



# Kan organisering av omsorgsboliger for eldre påvirke praksis i forbindelse med legemidler som gis ved behov?

*En fokusgruppeintervju-studie*

## Can the organization of care homes for the elderly influence practices regarding medicines that are given as needed?

*A focus group interview study*

Marianne Kollerøs Nilsen

*Stipendiat i studier av profesjonskunnskap/universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Namsos. Nord universitet.*

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

Rose Mari Olsen

*Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Namsos. Nord universitet.*

[rose.m.olsen@nord.no](mailto:rose.m.olsen@nord.no)

Hege Sletvold

*Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Namsos. Nord universitet.*

[hege.sletvold@nord.no](mailto:hege.sletvold@nord.no)

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Parallelt med at legemidler utgjør en stadig større del av dagens pasientbehandling, skjer en økning i risiko for uønskede hendelser og alvorlige feil i legemiddelbehandlingen. Dersom vi skal nå de helsepolitiske målene om sikker legemiddelbruk i helse- og omsorgstjenesten, er det viktig med kunnskap om legemiddelhåndtering i alle deler av tjenestene. Denne studien hadde til hensikt å utvikle kunnskap om hvordan organisering av omsorgsboliger for eldre kan påvirke behovsmedisinering, og med dette påvirke pasientsikkerheten.

**Metode:** Det ble gjennomført fem fokusgruppeintervjuer med helsepersonell (N=22) ansatt i fem omsorgsboliger i Midt-Norge. Data ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Tre hovedtema med tilhørende åtte undertema sa noe om organisatoriske forhold som kan påvirke behovsmedisinering i omsorgsboliger. Dette handlet om strukturer for informasjonsdeling, fysisk organisering og organisering av personell.

**Konklusjon:** Flere av studiens resultater er i tråd med tidligere forskning fra andre deler av helsetjenesten, men tilfører ny kunnskap fra konteksten omsorgsboliger. Organiseringen av omsorgsboliger kan mulig påvirke praksis i forbindelse med behovsmedisinering, og kan dermed utgjøre en risiko for pasientsikkerheten i tjenesten.

Nøkkelord

behovsmedisinering, informasjonsutveksling, pasientsikkerhet, helsepersonell, kvalitet i primærhelsetjenesten

## Abstract

**Background:** Medicines compose an ever-increasing part of the modern patient care. However, the risk of adverse events and severe medication errors in medication therapy is increasing. To achieve the health policy goals of safe use of medicines within the healthcare services, there is a need for medication management competence in every aspect of the services. The purpose of this study was to gain knowledge of organizational factors in the context of sheltered housing for older adults, and their influence on as-needed medications and patient safety.

**Method:** Data from five focus-group interviews with healthcare personnel ( $N=22$ ) employed in five sheltered housings in Mid-Norway was collected, and subsequently analyzed by systematic text-condensation.

**Results:** Three main themes with eight sub-themes were identified: (1) structures for information sharing, (2) organizational infrastructure, and (3) organizing of staff.

**Conclusion:** The results align with previous research performed in other parts of the healthcare system; however, it is novel in the sheltered housing context. The organization of sheltered housing may affect the as-needed medicines practice and pose a risk for patient safety in the healthcare service.

### Keywords

as-needed medication, pro re nata, information sharing, patient safety, healthcare providers, quality in long-term care.

### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Mange eldre mennesker bruker mange legemidler, både fast og ved behov, og dette medfører en økt risiko for legemiddelrelaterte problemer og kan være en fare for pasientsikkerheten
- Det er en målsetting at eldre skal bo i omsorgsboliger fremfor sykehjem

### Hva tilfører denne studien?

- Organiseringen av omsorgsboliger kan påvirke praksis i forbindelse med behovsmedisinering, og kan dermed utgjøre en risiko for pasientsikkerhet
- Legemiddelhåndtering ved omsorgsboliger for eldre påvirkes av strukturer for informasjonsdeling, fysisk organisering og organisering av personell

## Introduksjon

Parallelt med at legemidler utgjør en stadig større del av dagens pasientbehandling, skjer en økning i risiko for uønskede hendelser og alvorlige feil i legemiddelbehandlingen (Maher, Hanlon & Hajjar, 2014; Olaniyan, Ghaleb, Dhillon & Robinson, 2015). Verdens helseorganisasjon (WHO) initierte i 2017 den globale pasientsikkerhetskampanjen «*Medication Without Harm*», som stipulerer at feil i legemiddelhåndtering og medisineringsfeil koster verdenssamfunnet om lag 42 milliarder amerikanske dollar årlig. Videre stadfester WHO at medisineringsfeil oppstår når svakheter i systemer og/eller menneskelige faktorer påvirker legemiddelhåndteringen, og dette kan føre til alvorlig skade og i verste fall død. WHO's kampanje adresserer spesielt svakheter i helsetjenester og har mål om å utvikle effektive helsevesen (WHO, 2017). I Norge er det et sentralt helsepolitisk mål at alle skal ha en sikker tilgang til legemidler og at bruken må vurderes ut fra hva som er beste behandling for den enkelte pasient (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014), og legemidler er fremhevet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 (Helsedirektoratet, 2019). Forebygging av uønskede hendelser og uhensiktsmessig legemiddelbruk er ikke minst viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, siden forskrivning av legemidler ofte initieres her, og fordi oppstart av legemiddelbehandling i sykehus gjerne må følges opp etter utskrivning (Viktil et al., 2012). Overføring av behandlingsansvar fra sykehus til de kommunale helse- og omsorgstjenestene innebærer at pasienter i kommunene i dag er skrøpeligere og har mer avanserte, sammensatte og behandlingskrevende problemstillinger (Glette, Kringeland et al.,

2018a; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyller, 2017). Samtidig vet vi at pasientene som mottar kommunale tjenester, gjerne er eldre og særlig utsatt for legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen, Kucukcelik, Garcia & Svendsen, 2019; Scripcaru, Mateus & Nunes, 2017).

I Norge er kommunene selv ansvarlige for å organisere helsetjenester. Studier viser at kontekstuelle faktorer påvirker kvalitet og sikkerhet i sykehjem og hjemmeomsorgstjenestene (Ree, Johannessen & Wiig, 2019), og organiseringen av hjemmesykepleien er kompleks og fragmentert, med stor avstand mellom beslutningstagere og pasienter (Kattouw & Wiig, 2019). Studier fra sykehjem i Norge viser at organisatoriske forhold kan påvirke reinnleggelse på sykehus (Glette, Kringeland, Røise & Wiig, 2019), pasientsikkerhetskulturen (Cap-pelen, Harris & Aase, 2018) og sikkerheten rundt legemiddelbehandling (Odberg, Hansen, Aase & Wangensteen, 2020). Å sikre riktig legemiddelbehandling for pasienter i kommunene innebærer derfor et stort ansvar, men det foreligger ikke vitenskapelig evidens om hvordan organisering påvirker legemiddelbehandling i omsorgsboliger i Norge.

Administrering av legemidler gis etter ordinasjon fra lege, enten som fast ordinasjon eller ved behov; behovsmedisin gis eller tas etter fortløpende vurdering. Pasienter som får hjelp med administrering av sine legemidler, inklusive behovsmedisin, er avhengig av at helsepersonellet aksepterer en forespørsel og/eller gjør vurderinger som er nødvendige for å administrere legemiddelet (Stokes, Purdie & Roberts, 2004). Studier fra sykehjem har vist at behovsmedisinering kan ha sammenheng med flere forhold knyttet til pasienten, for eksempel pasientens hjelpebehov knyttet til aktiviteter i dagliglivet (Stasinopoulos et al., 2018), pasientens alder og kognitive status (Dörks, Schmiemann & Hoffmann, 2016), atferd og behov (Vaismoradi, Vizcaya Moreno, Sletvold & Jordan, 2019), nylig sykehusinnleggelse (Stokes et al., 2004), antall faste medikamenter pasienter står på, og hvor lenge pasienten bor på sykehjemmet (Dörks et al., 2016). Det er også rapportert at behovsmedisinering kan påvirkes av forhold knyttet til helsepersonellet og organisasjonen, for eksempel ansattes utdanning og erfaring (Westbury et al., 2018), holdninger til læring (Murray, 2017), hvilken fagperson som er på arbeid (Johansson-Pajala, Jorsäter Blomgren, Bastholm-Rahmner, Fastbom & Martin, 2016), lederens lederstil samt institusjonens miljø og fasiliteter (Murray, 2017) og hvilket sykehjem pasienten bor på (Stokes et al., 2004). Vi har liten kunnskap om hvordan behovsmedisinering påvirkes av organiseringen i omsorgsboliger.

Viktige elementer for å ivareta og forbedre pasientsikkerhet er organisering av tjenesten, ledelse, dyktige helsepersonell og brukermedvirkning (World Health Organization, 2020). Dersom vi skal nå de helsepolitiske målene om trygg og sikker legemiddelbruk i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019), er det viktig med kunnskap om legemiddelbehandling i alle deler av tjenestene – også de kommunale omsorgsboligene. Hensikten med denne studien var derfor å belyse organisatoriske elementer som kan påvirke behovsmedisinering i omsorgsboliger for eldre. Med organisatoriske elementer forstås forhold som tilrettelegger for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i tråd med lovpålagte plikter og faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2012, s. 42–43). Følgende forskningsspørsmål har vært førende for studien: Hvilke organisatoriske elementer kan påvirke beslutninger som angår behovsmedisiner, og kan dette innvirke på pasientsikkerheten? Studien benytter WHO's (2020) definisjon av pasientsikkerhet som er:

« 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».

## Metode

Studien baserer seg på et kvalitativt, eksplorativt og beskrivende design. Fokusgruppe-intervju ble benyttet som metode for å innhente data; dette egner seg for å identifisere meninger og forståelser for et fenomen (Maxwell, 2013; Sandelowski, 2000). Slike intervjuer er vel-egnet for å få utfyllende informasjon om fenomenet på grunn av dynamikken innad i fokusgruppene (Kitzinger, 1995). Dette kan avdekke faktorer som påvirker fenomenet, og gi ny innsikt i sammensatte oppgaver (Krueger & Casey, 2000).

### Rekruttering og utvalg

Et hensiktsmessig utvalg (Patton, 2002) ble valgt for informantrekruttering. Enhetsledere ved fem omsorgsboliger for eldre mennesker i fire kommuner i Midt-Norge videreformidlet forespørsel om deltagelse til aktuelle ansatte. Inklusjonskriteriet var at det skulle være helsepersonell ansatt i omsorgsboligen som hadde myndighet til å dele ut behovsmedisin.

Til sammen deltok 22 helsepersonell med ulik utdanning og erfaring. Gjennomsnittlig arbeidserfaring var 14,3 år, og erfaring fra respektive omsorgsboliger var 10,5 år. Blant informantene var elleve sykepleiere, åtte helsefagarbeidere, en vernepleier og to lærlinger. Alle var kvinner. Omsorgsboligene varierte i størrelse og organisering, de hadde 10–35 beboere, og det var variasjoner i beboernes grad av sykkelighet. Alt helsepersonell var ansatt i hjemmebasert omsorg, men det varierte mellom boligene om staben rullerte mellom ulike steder og/eller hadde rund-turnus. Størrelse på bygningsmasse og fysisk utforming på omsorgsboligene varierte.

### Beskrivelse av kontekst

Det anslås at ca. 8 000 av den eldre befolkningen i Norge bor i omsorgsboliger med heldøgns bemanning (Daatland & Otnes, 2015). Selv om en omsorgsbolig kan ha mye til felles med en institusjon, skiller den seg juridisk og økonomisk fra sykehjem (Martens, 2014); organisering av omsorgsboliger har også større variasjon enn sykehjem (Melby, Ågotnes, Ambugo & Førland, 2019). I omsorgsboliger er pasienten per definisjon hjemmeboende, noe som innebærer at samme lover og forskrifter gjelder her som for hjemmeboende for øvrig. Det samme gjelder økonomi: Den som bor i omsorgsbolig, er selv ansvarlig for sine utgifter (kost og losji samt egenandeler for tjenester). Selv om det er vanlig å tilby omsorgsbolig til brukere med mindre bistandsbehov enn på sykehjem, er det i stor grad de samme årsakene som utløser plass i omsorgsbolig som ved sykehjem (Sørbye, Schanche, Sverdrup & Brunborg, 2016). Dette betyr at sykdomspanorama og dermed bruk og håndtering av legemidler kan være like utfordrende i omsorgsboliger som de er i sykehjem.

### Intervju og analyse

Intervjuene foregikk i de aktuelle omsorgsboligene i arbeidstiden; disse ble gjennomført med førsteforfatter som moderator. En assisterende moderator (Krueger & Casey, 2000) deltok også for å ta notater og ivareta det tekniske. En tematisk semistrukturert intervjuguide var utgangspunktet for intervjuene. Temaene i intervjuguiden var: hvordan behovsmedisinering forstås, bruk av faglig skjønn, personlige erfaringer, bruk av kunnskap samt pasientsikkerhet. Gjennomgang av forskning på behovsmedisinering ved sykehjem dannet hovedgrunnlaget for intervju spørsmålene. Spørsmålene ble justert og tilpasset ut fra informasjon som kom opp i intervjuene i tråd med egenarten for kvalitative metoder (Krueger & Casey, 2000). Intervjuguiden ble validert i et pilotintervju som ikke er en del av studien.

Størrelsen på fokusgruppene varierte fra tre til seks deltakere. Gruppene var heterogent sammensatt hva gjelder alder, utdanning og yrkeserfaring, og disse ulikhetene syntes

å fremme interessante diskusjoner. Det at deltakere innad i gruppene jobbet i samme omsorgsbolig og kjente hverandre godt, bidro til trygghet hvor samtlige turte å komme med sine synspunkter. Intervjuene varte mellom 60 og 77 minutter. Metningskriterium (Malterud, 2001; Malterud, Siersma & Guassora, 2016) ble brukt som utgangspunkt for antall intervju. Etter de fire første intervjuene ble det gjennomført en preanalyse. Et femte intervju ble gjennomført uten identifikasjon av nye tema, men informantene beskrev ulike eksempler innenfor temaene. Metning ble bekreftet, og datainnsamlingen avsluttet. Det ble gjort lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert.

Datamaterialet ble analysert etter prinsippene for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, 2012). Dette er en tilnærming som vil beskrive informantenes erfaringer, heller enn å søke etter mulig underliggende meninger. Analysen består av fire analysesteg. Først ble datamaterialet gjennomlest for å identifisere foreløpige tema. Deretter ble det foretatt en koding der meningsbærende enheter ble identifisert og sortert. Kodene ble etter dette kondensert til meninger gjennom kunstige sitat. Til slutt ble det gjort en syntetisering, en sammenfatning til tema og undertema, der beskrivelser og et helhetlig bilde ble dannet av kondensatene. Alle forfatterne leste transkripsjonene; førsteforfatter gjennomførte alle stegene og diskuterte sine tolkninger med øvrige forfattere.

### Etikk

Norsk senter for forskningsdata har gitt sitt tilsagn til studien, ref. 57803. Lydfiler er oppbevart på kryptert atskilt lagringsenhet hvor kun førsteforfatter hadde tilgang. Etiske forskningsprinsipper (World Medical Association, 2001) er fulgt. Deltagelse var frivillig, og hver deltaker har underskrevet samtykkeerklæring. Informantene var voksne, samtykkekompetente personer, og tema for studien er ikke å anse som sensitivt.

## Resultat

Ifølge informantene i denne studien, er det store variasjoner i hvorvidt beboerne bruker mye eller lite behovsmedisin, og dette varierte også mellom omsorgsboligene. I omsorgsboliger hvor helsepersonell oppga at det ble brukt lite legemidler ved behov, hadde de fleste beboerne milde smertestillende som faste legemidler. Ut fra informantenes beskrivelser er milde smertestillende (f.eks. paracetamol) og beroligende (f.eks. oxazepam) vanligste behovsmedisiner.

Analysene identifiserte tre tema med totalt åtte undertema, som sier noe om organisatoriske elementer som påvirker behovsmedisinering i omsorgsboliger, se tabell 1.

**Tabell 1** Oversikt over tema og undertema fra analyse

Tema	Undertema
Strukturer for informasjonsdeling	Muntlig intern informasjonsdeling
	Skriftlig intern informasjonsdeling
	Ekstern informasjonsdeling
Fysisk organisering	Oppbevaring av legemidlene
	Utforming av bygningen
Menneskene i organisasjonen	Personalet
	Kulturen
	Beboergruppe

## Strukturer for informasjonsdeling

Mulighet for informasjonsdeling, både skriftlig og muntlig, er viktig, mener informantene. Dette er viktig for å ha oversikt over bruk av behovsmedisin, og for å ta gode beslutninger for beboeren.

Muntlig informasjonsdeling er det som nevnes oftest i intervjuene. Formelle settinger er rapporter mellom vaktene, noe de anser viktig for å videreformidle informasjon effektivt. Dersom det er en behovsmedisin som er gitt rett før vaktskifte, er det vesentlig at man kan be en kollega om å følge opp dette videre. Mye informasjonsdeling skjer når det er behov for det der og da, og når man treffes til lunsj. Noen av informantene sier at muntlig informasjonsdeling fungerer godt på dagtid, men er vanskeligere på kvelds- og nattvakt på grunn av bemanning.

Skriftlig informasjonsdeling oppleves å være viktig for gode vurderinger rundt behovsmedisinering. Flere oppgir at de sjekker elektronisk pasientjournal (EPJ) forut for legemiddeladministrasjon, men ofte finner de ikke den nødvendige informasjonen.

«Det er ofte at brukeren blir satt på noe for en periode, så skal det observeres i den perioden, og så skal du gi tilbakemelding til lege. Du vet ikke noe om den brukeren, og så er det ingenting som er skrevet, og brukeren er ferdig med den medisinen. Da vet du ikke hva du skal informere om. Det har skjedd meg mange ganger».

Helsepersonellet forholder seg til et beslutningshierarki der sykepleierne har det endelige ordet, men i alle fokusgruppene kommer viktigheten av å kommunisere godt på tvers av faggrupper frem, for å kunne følge opp beboeren gjennom hele døgnet, og fordi det gjør helsepersonellet tryggere på at de tar gode beslutninger. Noen sier at de opplever at god informasjonsdeling medfører at behovsmedisineringspraksis blir mer lik.

Informantene har ulike meninger om hvorvidt det dokumenteres tilstrekkelig i EPJ. De fleste oppgir at de dokumenterer at behovsmedisin er gitt, men mange dokumenterer ikke observasjoner av behov forut for legemiddeladministrasjon, eller effekter og/eller bivirkninger i etterkant. Flere opplever at legemiddellistene er lite oversiktlige, og at de må bruke mange kilder for å finne ut om behovsmedisin er administrert eller ikke. Det refereres til egne ark for registrering inne i boligene til beboerne og notatbøker på pauserommet. Videre oppgis det at kontrollregnskapet for legemidler i reseptgrupper A og B også kan sjekkes for å finne ut om og når beboeren har fått et legemiddel. For flere av informantene er det disse uformelle systemene som gir informasjonen de ser etter.

«Vi har kvitteringsark i vifteskabet, der skriver vi også eventuelt. Vi skriver klokkeslett vi har gitt, slik at vi har litt oversikt over hva de gjorde på vakta før og. [...] Så skriver vi minus på det kvitteringsarket hvis det står at de skal ha Paracet x 3 eventuelt, fordi de ikke følte noe behov for å ha det».

Noen av informantene reflekterer litt over mangelfull dokumentasjon i EPJ, og tenker det kan handle om hvorvidt personalet har kunnskap nok til å dokumentere, tidspunkt på vekten, eller at man velger å ikke ta seg tid til grundig dokumentasjon i en hektisk hverdag.

I noen tilfeller må man i forbindelse med behovsmedisinering utveksle informasjon eksternt, dette er i all hovedsak med lege. Ingen av de som deltok i denne studien hadde et formalisert samarbeid utover meldingssystemer med fastlegene. Noen informanter sier de kunne tenke seg en tilsynslege slik de har på sykehjem, eller i det minste ha faste møter med fastlegene.

«Vi vil gjerne ha én (lege). På andre siden (rett over gaten) er det sykehjem med tilsynslege, og bokollektivet der har tilsynslege. Vi har ønsket oss det (en lege) i alle år, men vi får ikke. [...] Vi har prøvd å påvirke beboere til å skifte fastlege til litt sånn nærmere rundt omkring her, men mange vil jo beholde fastlegen sin».

Flere opplever at meldingssystemet ikke fungerer optimalt, og for behovsmedisin har en som regel ikke tid til å vente på svar. Samarbeidet med legene varierer; noen samarbeider man godt med, med andre fungerer det ikke så godt. Ved noen omsorgsboliger er det svært mange fastleger å forholde seg til, andre har færre, og er det utenom kontortid, må man benytte seg av legevakt som ikke kjenner beboerne. Noen informanter trekker frem at det er utfordrende med varierende forskrivningsmønster mellom legene, og at en del legemiddellister er lite oversiktlige med mange gamle forskrivninger. Det er flere informanter som etterspør lege-middelgjennomganger.

«Det hender at vi har sendt melding om at det burde vurderes om brukeren skal stå på alle de her medisinene. Og det har vært situasjoner der det har kommet ny fastlege inn i bildet som ikke har skjønnt hvorfor de har stått på enkelte forskjellige medikamenter. [...] Det kan være at vi ser at brukeren blir bedre etter seponering av diverse medisin, kanskje at det ikke har sin virkning lenger. [...] men vi må be om det (legemiddelgjennomgang), og det er vel litt vårt ansvar også hvis lista er milelang».

### Fysisk organisering

Fysisk organisering av legemiddeloppbevaring kunne påvirke hvor «lettvent» det var å gi behovsmedisin. Noen har legemidlene til beboerne lagret på et låst rom og deler ut på gitte tidspunkt, andre omsorgsboliger har organisert det slik at alle legemidlene er inne hos beboer. Noen har faste legemidler hos beboer og behovsmedisin innelåst på et lager, og noen har ulike kombinasjoner av dette. For de som har behovsmedisin innelåst, må helsefagarbeiderne få en sykepleier til å låse ut legemidlene. I denne prosessen opplever helsefagarbeiderne at de må snakke med en kollega og argumentere for hvorfor det behøves legemiddel, og dette gjør at man i større grad reflekterer over situasjonen før man administrerer. Selv om det kan være tungvint, så oppleves det positivt fordi man gjør noe mer enn bare å dele ut medisinen.

Omsorgsboligene har ikke eget legemiddellager, og ingen forordningsliste som i sykehjem. Dersom det oppstår et akutt behov for et legemiddel, må de henvende seg til lege eller legevakt. Noen har samlokalisering med sykehjem, og disse har en praksis der de kan «låne» legemidler fra sykehjemets lager inntil de får tak i en lege. «Vi bruker sykeheimen sitt lager, hvis det er nødvendig. Det skal jo kvitteres og dokumenteres og alt sånn, og man må i hvert fall konferere med en sykepleier til».

Noen oppbevarer legemidlene som de bruker for å fylle dosetter, og/eller som er i tillegg til multidoser, i kurver til hver beboer på legemiddellrommet. Dersom et legemiddel seponeres, for eksempel smertestillende som skal brukes kun i en kortere periode, så blir det liggende i kurven til holdbarhetsdatoen utgår. Dette synes noen er en grei praksis, fordi man da har noe å ty til dersom det skulle oppstå et behov, samtidig som en vet at beboer tåler denne medisinen.

«Hver enkelt beboer har sin egen medisin i kurven sin, og da er det sånn at vi lagrer den medisinen til den går ut på dato egentlig. Da står jo navnet og sånn på, selv om det kanskje er fjernet fra medisinlista. [...] Nobligan (tramadol) for eksempel, er jo greit å ha, for vi er jo avhengig av levering fra apoteket og det er en prosess der vi ikke får tak i medisinen så raskt hvis de behøver det med en gang».

Hvordan en omsorgsbolig er fysisk utformet, kan påvirke hvor godt man kan følge opp beboere før og etter administrering av behovsmedisin. En informant beskriver en omsorgsbolig med store arealer i forhold til antall ansatte, der man av tidsmessige årsaker nedprioriterer å ta en ekstra tur innom en beboer for å følge opp etter legemiddeladministrasjon.

### Organisering av personell

Mange av informantene mener det blir mer ro og mindre bruk av behovsmedisin blant beboerne når det er stabil, fast bemanning.

«Det er avhengig av hvem som er på jobb, at det er kjente folk på jobb, og at de kjenner brukeren og kan forutse signaler. [...] Det ser vi ofte, om det ikke er sykepleier som er kjent med brukere så er det en tendens til at det blir låst ut mer A og B preparater, enn når det er faste på jobb».

Noen informanter mener at det brukes mer behovsmedisin når bemanningen er for lav. På intervjuutidspunktet varierte det mellom omsorgsboligene hvordan bemanningssituasjonen var; en omsorgsbolig opplevde at de hadde god bemanning slik at behovsmedisineringen ikke ble påvirket, mens andre opplevde mangel på fagfolk og tid, noe de mente økte bruken av behovsmedisin.

Organisering av personalet kan påvirke behovsmedisineringen, ifølge informantenes beskrivelser. Alle informantene er ansatt i hjemmesykepleien, der noen kun jobber i omsorgsboligen, mens andre også jobber utenfor i perioder. Noen er kritiske til at sykepleierne prioriteres til tradisjonell hjemmesykepleie slik at det i perioder blir for liten bemanning i boligen, siden helsefagarbeiderne i slike situasjoner ikke vil ha sykepleier å konferere med. Noen informanter snakker om at det å veksle på å jobbe ute og inne, kombinert med ustabil bemanning for øvrig, vil gjøre det vanskelig å holde oversikt over beboerne. Oversikt er viktig for å kjenne til hva som er normaltilstanden for en beboer, så man kan anvende dette inn i vurderinger om behovsmedisin.

I noen av intervjuene kommer det frem at det kan være variasjoner i administrering av behovsmedisin i løpet av et døgn. Noen jobber i rundturnus, andre omsorgsboliger har faste nattevakter som ikke er til stede på dagtid. De som har faste nattevakter, opplever at det kan gi ulike utslag med tanke på håndtering av behovsmedisin, og i noen tilfeller mer bruk av slike legemidler.

«Jeg har erfart at det er forskjeller på dag- og nattpersonell, at vi dagpersonalet kanskje har opplevd at her har det blitt gitt litt vel mye beroligende og sovemidler på natten. At vi dagpersonale har tenkt at 'kunne dere ikke ha prøvd på andre tiltak først', og at medisinerer egentlig var unødvendig».

Arbeidsstøkkens utdanning og erfaring kan påvirke avgjørelser, ifølge informantene. Flere av informantene er opptatt av at man må kunne stole på kollegaene sine og de vurderinger som gjøres, uansett bakgrunn. Noen mener at det er tilfeller der det gis behovsmedisin litt for raskt – spesielt når det er lav bemanning eller bruk av vikarer. På natt, i helg eller ferieperioder opplevs det ekstra vesentlig hvem man er på jobb sammen med.

«Man kjenner jo på den utryggheten når en skal begynne på sommeren, og du skal gå med en som har vært her et par-tre vakter. Man kjenner tidlig på de spørsmålene som kommer, 'jeg tror det er ett eller annet og det må noe medisin til', men da må man bare inn og veilede, for det ofte ufaglærte som ikke har vært i pleien i det hele tatt».



I noen av intervjuene kommer det frem at informantene opplever at arbeidsdagen mange ganger består av «brannslukking», men at man hele tiden prøver å tenke på aktiviteter for beboerne. Det hevdes av flere at det har skjedd en kulturendring de siste årene, der ikke-farmakologiske tiltak skal forsøkes før behovsmedisinering.

«Miljøtiltak er veldig viktig. For jeg ser jo at det brukes mindre behovsmedisiner i forhold til for noen år siden. [...] For å få til miljøtiltak så synes jeg det er mye enklere når man kjenner brukeren godt. Når personalet er kjent, ikke så mye vikarer og sånn, så er det mye lettere å få gjort miljøtiltak i stedet for å medisinere».

Dette reduserer spesielt bruk av oxazepam. Det er en aksept i kollegiet for at man skal bruke tid på dette. Ved lav bemanning blir det vanskelig å få til alternative tiltak selv om man ønsker det. En personalgruppe som nevnes spesifikt, er aktivtører. I én kommune hadde de satset på flere aktivtørstillinger, og det har spart dem for bruk av behovsmedisiner.

Hvordan gruppen av beboere er sammensatt, spiller også inn på grunnlaget for beslutninger om behovsmedisinering. Flere av informantene opplever at de får nye beboere med diagnoser og behov som de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere, spesielt nevnt var rus og psykiatri, og at de gjerne skulle hatt noe videreutdanning på dette. Beboerens kognitive funksjon påvirker behovsmedisinering, da informantene sier de synes det er lettere å vurdere behov når man kan kommunisere med beboerne. Grad av skrøpelig og kognitiv svikt blant beboerne varierer ifølge informantene stort mellom omsorgsboligene, og dette har sammenheng med hvor god kapasitet sykeheimene i kommunen har. Noen opplever at omsorgsboligen er en «mini-sykeheim» med lavere bemanning, fordi de har veldig skrøpelige beboere. Andre opplever at de har få beboere med alvorlig demens, og med det slipper de unna en del utfordringer på grunn av dette.

## Diskusjon

I denne studien fant vi at det var tre områder ved organisering av omsorgsboliger som kunne påvirke behovsmedisinering, sett fra helsepersonellens perspektiv. Dette var strukturer for informasjonsdeling, fysisk organisering og organisering av personell. Lignende resultater er funnet i studier fra sykehjem som omhandler legemiddelhåndtering generelt i Norge (Glette, Røise et al., 2018b; Odberg, Hansen, Aase & Wangensteen, 2020) og i England (Killet, Burns, Hyde & Poland, 2013; Murray, 2017). Resultatene fra denne studien er derfor sammenfallende med tidligere forskning. Samtidig tilfører resultatene ny kunnskap om organisatoriske forhold som gjelder informasjonsutveksling og legemiddellagring, og beskrivelser fra en kontekst hvor man har lite kunnskap, nemlig omsorgsboliger.

At organisasjonen har gode strukturer for informasjonsdeling, er av betydning ifølge denne studien, og beskriver flere former: formell og uformell, intern og eksternt. Helsepersonell har mange ulike informasjonsstrukturer å forholde seg til, noe som kan være utfordrende i beslutningstakingen omkring administrasjon av behovsmedisin for en beboer, og der man gjerne også har knapt med tid. En oversiktsstudie om håndtering av psykotropiske behovsmedisiner fant at dokumentasjon omkring forskrivning, administrasjon, effekt og bivirkninger var mangelfull (Vaismoradi et al., 2019). Separate legemiddellister kan være et hinder for kvaliteten i helsetjenesten (Murray, 2017). Dette er også i tråd med funnene i studien til Odberg et al. (2020). Dette samsvarer med resultatene i denne studien, hvor flere opplever at meldingssystem ikke er gunstige, at man ikke finner nødvendig informasjon i formelle strukturer (for eksempel EPJ) og at det eksisterer ulike former for uformelle infor-

masjonsstrukturer, som varierer mellom ulike omsorgsboliger. I tillegg kan dokumentasjon som gjelder håndteringen av behovsmedisin, være skadelidende av at flere informasjonsstrukturer benyttes innen den samme omsorgsboligen. Beslutninger omkring behovsmedisin kan bli ytterligere utfordrende ved varierende samarbeid med legene og mangel på en ansvarlig lege. Samarbeid mellom lege og omsorgsboliger problematiseres også i rapporten om medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger (Melby et al., 2019). I en studie fra sykehjem så man at god kommunikasjon mellom lege og ansatte var viktig for å unngå reinnleggelser i sykehus (Glette, Kringeland, et al., 2018a).

Ny kunnskap om organisering av legemiddellagring presenteres i denne studien, og er på generelt grunnlag avvikende fra organisering i sykehjem som har egne legemiddellagre og forordningslister. Det er påfallende at organiseringen av legemiddellagring varierer mellom ulike omsorgsboliger i ulike kommuner. Praksisen hvor man kan låne av sykehjems legemiddellager, kan diskuteres opp imot forskrift om legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008), hvor virksomhetsleder har ansvar for at legemiddelhåndteringen er forsvarlig. Praksisen beskrevet i denne studien, viser også at beboere i omsorgsboliger kan få utdelt tidligere seponerte legemidler. Det er usikkert i hvilken grad helsepersonell i slike situasjoner vurderer eventuelle nye diagnoser, nye legemidler i bruk, interaksjoner eller kontraindikasjoner. Generelt kan fysisk utforming av omsorgsboligene også påvirke håndtering av behovsmedisiner, og tidligere forskning viser til at moderne helsebygninger bygd for formålet, med gode fasiliteter, positivt kan påvirke kvaliteten i omsorgstjenesten (Murray, 2017).

Organisering av personell er av betydning for sikker håndtering av behovsmedisin i omsorgsboliger. Det trekkes fram at stabil og tilstrekkelig bemanning, hvilke fagpersoner som er på jobb med hvilken kompetanse, påvirker administreringen av behovsmedisin. Det er bekymringsfullt at kvaliteten i tjenesten kan være avhengig av hvilke helsepersonell som er på jobb. Tidligere studier har vist at slike organisatoriske elementer påvirker både mengden av behovsmedisin som administreres, og kvalitet i helsetjenesten (Johansson-Pajala et al., 2016; Murray, 2017; Westbury et al., 2018). Denne studien baserer seg på data fra helsepersonell ansatt i fire ulike kommuner og fem ulike omsorgsboliger, og det kom fram at det var mange ulike måter å organisere helsepersonellet på. Resultatene er sammenfallende med rapporten om medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger (Melby et al., 2019). Organiseringen av beboerne i omsorgsboligene kan også påvirke behovsmedisineringen, og det er kjent at lav kognitiv funksjon og pasientkarakteristika kan påvirke omsorgskvaliteten i sykehjem (Killett et al., 2013; Murray, 2017). For å få et totalbilde av menneskene i omsorgsboliger og forhold knyttet til organisering, kunne det også ha vært nyttig å innhente data fra kommunale beslutningstakere, beboere, pårørende og andre relevante aktører. I en studie der kommunale beslutningstagerne fra to kommuner i Norge ble intervjuet om organiseringen av hjemmesykepleien (Kattouw & Wiig, 2019), fant man også forskjeller i organiseringen. De kommunale beslutningstagerne var enige om at pasienter bør ha færrest mulig ansatte å forholde seg til, men dette aspektet hadde liten til middels betydning for kommunenes hjemmesykepleieorganisering, og avstanden mellom pasientnivå og nivå til beslutningstakerne virket stor. Beslutningstagerne bør kjenne til organisatoriske elementer relatert til menneskene, da beboere, pårørende og helsepersonell har førstehånds innsikt i organisatoriske utfordringer (Killett et al., 2013). For ledelse av omsorgsboliger må det være et mål å ha tilstrekkelig tilgang på kompetent helsepersonell, og med fordel tverrfaglig kompetanse.

Pasientsikkerhet med fokus på riktig bruk av legemidler er et viktig helsepolitisk mål, hvor økt kunnskapsgrunnlag i kommunal helse- og omsorgstjeneste har prioritet (Hel-

sedirektoratet, 2019). WHO påpeker at systemer i helsetjenestene omkring legemidler påvirker håndteringen og dermed pasientsikkerheten (WHO, 2017). Denne studien indikerer flere organisatoriske elementer som kan påvirke legemiddelhåndteringen, og dermed også utfordre pasientsikkerheten. Variasjon og ulikheter i systemer omkring håndtering av behovsmedisin er identifisert, både med tanke på strukturer for informasjonsdeling, fysisk organisering og organisering av personell. Helsepersonell skal ta beslutninger vedrørende administrering av behovsmedisin, og kvaliteten av dette arbeidet er avhengig av multiple faktorer i et komplekst samspill. Organisatoriske elementer ser ut til å påvirke denne praksisen, og kommunal ledelse har ansvar for igangsetting av tiltak for å forebygge feil og mangler ved rutiner omkring behovsmedisinering i omsorgsboliger.

## Styrker og svakheter

Selv om studien inkluderte kun fire kommuner i Midt-Norge, mener vi resultatene kan være overførbare til andre omsorgsboliger og tilsvarende kontekster andre steder. I inkluderingsprosessen har vi hatt fokus på å få en god variasjon i størrelse på omsorgsboliger, og omsorgsboligene ligger i både urbane og rurale strøk, noe vi tenker er en styrke for overførbareheten.

I denne studien er det ulike grupper helsepersonell som har uttalt seg. Vi har valgt å ha en resultatkategori som beskriver menneskene i organisasjonen, sett ut fra helsepersonellens perspektiv. Vi har ikke informasjon direkte fra ledere, beboere, leger eller andre, som kanskje ville gitt noen andre innfallsvinkler til fenomenet.

Det var kun kvinner som deltok som informanter, og dette gjenspeiler nok at det er flest kvinner som jobber i omsorgsboliger. Det er mulig at det kunne kommet annen informasjon dersom menn hadde deltatt i fokusgruppeintervjuene.

Grupesammensetningen kan påvirke fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2000). Vi definerte inklusjonskriteriene; utover det hadde vi ingen påvirkning på hvem som ble spurt om å delta da dette ble gjort av enhetsleder i omsorgsboligene. Gruppene var heterogene, der informantenes utdanning, ansvarsområde og erfaring varierte. Dette kan ha innvirket på dynamikken i gruppen, for eksempel med tanke på om det var noen interessekonflikter som kunne påvirke hvordan informantene ville uttale seg i en gruppe med kollegaer. Det at de ble forespurt av sin leder om å delta, kan medføre et uuttalt press om å delta. At det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når de ville under intervjuet, ble presisert før oppstart.

Gjennom arbeidet i forfattergruppen er relevans og gyldighet av funnene diskutert jevnlig. Deltagerne i denne studien har forskjellig utdanning og erfaring og er ansatt i ulike kommuner, noe som gir en rik og variert informasjonstilgang.

Fokusgruppe-moderator var ikke tilknyttet noen av de omsorgsboligene som er representert, noe som kan være både en styrke og svakhet. Forforståelsen var ikke preget av kjennskap til en spesiell kommune eller omsorgsbolig. Det at moderator er farmasøyt kan ha skapt en avstand til informantene, og at fokuset i intervjuene har blitt preget av ulike profesjonsfokus. En svakhet ved studien er at respondent-validering ikke ble gjennomført.

## Konklusjon

Organisatoriske elementer som kan påvirke beslutninger som angår behovsmedisiner, ble identifisert, og både organiseringen og håndteringen av behovsmedisiner var varierende. Strukturer for informasjonsutveksling, fysisk organisering av omsorgsboliger og organisering

ring av personell er forhold som ledere og ansatte bør ta hensyn til ved kvalitetsutvikling og forbedring av legemiddelhåndtering. Dersom informasjonsutvekslingen er ufullstendig og lite funksjonell, organiseringen ikke er tilpasset sin funksjon og det er mangel på personell, vil vi hevde at det er en trussel for pasientsikkerheten.

Implikasjoner for praksis og videre forskning: Kommunale beslutningstagere bør ha kompetanse om organisatoriske elementer som påvirker praksisen omkring legemiddelhåndtering i omsorgsboliger, der det blant annet er behov for å benytte funksjonelle systemer for informasjonsutveksling. Det er behov for mer forskning om kvalitetsforbedringstiltak omkring legemiddelhåndtering i omsorgsboliger, og hvordan dette kan påvirke pasientsikkerheten.

*Takk til enhetsledere som har hjulpet oss med inkludering av informanter, og takk til informantene som har delt sin erfaring med oss.*

*Medforfatter Rose Mari Olsen er en av gjesteredaktørene for dette temanummeret. Derfor har den redaksjonelle behandlingen og beslutningen om publisering av artikkelen blitt håndtert av de andre gjesteredaktørene i samarbeid med ansvarlig redaktør, og Rose Mari Olsen har ikke hatt innsikt i vurderingsprosessen.*

## Referanser

- Cappelen, K., Harris, A. & Aase, K. (2018). Variability in staff perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes—a longitudinal cross-sectional study. *Safety in Health*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0076-y>
- Daatland, S. O. & Otnes, B. (2015). Institusjon eller omsorgsbolig? *Samfunnsspeilet*, 3/2015, 15-22. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/3-2015>
- 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>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320, sist endret 2016). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Glette, M. K., Kringeland, T., Røise, O. & Wiig, S. (2018a). Exploring physicians' decision-making in hospital readmission processes—a comparative case study. *BMC health services research*, 18(1), 725. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3538-3>
- Glette, M. K., Kringeland, T., Røise, O. & Wiig, S. (2019). Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ Open*, 9(8), e031297. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031297>
- Glette, M. K., Røise, O., Kringeland, T., Churrua, K., Braithwaite, J. & Wiig, S. (2018b). Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions—a case study. *BMC health services research*, 18(1), 955. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3769-3>
- Halvorsen, K. H., Kucukcelik, S., Garcia, B. H. & Svendsen, K. (2019). Assessing Potentially Inappropriate Medications in Nursing Home Residents by NORGE-P-NH Criteria. *Pharmacy*, 7(1), 26. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7010026>

- Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer (Kapittel 3. Krav til organisering og virksomhet)* (Rundskriv IS-8/2012). <https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>
- 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>
- Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2019). The organisation of community nursing services may impact negatively on safety and the quality of care. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 13(74391), e-74391. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391en>
- Killett, A., Burns, D., Hyde, P. & Poland, F. (2013). How organisational arrangements affect service provision. *Nursing And Residential Care*, 15(10), 676–679. <https://doi.org/10.12968/nrec.2013.15.10.676>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British medical journal*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., ... Closs, J. (2016). 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 Services Research*, 16(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1690-1>
- 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.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- 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/10.1177/1049732315617444>
- Martens, C. (2014). Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem. Juridiske og økonomiske skillelinjer. I S.O. Daatland (Red.), *Boliggjøring av eldreomsorgen* (NOVA-rapport 16/2004). <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Boliggjoering-av-eldreomsorgen>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design* (3 ed.). London: Sage Publications.
- 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>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E. A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger* (Rapport 3/19 Senter for omsorgsforskning). <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- 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]. UHRA. <https://doi.org/10.18745/th.17989>

- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC health services research*, 17(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- 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>
- Olaniyan, J. O., Ghaleb, M., Dhillon, S. & Robinson P. (2015). Safety of medication use in primary care. *International Journal of Pharmacy Practice*, 23(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12120>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Ree, E., Johannessen, T. & Wiig, S. (2019). How do contextual factors influence quality and safety work in the Norwegian home care and nursing home settings? A qualitative study about managers' experiences. *BMJ open*, 9(7), e025197. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025197>
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods-whatever happened to qualitative description? *Research in nursing and health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- 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), e0178626. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178626>
- Stasinopoulos, J., Bell, J. S., Ryan-Atwood, T. E., Tan, E. C. K., Ilomäki, J., Cooper, T., ... Sluggett, J. K. (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>
- Sørbye, L. W., Schanche, P., Sverdrup, S. & Brunborg, B. (2016). *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester* (KS Rapport 9342). <http://hdl.handle.net/11250/2419439>
- 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>
- 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>
- Westbury, J. L., Gee, P., Ling, T., Brown, D. T., Franks, K. H., Bindoff, I., ... Peterson, G. M. (2018). RedUSE: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Medical Journal of Australia*, 208(9), 398–403. <https://doi.org/10.5694/mja17.00857>
- World Health Organisation. (2017). *Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety* (WHO/HIS/SDS/2017.6). <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>
- World Health Organization. (2020). *Patient safety*. Hentet fra <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.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>