

Legers beskrivelser av uhensiktsmessige legemiddelforskrivninger til eldre

En kvalitative studie

—
Mari-Ann Gaup

Masteroppgave i farmasi 2015

Boarisvuolta ii boade akto!

Forord

Masteroppgaven ble utført ved forskningsgruppen i klinisk farmasi og farmakoepidemiologi (*IPSUM – identification and prevention of suboptimal use of medications*) ved Institutt for Farmasi, UiT Norges Arktiske Universitet i samarbeid med Vitusapotek Svanen Tromsø, i perioden 2014-2015.

Jeg er vil uttrykke min takknemlig til mine tre veiledere som har hjulpet meg gjennom denne oppgaven med deres faglige innspill, engasjement og tålmodighet.

Kjell H. Halvorsen, du har en helt egen evne til å veilede. Jeg er takknemlig for at du veiledet meg gjennom denne prosessen. Din enorme arbeidsevne imponerer meg, du svarer på mailer i alle døgnets tider og hvis det er noe så hjelper du alltid.

Ellen Riksvold, du har delt din faglige kompetanse og entusiasme innenfor feltet legemiddelforskrivning til eldre i hjemmetjenester og på sykehjem. Setter pris på all den faglige diskusjonen og samarbeidet vi har hatt gjennom arbeidet.

Hans-Petter Leer, din kunnskap og veiledning innen vitenskapelig forskning.

Takk til sykepleierne og pasientene ved hjemmetjenestene og sykehjemmene. Takk til legene som delte sine erfaringer og lot meg få komme inn i deres omgivelser – uten dere hadde ikke denne oppgaven vært en realitet.

Jeg ønsker å takk til klassen for et særdeles godt faglig og sosialt læringsmiljø. Takk til jentene på lesesalen for gode samtaler. Spesielt takk til Jonathan, Ole Martin og Martina for alle artige sprell gjennom studietiden.

Til slutt, takk til min familie for all tålmodighet, forståelse og støtte gjennom studietiden. Takk til mamma, pappa, lillesøster og lillebror for at dere alltid har vært her for meg når jeg trenger dere. Else, takk for all motiverende ord og støtte undervis i skrivningsprosessen. En ekstra takk til Inga siessa med familie for at dere har vært min ekstra familie i Tromsø.

Mari-Ann Gaup

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Bakgrunn	10
Formål	10
Utvalg og metode	10
Resultat	11
Konklusjon	11
Introduksjon	12
Utfordring med legemiddelbehandling hos eldre	12
Aldersrelaterte endringer	12
Polyfarmasi	13
Legemiddelinteraksjoner	14
Doseanbefalinger til eldre	14
Legemiddelinntak	14
Verktøy for identifisere uhensiktsmessige forskrivninger	14
Beers criteria	14
STOPP og START-listene	15
NORGEK-kriterieliste	15
Eldre og helsevesenet	15
Hjemmetjenesten	16
Sykehjem	16
Bakgrunn for oppgaven	18
Målsetting og problemstilling	18
Metode	19
Valg av metode	19
Min forforståelse	19
Utarbeidelse av intervjuguiden	20
Pilotering av intervjuguiden	20
Utvalgsriterier	21
Rekruttering	21
Transkribering	22

Litteratursøk	22
Analyse av materialet	23
Helhetsinntrykk	24
Identifisere meningsbærende enheter	24
Kondensering.....	25
ammenfatning.....	26
Resultater	27
Kjennskap til kriterielister	28
Bruk av kriterielister	28
Tanker om kriterielisten	29
Bevisst valg av legemidler?	30
Beslutningsbarrierer	30
Nytt symptom eller bivirkninger?	31
Diskusjon	32
Refleksivitet	32
Metodediskusjon	32
Valg av metode	32
Intervjuguiden.....	32
Pilotering av intervjuguide	33
Utvalg og relevans.....	33
Intervju	34
Transkribering	35
Analyseprosessen.....	35
Resultatdiskusjon	35
Beslutningsgrunnlag for å oppstart, evaluering og seponering.....	36
Kriterielister	37
Konklusjon	38
Referanser	38
Vedlegg	43

Sammendrag

Bakgrunn

Denne oppgaven har sitt bakgrunn fra et tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Farmasøytene på Vitusapotek Svanen Tromsø har vært involvert i et tverrfaglig team. I de tverrfaglige teamet med forskjellige leger, sykepleiere og helsepersonell har utført legemiddelgjennomganger på sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune. Dette startet som et prosjekt fra 2010 (1). Etter prosjektet ble dette en fast arbeidsoppgave fra 2013. Et av arbeidsverktøyene farmasøyten har brukt i legemiddelgjennomgangene er NORGEP-kriterielisten. Gjennom det tverrfaglige arbeidet har farmasøytene erfart at pasienter og brukere på sykehjem og hjemmetjenesten mottar legemidler fra denne listen. På bakgrunn av dette ønsket farmasøytene å få en bedre forståelse av hvordan leger forholdt seg til en slik liste

Formål

Undersøke hvilke kjennskaper og forhold leger har til å identifisere uhensiktsmessige legemiddelbruk ved hjelp av kriterielister for eldre, hvordan de bruker dem, samt undersøke beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og seponere behandlingen med uhensiktsmessige legemidler.

Utvalg og metode

Vi gjennomførte 8 individuelle intervju av leger, 5 sykehjemsleger og 3 fastleger. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert ordrett. Vi analyserte datamaterialet ved systematisk tekst kondensering.

Resultat

Studiens resultater tyder på at sykehjemsleger og fastleger med hjemmetjenesten bruker sjeldent kriterielister for å identifisere uhensiktsmessige legemidler hos eldre pasienter og brukere på sykehjem eller hjemmetjenesten. Legene hadde lite tid til diagnostisk arbeid og systematisk legemiddelgjennomganger, men de stolte på observasjoner, vurderinger og beskrivelser fra sykepleierne, pleiepersonell og pårørende. Faktorer som legens arbeids tid, forskrivninger fra sykehusleger og andre leger, pasientens forventninger, sykepleiers eller pleiepersonells observasjoner ble funnet å påvirke beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og seponere uhensiktsmessige legemidler.

Konklusjon

Denne studien tyder på legemiddelforskrivning til eldre kan være vanskelig og komplisert hvor det er flere faktorer spiller inn på beslutningsgrunnlaget for å oppstart, evaluering og seponering av uhensiktsmessige legemidler slik som tillit til helsepersonell, andre forskrivere, manglende evne til å identifisere uheldige virkninger, pasientens forventninger og tid. Manglende ressurser og tid til å gjøre en systematisk legemiddelgjennomgang med kriterielisten gjorde at kriterielisten ble lite brukt, selv om de fleste var kjent med NORGEP-kriterielisten. Legene ønsket kriterielisten inn i journalsystemet.

Introduksjon

I løpet av de siste 25 årene har levealderen steget med tre år for kvinner og fem år for menn (2). Økende levealder fører til at flere eldre lever med et sammensatt sykdomsbilde (3). Den eldre befolkningen over 65 år utgjør om lag 15 % av Norges befolkning, og står for omtrent halvparten av legemiddelforbruket i Norge (4). Dette skyldes at de bruker i gjennomsnitt fem legemidler fast daglig. Alder, organfunksjoner, metalsvikt og ernæringstilstand gjør eldre mer følsomme for bivirkninger og interaksjoner.

Utfordring med legemiddelbehandling hos eldre

Legemiddelbehandling hos eldre er utfordrende. Eldre lider ofte av sammensatte helseproblemer og bruker flere legemidler samtidig. Aldersrelaterte endringer gjør eldre mer følsomme for legemidler enn den yngre befolkningen. Utfordringene som kan oppstå ved behandling av eldre er symptomer som er typiske for en gitt sykdom ikke inntreffer, endring i sykdomsaktivitet eller flere sykdommer opptrer hos eldre som allerede har et komplisert sykdomsbilde. Eldre som bruker mange legemidler samtidig har en høyere risiko for legemiddelinduserte bivirkninger. Når disse forveksles med aldersforandringer, kan dette medføre at man behandler bivirkningene av legemidler farmakologisk (5).

Aldersrelaterte endringer

Absorpsjon

Med økende alder reduserer magesafts produksjonen (6), på grunn av atrofiske endringer i den gastriske slimhinne. Intestinal overflate og blodstrømmen i fordøyelseskanalen er redusert, og noen studier har også vist at gastrointestinal motilitet avtagende. Til tross for disse endringene er absorpsjonen av legemidler nokså uendret. Selv om evnen til å absorbere stoffer er intakt, biotilgjengeligheten av visse legemidler forandret hos eldre. Den avtagende kapasitet i visse enzymesystemer i veggen mage- og tarmkanalen og i leveren kan føre til at legemidler som gjennomgår first-pass metabolisme når den systemiske sirkulasjon i store mengder, noe som igjen kan føre til økt effekt av en gitt dose. Dette gjelder for eksempel for noen betablokkere (7) og L-dopa(8).

Distribusjon

Kroppen endres med årene, og for mange er det vanligvis medfører vekt nedgang. Kroppssammensetningen endres med at kroppsfett øker mens kroppsvann minsker(9). Fettløselige legemidler som for eksempel psykofarmaka får større distribusjonsvolum, som medfører til akkumulert i fettvevet og forlenget halveringstid. Diazepam har lengere halveringstid og det går delvis på dette. Redusert kroppsvann fører til at vannløselige legemidler oppløses i mindre væskevolum (10). Albumin (7), det viktigste legemiddelbindende protein plasma minker i konsentrasjon hos eldre. Det medfører at de frie aktive legemiddelsubstansene stiger, som leder til en forsterket effekt. For noen legemidler balanseres ved at elimineringen av fritt legemiddel fra blodbanen samtidig øker (10).

Eliminering

I leveren omvandles fettløselighet legemidler til mer polare/hydrofile substanser som deretter utskilles via nyrene. Med alderen kan leveren minskes volum og blodstømming, til dels kapasiteten til vise enzymsystemer. Blodstrømmen gjennom leveren kan reduseres hos eldre mennesker til halvparten av normal funksjon, som i den grad påvirker metabolismen av visse legemidler som for noen betablokkere. Nyrenes funksjon som filtrasjon og blod gjennomstrømming og den tubulære funksjonen svekkes (10). Legemidlene som utskilles via nyrene, skilles ut i mindre grad som fører til at legemidlene for en forlenget halveringstid og forhøyet konsentrasjon om ikke legemiddelet blir justert.

Polyfarmasi

Polyfarmasi karakteriserer når en pasient samtidig bruker av flere legemidler. Det eksisterer ulike definisjoner på begrepet (11). Begrepet kan defineres som bruk av for mange legemidler eller legemidler som ikke er nødvendige eller overdrevent bruk av legemidler. Polyfarmasi er særlig skadelig når eldre mottar for mange medisiner for lenge og i høye doser. Problemet med polyfarmasi er at det er vanskelig å forutse virkningen av flere medisiner samtidig på bakgrunn av at det er mye som spiller inn på hvordan legemiddelet virker (12) og hvordan kroppen reagerer.

Legemiddelinteraksjoner

Legemiddelinteraksjoner oppstår ved at et legemiddel påvirker et annet legemiddels farmakokinetisk eller -dynamiske effekt. Klinisk betydning av legemiddelinteraksjoner varierer fra pasient til pasient, og vil avhenge av farmakogenetikk, multimorbiditet og komedisinering. Interaksjonene får først klinisk betydning når konsekvensen blir dårlig behandling av sykdom, bivirkninger, dårligere livskvalitet og økt morbiditet eller mortalitet (13).

Doseanbefalinger til eldre

Kliniske legemiddelutprøvinger utføres ofte på unge og friske personer uten andre sykdommer eller medisiner. I kliniske utprøvningsstudier er det mange etiske problemstillinger å ta hensyn til, dermed blir sårbare grupper ekskludert fra studien der i blant eldre (14). Dette er problematisk med tanke på at halvparten av legemidlene brukes av eldre (4) og det er de som har størst behov for legemidler.

Legemiddelinntak

Det er flere faktorer som kan redusere legemiddelinntak hos eldre. Blant disse inngår dårlig syn og hørsel i tillegg til kognitive forstyrrelser og nedsatt hukommelse. Dette kan føre til misforståelser om legemidlene. Økning i antall daglige doser fra en til to ganger daglig har vist at dårligere inntak av antall daglige doser (15).

Verktøy for identifisere uhensiktsmessige forskrivninger

Det finnes flere måter å identifisere uhensiktsmessige legemiddelbruk. En mye brukt metode er å screene pasientenes legemiddelliste via en såkalte kriterielister. Under vil jeg kort presentere de mest kjente kriterielistene, sett med norske øyne:

Beers criteria

Det mest brukte kriteriene på potensielle uhensiktsmessige legemidler i den eldre befolkningen er Beers liste, utviklet i USA i 1991. Kriteriene har blitt kontinuerlig oppdatert, og revidert i 1997, 2003 og 2012. Beers listen inneholder 53 legemidler eller

legemiddelklasser som kategoriseres i tre forskjellige kategorier. De tre kategoriene inkluderer 1. legemidler som skal eller bør unngås skal hos eldre 2. legemidler som sjelden er hensiktsmessig ved bestemte sykdommer hos eldre og 3. legemidler som bør benyttes med forsiktighet hos eldre (16, 17). Beers liste er ikke tilpasset legemiddelbehandlingen i Norge, da den inneholder flere legemidler som ikke er markedsført i Norge.

STOPP og START-listene

Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) er en eksplisitte kriterieliste som er ble utviklet for å identifiserer potensielle uhensiktsmessige legemidler hos eldre over 65 år. STOPP ble første gang oversatt til norsk i 2010. Screening Tool to Alert doctors for the Right Treatments (START) ble utviklet som hjelp til leger for å vurdere oppstart av legemiddelbehandling til eldre. Denne inneholder 22 kriterier (18). STOPP og START ble utviklet i Irland i 2006 , og brukes i en rekke andre europeiske land (19). Kriteriene ble revidert i 2014 (20), og er gjort tilgjengelig på norsk ved at den ble oversatt til norsk (21).

NORGEP-kriterieliste

The Norwegian General Practice kriteriene(NORGEP) (vedlegg 1) er et arbeidsverktøy laget for leger i allmennpraksis, verktøyet er en liste over uheldige legemidler og legemiddelkombinasjoner for eldre over 70 år. Listen består av 36 kriterier som baser seg på Beers kriteriene, svenske anbefalinger. NORGEP ble publisert i 2009 og er tilpasset den eldre befolkningen i Norge (22). Det er blitt utviklet en ny kriterieliste som er utviklet for sykehjem kalt NORGEP-NH(23).

Eldre og helsevesenet

Behovet for sosial- og helsetjenester blant eldre er økende. I Norge er kommunene lovpålagt å tilby helsetjenester til sine innbyggere med grunnleggende behov (24), helsetjenesten som er rettet mot eldre omhandler hjemmesykepleien, tilbud i omsorgsbolig eller kort- eller langtids plass i sykehjem.

Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten yter helsehjelp til hjemmeboende pasienter eller pasienter som bor i omsorgsboliger som har behov for hjelp i varierende grad. Det er rundt 271000 personer mottok hjelp fra hjemmetjenesten. Kommunen har selv ansvaret for å organisere hjemmetjenesten, det er krav om at faglig leder for hjemmetjenesten er autorisert sykepleier eller vernepleier (25). Utover dette varierer sammensetning av personell som oftest er det sykepleier, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte personell som utfører oppgavene i hjemmetjenesten. Legemiddelrelaterte arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten, også omtalt som legemiddelbehandling omhandler: dosering av dosett eller fylling på multidoseruller, hjelpe til med insulin injeksjoner og måling av blodsukkeret, justering av legemiddelregulerende pumper, observere inntak, effekt og bivirkninger. Fastlegen har ansvar for legemiddelbehandlingen til hver enkelt pasient i hjemmetjenesten. Forskning viser at det er mangelfull informasjonsoverføring og kommunikasjon mellom omsorgsnivåene i primærhelsetjenesten (26). Dette gir seg blant annet uttrykk i redusert samsvar mellom legemiddellistene hos fastlegen og hjemmesykepleien. Halvparten av legene som var med i studien oppdaterte legemiddellistene etter konsultasjon eller sykebesøk.(27)

Sykehjem

Sykehjem er den største institusjon i norsk helsevesen, med overkant av 40 000 sykehjemsplasser (4). Det har i løpet av de siste ti år vært en prekær mangel på sykehjemsplasser. Gjennomsnittsalderen for sykehjemspasienter er 84 år, og tre av fire pasientene er 80 år eller eldre. Sykehjem er en kommunal helseinstitusjon, og døgnbemannet. Mange sykehjemspasienter har betydelig redusert helsetilstand. Ca. 80

prosent av pasientene har mild til alvorlig demens, noe som medfører et stort ressursbehov bare til døgnkontinuerlig pleie. For å få tildelt sykehjemsplass må det søkes kommunen. Kriteriene for å få langtids sykehjemsplass er at personen har omfattende helsesvikt og behov for døgnkontinuerlig omsorg, mens korttidsopphold kan tildeles som avlastning, rehabilitering, eller for observasjon.

Et mål av pasientsikkerhetskampanjen er riktig legemiddelbruk i sykehjem. Målsettingen her er å redusere pasientskader og eventuelle komplikasjoner i forbindelse med legemiddelbehandling (28). I følge Helsetilsynet er tilretteleggingen av legemiddelbehandling mangelfull, legemiddelbehandlingen må bli vurdert og justert etter behov (29). En av tre eldre får potensielt uhensiktsmessig legemiddel på sykehjemmet (30). Legemiddelforbruket blant eldre på sykehjem er høyt (31). En norsk rapport viser at 97 % av sykehjemspasientene mottar legemidler hver dag (32).

Bakgrunn for oppgaven

Denne oppgaven har sitt bakgrunn fra et tverrfaglig legemiddelgjennomgang. Farmasøytene på Vitusapotek Svanen Tromsø har vært involvert i et tverrfaglig team. I de tverrfaglige teamet med forskjellige leger, sykepleiere og helsepersonell har utført legemiddelgjennomganger på sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune. Dette startet som et prosjekt fra 2010 (1). Etter prosjektet ble dette en fast arbeidsoppgave fra 2013. Et av arbeidsverktøyene farmasøytene har brukt i legemiddelgjennomgangene er NORGEP-kriterielisten. Gjennom det tverrfaglige arbeidet har farmasøytene erfart at pasienter og brukere på sykehjem og hjemmetjenesten mottar legemidler fra denne listen.

Målsetting og problemstilling

Målsetting med oppgaven er å få mer kunnskap om legers forskrivningspraksis av uhensiktsmessige legemidler.

Problemstilling denne studien var å undersøke hvilke kjennskaper og forhold leger har til å identifisere uhensiktsmessige legemiddelbruk ved hjelp av kriterielister for eldre, hvordan de bruker dem, samt undersøke beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og seponere behandlingen med uhensiktsmessige legemidler.

Metode

Valg av metode

Problemstillingen, legers kjennskap til kriterielisten og hvilke forhold de har til å identifisere uhensiktsmessige legemidler ved hjelp av kriterieliste hos eldre samt hvordan tanker de har rundt oppfølging av uhensiktsmessige legemidler, samt undersøke beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og seponere behandlingen med uhensiktsmessige legemidler, er styrende for studien. I studien ble det valgt kvalitativ tilnærming til problemstillingen.

Min forforståelse

Jeg har gjennom flere år jobbet som pleiemedarbeider både i sykehjem og hjemmetjeneste. Gjennom jobben tok jeg kurset for medikamentlære noe som, gjorde at jeg blant annet fikk ansvaret for å utdele medikamenter til pasienter. I denne funksjonen opplevde jeg den kompleksitet og de utfordringer som oppfølging av legemiddelbehandling innebærer. Et av disse inntrykkene er at jeg opplevde oppfølgingen av legemiddelbehandlingen ofte som tilfeldig. Jeg har sett med egne øyner hvordan legemidler påvirker mennesker, har vært med i arbeidsgruppe der endring av medisiner har gitt resultater. Jeg har flere ganger i jobbsituasjoner tenkt på hvordan leger følger opp beskjedene som ble gitt fra apoteket, helsepersonell og ufaglærte, hvordan legene vurderer beskjedene i forhold til legemiddelbehandlingen og hva gjør legen videre med legemiddelbehandlingen. Disse spørsmålene har jeg stilt meg selv flere ganger, og det var akkurat det som gjorde meg interessert i dette temaet. Gjennom utdannelsen på farmasistudiet har jeg fått økt kunnskap om eldre og legemidler. Jeg ser med nye øyner på legemidler og på hvilken måte legemiddelbehandlingen kan foregå.

Utarbeidelse av intervjuguiden

Ved utviklingen av intervjuguiden (vedlegg 2) ble det tatt utgangspunkt i studiens problemstilling. Det ble gjort en idémyldring av spørsmål som kunne være aktuelle for intervjuguiden med en av farmasøytene som var veileder i oppgaven. Intervjuguiden ble evaluert med to farmasøyter dermed ble intervjuguiden endret flere ganger før den ble ferdigstilt. Intervjuguiden var satt opp slik:

- Presentasjon av intervjuer og sekretær
- Personalia på informant
- Generelle spørsmål om forskrivning og oppfølging av eldre på sykehjem eller hjemmetjenesten
- Spørsmål om kriterielister
- Generelle spørsmål om forskrivning og oppfølging av uhensiktsmessige legemidler hos eldre
- Kasus med pasient som bruker legemidler fra kriterielisten, om hvem som har foreskrevet og hvilken tanker legen har om forskrivningen
- Sluttspørsmål

Pilotering av intervjuguiden

Det ble gjennomført fire prøveintervju med medstudenter og en farmasøyt. Under prøveintervjuet ble intervjuguiden brukt som grunnlag til å intervju medstudenter og farmasøyten. Tid ble tatt for hvert intervju, tiden lå mellom 12-15 minutter. Etter intervjuet fikk jeg tilbakemeldinger på intervjuguiden og på hvordan jeg var som intervjuer.

Utvalgskriterier

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter (33). Strategisk utvalg baserer seg på å få informanter som har en erfaring eller kunnskap om temaet som skal studeres. Det ble satt noen kriterier for utvelgelse av informantene. Det var ønskelig å inkludere leger med eldre pasienter over 70 år som går på en eller flere uhensiktsmessige legemidler fra NORGEP-kriterielisten. I tillegg var det ønskelig med variasjon i alder og kjønn på legene.

Rekruttering

Leger med eldre pasienter tilknytning til hjemmetjenesten og sykehjemsleger ble spurt om å delta i studien. Farmasøyten som hjalp til med rekrutteringen var tilknyttet til et tverrfaglig team gjennom kommunen. I denne sammenheng hadde farmasøyten kontakt eller kjennskap til aktuelle informanter for studien. Farmasøyten tok direkte kontakt med sykehjemsleger med forespørsel om deltagelse samtidig ble informasjonsskrivet (vedlegg 3) sendt til sykehjemslegene. Fastlegene ble rekruttert etter hvert som det ble bestilt legemiddelgjennomgang fra hjemmetjenesten. Farmasøyten plukket ut aktuelle kandidater til studien, deretter ble sykepleier på hjemmetjenesten kontaktet. Fastlegen ble først informert gjennom sykepleierne om studien ved bestilling av legetime med legemiddelgjennomgang. Farmasøyten eller jeg tok kontakt med legekantoret med forespørsel om deltagelse i studien. Det ble sendt et informasjonsskriv om studien per mail eller fax etter samtalen med legekantoret.

Tekniske hjelpemidler

Det ble benyttet en diktafoner under intervjuene. Under studieperioden ble det først brukt en Olympus VN-8600 diktafon, den ble benyttet helt til vi fikk levert en annen diktafon Olympus DS-2500. Jeg snakket til diktafonen med forskjellige lydstyrke, og plasserte den langt fra meg og deretter nært meg selv av. Dette ble gjort på begge diktafonene. Lydfilen etter opptakene ble avspilt og slettet fra diktafonene. Etter intervjuene ble lydfilene lastet ned på en datamaskin. De første transkriptene ble transkribert ved en lydfileprogrammet Flip Player som spilte av lydfilen, der jeg manuelt stoppet, spolte og startet lydfilen. Resterende transkriptene ble transkribert ved hjelp av en pedal fra Olympus AS-2400 Transcription Kit med lydprogrammet Olympus DSS Player Version 7 Plus.

Transkribering

Transkribering er når den muntlige intervjusamtalen blir omformet til en skriftlig tekst (33). Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Den muntlig intervjusamtalen ble transkribert ord for ord med alle gjentakelser. Alle uklarheter og følelsesinntrykk ble kommentert i parentes i transkripten. Alle interjeksjoner ble skrevet ned slik som de ble hørt. Det ble satt to prikker etter ord som ble dratt ut eller ord som ikke ble fullført fullstendig. Når pasienten ble omtalt som hun eller han så ble det skrevet slik h*n. Etter transkriberingen skrev jeg ut transkriptet i papirform. Spilte av lydfilen fulgte ordene som var skrevet og hørte etter hva som ble sagt ord for ord. Transkriptene ble sendt til sekretær. Sekretæren ga tilbakemeldinger på eventuelle uklarheter eller misforståelser i transkriptet. Sekretær hadde ikke tilgang til lydmaterialiet, men sekretæren var med på intervjuene. Jeg gikk i gjennom transkriptet en gang til å korrigerer noen av rettelsene fra sekretæren.

Litteratursøk

Litteratursøk ble gjennomført i disse søker databasene Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, RELIS, EMBASE, Google Scholar og tidsskriftene Dagens medisin (Norsk), Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, Tidsskrift for Den norske legeförening, Dagens medicin (Dansk og Svensk), Läkartidningen, Sykepleier Forskning. Litteratursøk ble gjennomført i disse søker

databasene Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, RELIS, EMBASE, Google Scholar og tidsskriftene Dagens medisin (Norsk), Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, Tidsskrift for Den norske legeforening, Dagens medicin (Dansk og Svensk), Läkartidningen, Sykepleier Forskning. Ord som ble kombinert i søkene: "NORGE", "START", "STOPP", "Beers Criteria", "explicit criteria" "elderly", "older patient", "aged patient", "nursing home", "home care sverige" "community-dwelling" "primary care", "home-dwelling", "doctors", "health care", "general practitioner", "physicians", "pharmacist", "nurs" "prescribing", "inappropriate prescribing", "inappropriate drugs", "drug-related problems", "prescribing errors", "polypharmacy", "multimorbidity", "multiple medicines", "drug therapy", "treatment", "Decision" "interventions" "deprescribe", "complex health problems" "optimization" "medication lists", "quality", "prescribing quality" "multidisciplinary", "reduction", "communication", "pharmacokinetic", "pharmacodynamic", "risk", "adverse drug reactions", "drug-drug interactions", "indicators", "qualitative study". De søkene som ble lagret i My NCBI: "NORGE", "START AND STOPP criteria", "inappropriate prescribing", "physicians AND experience AND inappropriate prescribing" "inappropriate prescribing AND elderly".

Analyse av materialet

Metoden som blir benyttet er modifisert av Malterud (34). Systematisk tekstkondensering er inspirert av *Giorgis fenomenologiske analyse* (35) og har mange likhetstrekk med *grounded theory* (36). Formålet med analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og oppfatninger ved fenomenet som studeres (33). Jeg vil gjennom de enkelte trinnene vise eksempler fra analyseprosessen. Analyse prosessen er i følge *Giorgis fenomenologiske analyse*(35) delt inn i fire trinn:

1) Helhetsinntrykk

I første trinn av analysen ble rådata lest igjennom med fokus på helhet fremfor detaljer(34), all trang for å systematisere ble forsøkt unngått. Transkriptene ble sendt til tre farmasøyter og en sykepleier. Transkriptene ble lest gjennom flere ganger på egen hånd, og hver enkelt fant stikkord som gjenspeilet intervjuet (vedlegg 4). De tre farmasøytene kom med ca. fire stikkord hver per intervju mens sykepleieren kom med færre stikkord enn farmasøytene. Temaene ble satt opp i en matrise. Deretter valgte jeg ut stikkordene som ble fremhevet mest, og diskuterte stikkordene med de tre farmasøytene. Dette resulterte i 3 hovedtemaer: Tverrfaglighet, Forskrivning, Hjelpemidler

2) Identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn ble meningsbærende enheter identifisert. Jeg leste gjennom hele alle transkriptene nøye og lettet etter meningsbærende enheter som hadde tilknytting til problemstilling fra disse hovedtemaene fra trinn 1. Hver enkelt meningsbærende enhet ble skrevet ned å merket med lege nummer, en spesifikk farge og et nummer som fortalte hvor og hvilket transkriptet akkurat denne tekstbiten stammet fra. Disse enhetene ble samlet i grupper som ble kalt koder (34). Informasjon om informantene hadde kjennskap til kriterielister, hvilke kriterielister de hadde kjennskap til og hvordan de fikk kjennskap til kriterielistene ble kodet under kjennskap til kriterielister. Når det var noe som kunne sammenlignes så jeg på meningsbærende

enhetene om det var leger fra sykehjemmet eller hjemmetjenesten som hadde kommet med det utsagnet. Disse fire meningsbærende enhetene ble samlet i en kodegruppe på 19 meningsbærende enheter, innenfor denne kodegruppen ble disse fire satt sammen til en subgruppe om hvordan de fikk kjennskap til kriterielisten:

”.. mitt kjennskap til den er blant med altså vi snakker med psykegeriatrisk”

”Jeg kjenner til at vi fikk noen år siden sånn.. sånn liste med farlige medikamenter, jeg tror dem var en stund.”

”Jeg fikk alle se her utskrevet versjon hos administrative ansatte i kommunen”

*”Vi har jo forum for sykehjemsleger hvor vi møtes en gang i måneden,
(..) da har vi tatt opp mange forskjellige fagområder.”*

*”Det var vel i starten i denne jobben at (navngitt person),
h*n er sykepleier delte det ut”*

3) Kondensering

Tredje trinn omhandler abstraksjon av de meningsbærende enhetene. Meningsinnholdet i subgruppen blir kondensert til en ny enhet. Det ble tilstrebet mest mulig å bruke informantens egne ord. Beskrivelsene hos de fem sykehjemslegene meningsbærende enhetene ble kondensert til et kunstig sitat:

”Mitt kjennskap til er kriterielisten gjennom tverrfaglige møter med spesialister og sykehjemsleger eller administrative ansatte i kommunen delte det ut når jeg startet i jobben.”

Et sitat fra den opprinnelige teksten ble valgt ut til å illustrere noen av subgruppene.

4) Sammenfatning

I fjerde trinn omhandlet å sammenfatte betydningen av meningsbærende enheter og gjenfortelle betydningen. Kunstige sitatet fra trinn tre ble satt i en sammenhengende tekst hvor konteksten fra den opprinnelige råteksten var bevart. Jeg endret subjektive setninger fra første person til tredje person. Alle sitatene ble satt opp i en matrise (vedlegg 5). Igjennom prosessen gikk jeg hele tiden tilbake til råteksten for å validere funnene opp mot råmaterialet. Et av subgruppene i resultat delen under kjennskap til kriterielister ble stående slik:

Sykehjemslegene fikk kjennskap til kriterielisten gjennom tverrfaglige møter med andre sykehjemsleger og spesialister eller at administrasjonen i kommunen hadde delt ut kriterielister når de begynte å jobbe som sykehjemslege. Kjennskap til enkelte legemidler på kriterielista fikk legene vite gjennom spesial helsetjenesten.

Etiske betraktninger

Regional Komité for medisinsk forskning (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste er organer som fortar etiske overveielser i forbindelse med medisinsk forskningsprosjekter. Ved medisinsk forskning skal man ta hensyn til etiske standarder som ivaretar respekten for menneskets rettigheter og helse. Legen ble kontaktet direkte eller via legekantoret og et informasjonsskriv (vedlegg 3) om studien ble sendt med forespørselen om deltagelse. I informasjonsskrivet inneholdt informasjon om prosjektets bakgrunn og formål og samt min faglige ståsted. Før intervjuet gikk gjennom et samtykkeskjema (vedlegg 6) med opplysninger om dato for innspilling og sletting av lydfil samt informantens mulighet til å trekke seg fra studien eller krevet sletting av informasjon når som helst. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i et låst skap og ble makulert etter at studien ble avsluttet.

Resultater

Totalt 8 leger, i alderen 30-70 år takket ja til intervjuet og en lege takket nei. Informantene besto av fem sykehjemsleger og tre fastleger. Lengden på intervjuene varierte fra 12 til 28 minutter. Samtalene med legene varierte i stor grad. Transkriptene inneholdt mellom 1323-3708 ord.

Tabell 1 : Oversikt over informantene

Lege	Kjønn	Aldergruppe	Minutter	Antall år jobbet i nåværende jobb
Sykehjemslege	Kvinne	25-40	15,18	1 år
	Mann	56-70	23,39	12 år
	Mann	56-70	28,20	15 år
	Kvinne	25-40	15,25	1 år
	Kvinne	41-55	27,2	10 år
Fastlege	Mann	25-40	21,27	7 år
	Mann	56-70	23,15	42 år
	Mann	56-70	12,32	25 år

I denne resultatdelen vil legene bli omtalt i tre forskjellige grupper.

1. "Fastlege(r)" er leger som har ansvaret for behandlingen til hjemmetjeneste brukere
2. "Sykehjemslege(r)" er leger som har ansvaret for behandlingen til sykehjemspasienter
3. "Legene", "leger" eller "informanter" felles betegnelse på begge gruppene ovenfor (gruppe 1 og 2).

Pleiepersonalet som er omtalt er ansatte som jobber på sykehjemmet; ufaglærte medarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller sykepleier. "Pasient" er sykehjemspasient eller hjemmetjenestebruker i denne resultatpresentasjonen.

Kjennskap til kriterielister

Flesteparten av de legene hadde ingen umiddelbar svar på spørsmålet om de kjente til kriterielister for å identifisere uhensiktsmessige legemidler. Fastlegene så ut til at de ikke skjønnte hvilke kriterielister som ble spurt om, og svarte nølende på spørsmålet. Den ene sykehjemsleger som ikke husket noen kriterieliste begynte å snakke om medisiner som hadde uheldige utfall for eldre som de var forsiktige med å bruke. Disse medisinene samsvarte med noen av kriteriene på NORGEP-kriterielisten.

Når legene ble presentert for NORGEP-kriterielisten kjente alle igjen kriterieliste utenom én som aldri hadde hørt om kriterielister. Det var påfallende at sykehjemslegene med høyst stillingsprosent så ut til å ha bedre kjennskap til kriterielistene enn de andre informantene. De nevnte også andre kriterielister som START og STOPP samt interaksjonsdatabasen DRUID. Andre kriterielister som omhandlet uhensiktsmessige legemidler ble ikke nevnt. Noen av reaksjonene som kom når legene ble presentert for kriterielisten.

”Jeg kjenner jo den [kriterielista]” (Lege, sykehjem)

” [Jeg har] aldri hørt om den [kriterielista]” (Lege, hjemmetjenesten)

Sykehjemslegene fikk kjennskap til kriterielisten gjennom tverrfaglige møter med andre sykehjemsleger eller at administrasjonen i kommunen hadde delt ut kriterielister når de begynte å jobbe som sykehjemslege. Kjennskap til enkelte legemidler på kriterielista fikk legene vite gjennom spesial helsetjenesten.

Bruk av kriterielister

NORGEP-kriterielisten var lite brukt blant legene. Sykehjemslegene mente at kriterielister måtte brukes aktivt for å bli kjent med legemidlene og kriteriene på listen. De eldre legene sa at de prøvde å være oppmerksomme på disse legemidlene. Legene mente at kriterieliste kunne stå i veien for en effektiv og nødvendig behandling, hvis det var god indikasjon for å

bruke legemiddelet så skulle ikke NORGEP-kriterieliste være til hindring for valg av legemiddelbehandling. Den skulle ikke danne et grunnlag for behandling, men kan være en påminner av uhensiktsmessige legemidler. Flere leger påpekte at de burde være flinkere til å begrunne forskrivningen av legemidlene fra NORGEP-kriterielisten fremfor andre legemidler.

” [Kriterielisten] skal ikke danne grunnlag for behandling”

(Lege, sykehjem)

Tanker om kriterielisten

Flere legene så verdien ved å bruke en kriterieliste. Legene mente at de hadde så knapt med tid på konsultasjoner eller legevisitter at de ikke hadde tid til å sjekke med kriterielisten, enten så hadde de kunnskapen om legemidlene eller ikke.

Legene påpekte at kriterielisten sa ikke noe om behovsmedikamenter om de var like uhensiktsmessige når de ble brukt sporadisk eller om legemiddelet var mindre uhensiktsmessig i en lavere dose enn i en høyere dose. I tillegg var legene usikker på om bivirkningene og interaksjonene kom til å inntreffe. Det var delte meninger mellom legene om hvor mye legemidlene var brukt, noen mente at legemidlene var lite foreskrevet mens andre mente at legemidlene var mye foreskrevet.

Kriterielisten var i papir eller PDF-form gjorde at den var vanskelig å ta den i bruk. Noen leger ønsket kriterielisten implementert inn i journalsystemet eller reseptmodulen slik at detektering av uhensiktsmessige legemidler gikk automatisk når legen var innom legemiddellisten til pasienten å gjorde en endring eller en ny forskrivning, Legene mente at NORGEP-kriterielisten skulle ha vært inne på Norsk elektronisk legehåndbok eller tidsskrift for legeföreninga.

”Jeg syns [kriterielister] må ut i journaler” (Lege, hjemmetjenesten)

Bevisst valg av legemidler?

Legene fortalte hvis det hadde oppstått en situasjon eller et nytt symptom var blitt oppdaget så rapporterte og forklarte pleiepersonalet eller pårørende om atferds forandringer eller symptomer på en tilstand. Legene startet legemiddelbehandlingen ut fra beskrivelsene av symptomene. Legene vurderte pasientens tilstand og startet opp behandlingen med det legemiddelet som var mest egnet for indikasjonen og vurderte legemiddelets risiko opp mot nytten for å bruke det. Dette vurderte de uansett om det var et potensielt uhensiktsmessig legemiddel eller ikke. Om valget falt på et potensielt uhensiktsmessig legemiddel var det et valg ut fra vurdering risikoen for bivirkningen opp nytten, indikasjon og tidligere sykdomsbilde som var avgjørende. For legene var det viktigere med effekt enn bivirkninger som potensielt kunne oppstå.

” Det er ikke alle som er uhensiktsmessige fordi [legemidlene] medfører bivirkninger”
(Lege, sykehjem)

Beslutningsbarrierer

Tiden som var avsatt på legevisitt eller konsultasjon berørte forskrivningen innen den tiden hadde ikke legen nok tid til å gå systematisk gjennom ga medikamentlisten til pasientene. Dette ble oppfattet som en tidskrevende jobb, dermed ble uhensiktsmessige legemidler stående på legemiddellisten. Legene sa de vurderte pasientens tilstand ut fra det så tok de beslutninger om videre behandling.

”Det tar lang tid å [ta] legemiddelgjennomganger hos pasienter.”

(Lege, hjemmetjeneste)

Mange av de potensielle uhensiktsmessige legemidler var foreskrevet av spesialistleger eller andre leger. Legene ville ikke endre eller seponere legemidler som var foreskrevet av andre leger. Dette ble begrunnet det med at pasientene hadde et behov for disse uhensiktsmessige

legemidlene samt at legemiddelet hadde god effekt så derfor ville ikke legene endre eller seponere behandling.

”Medisinen er startet på [et sykehuset]. Ut fra de kriteriene som er satt opp og indikasjon er det viktig å fortsette med [behandlingen].” (Lege, hjemmetjenesten)

Pasientenes forventninger om å få legemidler var en av forklaring på at pasientene hadde uhensiktsmessige legemidler på medisinalisten. Fastlegene sto overfor en utfordring med å overbevise om at seponere av forskrivningen var det beste for pasienten. Når pasienten syntes medisinerne fungerte godt var det vanskelig å endre på legemiddelbehandlingen særlig når pasientene hadde brukt medisinerne i flere år.

”Men det er faktisk et spørsmål hvor mye [pasienten] til å akseptere fordi [pasienten] er et gammelt menneske. [Pasienten] har gått med disse medisinerne i flere år. Hvis [pasienten] spør seg om en ukes tid og sier at [jeg] har blitt dårlig uten medisinen. Hva slags valg har du da?” (Lege, hjemmetjenesten)

Nytt symptom eller bivirkninger?

Pasientens tilstand ble jevnlig vurdert av legen. Legene mente at uhensiktsmessige legemidler ble kanskje oppdaget ved at det oppsto en konsekvens eller bivirkning av legemidlene. Mange av bivirkningene kunne være vanskelig å oppfatte sa legene, i tillegg er det ikke de som observerer pasienten, men sykepleier, pleiepersonell eller pårørende.

”Hvis det blir symptomer og sånne ting så kan du oppdage det på grunn av det.”

(Lege, hjemmetjenesten)

Diskusjon

Refleksivitet

Forforståelsen påvirker forskningen og forskningsresultatet (37). Vi kan aldri påstå at vårt arbeid ikke er preget av forforståelsen, det handler om å være bevisst på forforståelsen. Avveielser og refleksjoner må følge hele forskningsprosessen og gjøres synlig på en systematisk måte (33).

Jeg presenterte meg som farmasistudent i møte med legene så det var klart for de hvilken bakgrunn og faglig ståsted jeg hadde, i tillegg til at alle informantene leste gjennom på informasjonsskrivet (vedlegg 3) en gang til. Jeg som intervjuer var klar over at min bakgrunn i farmasi og pleietjenesten kan ha påvirket samtalen. Legene kan ha hatt en oppfattelse av hvilket svar jeg ønsket, og svart deretter.

Metodediskusjon

Valg av metode

Kvalitative forskningsmetode er velegnet til å undersøke menneskets beskrivelse av et fenomen, slik de selv opplever fenomenet(33). Dette kan føre til en mangfoldig og nyansert beskrivelse av fenomenet, samtidig som forskerens perspektiv og stilling har stor innflytelse på fremstillingen av materialet. Kvalitative metode brukes når som egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og forventinger, motiver og holdninger skal undersøkes (37).

Intervjuguiden

Ingen av informantene fikk se intervjuguiden på forhånd, men fikk et utdrag av det ved informasjonsskrivet. Om det hadde bidratt til noe mer gjennomtenkte svar kan være vanskelig svare på. For å unngå at informantene skulle begrense seg i intervjuet ble det før intervjuet oppfordret til ikke la seg påvirke av farmasistudent og farmasøyten som var intervjuer og sekretær ved intervjuene.

Kjennskap ble ikke definert om det var bare at de viste om den eller om det gikk på at de hadde en inngående forståelse av kriteriene og hvordan de skulle bruke kriterielisten.

Intervjuguiden kunne ha gitt flere svar hvis den ikke inneholdt så mange spørsmål.

Intervjuguiden kunne med fordel inneholdt 4-5 spørsmål, disse spørsmålene skulle fungert som sjekk spørsmål for å forsikret om at man i løpet av intervjusituasjonen kom inn på de temaene som hadde en forankring i problemstillingen. Intervjusituasjonen kunne ha blitt mer åpen med færre spørsmål og det kunne ha bidratt til andre nye spørsmål angående problemstillingen.

Pilotering av intervjuguide

Prøveintervjuene ble gjort for å teste ut intervjuguiden, og få tilbakemelding på intervjuguiden. Prøveintervjuet ga en peke pinne på tidsbruken per intervju. Prøveintervjuene kunne ha gitt bedre læringsutbytte, hvis intervjupersonen var en lege eller en som har gjort kvalitativ forskning før. En lege kunne ha belyst hva som var uklartheter i spørsmålene, siden det er leger denne studien omhandler. En som har gjort kvalitativ forskning før, vet hvordan man lager en intervjuguide og hvordan det er å være intervjuer dermed vet kanskje mer om fallgruvene ved kvalitative forskning. Under intervjuet la vi merke til at legen misforsto noen av spørsmålene, så intervjuguiden ble redigert etter hvert som intervjuene ble gjort.

Utvalg og relevans

Deltakelse i studien var frivillig, og de samarbeidende, og de informantene som takket ja til studien kan ha vært mer interessert i legemiddelbruken hos eldre enn den informanten som ikke ønsket å delta. Utvalget i denne studien hadde stor variasjonsbredde i erfaring ulike deler av helsevesenet. Totalt var det en god balanse mellom menn og kvinner, men når vi ser på bare på de legene på hjemmetjenesten så er det bare menn. Kjønnbalansen har neppe hatt en betydning for resultatene, da samtaleemnene var kjønnsnøytrale tema. Vi etterstrebet å gjør en strategisk utvalg så bredt som mulig, noe vi lyktes med ved å inkludere leger med eldre pasienter over 70 år som hadde en eller flere legemidler fra NORGEP-kriterielisten.

Ved kvalitativ forskningsmetode kan man ved prosjektstart ikke angi eksakt antall informanter, men det må evalueres kontinuerlig underveis i datainnsamlingen. Metning av

metning av antall informanter oppnås etter informasjon. I intervjustudien gjennomførte vi en strategisk utvalgsprosess. Vi hadde fortløpende analyse underveis i rekrutteringsprosessen. Da vi hadde intervjuet 8 informanter, vurderte vi at det empiriske materialet kunne være tilstrekkelig for å belyse legers tanker om kriterielister og uhensiktsmessig legemiddel forskrivning.

Intervju

Vi definerte ikke begrepet potensielle uhensiktsmessige legemidler. Legene kan ha hatt ulik oppfatning hva uhensiktsmessige legemidler innebærer, men de ble presentert for NORGEP-kriterielisten som definert uhensiktsmessige forskrivninger til eldre.

Under intervjuet ble legen spurt direkte om de kjente til kriterielister. Det kan ha hatt innvirkning på resultatet. Informantene kan ha følt at de måtte svare at de hadde kjennskap til kriterielistene. Under intervjuet ble det spurt om dypere spørsmål om innholdet av kriterielistene og da var det få av legene som hadde en dypere kunnskap om innholdet til kriterielisten. Det kan ha vært en indikator på at de ikke brukte kriterielisten som noen av legene sa direkte ved spørsmål om de brukte kriterielisten i sin kliniske hverdag. Spørsmålet om kriterielister kunne ha vært på stilt på en annen måte som ikke resulterte i et lukket spørsmål. Det kunne ha heller vært spurt med et åpent spørsmål slik som ”hvordan identifiserer legen uhensiktsmessige legemidler?”. På den andre siden så hadde det kunne ha ført til at de ikke sa noe om bruken av NORGEP-listen som var en del av problemstillingen.

Tidsrammen på intervjuet var satt til 15 minutter. Vi anså at det ble lettere å rekruttere informanter som var interessert å stille opp på intervju etter legemiddelgjennomganger hvis intervjuet ikke tok så lang tid av informantens arbeidstid. Tidsrammen kan ha vært en begrensning får danne en kjemi med informantene og spørre utdypende spørsmål, uten at det gikk utover den avtalte tiden med informanten. Dette kan ha førte til at vi gikk glipp av informasjon som kunne ha vært interessant å få med. Det var lett å godta det første svaret informantene ga ser jeg i ettertid, det kreves trening til å være en god lytter og stille gode oppfølgingsspørsmål. Vi forsøkte å stille åpne oppfølgingsspørsmål.

Transkribering

Transkriberingen er en prosedyre som gjør materialet fra intervjuet tilgjengelig for analyse (33). Det er noen viktige forskjeller mellom tale- og skriftligspråk. Transkripsjonen kan føre til tap av kroppsspråk og stemmeleie som ikke kommer frem i den skriftliggjøring av intervjuet. Det ble notert ned forskjellige lyder og stemningen for å komme nærmest mulig opplevelsen av å være i intervjuet. Alle transkriberingene ble gjort selv for å komme nærmere materialet.

Analyseprosessen

I følge Crabtree og Miller kan vi analysere med ulik vekt på den teoretiske referanserammen (38), hvor *editing analysis* style representerer en gylden middelvei. Med denne analysestrategien er det rådata i materialet som styrer utvikling av kategorier, hvor de teoretiske perspektivene er mer tilbaketrukket, og det ble vurdert som mest egnet i de denne studien. Fordi vi sammenfattet informasjon fra flere informanter, valgte vi å analysere data fra intervjustudie ved tverrgående analyse ved hjelp av systematisk tekstkondensering (34). Dette er velegnet hvor materialet kommer fra flere informanter og målet er å utvikle nye beskrivelser, slik tilfellet var i både fokusgruppestudien og intervjustudien. De finnes også andre tematiske analyser som Grounded Theory som har mye til felles med systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden kunne også vært anvendt. Imidlertid har denne analysen mer fokus på å danne nye teorier, som ikke var vår målsetting med studien. Narrativ analyse er en langsgående analyse, hvor tidsperspektivet er viktig, men var ikke egnet for denne studien.

Ved å få flere til å komme med stikkord til temaer, og en diskusjon om temaer kan ha styrket materialet. Under analyse prosessen opplevde vi at det var vanskelig å kode meningsbærende enheter. Da de meningsbærende enhetene kunne passe inn i flere kodegrupper. Dette kan være på grunn av at opplevelser ofte er sammensatte.

Resultatdiskusjon

Studiens resultater tyder på at sykehjemsleger og fastleger med hjemmetjenesten brukete sjeldent kriterielister for å identifisere uhensiktsmessige legemidler hos eldre pasienter og

brukere på sykehjem eller hjemmetjenesten. Flere faktorer spiller inn på beslutningsgrunnlaget for å oppstart, evaluering og seponering av uhensiktsmessige legemidler slik som tillit til helsepersonell, andre forskrivere, manglende evne til å identifisere uheldige virkninger, pasientens forventninger og tid.

Beslutningsgrunnlag for å oppstart, evaluering og seponering

Økende oppmerksomhet rundt kvalitetsforbedrende legemiddelforskrivning og et økt fokus på legemiddelforskrivninger til eldre (39). Behovet for ny kvalitetsindikator ble ansett som nødvendig for å forbedre forskrivningen til eldre (40), og NORGEP-kriterielisten (22) ble utviklet som et svar på behovet for en kriterieliste som var tilpasset norske forhold. I denne studien var et av formålene å finne ut om hvordan leger anvender kriterielister i sin kliniske praksis. De fleste legene kjennskapet til NORGEP-kriterielisten, men anvendte ikke arbeidsverktøyet i sin kliniske praksis. Noe som er sammenlignbart med en tidligere kvalitativ studie gjort i Belgia av STOPP/START-kriteriene (41).

Flere uhemmede faktorer for å bruke NORGEP-kriterielisten ble identifisert. NORGEP-listen ble ansett som et tidskrevende arbeidsverktøy. Mangel på tid har vært rapportert i tidligere studier om kliniske retningslinjer (42) og bruk av STOPP/START-kriteriene (41). Skiftelig informasjon kan føre til liten forandring i leges praksis, men ingen forbedring i pasientutfall viste en oversiktsstudie (43). Legene ønsket kriterielisten inn i journalsystemet eller reseptmodulen som en del av kliniske beslutningsstøtte som kommer opp som et varsel når de foreskriver uhensiktsmessige legemidler. Bruk av databaserte beslutningsstøtte kan føre til vesentlig reduksjon av medisinske feil (44) også i sykehussammenheng hos eldre pasienter (45, 46). Seponering av eksisterende uhensiktsmessige legemidler økte ikke ved bruk av databasert beslutningsstøtte i hjemmetjenesten, men reduserte nye forskrivninger av potensielle uhensiktsmessige legemidler (47).

Kriterielisten hadde flere svakheter. Behovsmedisinene kan være potensielt uhensiktsmessige ifølge NORGEP-kriterielista. En studie viser at det er behov for jevnlig gjennomgang og revurdering av behovsmedikamenter til pasienter på sykehjemmet (48). En god journalføring av effekt av behovsmedikamenter gir et bedre grunnlag for vurdering av

legemiddelbehandlingen til den enkelte sykehjemspasient. Legene sier en annen utfordring med NORGEP-kriterieliste er om legemidlene er mindre uhensiktsmessige i mindre doser, generelt i farmakologien sies det at høyere konsentrasjon vil risikoen for bivirkninger øke (49). I følge NORGEP-kriterielista er legemidler med bivirkninger eller kombinasjoner av legemidler som er uhensiktsmessige legemidler, hvis legen benytter en lav dose av legemiddelet kan det være at det er mindre uhensiktsmessig.

Kriterielister

Legene baserte forskrivningen på vurderingene til sykepleiere og pleiepersonell samsvarer med eksisterende forskning, som viser at leger forskriver legemidler etter opplysning de får fra sykepleier (50-52).

Legenes beskrivelse av hvordan pasienter involverer seg i beslutningsprosessen illustrerer utfordringen med pasientmedvirkning. Beskrivelsene som kommer inkluderer en forhandling mellom pasienten og legens verdier som kan noen ganger kan føre til en konflikt mellom pasient og legen. En studie viste at et tallfestet om risiko reduksjon, få pasienter til å gå med på legemiddel seponering (53). En annen studie viste at leger kamp om å seponere legemidler ville true legens allianse med pasienten dermed opprettholde legemiddelforskrivningen (54).

Studien viser at legene la mer vekt på indikasjon og legemiddelets effekt på sykdommen eller tilstanden. Andre studier viser at leger er klar over uhensiktsmessige legemidler, men mangler evnen eller har vanskeligheter med å finne en balanse mellom fordeler og ulemper med legemiddelterapien (55-57).

Resultatene viste at var legene motvillig til å seponere uhensiktsmessige legemidler som var initiert av spesialister eller andre leger. Årsaken til det kan være at pasienten har vært innlagt flere ganger på sykehuset. Det kan ha vært vanskelig å stabilisere legemiddelbehandlingen til pasienten. Andre studier har vist leger ikke vil foreta endringer eller seponering i andre legers forskrivninger fordi de ikke ville forstyrre behandlingen til andre leger (56) eller risikere en maktkamp med spesialister (58). En norsk undersøkelse om det å avslutte behandling viste at

en tredje del av norske leger noen ganger hadde gitt behandling etter at de selv mente den burde vært avsluttet (59).

Slik som dagens helsevesen er organisert gjør at leger har altfor lite tid til å vurdere og identifisere uhensiktsmessige legemidler, flere studier viser mangel på tid til å ordne opp i legemiddelbehandlingen (54, 57, 60, 61).

Konklusjon

Denne studien tyder på legemiddelforskrivning til eldre kan være vanskelig og komplisert hvor det er flere faktorer spiller inn på beslutningsgrunnlaget for å oppstart, evaluering og seponering av uhensiktsmessige legemidler slik som tillit til helsepersonell, andre forskrivere, manglende evne til å identifisere uheldige virkninger, pasientens forventninger og tid.

Manglende ressurser og tid til å gjøre en systematisk legemiddelgjennomgang med kriterielisten gjorde at kriterielisten ble lite brukt, selv om de fleste var kjent med NORGEP-kriterielisten. Legene ønsket kriterielisten inn i journalsystemet.

Referanser

1. Larsen J. Riktigere legemiddelbruk for eldre i sykehjem og hjemmetjeneste i Tromsø kommune. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Troms: 2012.
2. Amlo UK. Vi blir stadig flere. 5-6/2006.
3. St. meld. nr 34 Folkehelsemelding. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement: 2012-2013.
4. Helsedirektoratet. Riktigere legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmetjeneste - Forslag til tiltak. Oslo: 2011.
5. Colley C, Lucas L. Polypharmacy: The cure becomes the disease. *J Gen Intern Med.* 1993;8(5):278-83.
6. Sletvold O, Nygaard HA. Biologisk aldring. In: Bondevik M, Nygaard HA, editors. *Tverrfaglig Geriatri - En innføring.* Bergen: Fagbokforlaget; 2012. p. 21.
7. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. Rang and Dale's *Pharmacology.* 7, editor. London: Churchill Livingstone; 2011.
8. Neal MJ. *Medical Pharmacology at a Glance.* 7 ed. London: John Wiley & Sons, Ltd.; 2012.
9. Sand O, Sjaastad ØV, Haug E. *Menneskets fysiologi.* Oslo: Gyldendal akademisk 2014.
10. Schifano F. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic. In: Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, editors. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry:* John Wiley & Sons Ltd; 2002. p. 61.
11. Bushardt RL, Massey EB, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clinical Interventions in Aging.* 2008;3(2) 383-389.
12. Wyller TB. *Geriatri: En medisinsk lærebok.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
13. Seymour R. Important drug-drug interactions in the elderly. *Drug Aging.* 1998;12(6): 485- 94.
14. Granås AG, Bakken K. *Samfunnsfarmasi - Legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse.* 2010.
15. Hov I, Bjartnes M, Størdal L, Spigset O. Tas legemidler som forskrevet? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2012;132:418-22.
16. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2012;60(4):616-31.
17. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean J, Beers MH. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med.* 2003;163(22):2716-2724.
18. Gallagher P. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46(2):72-83.
19. Gallagher P, Baeyens J-P, Topinkova E, Madlova P, Cherubini A, Gasperini B, et al. Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries. *Age and Ageing.* 2009;38(5):603-6.

20. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;Mar;44(2):213-8.
21. Ranhoff AH, Bakken MS, Granås AG, Langørgen A, Spigset O, Ruths S. Bedre legemiddelbehandling av eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2015;4:318.
22. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009;27(3):153-9.
23. Nyborg G, Strand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice--Nursing Home criteria (NORGEP-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2015;33(2):134-41.
24. Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, (2011).
25. Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste, § 3 Faglig krav/ansvar (2012).
26. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127: 1766-9.
27. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004;124:810 -2.
28. Riktigere legemiddelbruk i sykehjem
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Riktig+legemiddelbruk+i+sykehjem.15.cms>.
29. Helsetilsynet. Sårbare pasienter - Utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukaheimar 2008-2010. 2010.
30. Halvorsen KH. Drug prescribing quality for older patients. Universitet i Bergen. 2012.
31. helsetjeneste Nkf. Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Oslo: 2010.
32. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF, 2004.
33. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.
34. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process - Guidelined for the medical researcher. *Fam Pract*. 1993;10:201-6.
35. Giorgi A. Phenomenological and psychological research: Duquesne Univ Press; 1985.
36. A S, J C. Basic if qualitative research. Grounded theory - procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publ; 1990.
37. Dalen M. Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
38. Crabtree B, Miller W. Doing Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publication; 1999.
39. St. meld. nr. 18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Helse- og omsorgsdepartement, 2004-2005.

40. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age and Ageing*. 2008;37(2):138-41.
41. Dalleur O, Feron J-M, Spinewine A. Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study. *Acta Clinica Belgica*. 2014;69(4):251-61.
42. Cabana MD RC, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65.
43. Farmer A, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan J. Printed educational materials: effects on professional practice health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;3(CD004398).
44. Amit X, Garg NKJA, Heather McDonald, M. Patricia Rosas-Arellano, P. J. Devereaux, Joseph Beyene, Justina Sam, R. Brian Haynes, MD. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(10):1223-38.
45. Ghibelli S, Marengoni A, Djade C, Nobili A, Tettamanti M, Franchi C, et al. Prevention of Inappropriate Prescribing in Hospitalized Older Patients Using a Computerized Prescription Support System (INTERcheck®). *Drugs & Aging*. 2013;30(10):821-8.
46. Mattison MP AK, Ngo LH, Mukamal KJ. Preventing Potentially Inappropriate Medication Use in Hospitalized Older Patients With a Computerized Provider Order Entry Warning System. *Arch Intern Med*. 2010;170(15):1331-6.
47. Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jacques A, Roy D, Hanley J, et al. The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2003;169(6):549-56.
48. Stine Wang Rønningen KB, Anne Gerd Grenås. Behovsmedisinering i sykehjem: Forskrivning, bruk og dokumentasjon av effekt. *Sykepleien Forskning*. 2013;8(1):14-24.
49. Terje Simonsen JA, Roy Lysaa. *Illusert Farmakologi: Fagbokforlaget*; 2010.
50. Iden KR, Hjørleifsson S, Ruths S. Treatment decision on antidepressants in nursing homes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011;29:252-6.
51. Fastbom J, Schmidt I. Brist vid depressionsbehandling hos äldre på sjukhem i Stockholm - Diagnos ställs på lös grund, uppföljning görs sällan. *Läkartidningen*. 2004;101(46):3683-8.
52. Brühl KG, Luijendijk HJ, Muller MT. Nurses' and Nursing Assistants' Recognition of Depression in Elderly Who Depend on Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 8(7):441-5.
53. Llewellyn-Thomas HA PJ, Carter JA, et al. . Primary prevention drug therapy: can it meet patients' requirements for reduced risk? *Med Decis Making*. 2002;22(4):326-39.
54. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(3):303-7.

55. Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp F. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Family Practice*. 2012;13(1):56.
56. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Family Practice*. 2010;11(1):65.
57. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary Care Clinicians' Experiences with Treatment Decision-Making for Older Persons with Multiple Conditions. *Archives of internal medicine*. 2011;171(1):75-80.
58. Nixon M. Organising medication discontinuation - An explorative study of GPs' decisions and practices when discontinuing statins. Copenhagen: University of Copenhagen; 2015.
59. Førde R, Aaland O, Falkum E. The ethics of euthanasia? Attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997. 1997;45.
60. Dybwad TB, Kjøksrød L, Eskerud J, Lærum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract*. 1996;14(5):361-8.
61. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*. 2006;62(5):1237-49.

Vedlegg

Vedlegg 1 The Norwegian General Practice criteria (NORGEP)

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Vedlegg 4 Stikkordsgalleri

Vedlegg 5 Matrise for sitatene

Vedlegg 6 Samtykkeerklæring

Vedlegg 1

“The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria...”

Liste over 36 eksplisitte kriterier over farmakologisk uhensiktsmessige forskrivninger til eldre pasienter (> 70 år) i allmennpraksis

Tallene i parentes henviser til tallene i venstre kolonne Legemidlene er angitt med generisk navn (Salgsnavn i kursiv)

Kriterier	Kommentarer
Tricykliske antidepressiva:	
1. Amitryptilin (<i>Sarotex</i>)	Antikolinerge effekter Fare for forstyrret kognitiv funksjon (forvirring og demens) (1-4)
2. Doxepin (<i>Sinequan</i>)	Amitryptilin kan være hjertetoxisk. Bedre alternativer finnes
3. Klomipramin (<i>Anafranil</i>)	
4. Trimipramin (<i>Surmontil</i>)	
1st generasjon lavpotente antipsykotika	
5. Klorpromazin (<i>Avregistrert</i>)	Antikolinerge effekter + ekstrapyramidale effekter (Parkinsonisme).(5-8)
6. Klorprothixen (<i>Truxal</i>)	
7. Levomepromazin (<i>Nozinan</i>)	
8. Proklorperazin (<i>Stemetil</i>)	Ofte forskrevet mot “svimmelhet”. Ingen dokumentert effekt hos eldre.(8)
Benzodiazepiner med lang virketid	
9. Diazepam (<i>Valium, Stesolid Vival</i>)	Lang halveringstid. Også farmakologisk aktive metabolitter har T/2 > 50 t. fare for akkumulasjon i kroppen, muskelsvakhet, Økt fare for fall og brudd.(9-11)
10. Nitrazepam (<i>Mogadon, Apodorm</i>)	
11. Flunitrazepam (<i>Rohypnol</i>)	
Høye doser av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer	
12. Oxazepam (<i>Sobril</i>)> 30 mg/24 h	Fare for muskelsvakhet og fare for fall og brudd.(12-13)
13. Zopiclone (<i>Imovane</i>)> 7.5 mg/24 h	
Sentralt virkende muskelrelaxerende stoffer	
14. Karisoprodol (<i>Somadril</i>)	Antikolinerge effekter. Fare for tilvenning
Sterke smertestillende stoffer	
15. Dextropropoxyphen (<i>Aporex</i>)	Toxisk, small terapeutisk bredde, Bedre alternativer finnes
Lungemedisiner	
16. Theophyllin (<i>Nuelin, Theodur</i>)	Fare for hjerterytmeforstyrrelser. Ikke dokumentert effekt på KOLS. Bedre behandlingsalternativer finnes.
Kardiovaskulære legemidler	
17. Sotalol (<i>Sotalol, Sotacor</i>)	Fare for rytmeforstyrrelser (Torsade de pointes). Brukes med forsiktighet. Bedre alternativer finnes hvis indikasjonen er betablokkade.

I. generasjon antihistaminer :	
18. Deksklorfeniramin (<i>Phenamin</i> , <i>Polaramin</i>)	Antikolinerge effekter Forlenget sedasjon . (18-21)
19. Promethazin (<i>Phenergan</i>)	
20. Hydroxyzin (<i>Atarax</i>)	
21. Alimemazin eller trimeprazin (<i>Vallergan</i>)	
Kombinasjoner med Warfarin (Marevan)	
22. Warfarin + NSAID	Økt risiko for gastrointestinal blødning
23. Warfarin + ofloxacin or ciprofloxacin (<i>Tarivid</i> , <i>Ciproxin</i>)	Økt blødningsrisiko pga hemmet warfarinmetabolisme (23-24).
24. Warfarin +erythromycin eller clarithromycin (<i>Erymax</i> og <i>Klacid</i>)	
25. Warfarin + SSRI	For SSRIs, også økt risiko for blødning pga en direkte blodplatehemming (25).
Kombinasjon av NSAIDs:	
26. NSAID (eller coxib) + ACE hemmer (eller ARB)	Økt risiko for medikamentelt utløst nyresvikt.
27. NSAID + diuretika	Redusert effect av diuretika
28. NSAID + glukokortikoider	Økt risiko for gastrointestinal blødning og væskeretensjon.
29. NSAID + SSRI	Økt risiko for gastrointestinal blødning (se 25).
Andre kombinasjoner:	
30. Erythromycin eller clarithromycin (<i>Erymax</i> , <i>Klacid</i>) + statiner	Økt risiko for bivirkninger av statiner inclusive rhabdomyolyse pga hemming av statinmetabolismen Høyest risiko for simvastatin og lovastatin.
31. ACE hemmer + Kalium eller kaliumsparende diuretika	Fare for hyperkalemi.
32. Fluoxetine or fluvoxamine + TCA (<i>Fontex</i> , <i>Fearin</i>)	Økt risiko for økt TCA effekt pga hemmet metabolisme av TCA ³⁸ .
33. Betablokker + kardiosektiv kalsiumantagonist	Økt risiko for AV-blokk og myokarddepresjon
34. Diltiazem (<i>Cardizem</i>) + lovastatin eller simvastatin (<i>Mevacor</i> , <i>Zocor</i>)	Økt risiko for bivirkninger av statiner inklusive rhabdomyolyse pga hemming av statinmetabolismen ^{71, 72} .
35. Erythromycin or clarithromycin + Karbamazepin	Redusert metabolisme av Karbamazepin, økt fare for bivirkninger av Karbamazepin.
36. Polyfarmasi Samtidig forskrivning av 3 eller flere legemidler av typen sentraltvirkende analgetika, antipsykotika , antidepressiva og/eller benzodiazepiner	Økt risiko for muskelsvakheter, fall og brudd, og forstyrret kognitiv funksjon

Forkortinger: NSAID: Non-steroid antiinflammatory drug; ACE: Angiotensin converting enzyme; SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor; TCA: Tricyclic antidepressant; KOLS: Kronisk obstruktiv lungelidelse

Kriteriene er ikke absolutte, men kan tjene som tommelfingerregler ved forskrivning, og som evalueringsmål på gruppenivå. Kriteriene er utarbeidet og validert av 46 spesialister i Klinisk farmakologi, Geriatri og allmennmedisin.

Publisert: Sture Rognstad, Jørund Straand, Olav Spigset, Torgeir Brun Wyller, Mette Brekke, Arne Fetveit, Defining explicit criteria for assessing inappropriate prescriptions to elderly patients in general practice. The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria Scand J Prim Health Care. 2009;27:153-9

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

”Legers forhold til uhensiktsmessige legemidler hos eldre”

Presentasjon

- Moderator og observator presenterer seg, informanten informeres om at hun/han ikke må la seg påvirke at jeg er farmasistudent og farmasøyt
- Takker for at vi for komme og bruke tiden til legen
- Informasjon om lydopptaker og vil bli sletta senest 31.05.2015, det vil bli transkribert etter intervjuet.
- Legen fyller ut et samtykker skjema, alder kommer til å presenteres i aldersgrupper så det ikke
- Presentasjon av tema for intervjuet

Personalia

- Før vi setter i gang med spørsmålene fra temaet, ønsker jeg at du presenterer deg kort med:
 - o Alder
 - o Kjønn
 - o Hvor ble du utdannet og når ble du ferdig utdannet
 - o Hvor lenge har du jobbet som sykehjemslege eller som fastlege for mottakere fra hjemmetjenesten

-----SLÅ PÅ LYDOPPTAKER-----

Samtalen i dag kommer til å handle om forskrivning av legemidler til eldre, og bruk av kriterieliste/verktøy for å identifisere uhensiktsmessig forskrivning, du må ikke la da påvirke at vi er her.

Innledning

1. Kan du kort fortelle hvilke tanker du gjør deg når forskriver legemidler til eldre på sykehjem (eller hjemmetjenestebrukere)?
 - a. Hvilken informasjon gir du til pasienten ved oppstart av et nytt legemiddel? Hvem er det du gir den her informasjonen til? Sykepleier, hjelpepleier, pasient?
 - b. Sikrer du deg at legemiddelet blir brukt på riktig måte på sykehjemmet (eller hjemmetjenesten)? På hvordan måte?
2. I hvilken grad baseres forskrivninga på observasjon fra sykepleier eller annet helsepersonell?
 - a. Hvorfor/Hvorfor ikke? Hva gjør at basere din forskrivning på observasjoner fra sykepleier eller annet helsepersonell?
 - b. Syns du det er greit å basere forskrivninga basert på andre helsepersonell?
 - c. Er det registret observasjoner eller synsing fra sykepleier/helsepersonell?

Kriterieliste

Kjenner du til noen kriterielister som hjelper identifisere UHENSIKTSMESSIGE LEGEMIDLER for eldre?

Hvis svaret er **NEI**,

Legen blir presentert for NORGEP-listen som legen for litt tid å se gjennom.

1. Hvilke tanker har du for en slik liste? Kjenner du til noen andre slike lister?

Hvis svaret er **JA**,

1. Hvilke lister kjenner du til?
 2. Hvordan fikk du kjennskap til kriterielista?
 3. Hvilken tanker gjør du om kriterielister?
 4. Hvordan syns du det har vært å bruke en slik kriterieliste?
- Hva synes du om relevansen for kriteriene? (vitenskapelig, evidensbasert)
1. Vil en slik liste være anvendelig din kliniske hverdag ELLER Synes du denne lista er anvendelig i din kliniske hverdag?
 - a. Hvorfor? ELLER hvorfor ikke?
 2. Er det situasjoner hvor det passer å bruke en slik kriterieliste?
 3. Har du en idé hvordan denne lista kan bli lettere tilgjengelig?

Generelt om forskrivning av uhensiktsmessige legemidler

1. Hvis du forskriver et eller flere legemidler fra denne lista, gjør du deg noen ekstra vurderinger?
2. Observer du noen bivirkninger av disse legemidlene? Gi eksempler på hvilke bivirkninger du ser?
3. Har du noen gang vært i en situasjon der en pasient står på et eller flere uhensiktsmessig legemidler, hvordan oppdaget du dette?
4. Hvordan håndterte du situasjonen?
5. Hva tenkte du om prosessen med å starte, følge opp og seponere legemiddelet?

Om aktuelle pasienten

Ser at det er forskrevet et eller flere uhensiktsmessige legemiddel hos denne pasienten, er det du eller noen andre som har forskrevet dette legemiddelet/disse legemidlene?

Hvis svaret er **JA, det er MEG som har foreskrevet det her**

- a) Hva er grunnen til at du valgte å starte opp med dette legemiddelet?
- b) Har du noe plan for videre behandling med dette legemiddelet? Det at du (nå) vet at legemiddelet er uhensiktsmessig for eldre, endrer det på hvordan du fortsetter behandlingen? På hvilken måte?

Hvis svaret er **NEI, det er NOEN ANDRE som har foreskrevet det der**

- a) Hva vil du gjøre videre med forskrivningen?
- b) Er du enig med i forskrivningen, hvorfor det?

Ved **FORTSETTELSE:**

1. Hvorfor velger du å fortsette behandlingen?
2. Hva skal til for at avbryter behandlingen med dette legemiddelet

Ved **SEPONERING:**

1. Hvorfor velger du å seponere behandlingen?
2. Hvilken plan har du for seponeringen

Sluttspørsmål

- Hvor ofte mener du det er HENSIKTSMESSIG å vurdere LEGEMIDDEL REGIME til en sykehjemspasient eller hjemmetjeneste bruker?
- Hvilken generell oppfatning har du at en farmasøyt er med i legemiddelgjennomgangen? Hvorfor det?
- Er det noe annet du vil tilføye om det vi har snakket om?
- Hvordan synes du intervjuet gikk?

Takk for deltakelsen!

Informasjonsskriv

”Legers forhold til uhensiktsmessige legemidler hos eldre”

Dette er en forespørsel om å bli intervjuet ifm. min masteroppgave i farmasi ved UiT. Tema for min masteroppgave er: ”Legers forhold til uhensiktsmessige legemidler hos eldre”.

Jeg er interessert å høre hvordan leger tenker rundt å forskrive legemidler, som er ansett som uhensiktsmessige, til eldre. Jeg vil blant annet undersøke hvilke erfaringer leger har til kriterielister for eldre, samt hvordan man anvender disse. Hva er årsaken til at man velger å forskrive slike legemidler til eldre? Hvilke tanker gjør leger i forhold til det å initiere, følge opp og eventuelt seponere uhensiktsmessige legemidler.

Student er underlagt taushetsplikt, og innsamlet datamaterialet behandles konfidensielt. Intervjuet vil bli tapet digitalt, og all personidentifiserbar informasjon vil bli anonymisert i skrivingen av masteroppgaven. Opplysningene tatt opp på tape vil bli transkribert, og deretter slettet fra båndopptakeren senest 31.05.15

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på telefon XXX eller på mail: XXX

Med vennlig hilsen
Mari-Ann Gaup

Forskergruppa:

Student	Mari-Ann Gaup
Intern veileder	Kjell H. Halvorsen, Norges arktiske universitet, UiT
Ekstern veiledere	Ellen Riksvold, Vitus Apotek Svanen
	Hans Petter Leer, Vitus Apotek Svanen

Vedlegg 4

Leger	Farmasøyt 1	Farmasøyt 2	Farmasøyt 3	Farmasøyt 4	Sykepleier
1	Helt annen kjennskap til andre lister Oppdatert Faglig sterkere Tverrfaglighet	Faglig oppdatert Stort tema Hvor mye ansvar skal jeg ta?	Faglig oppdatert Reflektert/ Trygg på seg selv Lite erfaring Stor tilto til pleierne	Virkelighetsnær --> Bevist på at det forgår synsing Organisasjons problemer Mangel på bruk av beslutningsverktøy, men bevisst på at det finnes Tverrfaglighet	Lite systematikk Manglende sikkerhetsnett Lav bevissthet på kriterielister Lite fokus på livskvalitet
2	Manglende ramme for å gjøre jobben sin Tverrfaglighet, avhengighet Manglende forståelse for kriterielister Usikkerhet	Ikke akademiske uttrykk Ansvarsfraskrivelse Tidsklemme Annenhåndsinformasjon	Usikkerhet Annenhåndsinformasjon Ansvarsfraskrivelse Overfladisk	Mangel på tid Ansvarsfraskrivelse Mangelnde innsikt i beslutningsverktøy Medisinering tilpasses personallet	Jamt over basert på sykepleierens synsing eller observasjon Fravær av samhold Lite faglig standard Mye like svar
3	Tverrfaglighet på flere nivåer: Felles møtepunkt, men også med bidrag fra lege og apotek God kommunikasjon - effekt og bivirkninger Kriterieliste og IKT-verktøy har verdi Toleranse	Tenkende, men ikke usikker	Reflektert/ Trygg på seg selv Faglig sterk Viser respekt og omsorg for pasientene! Nervøs når vi snakker om den aktuelle pasienten (Redd for å ha gjort noe feil?)	Støtter seg til litteraturen Ansvarsbevisst Tverrfaglighet Tillit til andre helsepersonell	Lite umiddelbare gode svar, ikke langt framme i panna --> dårlig fokus på eldre og legemidler, sykehjemsleger mer bevisst enn fastlegene Forventet at de var mer bevisst på eldre og legemidler, siden de har så mange eldre pasienter --> burde vært mer bevisst på det På behandling: det å være hele tiden å tenke forbedringer, lytte til pasientene og gjøre endringer AV: Mer sånn, avslappet til legemiddelbehandlingen, ikke opptatt med å gjøre noe med det. Hører at det blir sagt men ikke gjør noe
4	Nødvendighet av tverrfaglighet Verdi av kriterielister Naivitet jfr. hvilken rolle legemiddellister spiller Ønske om å optimalisere legemiddelbehandling	Reflektert Orientert Grundig Muligens åpen	Reflektert Faglig oppdatert Nøyaktig Grundig	Rutine Tverrfaglighet Lite bruk av kriterieliste Utfordrende å medisinere	Innflytelse av andre helsepersonell, andre helsepersonell bør være tilbakeholdent og obs på hva de faktisk sier til legen Høre observasjoner, men ikke demmes vurdering
5	Livskvalitet fremfor livslengde Kommunikasjon Svak farmakologisk kunnskap Innblanding er irriterende	Dokumentasjons-systemer og -krav er tidstyver Teflektert begrunnelser Ambivalent til tverrfaglighet	Kritisk Bestemt Egenrådig Ærlig	Livskvalitet Utfordrende med ny teknologi Lite oppdatert Ærlig	
6	Pliktoppfyllende Samarbeidsvillig Kunnskapstørst Overforbruk av legemidler/polyfarmasi (Nytenkende)	Lite konkret Usikker Nølede Positiv til samarbeid med annet helsepersonell	Reflektert Modig Egenrådig Ærlig	Lite kompetanse polyfarmasi Kommunikasjon Unyttig med kriterieliste Mangel på tid	
7	Polyfarmasi Bivirkning er styrende, ikke effekt Usikker på om systemet fungerer (PLO, multidose, oppfølging) Tverrfaglig samarbeid, viktig for beslutningsgrunnlag Dårlig kjennskap til kriterielister Bivirkningsfokus	Samarbeidene Stoler blindt på hjelpmidlene i de nye dataverktøy Ukjent med kriterieliste	Reflektert Stor tilto til pleierne Overfladisk Opptatt av interaksjoner og polyfarmasi	Klinisk vs. Retningslinjer Antagelser om medisinering Mangel på kunnskap om kriterielister Lener seg mot spesialhelsetjenesten	
8	Overfladisk Svak farmakologisk kunnskap Heller færre enn flere legemidler til eldre Avhengig av samarbeid	Non charlant Jobben begrenses av tidsklemme Verdifullt med samarbeid med andre helseprofesjoner Ukjent med kriterieliste	Ansvarsfraskrivelse Overfladisk Bruker få kilder (NEL, epikrise og erfaring) Lite observant	Mangel på fellesplattform Takst for legemiddelgjennomgang Annen oppfatning av uhensiktsmessige legemidler Positiv til ny teknologi og samhandling - interaksjonssøk,	

Vedlegg 5

Koder	Informanter							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Kjennskap til kriterielister	S0;2.1.1 S2;2.1.1 S3;2.2a.1	S0;2.1.5 S1;2.1.5 S3;2.1.5 S10;2.4.6 S11;2.5.6	S1;2.1.9 S4;2.2.10	S1;2.5.15 S2;2.3.15	S1;2.1.19	S1;2.1.23 S2;2.2.24 S3;2.3.24 S4;2.3.24	S1;2.1.29	S1;2.1.33
Bruk av kriterielister	S5;2.2c.2 S6;2.2d.2	S5;2.3.5 S6;2.3.5-6 S6;2.3.6 S7;2.3.6 S13;2.7.6 S17;2.7.6	S5;2.5.11	S5;2.4.15	S2;2.2.19 S4;2.4.19 S5;2.4.19 S9;2.7.20		S2;2.1.29 S3;2.2.29 S3;2.3.19	S2;2.2.33 S3;2.4.33
	S7;2.2d.2 S8;2.2e.2	S8;2.3.6 S9;2.4.6 S12;2.6.6	S6;2.3.11 S7;2.6.11 S8;2.7.11	S4;2.4.15 S6;2.4.15 S7;2.4.15	S2;3.1.20 S6;2.4.19 S7;2.4.19 S8;2.5.19	S5;2.3.24 S6;2.7.24 S7;2.5.24 S8;2.6.24	S4;2.3.20 S4;2.4.29 S6;2.6.30	S5;2.5.33 S6;2.6.33
Symptom eller bivirkning	S3;3.2.2 S4;3.4.3	S3;3.2.6 S3;4.3.7 S5;4.4.7	S4;3.2.12 S5;3.2.12	S2;3.2.16 S2;4.3.16 S3;3.2.16 S5;3.3.16	S6;3.2.20 S7;3.2.20 S8;3.2.20 S10;3.5.21	S3;3.2.25	S4;3.2.30 S5;3.2.30 S6;3.2.30 S7;4.2.31	S2;3.2.34 S2;4.3.34
Bevisst valg av legemidler	S1;1.4.1 S2;1.4.1 S4;1.5.1	S3;1.4.4 S4;1.5.5 S5;1.5.5 S6;1.5.5 S7;1.4.4 S8;1.6.5	S1;1.4.9 S2;1.5.9 S2;3.1.11 S2;3.1.11-12 S2;3-4, 4.2.13 S3;3.2.12 S3;3.2.12 S5;3.3.3 S14;3.4.12	S1;1.3.14 S1;4.1.16 S2;1.4.14	S1;1.3.18 S2;1.3.18 S2;4.2.21 S3;1.3.19		S1;1.3.28 S3;1.4.20	S1;1.3.33 S2;4.2.34
	S1;4.1.3 S3;1.5.1 S3;4.2.3 S4;4.2.3	S1;5.1.7 S2;5.1.7-8 S10;3.5.7		S3;5.1.17 S4;5.1.17 S6;5.2.17	S1;5.1.21 S4;5.2.21	S1;4.1.25 S1;5.3.26 S2;3.4.25 S2;4.1.25 S3;4.2.25 S4;4.2.25-26 S5;4.3.26	S1;4.1.31 S1;5.2.32 S2;4.1.31 S2;4.1.31 S2;5.2.32 S4-5;4.1.31 S6;4.2.31	S1;4.2.34 S4;3.4.34

DELTAKELSE I FORSKNINGSINTERVJU OM BRUK AV KRITERIELISTER

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har fått informasjon om prosjektet ”Legers forhold til bruk av uhensiktsmessige legemidler hos eldre”, og samtykker med dette til å delta i et intervju som skal gi data til prosjektet.

Dette innebærer at jeg deltar på et intervju som omhandler temaet, i regi av en farmasistudent og hennes veileder. Intervjuet vil bli tatt opp på digitalt. Opptaket vil kun være tilgjengelig for forskergruppen, og vil bli slettet når prosjektet er ferdig, senest mai 2015.

- Jeg er klar over at det er frivillig å delta.
- Jeg vet at jeg når som helst kan trekke meg fra intervjuet, uten å måtte oppgi noen grunn.
- Jeg er blitt informert om at alle opplysninger blir behandlet konfidensielt.

Dato og sted

Underskrift