sheltered housing also being problematised in a report on medical competence in nursing homes and sheltered housing. This report shows variations in the organisation of GP services, and sheltered housing units having to relate to numerous GPs (Melby et al., 2019). HCPs experienced taking responsibility differently, the experience depending on their personalities and self-awareness, which is an important part of clinical decision-making (Gillespie & Peterson, 2009). Sharing responsibility with colleagues was wanted by the informants, to create a safer environment for the decision-making process. Studies from hospital settings have found that knowledge sharing is positively correlated with patient safety (Chang et al., 2012; Strömngren et al., 2016). The exchange of experience between colleagues was also an important element in symptom interpretation. HCPs have an individual responsibility to provide professional care to patients that ensures quality in health care and patient safety. There is also a duty to call for assistance if the patient’s needs require this (Helsepersonelloven, 1999). Systems that promote information sharing were an important element in ensuring comfort when making PRNM decisions and can help or hinder the HCPs in their practice. Information sharing should be facilitated, to provide opportunities for collaboration and interaction between practitioners.

Challenges around resident autonomy and appropriate use of PRNMs influenced the decision-making practice, a finding that is in line with previous studies in assisted living settings (Carder, 2012; Ryder et al., 2009). The informants were focused on limiting the

use of medications and, at the same time, on providing patient-centred care. Knowing the patient and the case were one of the essential factors in HCP clinical decision-making. This clinical decision-making should also consider cues, judgments and consequences (Gillespie & Peterson, 2009). Decision-making could be difficult if relevant factors pulled in different directions, as in the example given in this study of HCPs who felt obliged to continue to administering painkillers and the resident not agreeing to the GP being informed of the resident's physical status. Several informants in our study claimed that respecting the residents' autonomy was more important in sheltered housing than in nursing homes, because the residents lived in their own homes. Context therefore seems to play a role in autonomy-power, even if the Patient and User Rights Act does not distinguish between health care settings (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Two organisational systems were highlighted in this study, documentation systems and systematic medication reviews. Drug-related problems due to unclear documentation (Devik et al., 2018) and to the use of informal documentation systems (Bjerkan et al.; Olsen et al., 2014) are well documented challenges. An informant in this study said that decision-making was easier for residents that had undergone systematic medication reviews. They felt safe, they knew the lists were correct and there were a limited number of medications to choose between. A multi-disciplinary medication review is recommended for safer medication management, particularly for older patients (Meld. St. 28, 2014–2015). Medication reviews may furthermore improve both the practice and quality of medication management (Bell et al., 2017; Halvorsen et al., 2010) and reduce inappropriate polypharmacy (Lenander et al., 2018). HCP mistakes are rarely due to negligence. Mistakes are due to dysfunctional or inadequate systems, processes or procedures resulting in the risk of medication errors (World Health Organization, 2017; Reason, 2000). Medication errors are therefore avoidable. Improving the systems and practices of PRNM management in sheltered housing is therefore crucial in ensuring HCPs make safe PRNM decisions.

This study describes decision-making practice as taking place in a context in which HCPs depend on others (colleagues or GPs) to make what they believe to be the best PRNM decision. This practice is, however, characterised by a number of challenges. The practice may be experienced by residents as being good when the level of patient-centred care is high. The results presented here, however, point to a system and practice of medication management that may raise concerns in terms of patient safety.

## Implications

PRNM decision-making practice should not need to be based on gut feeling. There is a need for functional systems supporting HCPs decision-making. Heads of units should therefore take this into account when organising the service. Functional and easily accessible formal documentation systems and formalised interprofessional medication reviews can help ensure HCP tasks are carried out correctly, and their implementation should be considered. This approach would be in line with the recommendations from the Norwegian patient safety program (Helsedirektoratet, 2020). A formalised collaboration with GPs could, according to some of this study's informants, also save the municipality time and reduce costs.

PRNM management is a significant part of HCP responsibilities. The exchange of experiences and knowledge to support the decision-making process, is also important to avoid unsafe practices. Shared or shifted responsibility does not, however, relieve HCPs from their individual decision-making responsibility (Helsepersonelloven, 1999). Legislation implies that facilitating the necessary collaboration for safeguarding HCP practices is a system responsibility. HCPs should, as a part of their independent responsibility, document neces-

sary information on PRNM administration and follow-up, preferably using formal documentation systems.

### Strengths and weaknesses

This study's findings provide novel insights into HCP experiences in PRNM decision-making in sheltered housing. The sampling resulted in the inclusion of HCPs employed in municipalities that organised their services differently. We find this variation to be a study strength. A limitation of this study is the relatively small sample that only included women. We nevertheless succeeded in achieving variations between the informants, and their positions, experience and education, this variation reflecting the profiles of the sheltered housing staff. We have made an effort to collect thick descriptive data, in the interests of transferability (Lincoln & Guba, 1986).

Mixing the sampling strategy may contribute to some bias, the prerequisites for participation differing. The two informants we recruited through social media were more interested in pro re nata medication than the other informants. Contacting informants via a network may also affect the informants included in a study. There was, however, no direct connection between the informants included and the researchers.

Member-checking is one way of ensuring trustworthiness (Lincoln & Guba, 1986). The informants read and validated their own transcripts, which is a strength. Not involving them in the analysis is, however, a limitation. Research triangulation (Lincoln & Guba, 1986) was performed in the analysis and involved all authors, their experiences and backgrounds differing.

## Conclusion

Healthcare providers in this study experienced PRNM decision-making practice in sheltered housing differently. Our findings indicate that PRNM decision-making may involve challenges for the HCPs, who strive to feel comfortable with the decisions they make. The challenges relate to the efforts made by HCPs to manage their decision-making process responsibilities. HCPs are positioned between respecting residents' autonomy, ensuring appropriate medication use and efforts to make the right decisions within an organisational system that supports or disrupts decision-making. The informants in this study experienced that conflicting interests often disrupted straightforward decision-making. Examples are the balancing act between professional knowledge and resident autonomy, whether the system is reliable or whether gut feeling becomes the information source to use. HCPs associated feeling uncomfortable with the PRNM decision with unsafe medication practice. Stronger involvement of GPs could furthermore act as a safety net for HCPs.

*The Norwegian Centre for Research Data (NSD) was notified (no. 57803), and the ethical principles emphasised in the Declaration of Helsinki were followed.*

*This article forms part of a PhD project for MKN, who has not received external funding. MKN has a PhD research fellowship at Nord University, Norway.*

*The authors wish to thank the health professionals who participated in the study for their contributions.*

*The authors report no conflicts of interest. The authors are responsible for the content and writing of this article.*

## References

- Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker, I., Omli, R. & Steinsbekk, A. (2017). Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care – a qualitative study [journal article]. *BMC Family Practice*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0598-0>
- Benner, P. (1984). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407. [https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1982/82030/from\\_novice\\_to\\_expert.4.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1982/82030/from_novice_to_expert.4.aspx)
- Berg, C. R., Blix, H. S., Fenne, O., Furu, K., Hjellevik, V., Husabø, K. J., Litleskare, I., Rønning, M., Sakshaug, S., Selmer, R., Sjøgaard, A. & Torheim, S. (2018). *Reseptregisteret 2013–2017 [The Norwegian Prescription Database 2013–2017]. Legemiddelstatistikk [drug statistics] 2018:2*. <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelstatistikk-20182-reseptregisteret-20132017/>
- Bjerkan, J., Valderaune, V. & Olsen, R. M. “Vi har jo blåboka, svartboka og alle listene...” En kvalitativ studie blant pleiefaglig ansatte og studenter om dokumentasjonspraksis i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(02), 54–69. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-05>
- Carayon, P. A. S. H., Hundt, A. S., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M. & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *BMJ Quality & Safety*, 15 (suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Carder, P. C. (2012). “Learning about your residents”: How assisted living residence medication aides decide to administer pro re nata medications to persons with dementia. *Gerontologist*, 52(1), 46–55. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr099>
- Chang, C. W., Huang, H. C., Chiang, C. Y., Hsu, C. P. & Chang, C. C. (2012). Social capital and knowledge sharing: Effects on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1793–1803. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05871.x>
- Davies, E. & O'Mahony, M. (2015). Adverse drug reactions in special populations – the elderly. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80(4), 796–807. <https://doi.org/10.1111/bcp.12596>
- Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbstad, T., Lassen, T., Kuzina, N. & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291–299. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dörks, M., Schmiemann, G. & Hoffmann, F. (2016). Pro re nata (as needed) medication in nursing homes: The longer you stay, the more you get? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(8), 995–1001. <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2059-4>
- Daatland, S. O., Høyland, K. & Otnes, B. (2015). Scandinavian contrasts and Norwegian variations in special housing for older people. *Journal of Housing for the Elderly*, 29(1–2), 180–196. <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.989778>
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). [Regulations for nursing homes and housing for round-the-clock care and nursing]. (FOR-1988-11-14-932). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp [Regulations on medication management for services and health professionals providing health care]. (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Gillespie, M. & Peterson, B. L. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: The situated clinical decision-making framework. *Nursing Education Perspectives*, 30(3), 164–170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19606659/>



- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halvorsen, K. H., Ruths, S. & Granås, A. G. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 6. <https://doi.org/10.3109/02813431003765455>
- Helsedirektoratet [Ministry of Health and Care Services]. (2020). *I trygge hender 24/7* [In safe hands]. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). [Act on municipal health and care services] *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30. 2011). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). [The Health Personnel Act] *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J. & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: A qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 37–45. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lee, C. Y., Goeman, D., Beanland, C. & Elliott, R. A. (2018). Challenges and barriers associated with medication management for home nursing clients in Australia: A qualitative study combining the perspectives of community nurses, community pharmacists and GPs. *Family practice*, 36(3), 332–342. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy073>
- Lenander, C., Bondesson, Å., Viberg, N., Beckman, A. & Midlöv, P. (2018). Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients: A cross-sectional study in Swedish primary care. *BMC health services research*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3425-y>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse* [White Paper on Medicinal Products — Correct use – better health]. Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of Health and Care Services]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?ch=1>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskafaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger* (8283400894). Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Murray L. (2017). *The role of the registered nurse managing pro re nata (PRN) medicines in the care home (nursing): A case study of decision-making, medication management and resident involvement* [Ph.D. Thesis, University of Hertfordshire]. <https://doi.org/10.18745/th.17989>
- Nilsen, M. K., Sletvold, H. & Olsen, R. M. (2020). ‘To give or not to give medication, that is the question.’ Healthcare personnel’s perceptions of factors affecting pro re nata medication in sheltered housing for older adults—A focus-group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05439-4>
- Odberg, K. R., et al. (2020). A work system analysis of the medication administration process in a Norwegian nursing home ward. *Applied Ergonomics*, 86(103100). <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103100>



- Olsen, R. M., Hellzén, O., Skotnes, L. H., & Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://doi.org/10.5334/ijic.1525>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). [Patient and User Rights Act]. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage Publications.
- Payne, R. A. & Avery, A. J. (2011). Polypharmacy: One of the greatest prescribing challenges in general practice. *British Journal of General Practice*, 61(583), 2. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X556146>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Ryder, P. T., Joseph, M., Zuckerman, M. & Zuckerman, I. H. (2009). Administrators' perceptions of medication management in assisted living facilities: Results from focus groups. *Consult Pharm*, 24(7), 513–523. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2009.513>
- Stasinopoulos, J., Bell, J. S., Ryan-Atwood, T. E., Tan, E. C. K., Ilomäki, J., Cooper, T., Robson, L., Sluggett, J. K. & Ilomäki, J. (2018). Frequency of and factors related to pro re nata (PRN) medication use in aged care services. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 14(10), 964–967. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.11.004>
- Stokes, J. A., Purdie, D. M. & Roberts, M. S. (2004). Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharmacy World and Science*, 26(3), 148–154. <https://doi.org/10.1023/B:PHAR.0000026803.89436.a8>
- Strömgren, M., Eriksson, A., Bergman, D. & Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.012>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Usher, K., Baker, J. A., Holmes, C. & Stocks, B. (2009). Clinical decision-making for 'as needed' medications in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 981–991. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04957.x>
- Vaismoradi, M., Amanian, S. & Jordan, S. (2018). Patient safety and pro re nata prescription and administration: A systematic review. *Pharmacy*, 6(3), 95. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6030095>
- Vaismoradi, M., Vizcaya Moreno, F., Sletvold, H. & Jordan, S. (2019). PRN medicines management for psychotropic medicines in long-term care settings: A systematic review. *Pharmacy*, 7(4), 157. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7040157>
- World Health Organization. (2017). *Medication without harm. WHO global patient safety challenge*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- World Health Organization. (2019). *Medication safety in polypharmacy: Technical report*. <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>



1 **Title.** Older adults living in sheltered housing's experiences of involvement in pro re nata  
2 decisions. A narrative positioning analysis.

3

4 **Author names and affiliations.**

5 Marianne Kollerøs Nilsen<sup>1\*</sup>, Bodil H. Blix<sup>2</sup>, Hege Sletvold<sup>1</sup> and Rose Mari Olsen<sup>1,3</sup>

6 <sup>1</sup> Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway

7 <sup>2</sup> Department of health and care sciences, Faculty of health sciences, UiT The Arctic  
8 University of Norway

9 <sup>3</sup> Centre for Care Research Mid-Norway, Nord University, Namsos, Norway

10 \*corresponding author: Marianne K Nilsen, Nord university, Post box 474, 7801 Namsos,  
11 Norway. marianne.k.nilsen@nord.no

12

13 **Bios:**

14 Marianne Kollerøs Nilsen (BaPharm, MSc) is a doctoral student in the study of professional  
15 praxis at Nord university.

16

17 Bodil H. Blix (RN, MSc, PhD) is Professor in the Department of health and care sciences,  
18 Faculty of health sciences, at UiT The arctic university of Norway.

19

20 Hege Sletvold (MSc/Cand.pharm., PhD) is an Associate Professor at Nord University, Faculty  
21 of Nursing and Health Sciences.

22

23 Rose Mari Olsen, (RN, PhD), is an Associate Professor at Nord University, Faculty of  
24 Nursing and Health Sciences, Centre for Care Research Mid-Norway, Namsos, Norway.

25

26 **Abstract**

27 Decisions regarding pro re nata medications might be challenging due to the complex nature  
28 of the practice. The aim of this study was to expand our understanding of the experiences of  
29 older people living in sheltered housings with regard to shared decision-making concerning  
30 pro re nata medications. In this study, we conducted in-depth interviews with residents living

31 in Norwegian sheltered housings. The analysis was inductive, based on a narrative position  
32 analysis. Twelve residents were interviewed, and three narratives representing participants  
33 variation are presented. People take different positions in shared decision-making of pro re  
34 nata medication, and they position themselves variously at different levels and situations.  
35 Prevailing master narratives affect the residents' positions in shared decision-making.  
36 Contrasts in older adults' experiences indicate that shared decision-making is not  
37 straightforward and is highly reliant on the context. Seemingly, they wish to be involved and  
38 not involved at the same time, a contradiction that healthcare providers need to consider.

39

40

41 **Keywords:** Residential care, PRN medication, aged care, decision-making, narrative analysis,  
42 Norway

43

#### 44 **Introduction and Background**

45 Pro re nata medications (PRNM) are given as a response to symptoms that occur without the  
46 requirement for regular medication. Hence, the administration timing of PRNM is based on  
47 residents' requests and/or nurses' observations (Nilsen et al., 2020; Stokes et al., 2004).

48 Nurses working in sheltered housing describe numerous human factors affecting their  
49 management of PRNM and that impact the residents' health and safety (Nilsen et al., 2020;  
50 Vaismoradi et al., 2020). Studies have demonstrated that nurses play a vital role in decision-  
51 making processes regarding PRNMs (Murray, 2017; Sulosaari et al., 2011). Decisions  
52 regarding PRNM might be challenging due to the complex nature of the procedure, the many  
53 influencing factors, the varying underlying health conditions and needs of the residents, and  
54 the variety in PRNM therapies (Nilsen et al., 2020; Stasinopoulos et al., 2018; Vaismoradi et  
55 al., 2020).

56 In Norway, residential care for older people is provided in institutions (nursing homes) and  
57 sheltered housing (assisted living) (Daatland et al., 2015). The target population is older  
58 adults (>67 years). The residents have a right to daily care in accordance with their needs,  
59 including medication administration, if necessary. According to Norwegian legal regulation,  
60 residents in sheltered housing live in their own independent home, bought or rented from the  
61 municipality, and home-based healthcare services are provided by home nursing. There are  
62 variations with respect to staff competence and the amount and level of care provided in  
63 Norwegian sheltered housings (Daatland et al., 2015; Helse- og omsorgstjenesteloven [Health  
64 and Care Services Act], 2011). Primarily, registered nurses have overall responsibility for  
65 managing PRNMs and regular medications. The task of managing medications may, however,  
66 be delegated to other healthcare providers, such as nurse assistants (in this article the term  
67 nurse is used for both). The head of the unit is responsible for delegation of medication  
68 administration and for verifying that providers have the required competence (Forskrift om

69 legemiddelhåndtering [Regulations on medication management], 2008). PRNM and regular  
70 medications are prescribed on the residents' medication lists. Because there are no physicians  
71 allocated to the sheltered housings, residents are followed up by general practitioners  
72 (Forskrift for sykehjem m.v. [Regulations for nursing homes ], 1988).

73 The right to self-determination is central in health ethics and a guiding principle regarding  
74 decision-making in medication management (World Health Organization, 2015), and making  
75 patients protagonists of their care is a priority (Graffigna & Barelo, 2015). In the Norwegian  
76 welfare system, the discourse of user involvement has changed since the 1970ies (Askheim  
77 et.al., 2017). Furthermore, all Norwegian citizens have the right to receive information and be  
78 involved in the treatment of their health conditions (Pasient- og brukerrettighetsloven [Patient  
79 and User Rights Act], 1999). There are different levels of user involvement (Arnstein, 1969),  
80 and studies indicate that several models for shared decision-making focus on the healthcare  
81 providers rather than the healthcare services users (Bomhof-Roordink et al., 2019; Aerts et al.,  
82 2019; Murray, 2017).

83 Decision-making processes involving healthcare providers and patients have been described  
84 with three models; paternalism, consumerism and shared decision-making (Costanzo et al.,  
85 2019). Shared decision-making involves patients together with nurses in the decision-making  
86 process, where nurses should include the patient's preferences simultaneously to see a  
87 complete picture of the situation and judge the different choices within the room for maneuver  
88 (Costanzo et al., 2019; Gillespie & Peterson, 2009). Factors known to generate stress of  
89 conscience in residential care facilities for older adults include difficulties in redeeming all  
90 preferences, such as balancing priorities and following rules and recommendations (Ericson-  
91 Lidman et al., 2013). A qualitative study from Norway found that healthcare providers  
92 highlighted resident involvement when making decisions regarding PRNM, still they acted as  
93 gatekeepers (Nilsen et al., 2020). Some patient groups, particularly older people, are not

94 familiar with shared decision-making (Elwyn et al., 2012), and the patients' health literacy is  
95 essential in understanding the information and consequence of choices (Elwyn et al., 2012;  
96 Pettersen & Jennum, 2014). A qualitative study found that residents in nursing homes, and to a  
97 certain extent in home-based care, are modest and grateful for the help they receive, but  
98 involvement in decision-making processes does not occur to any significant degree  
99 (Haukelien et al., 2011, p. 38). In a study of residents' involvement in decision-making  
100 regarding medications in Irish nursing homes, Huges and Goldie (2009) found that the nurses  
101 and general practitioners and the residents recognized disempowerment and loss of autonomy  
102 in the care setting. The residents were passive and accepting of the decisions and seemed to be  
103 happy with the arrangement. Although the healthcare providers in the study wanted more  
104 resident involvement, such involvement could compromise the professional role and control  
105 of ensuring patient safety (Hughes & Goldie, 2009). Among the few reported studies about  
106 shared decision-making and PRNM from residential care facilities for older adults, the focus  
107 is on the healthcare providers' rather than the residents' needs (Aerts et al., 2019; Dörks et al.,  
108 2016). A literature review from mental health services found that shared decision-making of  
109 PRNM is possible only if the patients are willing to become involved and have adequate  
110 knowledge about their medications (Hipp et al., 2018).

111 There are few recent studies about shared decision-making and PRNM. There is also limited  
112 knowledge of how older residents in residential care facilities experience PRNM decision-  
113 making. User experience positively affects clinical effectiveness and patient safety, and the  
114 inclusion of patient experience may highlight challenges in the quality of healthcare (Doyle et  
115 al., 2013). This study aimed to expand our understanding of residents' experiences of being  
116 involved in shared decision-making processes regarding PRNM. The following research  
117 question guided the study: How do older adults living in sheltered housing experience being

118 involved in the shared decision-making processes of PRNM? How do they position  
119 themselves (and others?) in their stories about decision-making regarding PRNM?

120

## 121 **Method**

122 This study was conducted using a qualitative, explorative, and interpretative design. Data  
123 were generated through in-depth-interviews, which is a suitable approach when the aim is to  
124 obtain a deeper understanding of a particular phenomenon (Kvale & Brinkmann, 2009).

125 We used a narrative approach in which the participants' narrations are not considered as a  
126 mirror of the world, but rather as a social practice (Mishler, 1995), a process of meaning-  
127 making and co-construction between the participants and the interviewer in a given context  
128 (Bamberg, 2012; Riessman, 2008).

129 The authors' professional background varied, including two pharmacists with experiences  
130 from community pharmacies (Nilsen and Sletvold), and two registered nurses (Blix and  
131 Olsen) with clinical experience from nursing homes and home care services. All had many  
132 years of teaching experience from higher education and experience with qualitative research.  
133 However, none had clinical experiences from sheltered housings.

134

### 135 *Recruitment and participants*

136 The study was conducted in four different municipalities in mid-Norway. We contacted head  
137 of unit in ten sheltered housings by mail and telephone and asked for help to recruit residents.

138 The inclusion criteria were: residents receiving help with medication administration, who  
139 used at least one PRNM, and was able to participate in an interview (consent competent). We  
140 used analgesics and hypnotics as examples to facilitate the residents' understanding of the



141 concept PRNMs. The total number of residents in each sheltered housing varied between ten  
142 and thirty. Five heads of unit recruited 12 residents.

143 The heads of unit distributed information letters and consent forms to residents fulfilling the  
144 inclusion criteria. The information letter specified that information from the interviews would  
145 not be available for the staff in the sheltered housings. Furthermore, head of unit facilitated  
146 for researcher to get in contact with residents. We have no knowledge about the head of units'  
147 judgements and how they approached the residents. A total of 12 residents agreed to attend an  
148 interview and signed the consent form before participation. The sample size was guided by  
149 the "information power" concept (Malterud, et al., 2016).

150 The participants were eight women and four men, 64–96 years old. The residents lived in four  
151 different municipalities and five different sheltered housings. The housing period in the actual  
152 sheltered housing varied between two months and ten years. The participants used between  
153 one and ten regular medications and between one and four PRNMs. Ten of the residents lived  
154 in housings with round-o-clock healthcare service.

### 155 *Data collection*

156 All individual interviews were conducted by the first author from December 2019 to June  
157 2020. A semi-structured interview-guide (Kvale & Brinkmann, 2009) guided the interviews.  
158 The opening question was, "If you should tell me something about your current medication  
159 use, what would you tell me?" Some participants spoke without solicitation, whereas others  
160 required probes to continue their stories. The follow-up questions varied, depending on the  
161 resident's response to the opening question. In collaboration with the participants, the  
162 researcher dynamically navigated the interview guide. This flexibility is necessary because it  
163 is important to be open to the unexpected (Patton, 2015). A pilot interview with a home-

164 dwelling woman (71 years old) was conducted to explore the understandability of the  
165 questions. This interview was not included in the data material.

166 The interviews lasted from 21 to 58 minutes. The interviews took place in the sheltered  
167 housing. In ten of the interviews, only researcher and participant attended. In two interviews,  
168 a professional interpreter assisted using sign language because the participants had hearing  
169 impairments. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim.

#### 170 *Ethics*

171 The Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REC) in Norway  
172 [reference number 32312/REK Nord] concluded the study was outside REC's remit and did  
173 not require approval. The study utilized sensitive personal information, and the Norwegian  
174 Centre for Research Data (NSD) approved the project [reference 480649]. The ethical  
175 principles of the Declaration of Helsinki were followed (World Medical Association, 2013).  
176 Participation was voluntary, and a written informed consent was required from each  
177 informant, and the participants could withdraw at any time. The participants were consent  
178 competent and information about the study was repeated orally before starting the interview.  
179 Confidentiality was maintained throughout the project. The audio recordings were deleted  
180 consecutively after transcription.

181 Using the head of unit for the recruitment of participants, may have led to an unspoken  
182 pressure to attend the interviews. At the outset of each interview, the interviewer stated the  
183 participant's right to withdraw from the study. We have no knowledge or influence of how the  
184 participants were selected beyond the inclusion criteria. The only feedback we received from  
185 the head of unit was that there were few candidates meeting the inclusion criteria.

186

#### 187 *Analysis*

188 All interviews were transcribed verbatim. The interviews were analyzed using a narrative  
189 positioning approach (Bamberg, 1997; Riessman, 2008). This analysis focuses on how and  
190 why people tell their stories, to whom they are told, and what the story is about. Narration is  
191 seen as a meaning-making process where storytelling is a social construction between the  
192 researcher and participants (Riessman, 2008). Through our analysis, we explored how the  
193 participants positioned themselves in both the interview settings and in the stories they told  
194 and how the narrations were framed and shaped by various master narratives (Bamberg, 1997;  
195 Blix, 2017).

196 The analysis was stepwise, including, as a first step, a naive reading of all the 12 transcribed  
197 interviews to obtain an overview of the data. Next, we decided which interviews to include in  
198 the analysis. Choosing stories for focused attention is a crucial step in narrative analysis  
199 (Frank, 2012). For this study, three interviews were included. The analysis of the three  
200 interviews was informed by the insights gained from all twelve interviews. The remaining  
201 nine interviews provided contextual information about sheltered housings and PRNM  
202 decision-making in this context. Moreover, we gained insight in the diversity of the  
203 participants' experiences through the close reading of all interviews, which in turn guided our  
204 choice of interviews for further analysis. The three interviews were not chosen because we  
205 considered them as representative of the total interview material, but rather because of their  
206 distinctness with regard to the phenomenon to be explored. The three included interviews  
207 represented variation with respect to both the participants' gender and age. Moreover, the  
208 three interviewees represented diversity with respect to their involvement in PRNM decision-  
209 making.

210 The three interviews were managed separately. The interview segments concerning PRNM  
211 and decision-making were identified through close and repeated readings of each of the  
212 transcripts. Next, we conducted a narrative positioning analysis (Bamberg, 1997) of the

213 identified interview segments. Bamberg has suggested three questions to guide the three-level  
214 positioning analysis (Bamberg, 1997; Blix, 2017). At level 1, the analysis focuses on what the  
215 story is about and how the story characters are constructed (i.e., as protagonists and  
216 antagonist); “How are the characters positioned in relation to one another within the reported  
217 events?”. At positioning level 2, the question is “How does the speaker position him- or  
218 herself to the audience?”. This level concerns the story’s *how*—why this particular story was  
219 told in this particular way under these particular circumstances. On level 3, the analysis  
220 focuses on how the narrator positions him or herself related to broader social or cultural  
221 discourses or master narratives in society. The question guiding the analysis is “How do  
222 narrators position themselves to themselves?”. Eventually, we combined the analysis of the  
223 three individual interviews to explore different approaches to decision-making regarding  
224 PRNM. The analysis was performed by Nilsen, Blix and Olsen.

225

## 226 **Results**

227 In the following, we present sections from three interviews with residents living in sheltered  
228 housing: Anne, Maria, and Henry (pseudonyms), followed by the three-level positioning  
229 analysis.

230

231 *Anne: It's nice to receive help, but I need my sleeping pills.*

232 *Anne* is a 94-year-old woman. She was raised on a farm where she had to participate in farm  
233 work already in her childhood, and she also lived and worked on a farm as a grown-up. *Anne*  
234 thinks that it is nice and safe to live in sheltered housing, and she can’t remember for how  
235 long she has lived here. Initially, *Anne* claims not to use any medicines, and medication is of  
236 no concern to her. However, throughout the interview, she talks about her daily heart

237 medicines and the PRNM hypnotics and analgesics. She uses PRNM more or less on a regular  
238 basis:

239 *Of course, I use more (medications), but I am not interested, you see, so you are talking to*  
240 *the wrong person. It is a sleep medication, and it contains a pill helping me to fall asleep—*  
241 *a small one.*

242 Despite Anne's statement that she is not interested in her medicines, her experiences show  
243 that, in particular, the hypnotics are important to her. One of her stories involves a nursing  
244 home physician who denied her using hypnotics:

245 *I was at the nursing home, and she (the physician) denied me (the hypnotics). I said I*  
246 *would try to endure—I will try to. Fourteen days passed. Then, I said stop, I am going*  
247 *crazy. "If I don't get the small pill, then it's impossible for me to stay here." Then I got*  
248 *one. (...) Now, I get one every evening. Imagination is important (laughs), I admit.*

249 Although Anne questions whether a nursing home physician can make decisions about  
250 deprescription on behalf of the residents, she also talks about growing up in a decade when  
251 you were not supposed to demand anything, particularly from authorities such as physicians:

252 *" During the war, when my appendix was removed, I didn't dare ask for necessary*  
253 *information—no way! I just sat still. He (the physician) looked so angry. Today, I would have*  
254 *said something to him!"*

255 Further into the interview, Anne states that she has used hypnotics for a long time. She relates  
256 about how a good night's sleep has been important to function during the daytime while she  
257 was working:

258 *" I have used them (sleep medication) ever since I worked in a barn and stable; otherwise, I*  
259 *could not have worked. I experienced that it wasn't possible. Nowadays, nothing affects work*  
260 *here, but my body feels different."*

261 For Anne, it is a relief not to have responsibility for her medication management because she  
262 does not trust herself and is afraid of making mistakes.

263 *A (Anne): I have to say I don't know (which medications she uses). I get some tablets, but*  
264 *it doesn't interest me what it is because I will not remember anyway.*

265 *I (Interviewer): Do the personnel bring your tablets?*

266 *A: Yes, they bring them all. I am not concerned with the medications—not at all—not even*  
267 *the name, size, or how many. They sort it out. It makes me feel very relieved.*

268 *I: You find it comfortable?*

269 *A: Oh yes, I do. I wouldn't have trusted myself if I had this responsibility.*

270 At the same time, Anne experiences that the nurses trust her with the responsibility to self-  
271 administer the medications she takes before going to sleep:

272 *I: When you talk about Paracet®(acetaminophen/paracetamol) and a sleeping pill being*  
273 *provided to you in a cup, do they (the nurses) bring it to you earlier in the evening, and*  
274 *then you take them yourself?*

275 *A: Yes, I do. Maybe they cannot do it this way for everyone—I don't know. I won't brag,*  
276 *but I think they must trust me not to mix (the tablets) when I get one of each: I get a small*  
277 *one for sleeping, and the other is Paracet®.*

278

279 *Henry: I have to supervise the medication management*

280 Henry is a 64-year-old male resident who has lived in the sheltered housing for nearly three  
281 months. Sections of his life have been challenging, partly due to addiction to alcohol and  
282 drugs. As a grown-up, he worked at sea and as a chef. Henry has a good overview of his  
283 medications and what the different tablets are for, although he claims this is of no importance  
284 to him. He takes ten tablets each morning and eight tablets each evening, and he uses  
285 analgesics and tranquilizers as PRNM. The hypnotics he used previously have now been  
286 replaced by an over-the-counter preparation.

287 Henry talks about adjustments in his PRNM:

288 *I argued for my opinion. I must get what I have now; otherwise, I will be in too much pain.*  
289 *When I collapsed last spring, I didn't have Sobril® (oxazepam) or benzo-*  
290 *(benzodiazepine)—I didn't. I had like Atarax® (hydroxyzine) and other milder*  
291 *medications. Then, I always had malt beer available—it was my safety net.*

292 Henry talks about his past as an alcoholic and being Stesolid (diazepam)®-addicted, and how  
293 he, through close collaboration with a specialized nurse, managed to overcome the addiction:

294 *H (Henry): Some years ago, I was totally addicted to Stesolid®. Stesolid® and moonshine*  
295 *(homemade alcohol) is not a good combination. (...) with good help from a psychiatric*  
296 *nurse, with whom I am still in contact, I got out of this mess and was free from addiction. I*  
297 *had 25 Stesolid® a week (...)*

298 *I: Was this something you initiated?*

299 *H: No, but it was a collaboration.*

300 Henry will avoid a relapse, and states that the medication made him someone he doesn't want  
301 to be:

302 *Something important for you to include in your report or article involves the emotional*  
303 *aspects of life—that engages me! I have to say that yes, I am not totally without emotions*  
304 *now, but I am not laughing as much as I used to.*

305 Medication management is not a burden to Henry, but he thinks it is perfectly fine to have  
306 these medications administered by someone else as long as he receives the correct medicines.  
307 He verifies the medications given to him:

308 *H: I have received the incorrect medicine several times—you know. Then, I just rolled over*  
309 *(in his wheelchair to the nurses' office) and told them: "here, there is something wrong",*  
310 *and then I usually say something like, "If you, as a nurse, do not take care of it, then I*  
311 *will." I take what I am supposed to and nothing else, and if they bring me something else,*  
312 *which they did for a while, so fuck..I just said, "this is wrong—take it back!"*

313 *I: So you check the medications brought to you?*

314 *H: Yes, I certainly do!*

315 *(...)*

316 *H: I just take what I am given. But as I have said, I know what it (the medicine) is used for.*

317 Henry talks about the future, and his ambition is to eventually drive a car again. The desire to  
318 gradually become more self-reliant helps him maintain his mood, and he hopes to be  
319 "himself" again and discontinue some of the PRNMs.

320 *H: I have concluded that I need some extra Sobril® just now, but in the future, I think it's*  
321 *possible to adjust this medication.. the Oxynorm® (oxycodone) as well.*

322 *I: You want to discontinue if you can?*



323 *H: Yes, if I can. When I am back on my feet and if the other medications' effects are good,*  
324 *I might ask for some gradual withdrawal just to try. (...) Of course, I must live with some*  
325 *pain—I don't want to be a "morphine-addict".*

326

327 *Maria: Medication management is a matter of privacy*

328 *Maria* is a woman, nearly 70 years of age, who has lived in the sheltered housing for 13  
329 months. Previously, she lived in sheltered housing without round-the-clock nurses present.  
330 After a stroke several years ago, she is now wheelchair dependent, but she has no cognitive or  
331 verbal impairments. Throughout the interview, she is reluctant to discuss her use of  
332 medications and her life story. She thinks she uses nine medications, all administered in the  
333 evening. Additionally, she uses a tranquilizer as PRNM:

334 *"I: Do you use other medications in addition to the regular ones?"*

335 *M (Maria): (hesitating) it's the Sobril® then."*

336 Even though *Maria* hesitates talking about using Sobril®, she explains the reason for using it:

337 *I began with Sobril® because there was a fire in my previous housing. That experience*  
338 *stuck well in my body for a long time. I never take Sobril® during the daytime—just one in*  
339 *the evening and one at night. That's all.*

340 *Maria* prefers that nobody interferes with her medications—she wants self-control of her  
341 medication management:

342 *M: I don't want to leave medication administration to someone else—I want to manage it*  
343 *myself. I have done so since the stroke.*

344 *I: Can you tell me something about the reason for this?"*

345 *M: I think it is a matter of privacy*

346 (...)

347 *M: It was one (a nurse) who tried to take over my medication administration. “Forget it”, I*  
348 *said, “I am fully capable of managing this on my own”. (...) I don’t think anyone should*  
349 *tell me what to use.*

350 Maria contacts the nurses about her medication only when prescriptions must be renewed.  
351 She has decided to take all her medications in the evening because she knows some of them  
352 make her lethargic, and she wants to avoid falling. Maria wishes to be informed about her  
353 medications:

354 *M: I know it is a fall risk increasing medications. That’s why I take them as the last thing*  
355 *before bedtime.*

356 *I: I understand you have some knowledge about your medications. Is this information*  
357 *something you have read, or has someone informed you?*

358 *M: I have internet.*

359 *I: Oh yes, you have internet (both laughs). So, you look it up?*

360 *M: Yes.*

361

### 362 **A three-level positioning analysis**

363 The three narratives represent different approaches to PRNMs and decision-making. In the  
364 following text, the three positioning levels are presented separately, although these levels are  
365 interconnected.

366 *Position of characters in the narratives*

367 The three participants position themselves and other characters differently in their stories.  
368 However, they all talk about the decision-making process as involving themselves together  
369 with nurses, to a greater or lesser degree.

370 At positioning level 1, Anne positions herself as a protagonist in relation to nurse in the story  
371 about the withdrawal of hypnotics in the nursing home (*“Fourteen days passed. Then, I said*  
372 *stop”*). She wants to do as the physician and nurse decide and collaborate with them, but there  
373 is a limit. Even though she trusts the healthcare providers, they are not always in their right to  
374 decide everything. However, this aspect has changed from earlier times (*“I didn’t dare ask for*  
375 *necessary information”*). The hypnotic tablets are crucial in Anne’s story—they are important  
376 for her to function in everyday life, and she has used them for a long time. She positions  
377 herself as a passive decision-maker, as someone who has happily left the responsibility for her  
378 medications to the nurses, as long as they listen to what she says and respect her experiences.

379 Henry positions himself as an active decision-maker and the nurses as participants. He  
380 verifies the medications given to him, checks that it is the correct medicine (*“If you, as a*  
381 *nurse, do not take care of it, then I will”*). Henry says the nurses must accept his arguments,  
382 but he has also experienced how important the help from a nurse was for his recovery from  
383 the addiction to medications. Henry wants to have control over the decisions; however, he  
384 realizes that he needs some assistance. The PRNMs are important for him to cope with the  
385 situation, explaining why he wants to be an active participant in decision-making.

386 Maria positions herself as a leader and owner of the decisions regarding her medication. For  
387 Maria, medication is a matter of privacy and something she will control herself; nurses should  
388 not be involved unless she asks for it. She states a clear reason for initiating oxazepam use  
389 and is explicit about how she uses the medicine (*“I never take Sobril® during the daytime”*).  
390 She wants to be as independent as possible and decides when to contact the nurses regarding  
391 medications.

392

393 *Position in the interactive setting*

394 Positioning at level 2 concerns why a particular story is told to a specific person in a given  
395 context. The participants were well aware that the interviewer was a female, middle-aged  
396 pharmacist and a researcher conducting a study on PRNM decision-making.

397 At level 2, we identify a duality in Anne's narration. On the one hand, Anne positions herself  
398 as someone not particularly interested in medicines and "*the wrong person*" to be interviewed.  
399 On the other hand, as shown on level 1, Anne's stories demonstrate that the hypnotics have  
400 been significant for her for many years. She positions herself as a (self)critical user by  
401 referring to the power of "imagination". Anne emphasizes that the nurses trust her with the  
402 responsibility of administering her own medicine, but simultaneously, she makes it clear to  
403 the interviewer that she does not mean to "brag".

404 In contrast to Anne, Henry positions himself as someone who has important contributions to  
405 research. He is active in the conversation and finds it important that knowledge about the  
406 psychological consequences of medications is communicated. Moreover, Henry  
407 communicates that based on his life experiences, he has knowledge and insights the  
408 interviewer does not have. There is a duality in the way Henry, on the one hand, positions  
409 himself as someone who "*just takes what I am given*", and on the other hand, as a person who  
410 is capable of confronting nurses when they give him the wrong medicines.

411 In contrast to both Anne and Henry, Maria is more reluctant to share her stories with the  
412 interviewer. She states that she considers medications a private matter. Nonetheless,  
413 throughout the interview, Maria positions herself as knowledgeable and perfectly capable of  
414 finding the information she needs.

415

416 *Positioning with reference to cultural and social master narratives*

417 At level 3, we analyze Anne's, Henry's, and Maria's stories with reference to broader master  
418 narratives. In Anne's story, there is an undertone of a wish not to be a burden. This is evident  
419 in the way she gladly gives the nurses the responsibility for her medication and refrains from  
420 interfering with their decisions. In Maria's and Henry's stories, we identify a wish to be  
421 independent. For Maria, this is expressed in the way she takes full responsibility for her own  
422 medicines, whereas for Henry, this is expressed in his hope to get off medication and "back  
423 on his feet".

424 Generally in society, the ideal is restricted use of medicine. These discourses are also echoed  
425 in Anne's, Henry's, and Maria's stories; for example, in Henry's resistance against being a  
426 "morphine-addict" and in Anne's and Maria's choice of words. Anne defends her use of  
427 medicine and describes the tablets as "small", and Maria is careful when mentioning her  
428 tranquilizers. The PRNMs referred to are medications often associated with stigma and abuse  
429 potential.

430

## 431 **Discussion**

432 In this study, using a narrative positioning analysis, we show a variation in how people see  
433 themselves as a part of decision-making regarding PRNMs. Also, residents in sheltered  
434 housings position themselves differently in various settings.

435 Compared to other studies stating there is no equal partnership between nurses and patients in  
436 shared decisions regarding PRNM (Aerts et al., 2019; Hipp et al., 2018), this study shows that  
437 there are different partnerships, depending on how people position themselves and others. The  
438 analysis on level 1 and 2 illustrates how the three participants position themselves differently  
439 as decision-makers: Anne is satisfied being less active unless it is absolutely necessary to

440 intervene, Henry takes a role as controller, and Maria wants to be the only decision-maker.  
441 From the stories told, there is apparently room for the different positions in the decision-  
442 making process in the sheltered housing. However, there could be unspoken tensions between  
443 nurses and residents if the residents had differing opinions about the treatment and care (e.g.,  
444 Maria, who stated that nurses would take over medication administration). Shared decision-  
445 making implies nurses (and physicians) working together with patients (residents) to find the  
446 best solution, and the residents should be conscious users of healthcare services (Costanzo et  
447 al., 2019; Haukelien et al., 2011). However, shared decision-making relies on the residents'  
448 will (Hipp et al., 2018) and capacity (Elwyn et al., 2012; Pettersen & Jenum, 2014) to  
449 participate. Therefore, nurses must carefully tailor the decision-making process to each  
450 individual resident and fully explore the resident's needs, preferences, and wishes for care and  
451 treatment, as Vaismoradi et al. have also highlighted (Vaismoradi et al., 2020). The ideal  
452 about shared decision-making in healthcare highlights patients' right to be involved in  
453 discussions and decisions. However, the level of participation in the decision-making process  
454 can vary. A standardized way of making decisions, without considering the residents as  
455 participants, could lead to poor decisions that are not compatible with a holistic approach  
456 (Costanzo et al., 2019).

457 Furthermore, based on level 3 in the analysis, this study indicates that master narratives affect  
458 the experience of shared decision-making regarding PRNM. When making decisions together,  
459 the process does not take place in a vacuum (Askheim et al., 2017; Costanzo et al., 2019). In  
460 this study, the participants' ages differed by 28 years, which represents a generation. Anne  
461 was brought up in the interwar period, when patients in general and women in particular were  
462 expected to be less demanding, and user involvement in healthcare was not emphasized.  
463 Henry and Maria belong to another generation, which may be why they take a more active  
464 position. Residents in sheltered housing represent a heterogenous group of people. They all

465 have individual life stories that affect their needs, preferences of medications, and meaning of  
466 involvement in decision-making. Knowing the residents is a prerequisite to succeed with user  
467 involvement (Ree et al., 2020).

468 The PRNMs mentioned by the participants appear to be important for their quality of life. The  
469 extent to which they are engaged in their medicine management differs between the  
470 participants in this study. The attention to reducing the use of medications may affect those in  
471 need of them. There is a focus on reducing the use of PRNMs such as benzodiazepines among  
472 older adults (American Geriatrics Society, 2015; O'Mahony et al., 2014). Perhaps this focus  
473 makes it difficult for people to state their actual needs for a PRNM without feeling like a  
474 drug-abuser. Hence, people receiving help with PRNMs might not express their needs for  
475 medicine. Anne has used hypnotics for years; however, in her older age, she almost  
476 apologizes for using them and blames "*imagination*". Thereby, she is dependent on nurses  
477 trusting and believing in her. Henry's and Maria's stories are also characterized by the kind of  
478 medications, which they supposedly should not use. Seemingly, Henry and Maria are safer in  
479 their decisions when someone questions the use. For all three participants in this study, safety  
480 and security are linked to receiving the PRNMs when they need them. This may be in conflict  
481 with the nurses' professional view of what is the correct use of medications, as shown in  
482 another study (Ericson-Lidman et al., 2013). There must be a balance between healthcare  
483 provider control and user involvement (Hughes & Goldie, 2009).

484 When attempting to maintain patient safety, for example thorough medication review, the  
485 resident must be heard. The participants in this study experience real needs, even if they  
486 cannot always explain why (as Anne). If residents are capable and willing to participate in  
487 shared decision-making, the involvement in medication reviews could help residents and  
488 nurses reach a common understanding of why PRNM are used and required in a certain way.  
489 Studies have demonstrated that being involved in medication reviews is regarded as mostly

490 positive from the patient's point of view (Uhl et al., 2018), but the patient's involvement is  
491 often limited to information sharing (Willeboordse et al., 2014).

492 This study demonstrates a variety in residents' preferences, which underlines the complexity  
493 of decision-making. The analysis highlights different perspectives, ability, and will to be  
494 actively involved in decision-making. Storytelling is meaning-making (Bamberg, 1997),  
495 which makes it a valuable source for understanding a practice involving PRNM and decision-  
496 making, in a context which we have limited knowledge. Our results show how patient  
497 experiences can differ and provide new knowledge about how practice is co-constructed by the  
498 persons involved.

#### 499 *Strengths and limitations*

500 This study provides novel insights into the PRNM management process in sheltered housing.  
501 Few studies have explored residents' experiences of being involved in shared decision-  
502 making regarding medications, and thus, our findings may be important to safeguard patient  
503 safety and improve the quality of healthcare services (Doyle et al., 2013).

504 Using the narrative position analysis, we have showed contrasting experiences. By providing  
505 comprehensive descriptions of the participants, study method, and quotes from the interviews,  
506 we enable each individual reader to judge the transferability of the study findings to other  
507 contexts.

508 The focus of this study was medication management of PRNM. However, we believe that the  
509 findings can be related to decision-making regarding medication management in general.

510 Although the study context is limited to sheltered housing, the findings are relevant for nurses  
511 in different types of healthcare services as well as in an educational context.

512 The fact that none of the authors had clinical experience from sheltered housings could be  
513 both a strength and a limitation. Lack of knowledge and personal experience about the context



514 may have limited our understanding of the practice, negatively affecting comprehension and  
515 awareness of participants expectations of decision-making processes regarding PRNM. In  
516 contrast, not having clinical experience from sheltered housings might be a strength since the  
517 researchers were not biased by contextual factors during the analysis. The participants talked  
518 willingly and openly during the interviews, seemingly comfortable with talking with an  
519 interviewer with the time and interest to listen. Thereby, the participant-researcher  
520 relationship might have benefitted from the researchers being unaffiliated with the sheltered  
521 housings.

522 For trustworthiness, researcher triangulation was performed, researchers with different  
523 experiences and backgrounds were involved in the analyses and writing of the article.

524

## 525 **Conclusion**

526 This study shows that older adults living in sheltered housing experience the shared decision-  
527 making process regarding PRNM in various ways. They position themselves according to  
528 different life experiences, which influence their role in the decision-making process. Our  
529 results highlight and expand the knowledge of PRNM decision-making processes as complex  
530 and multi-faceted, and as highly reliant on the context. Moreover, our results demonstrate the  
531 interdependence between nurses and residents in PRNM decision-making processes. The  
532 residents want to be involved and not involved at the same time and to various degrees.

533 Taking these variations into consideration, nurses should provide dedicated attention to each  
534 resident's wishes and needs in the decision-making process, asking questions to ensure his or  
535 her understanding of PRNM and fully explore preferences of involvement in decision-  
536 making. Using arenas for encouragement and establishment of shared decision-making is

537 advocated, e.g., medication reviews including the patients. User involvement within  
538 medication management should be highlighted in nurse education.

539

540 **References:**

- 541 Aerts, L., Cations, M., Harrison, F., Jessop, T., Shell, A., Chenoweth, L., & Brodaty, H.  
542 (2019). Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term  
543 care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of*  
544 *Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1572–1581. <https://doi.org/10.1002/gps.5167>
- 545 American Geriatrics Society. (2015). Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate  
546 Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11),  
547 2227–2246. <https://doi.org/10.1111/jgs.13702>
- 548 Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of*  
549 *planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- 550 Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S., & Guldvik, I. (2017). User participation in the  
551 Norwegian welfare context: an analysis of policy discourses. *Journal of Social Policy*,  
552 46(3), 583–601. <https://doi.org/10.1017/S0047279416000817>
- 553 Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative*  
554 *and Life History*, 7(1–4), 335–342. <https://doi.org/10.1075/jnlh.7.42pos>
- 555 Bamberg, M. (2012). Narrative practice and identity navigation. In J. A. Holstein & J. F.  
556 Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 99–124). SAGE Publications, Inc.  
557 <https://doi.org/10.4135/9781506335117.n6>
- 558 Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key  
559 components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ*  
560 *Open*, 9(12), e031763. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
- 561 Blix, B. H. (2017). Analyser av narrativ samhandling [Analysis of narrative interaction]. In R.  
562 Sørly & B. H. Blix (Eds.), *Fortelling og forskning. Narrativ teori og metode i*  
563 *tverrfaglig perspektiv* [Narrative and research. Narrative theory and methods in  
564 interdisciplinary perspectives](pp. 111-122). Orkana Akademisk.
- 565 Costanzo, C., Doll, J., & Jensen, G. M. (2019). Shared decision making in practice. In J.  
566 Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the*  
567 *health professions* (4 ed., pp. 181–190). Elsevier.
- 568 Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links  
569 between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1).  
570 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- 571 Dörks, M., Schmiemann, G., & Hoffmann, F. (2016). Pro re nata (as needed) medication in  
572 nursing homes: the longer you stay, the more you get?. *European Journal of Clinical*  
573 *Pharmacology*, 72(8), 995–1001. <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2059-4>

- 574 Daatland, S. O., Høyland, K., & Otnes, B. (2015). Scandinavian contrasts and Norwegian  
575 variations in special housing for older people. *Journal of Housing For the Elderly*,  
576 29(1–2), 180–196. <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.989778>
- 577 Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording,  
578 E., Tomson, D., Dodd, C., & Rollnick, S. (2012). Shared decision making: a model for  
579 clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.  
580 <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- 581 Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B., & Strandberg, G. (2013). Healthcare  
582 personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled  
583 conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 215–223.  
584 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x>
- 585 Forskrift for sykehjem m.v. [Regulations for nursing homes]. (1988). Forskrift for sykehjem  
586 og boform for heldøgns omsorg og pleie [Regulations for nursing homes and housing  
587 for round-the-clock care and nursing] (FOR-1988-11-14-932). Lovdata.  
588 <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>
- 589 Forskrift om legemiddelhåndtering [Regulations for medication management]. (2008).  
590 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter  
591 helsehjelp [Regulations on medication management for services and health  
592 professionals providing health care]. (FOR-2008-04-03-320). Lovdata.  
593 <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- 594 Frank, A. W. (2012). Practicing dialogical narrative analysis. In J. A. Holstein & J. F.  
595 Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 33–52). SAGE Publications, Inc.  
596 <https://doi.org/10.4135/9781506335117.n3>
- 597 Gillespie, M., & Peterson, B. L. (2009). Helping novice nurses make effective clinical  
598 decisions: The situated clinical decision-making framework. *Nursing Education*  
599 *Perspectives*, 30(3), 164–170.
- 600 Graffigna, G., & Barelo, S. (2015). Patient engagement in healthcare: pathways for effective  
601 medical decision making. *Neuropsychological Trends*, 17, 53–65.  
602 <https://doi.org/10.7358/neur-2015-017-bare>
- 603 Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse-og omsorgssektoren*  
604 [User involvement in health and care sector]. TF-rapport nr. 284.  
605 <http://hdl.handle.net/11250/2439303>
- 606 Helse- og omsorgstjenesteloven [Health and Care Services Act]. (2011). Lov om kommunale  
607 helse- og omsorgstjenester m.m. [Act on Municipal Health and Care Services] (LOV-  
608 2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 609 Hipp, K., Kuosmanen, L., Repo-Tiihonen, E., Leinonen, M., Louheranta, O., & Kangasniemi,  
610 M. (2018). Patient participation in pro re nata medication in psychiatric inpatient  
611 settings: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*,  
612 27(2), 536–554. <https://doi.org/10.1111/inm.12427>
- 613 Hughes, C. M., & Goldie, R. (2009). I just take what I am given. *Drugs and Aging*, 26(6),  
614 505–517. <https://doi.org/10.2165/00002512-200926060-00007>
- 615 Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju [The qualitative  
616 research interview] (2th ed.). *Gyldendal akademisk*.

- 617 Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview  
618 studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–  
619 1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- 620 Mishler, E. G. (1995). Models of narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and*  
621 *Life History*, 5(2), 87–123. <https://doi.org/10.1075/jnlh.5.2.01mod>
- 622 Murray L. (2017). *The role of the registered nurse managing pro re nata (PRN) medicines in*  
623 *the care home (nursing): A case study of decision-making, medication management*  
624 *and resident involvement*. [Doctoral dissertation, University of Hertfordshire].  
625 <https://doi.org/10.18745/th.17989>
- 626 Nilsen, M. K., Sletvold, H., & Olsen, R. M. (2020). ‘To give or not to give medication, that is  
627 the question.’ Healthcare personnel’s perceptions of factors affecting pro re nata  
628 medication in sheltered housing for older adults—a focus-group interview study. *BMC*  
629 *Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05439-4>
- 630 O’Mahony, D., O’Sullivan, D., Byrne, S., O’connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2014).  
631 STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people:  
632 version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- 633 Pasient- og brukerrettighetsloven [Patient and User Rights Act]. (1999). Lov om pasient- og  
634 brukerrettigheter [Act on Patient and User Rights] (LOV-1999-07-02-63).  
635 <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- 636 Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage Publications.
- 637 Pettersen, K. S., & Jenum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes  
638 helsekommunikasjon? [What does low health literacy mean for nurses’  
639 communication?] *Sykepleien Forskning [Norwegian Journal of Clinical Nursing]*,  
640 9(3), 272–280. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- 641 Ree, E., Wiig, S., Braithwaite, J., & Aase, I. (2020). To what degree and how do healthcare  
642 professionals in nursing homes and homecare practice user involvement? A mixed  
643 methods study. *Tidsskrift for omsorgsforskning [Journal of Care Research]*, 6(02),  
644 119–136. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-09>
- 645 Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications.
- 646 Stasinopoulos, J., Bell, J. S., Ryan-Atwood, T. E., Tan, E. C. K., Ilomäki, J., Cooper, T.,  
647 Robson, L., Sluggett, J. K., & Ilomäki, J. (2018). Frequency of and factors related to  
648 pro re nata (PRN) medication use in aged care services. *Research in Social &*  
649 *Administrative Pharmacy*, 14(10), 964–967.  
650 <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.11.004>
- 651 Stokes, J. A., Purdie, D. M., & Roberts, M. S. (2004). Factors influencing PRN medication  
652 use in nursing homes. *Pharmacy World and Science*, 26(3), 148–154.  
653 <https://doi.org/10.1023/B:PHAR.0000026803.89436.a8>
- 654 Sulosaari, V., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2011). An integrative review of the literature  
655 on registered nurses’ medication competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4),  
656 464–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x>
- 657 Uhl, M. C., Muth, C., Gerlach, F. M., Schoch, G.-G., & Müller, B. S. (2018). Patient-  
658 perceived barriers and facilitators to the implementation of a medication review in

- 659 primary care: a qualitative thematic analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–9.  
660 <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0707-0>
- 661 Vaismoradi, M., Jordan, S., Vizcaya-Moreno, F., Friedl, I., & Glarcher, M. (2020). PRN  
662 Medicines Optimization and Nurse Education. *Pharmacy*, 8(4), 201.  
663 <https://doi.org/10.3390/pharmacy8040201>
- 664 Willeboordse, F., Hugtenburg, J. G., Schellevis, F. G., & Elders, P. J. (2014). Patient  
665 participation in medication reviews is desirable but not evidence-based: a systematic  
666 literature review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(6), 1201–1216.  
667 <https://doi.org/10.1111/bcp.12398>
- 668 World Medical Association (2013) Declaration of Helsinki: ethical principles for medical  
669 research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.  
670 <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- 671 World Health Organization. (2015). *Global Health Ethics Key issues* (924069403X). Global  
672 Network of WHO Collaborating Centres for Bioethics.  
673 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164576/9789240694033\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164576/9789240694033_eng.pdf)
- 674
- 675





**Introduksjon:** Behovsmedisin er legemidler som brukes når det ikke er nødvendig med regelmessig behandling. Eldre mennesker som bor i omsorgsboliger får ofte hjelp til administrasjon av sine legemidler, da er beslutningstaking avhengig samhandling mellom beboeren og helsepersonellet. I dette doktorgradsprosjektet har jeg studert hvordan beslutningstaking om behovsmedisin, i kommunale omsorgsboliger for eldre, praktiseres. Der hensikten er å utvikle kunnskap om dette temaet.

**Metode:** I prosjektet inngår det tre delstudier og en syntese. Delstudie I er en fokusgruppe intervjustudie, og delstudie II er en dybdeintervjustudie, begge med helsepersonell som har myndighet til å dele ut behovsmedisin. Delstudie III baserer seg på dybdeintervju med beboere i kommunale omsorgsboliger for eldre. I syntesen er delstudiene sammenfattet ved å reanalyserer resultatene.

**Resultat:** Funnene i denne studien viser at praktisering av beslutningstaking om behovsmedisiner er en sammensatt prosess. Beboerne og helsepersonellet tar beslutninger på eget grunnlag, samtidig som de konstruerer praksis sammen ved å interagere med hverandre innenfor de rammer hvor beslutningstakingen skjer. Grunnlaget for beslutningstakingen er ofte basert på erfaringer som helsepersonellet og beboeren har, og relasjonen mellom dem. Beslutningstaking påvirkes blant annet av ulike kontekstuelle faktorer, hvordan helsepersonellet balanserer forhold rundt autonomi og faglige vurderinger, samt hvordan beboeren posisjonerer seg i ulike situasjoner.

**Konklusjon:** Beslutningstaking om behovsmedisin er en sammensatt og institusjonalisert praksis. Beslutningstakingen baserer seg på begrenset rasjonalitet med utstrakt bruk av erfaringskunnskap og relasjonell kontinuitet. Dette er forhold som medfører at praktisering av beslutningstaking blir ulik, og i noen tilfeller er en fare for pasientsikkerheten.