

Variasjoner i bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

Anja Hjortland



Masteroppgave ved Senter for farmasi
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

Mai 2019

Variasjoner i bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

Anja Hjortland

Masteroppgaven ble gjennomført i perioden august 2018 – mai 2019 ved Senter for farmasi/ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen og Enhet for service og internkontroll, Trondheim kommune.

Veiledere:

Reidun Lisbet Skeide Kjome

Førsteamanuensis, Senter for farmasi/Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Astrid Gilje Hageler

Kommunefarmasøyt, Enhet for service og internkontroll, Trondheim kommune.

Torgeir Fjermestad

Kommuneoverlege, Enhet for service og internkontroll, Trondheim kommune.

© Anja Hjortland

2019

Variasjoner i bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

Anja Hjortland

<https://bora.uib.no/>

Sammendrag

Sykehjemspasientene er blant den skjøreste pasientpopulasjonen, mer enn 80% av sykehjemspasienter har demens, og flere av disse bruker en eller flere psykotrope legemidler daglig. Når kroppen blir eldre er det mye som endrer seg, og med økende alder vil disse legemidlene i større grad kunne gi bivirkninger som nedsatt kognitiv funksjon, antikolinerge bivirkninger og bivirkninger som øker falltendensen. Ved behandling med disse legemidlene er det viktig å ta den lille effekten de vil ha sett opp mot den høye risikoen for bivirkninger legemidlene kan gi.

Innkjøpsstatistikk fra 2017 for sykehjem i Trondheim kommune viser store forskjeller i innkjøpet mellom psykofarmaka, som for eksempel sovemedisiner, antipsykotika og antidepressiva. Da pasienter blir plassert helt tilfeldig ettersom hvor det er ledig plass i kommunen, er det lite sannsynlig at det kun er pasientene som skaper så store variasjoner i forbruk. Sykehjem bruker multidosepakkede legemidler og medisinlagrene er derfor små. Dermed kan man anta at innkjøpsstatistikken gjenspeiler det faktiske forbruket relativt godt.

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive forbruket av psykofarmaka i sykehjem i Trondheim, og utforske hvordan sykehjemspersonalet ved to ulike sykehjem beskriver ordineringsprosesser av psykofarmaka i sykehjem i Trondheim kommune,

Vi benyttet «mixed method», og samlet inn både kvantitative og kvalitative data. Først presenterer vi innkjøpsstatistikken av psykofarmaka for 2017, og ser på variasjon mellom sykehjem og ulike hovedgrupper psykofarmaka. Deretter, ut fra dette, ble det valgt ut et storforbruker-sykehjem og et lavforbruker-sykehjem. Etter å ha besøkt disse utvalgte sykehjemmene og observert rutiner en halv dag, ble det arrangert fokusgruppeintervju med de tverrfaglige teamene for å kunne utforske erfaringene de ansatte hadde rundt ordineringsprosesser.

Ved analyse av de kvantitative dataene ser vi en stor spredning mellom bruk av psykofarmaka i kommunen. Det var størst spredning i innkjøp mellom de sykehjemmene som brukte mest psykofarmaka, og antidepressiva var den gruppen med størst innkjøp. Under fokusgruppeintervjuene ble det fortalt om en kompleks pasientpopulasjon som er vanskelig å behandle. Videre ble det også gitt uttrykk for at det var vanskelig å finne en balanse mellom behandling med legemidler og ikke-medikamentelle tiltak, og veldig individuelt for hver enkelt pasient hva som fungerer. De ansatte beskrev flere situasjoner der de følte at pasientene

hadde god hjelp av antipsykotika. Likeså fortalte de ansatte om viktigheten med aktivisering, individuelle tiltak og å kjenne pasientene, for å skape mindre uro på avdelingene. De så at god bemanning gjorde det lettere å tilby ikke-medikamentelle tiltak, og at fast personale kunne bidra til å forebygge uro.

Forord

I tiden før jeg skulle begynne med masteroppgaven var jeg sikker på at jeg kom til å ende opp med en kvantitativ masteroppgave. Nå som jeg har jobbet i ett år med en oppgave som i hovedsak baserer seg på kvalitativ metode, er jeg veldig glad for at det ble akkurat slik. Året som har gått har vært veldig lærerikt, men også krevende. Jeg har lært så mye, utfordret meg på mange områder og står igjen med mange nye erfaringer og ny kunnskap. Jeg føler meg privilegert som har hatt mulighet til å omgås så mange dyktige og flotte mennesker i løpet av året, og i tillegg fått et innblikk i sykehjemsmedisin. Først ønsker jeg å rette en stor takk til veilederne mine:

Reidun Lisbet Skeide Kjome, som med sine gode veiledningsevner og brede forskningserfaring har hjulpet meg gjennom alle delene av oppgaven. Astrid Gilje Hageler, som med sin enorme kunnskap om sykehjem og medisinerings, har hjulpet med stor iver til all organisering og tilrettelegging for at hele prosjektet har gått på skinner fra ende til annen. Torgeir Fjermestad som også har bidratt til at prosjektet har gått på skinner, og har hatt masse nyttig kunnskap på området. Takk for alle kloke ord, tilbakemeldinger, samtaler og for å skape en trygghet slik at jeg alltid har kunnet komme til dere hvis jeg har stått fast eller hatt spørsmål.

Jeg ønsker også å takke Trondheim kommune og Enhet for service og internkontroll for å ha tatt så godt imot meg, for gode samtaler og kaffekopper.

Videre vil jeg takke alle som deltok på intervjuene, for at alle har vært så positive til prosjektet og veldig imøtekommende, og gjort prosjektet mulig å gjennomføre.

Takk til familie og venner for støttende ord gjennom året. Spesielt takk til min gode venninne Ingvild som har vært til hjelp med korrekturlesing, gode tips og motiverende ord, og «farmasijentene» som først har loset meg gjennom alle år på farmasi og har tålt både klaging og kommet med støttende ord i denne prosessen.

Til slutt vil jeg takke min tålmodige kjæreste som har vært en støtte under hele prosessen!

Mai 2019, Anja Hjortland.

Innholdsfortegnelse

Definisjoner	1
1 Innledning	2
1.1 Aldring	2
1.1.1 Eldre og medisinsk behandling	2
1.1.2 Demens	2
1.2 Legemiddelhåndtering for eldre	3
1.2.1 Hvorfor er det vanskelig å behandle eldre med legemidler?	3
1.2.2 Økt risiko for bivirkninger	4
1.2.3 Polyfarmasi og interaksjoner	5
1.3 Sykehjem	5
1.3.1 Legemiddelordinerer og -bruk i sykehjem	6
1.3.2 Sykehjem i Trondheim kommune	7
1.3.3 Miljøtiltak og individuell pleie	8
1.4 Psykofarmaka	10
1.4.1 Antidepressiva (N06A)	10
1.4.2 Antipsykotika (N05A)	11
1.4.3 Anxiolytika (N05B)	12
1.4.4 Hypnotika og sedativa (N05C)	12
2 Formål og problemstilling	13
2.1 Formål med prosjektet	13
2.2 Problemstillinger	13
3 Materiale og metode	14
3.1 Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune 14	
3.2 Del 2: Fokusgrupper	15
3.2.1 Rekruttering til fokusgruppe	17
3.2.2 Intervjuguiden	17
3.2.3 Gjennomføringen av de to gruppeintervjuene	17
3.2.4 Transkripsjon	18
3.2.5 Analyse av transkriptene	18
3.2.6 Etikk og personvern	20
3.3 Litteratursøk	20

4	Resultat.....	21
4.1	Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune 21	
4.1.1	Rangering etter bruk av psykofarmaka	21
4.1.2	Spredning i innkjøpsstatistikken	24
4.2	Del 2: Fokusgrupper	29
4.2.1	Medisinering.....	30
4.2.2	Samarbeid	34
4.2.3	Aktivisering	36
4.2.4	Uro på avdelingene.....	40
5	Diskusjon.....	42
5.1	Metodediskusjon	42
5.1.1	Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune42	
5.1.2	Del 2: Fokusgrupper	44
5.2	Resultatdiskusjon.....	51
5.2.1	Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune51	
5.2.2	Del 2: Fokusgruppeintervju.....	52
5.2.3	Veien videre	59
6	Konklusjon	60
	Kilder og litteratur	61
	Vedlegg	67
	Tabell 1. Oversikt over sykehjems statistikk fra Trondheim kommune fra 2017.	8
	Tabell 2. Innkjøp av psykofarmaka i DDD/100 liggedøgn og rangering av de 42 sykehjemsavdelingene. Sykehjemsavdelingene er rangert fra lavt til høyt forbruk totalt sett i 2017 basert på de fire psykofarmakagruppene	22
	Tabell 3. Deskriptiv statistikk for hver av de fire psykofarmakagruppene. Utregningene har utgangspunkt i tall fra Tabell 2.....	24
	Figur 1. Innkjøp av antidepressiva i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.....	25
	Figur 2. Innkjøp av antipsykotika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.....	26
	Figur 3. Innkjøp av anxiolytika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.....	27

Figur 4. Innkjøp av hypnotika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.....	28
Tabell 4: Tabellen viser hvilke hovedtema og kodegrupper som kom ut av den kvalitative analysen av fokusgruppeintervjuene gjort i januar 2019 i to sykehjem i Trondheim kommune.	29

Definisjoner

ATC-systemet:

Anatomical Therapeutic Chemical Classification System. Internasjonalt system for klassifisering av legemidler, anbefalt av World Health Organization (WHO). Hver substans ender opp med en spesifikk kode (1).

Psykofarmaka/psykotrope legemidler:

Legemidlene i denne gruppen virker inn på psykiske funksjoner hos pasienter. Psykofarmaka brukes som en samlebetegnelse for flere undergrupper, herunder kommer for eksempel antipsykotika, antidepressiva, hypnotika og sedativa.

Definert Døgndose (DDD):

WHO definerer DDD som den antatte gjennomsnittlige vedlikeholdsdosen per døgn for legemidler som er brukt mot sin hovedindikasjon hos voksne (2).

Benyttes ofte som et mål for å sammenligne ulike legemidler, da det muliggjør sammenligning på tvers av legemidler med ulik innstilling.

Ordinering:

Legemiddelhåndteringsforskriften definerer en ordinasjon som «*en beslutning tatt av helsepersonell med rekvireringsrett til pasient, om iverksettelse, videreføring, endring av individuell behandling med legemiddel eller avslutning av legemiddelbehandling*» (3).

1 Innledning

1.1 Aldring

Befolkningssammensetningen har endret seg mye i løpet av de siste 100 årene. I 1918 var kun 1% av befolkningen over 80 år, mens det i 2018 hadde økt til 4%. Befolkningen var tidligere dominert av de yngre aldersgruppene, mens befolkningen nå bare blir eldre og eldre. Frem til år 2100 vil trolig andelen av eldre over 80 år øke til 12%. Mennesker lever lengre nå enn de gjorde før, og forventet levealder for menn og kvinner i Norge er ca. 80 og 84 år (4). I 2017 var andelen av befolkningen i Norge over 67 år ca. 15% (5). I de fleste i-land defineres «eldre» til å være over 65 år (6), men definisjon av eldre vil variere ettersom hvilket land man ser på og hvilken verdensdel man er i (7)

1.1.1 Eldre og medisinsk behandling

På grunn av befolkningens økende alder, lever også flere lengre med en eller flere kroniske sykdommer (4). Mange sykdommer kan kontrolleres med medisiner, og tall fra 2017 viser at 76 000 hjemmeboende personer over 65 år fikk utlevert 15 eller flere legemidler og 570 000 personer over 65 år fikk utlevert fem eller flere legemidler (8). Når man belyser helse hos eldre ser man gjerne på de fysiske funksjonene de har. Disse omfatter muskelstyrke, syn, hørsel, ganghastighet og kognisjon. Er noen av disse funksjonene redusert, reduserer det også selvhjelpsevnen som igjen gjør at man trenger hjelp, pleie og støtte til daglige aktiviteter. For noen kan dette oppleves som et nederlag, at de ikke kan leve og bo slik de har gjort hele livet. Samtidig som man opplever den reduserte selvhjelpen, opplever også mange at sykdomsbildet endrer seg, noe som igjen kan påvirke livsgleden hos de eldre og de blir mer pleietrengende. Vi har lite mål på livsgleden hos eldre over 75 år, men dette er et veldig viktig tema for opprettholdelse av god helse (4). Derfor er det urovekkende at eldre over 65 år står for nesten halvparten av forbruket av alle sovemidler, og midler mot angst og depresjon (9).

1.1.2 Demens

Ordet demens brukes gjerne som en samlebetegnelse for flere sykdommer som angriper hjernen. Demens kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, sviktende dømmekraft, svikt i følelsesmessig kontroll og en sviktende evne til å fungere optimalt i hverdagslivet (10, 11).

Demens er en progredierende tilstand, det vil si at tilstanden forverres over tid. Syndromet debuterer ofte hos de over 65 år, og kalles da gjerne for aldersdemens (11). Legemidler mot demens, som antikolinesteraser (N06D A) og nyere typer demenslegemidler (N06D X), kan ha noe effekt for forløpet til sykdommen, dersom behandlingen starter tidlig i den progredierende fasen, men det finnes ingen kur mot demens. Demens forbindes ofte med de utbredte symptomene på sykdommen som glemsomhet, desorientering og endret dømmekraft, men demens har også andre symptomer som kan komme med sykdommen og som kanskje er mest avgjørende for pasientene og de som skal gi omsorg til dem. Pasienter med demens er kjent for å ha en høy grad av nevropsykiatriske symptomer, som agitasjon, aggresjon, apati, depresjon og psykotiske symptomer, samt endringer i appetitt og søvnmønster. Under psykotiske symptomer kommer gjerne vrangforestillinger og hallusinasjoner. Nevropsykiatriske symptomer forkortes gjerne NPS og kan også kalles adferds- og psykologiske symptomer (ADPS). Man ser også at disse symptomene øker i stor grad ved progredierende sykdom (12). I overkant av 70% av eldre med demens i sykehjem har klinisk signifikant ADPS (13), men mest sannsynlig er det en stor underrapportering i antall pasienter med demens (14, 15). Ofte er det ADPS som pårørende og ansatte ønsker å behandle med psykofarmaka (16), og en studie gjort i USA viser at pasienter med komplisert demens og symptomene agitasjon og depresjon fikk forskrevet flest antall psykotrope legemidler (17).

1.2 Legemiddelhåndtering for eldre

1.2.1 Hvorfor er det vanskelig å behandle eldre med legemidler?

Når man eldes, skjer det mange fysiologiske endringer som kan gjøre det mer komplisert å behandle pasienter med legemidler. Flest endringer skjer i farmakokinetikken, beskrivelsen av prosesser som involverer absorpsjon, distribusjon, metabolisme og utskillelse av legemidler. Legemiddelabsorpsjon endres ikke dramatisk med økende alder, men man ser at det er noen faktorer som for eksempel motilitet i mage og tarm, pH, magetømming og blodgjennomstrømning som endres med alderen. Et aspekt som endres en del når man blir eldre er kroppssammensetningen, noe som igjen påvirker distribusjonen. Vevsfordelingen endres, og man får mer fettmasse og mindre muskelmasse. Dette påvirker fordeling og utskillelse av fettløselige legemidler, noe som er veldig viktig å ta hensyn til hos eldre

pasienter (18 s.378-379). Ved bruk av for eksempel fettløselige benzodiazepiner vil effekten vare lengre fordi en får et større distribusjonsvolum (19). Halveringstiden på diazepam øker fra 20-50 timer hos voksne til 70-100 timer hos eldre (20). Utskillelsen av legemidler er også avhengig av nyrefunksjon og leverfunksjon. Nyrefunksjonen går gradvis ned jo eldre man blir, og dette påvirker utskillelsen av legemidler. I leveren foregår metabolismen av legemidler, og denne vil også gå ned med økende alder (18 s.383-385). Farmakodynamikken, som handler om legemidlenes virkning på kroppen, endres ikke i like stor grad bare på grunn av alder, men både reseptortetthet og reseptoraktivitet kan endres med alder. Disse endringene kan gi uforutsigbare effekter av legemiddelbruk. I tillegg faller kroppens evne til å opprettholde homeostase, likevekt, med alderen (21). Alt dette påvirker effekten legemidlene har hos eldre, slik at det er mye å ta hensyn til dersom det skal forskrives legemidler. Generelt anbefales det å starte med lave doser når man skal innføre et nytt legemiddel, da bivirkninger oppstår raskere hos eldre sammenlignet med de som er yngre (21).

I tillegg gjøres det lite forskning på legemidler og bruk hos eldre, slik at man sjeldent har studier som dokumenterer effekter og dosering. Det er et enda større problem for eldre med demens. Derfor frarådes bruk av mange legemidler på bakgrunn av deres virkning, og dermed bivirkninger (4).

1.2.2 Økt risiko for bivirkninger

Den hyppigste ulykkesårsaken blant eldre er fall (21). Det kan være mange grunner til fall, men bivirkninger av psykotrope legemidler er ofte en medvirkende årsak. Waade et al., har sammenlignet serumkonsentrasjonene av psykotrope legemidler hos de som legges inn med hoftebrudd sammenlignet med den generelle eldre populasjonen, og ser at bruken er signifikant større hos de som legges inn for hoftebrudd (22). Man ser en 1,5 til 2 ganger økning av serumkonsentrasjonen av de fleste typer antidepressiva hos eldre over 65 år sammenlignet med de som er under 40 år (23). Dette medfører flere bivirkninger, og også andre bivirkninger. Antikolinerge bivirkninger som munntørrehet, delirium, forstoppelse, ortostatisk blodtrykksfall og svekket kognisjon er utbredt hos eldre. Mange legemidler, som antihistaminet hydroxyzine, amitriptylin som er et trisyklisk antidepressiva, og antipsykotika som clozapin og andre førstegenerasjons antipsykotika, medfører risiko for antikolinerge bivirkninger, og ofte snakkes det om den antikolinerge byrde som summen av disse legemidlene (24). Anxiolytika og hypnotika, trisykliske antidepressiva og antipsykotika gir høy risiko for delirium, som igjen kan forårsake innleggelser og fall (21).

1.2.3 Polyfarmasi og interaksjoner

Begrepet polyfarmasi er ikke entydig definert, og kan tolkes på flere måter som for eksempel *bruk av mange legemidler*, eller *bruk av for mange legemidler* eller også *unødvendig bruk av legemidler der medisinene ikke samsvarer med diagnose*. Noen velger også å definere hvor mange legemidler som er for mange, og da ser man ofte at bruken av fem eller flere legemidler defineres som polyfarmasi (25). Hos de eldre ser man ofte bruk av flere legemidler samtidig, og kan variere mellom 8-10 legemidler per pasient på sykehjem (26, 27). Dette fordi eldre ofte behandles samtidig for flere kroniske diagnoser, som resulterer i mange legemidler. Mange behandlingsretningslinjer tar ikke høyde for at pasienten kan ha flere ulike sykdommer, og skal retningslinjene følges for alle sykdommene ukritisk, kan dette skape en behandlingskaskade, der legemidler gir bivirkninger som igjen behandles med nye legemidler. Jo flere legemidler, jo større er også risikoen for interaksjoner. Interaksjoner oppstår når to eller flere legemidler virker inn på omsetningen eller effekt til de(t) andre legemidlet (28). Som eksempel ser man at samtidig administrasjon av aripiprazole (antipsykotika – N05A X12) og fluoksetin (antidepressiva – N06A B03) gir en økning på 45% av aripiprazol i serum, noe som tilsier at en burde halvere dosen av legemidlet dersom disse tas samtidig (29). Dette forsterker viktigheten av å begrense antall legemidler til eldre, og at det er viktig at det startes opp på lave doser og deretter titreres opp til det gir ønsket effekt.

1.3 Sykehjem

Sykehjem faller innunder institusjon i helse- og omsorgstjenesteloven (30), og hovedoppgaven deres er å yte helsehjelp. Helsehjelp defineres i Helsepersonelloven som *«enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell»* (3, 31). Tall fra 2017 viser at vi totalt i Norge hadde ca. 40 400 sykehjemsplasser (32). I Norge er det kommunene som har ansvar for drift av sykehjemmene og fordeling av plassene.

Mer enn 80% av alle sykehjemspasienter i Norge har demens, og gjennomsnittsalderen for pasientene ligger på ca. 84 år (14). Det er flere kvinner enn menn på sykehjemmene, og for pasienter over 90 år er ca. 80 % kvinner (26). Pasientene på sykehjem i dag er blant de sykeste og skjøreste i befolkningen, med en gjennomsnittlig forventet levetid på 2 år (33). I

januar 2012 ble samhandlingsreformen innført, og det ble også én felles lov som samlet kommunens plikter innenfor helse- og omsorgstjenester under ett (34). En av pliktene handler om samarbeidet mellom kommunene og sykehusene. Kommunene er pliktige til å legge til rette for samhandling både med andre tjenester innenfor kommunen og andre tjenesteytere, som for eksempel regionale helseforetak som sykehusene ligger innunder (35). Et av målene for samhandlingsreformen er at pasientene skal hurtigere ut av dyre sykehus, og overtas av kommunehelsetjenesten. Kommunene kan ilegges bøter dersom de ikke har kapasitet til å ta imot pasientene. Etter at reformen trådte i kraft er pasientene utskrivningsklare tidligere nå enn før. Antallet reinnleggelser har økt, noe som kan indikere at varigheten, og kvaliteten på behandlingen på sykehus ikke var god nok, eller at kommunehelsetjenesten ikke alltid har kompetanse til å ivareta syke pasienter. Fordi sykehjemmene må overta pasienter som tidligere hørte hjemme i spesialhelsetjenesten, har reformen også resultert i at flere pasienter må vente på plass på sykehjem og avlastning (36, 37).

1.3.1 Legemiddelordning og -bruk i sykehjem

Legemiddelhåndtering, som er en del av det å yte helsehjelp, defineres som alt som skjer med legemidlet fra det forskrives/ordineres av lege og til det gis til pasienten. Ordning og bruk av et legemiddel er grunnsteinen i hele legemiddelhåndteringsprosessen. Leder av sykehjemmene, som ofte blir referert til som virksomhetsleder, har ansvar for at det er innført gode prosedyrer og rutiner (38). Virksomhetsleder sitter med det overordnede ansvaret for helsehjelpen som utøves i sin virksomhet, og alle beslutninger som tas. Dersom virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt skal det utpekes en medisinsk faglig rådgiver med bakgrunn i ett av disse yrkene (38). Det er kun lege som kan rekvirere reseptbelagte legemidler (31).

I mange sykehjem er virksomhetsleder utdannet sykepleier, og legen er kun innom én fast dag i uken. Da gjennomgås det hva som har skjedd den siste uken, samt eventuelle problemer eller utfordringer med medisiner og pasientene. Fra sykehjemmene sendes legemiddellistene direkte til multidosedistributøren ukentlig. Deretter mottar sykehjemmene poser på ruller som hver er tilegnet en pasient der det på posene står navn på pasient, når legemidlene skal inntas og hva innholdet i posen er (39).

Siden legen ikke alltid er på sykehjemsavdelingene når det trengs igangsetting av legemidler eller endring i legemiddelbehandlingen til pasientene, så legger legemiddelhåndteringsforskriften til rette for at virksomheten, her sykehjem, kan organiseres

med på forhånd fastsatte prosedyrer (3). I følge A. Hageler (AGH) benyttes dette svært lite i Trondheim kommune; det benyttes kun på ett av de 24 helse- og velferdssentrene i kommunen. I Trondheim er sykehjemslegene tilgjengelig via telefon, eller så blir legevakten kontaktet. Mange leger ønsker heller at de blir oppringt, enn at legevakten kontaktes (2019 personlig meddelelse).

Sykehjemmene er pålagt å ha evaluering, utvikling og vedlikehold av systemer for internkontroll, noe den faglige rådgiveren skal inkluderes i. Internkontroll er et hjelpeverktøy som inkluderer systematiske tiltak som skal sikre at virksomheten styres i sin daglige drift, i samsvar med Sosial- og helselovgivningen (3, 40). Det er også virksomhetsleders ansvar at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse, og som skal sørge for at påkrevd opplæring, etterutdanning og videreutdanning gis slik at alle kan utføre sine oppgaver forsvarlig. Virksomhetsleder kan delegerer oppgaver til sine arbeidstakere i visshet om at de har den rette kompetansen til å utføre oppgavene (38).

Helsedirektoratet kom i 2011 med en rapport om forslag til tiltak for medisinerer ved sykehjem. Her poengterer de at kommunen i samarbeid med virksomhetsleder og/eller lege bør tilrettelegge for å etablere et tverrfaglig team bestående av minimum en lege, farmasøyt og sykepleier. De påpeker også behovet for farmasøyt i de tverrfaglige teamene (9).

1.3.2 Sykehjem i Trondheim kommune

I Trondheim kommune ligger sykehjemsavdelingene innunder helse- og velferdssentre. Innbakt i helse- og velferdssentre ligger også omsorgsboliger og bokollektiv. Noen helse- og velferdssentre gir egne tilbud til for eksempel yngre demente, personer med psykiske lidelser, og rusavhengige (41).

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) i Tabell 1 viser at i 2017 var det 1440 plasser på sykehjem totalt i Trondheim, 1306 av disse plassene er drevet av kommunen. Resten er private plasser med kommunal avtale. I gjennomsnitt var det 0,44 legetime per pasient på sykehjemmene per uke, noe som tilsvarer ca. 26 minutter (32).

Tabell 1. Oversikt over sykehjems statistikk fra Trondheim kommune fra 2017.

	Tall fra 2017
Sykehjem - private disponible plasser (antall)	134
Sykehjem - kommunale plasser (antall)	1306
Sykehjem - disponible plasser (antall)	1440
Enerom (antall)	1380
Andel enerom (prosent)	97,6
Antall rom for 2 eller flere (antall)	34
Brukertilpassede enerom med bad og wc (antall)	1178
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	83,3
Rom i alt (antall)	1414
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	17,6
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	0,44

Tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (32).

Legetjenesten i sykehjemmene i Trondheim er i forandring, antallet fastleger i kommunal stilling blir færre mens heltidsansatte sykehjemsleger øker.

1.3.3 Miljøtiltak og individuell pleie

Helsedirektoratets nasjonale retningslinje om demens anbefaler kommunene å legge til rette slik at pasienter med demens som også lider av atferds- og psykologiske symptomer (ADPS) tilbys miljømessige og psykososiale tiltak før legemiddelbehandling eventuelt prøves ut.

Legemiddelbehandling skal først benyttes dersom psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, det er en alvorlig symptombelastning og/eller pasienten er til fare for seg selv eller andre.

Helsedirektoratet har også sterke anbefalinger om at tiltak som fysisk aktivitet og andre dagaktiviteter tilbys de eldre (42). Som en del av psykososiale tiltak kommer blant annet personsentrert omsorg inn som er blitt viktig i sykehjemstjenesten. Personsentrert omsorg går ut på å sette seg inn og ta hensyn til hvordan pasienter opplever det som skjer rundt dem og sin egen situasjon, og implementere det inn i planleggingen av omsorgen (43). Personsentrert omsorg kan kort forklares med fire sentrale elementer, forkortet som VIPS (43).

V – menneskets verdi. Alle mennesker har samme verdi, uavhengig av kognitiv funksjon og alder.

I – individuell tilrettelagt omsorg.

P – se verden fra pasientens perspektiv.

S – sosialt nettverk med støtte.

Røen et al., har undersøkt hvordan ansatte fra 175 sykehjem i Norge erfarer påvirkning av personsentrert omsorg på sin arbeidsplass. Der ble det funnet en assosiasjon mellom et høyt nivå av personsentrert omsorg og en større jobbtilfredshet. I tillegg ble det funnet at personsentrert omsorg også blant annet ga et lavere nivå av rollekonflikt, et høyere nivå av oppfatning av mestring, innovativt jobbklima og opplevelsen av å jobbe som en gruppe (44). Dette viser at personsentrert omsorg ikke kun oppleves bra for pasientene, men også de ansatte på sykehjemmene.

«Livsglede for eldre» er en stiftelse som jobber rettet mot individuelle behov hos den enkelte pasient. I Trondheim kommune er innføring av livsgledehem noe som er blitt jobbet aktivt med siden 2007 og kommunen fikk de første sertifiseringene allerede i 2011 (45). I slutten av februar 2019 var alle helse- og velferdssentre i kommunen sertifisert som livsgledehem (46). Dette er en sertifisering som først trer i kraft etter at sykehjemmene har laget et system for seg selv som gjør at de hver dag kan oppfylle ni livsgledekriterier som skal ivareta beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov. Siden livsgledetiltakene skal være systematiserte tiltak i sykehjemmene skal de bli ivaretatt uavhengig av hvem som er på jobb. Det er derfor også et krav om internkontroller basert på virksomhetene (47).

1.4 Psykofarmaka

I denne oppgaven ser vi på bruken av psykofarmaka hos eldre. Psykofarmaka benyttes som en samlebetegnelse for flere ulike legemidler. Her fokuserer vi på antidepressiva, antipsykotika, anxiolytika og hypnotika. En studie gjort i Bergen viste at 59% av sykehjemspasientene bruker psykofarmaka daglig (48), men flere studier indikerer at effekten av disse type legemidlene på denne pasientpopulasjonen har liten effekt sett opp mot de alvorlige bivirkningene som kan forekomme (26, 49-54).

1.4.1 Antidepressiva (N06A)

Antidepressiva brukes som en fellesbetegnelse for legemidler som hjelper mot depresjoner, altså legemidler som hever og stabiliserer stemningsleiet når dette er betydelig senket. Ved depresjoner antar man at det er en nedsatt konsentrasjon av monoaminer, da først og fremst serotonin og noradrenalin, i og mellom nervecellene i hjernen. Effekten av disse legemidlene kommer ved at de hemmer inaktivering av disse monoaminene slik at konsentrasjonen øker (55, 56). Noen av de nyeste antidepressiva på markedet viser også effekt mot andre psykiske lidelser som angst- og tvangslidelser (57). Antidepressiva deles ofte inn i selektive- og ikke-selektive reopptakshemmere, og andre antidepressiva. Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI), selektive noradrenalin reopptakshemmere og selektive serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) er eksempler på selektive antidepressiva og trisykliske antidepressiva (TCA) defineres ofte som uselektive (55, 56).

Antidepressiva er de legemidlene som er mest forskrevet på sykehjem i Norge (58), de vanligste typene forskrevet til eldre er antidepressiva med serotonerg virkning og SSRI (49). Imidlertid er det flere studier som viser at eldre er utsatt for bivirkninger forbundet med bruken av antidepressiva. En studie gjort på eldre i Norge viste at eldre har større sannsynlighet for hoftebrudd dersom de tar antidepressiva. Det viste en større sannsynlighet dersom de brukte SSRI, og andre antidepressiva med serotonerge egenskaper (49). SSRI og SNRI har svakere antikolinerg effekt enn TCA, slik at disse type legemidlene egner seg trolig bedre til eldre. TCA anbefales ikke til eldre da de har kraftig antikolinerg virkning (56). Fordi polyfarmasi er så utbredt blant eldre kan det likevel danne problemer når SSRI'er brukes i kombinasjon med andre legemidler med antikolinerg effekter. Det foreligger lite dokumentasjon for at antidepressiva har effekt for pasienter med demens (59).

1.4.2 Antipsykotika (N05A)

Antipsykotika benyttes som regel i behandling av psykoser, men kan også være stemningsstabiliserende. Bakgrunnen for antipsykotisk behandling bunner i dopaminhypotesen der man relaterer psykoser til overaktivitet i dopaminerge baner i hjernen. Man deler de psykotiske symptomene inn i positive symptomer og negative symptomer, der de positive symptomene er hallusinasjoner, uro og oppspilt atferd mens de negative symptomene er passivitet, likegyldighet, manglende evne til å glede seg og kontaktvansker.

De antipsykotiske legemidlene deles inn i førstegenerasjons (typiske) antipsykotika og annengenerasjon (atypiske) antipsykotika. Både typiske og atypiske antipsykotika har en antagonistisk virkning på dopaminreseptorer, men er ulike ved at de atypiske også virker antagonistisk på serotoninreseptorer (5HT₂-reseptorer), og har også effekt på andre reseptorsystemer. Typiske antipsykotika har også i varierende grad antihistaminerg, antiadrenerg og antikolinerg virkning (60, 61). På bakgrunn av dette gir antipsykotika sedasjon, motoriske bivirkninger som parkinsonisme, metabolske bivirkninger som vektøkning og intellektuell og emosjonell hemning (60).

Bruken av antipsykotika hos eldre er mye omdiskutert, og forskning viser motstridende resultater. En studie gjort i Norge som inkluderte 26 sykehjem i fire fylker viser at det ikke er noen assosiasjon mellom bruken av antipsykotika og dødelighet blant pasientene på sykehjemmene når man justerer for flere feilkilder. Likevel påpekes det også her at man må ta høyde for den lille effekten antipsykotika kan ha sett opp mot den høye risikoen for bivirkningene som de også kan gi (62). To studier viser en økt dødelighet ved bruk av antipsykotika blant eldre, men sammenhengen mellom dødelighet og bruk antipsykotika forsvant når det ble justert mot grad av demens og nevropsykiatriske symptomer (NPS) (63, 64). Dette er komplekse pasientsituasjoner, hvor det er den mest skjøre pasientpopulasjonen man ser på, som allerede er en utsatt gruppe med flere diagnoser, polyfarmasi, nedsatt funksjon og demens.

Legemiddelgruppen brukes gjerne for å behandle tilleggssymptomer hos demente, ADPS, som forklares under demens. Risperidon er den eneste typen antipsykotika som kan anbefales hos pasienter med demens, og kun for korttidsbruk, men som ved de fleste andre behandlinger så bør forløpet overvåkes nøye for å redusere bivirkninger (65).

1.4.3 Anxiolytika (N05B)

Anxiolytika er en fellesbetegnelse for legemidler som benyttes mot angst. Angst karakteriseres ofte som en forventning av frykt eller ekstra vaksomhet, og er naturlig en nødvendig reaksjon for overlevelse. Hos noen tar denne følelsen overhånd og den gir seg til uttrykk både med psykiske symptomer og med somatiske symptomer, som hjertebank og svetting, men dette er veldig individuelt (66). Den mest brukte legemiddelgruppen er benzodiazepiner som for eksempel diazepam (N05B A01) (67). Legemidler under denne gruppen har avhengighet som bivirkning, og skal kun brukes i korte perioder. Andre bivirkninger er trøtthet på dagtid, nedsatt kognitive og psykomotoriske ferdigheter, forvirring, lærevansker og nedsatt hukommelse. Ved bruk over fire uker sees det også en toleranseutvikling (19).

En tidlig fase av demensutvikling hos eldre kan utarte seg som angst og uro, noe som gjør at denne pasientgruppen gjerne har et behov for angstdempende midler (66).

Det er lite forskning når det kommer til langtidsbruk av benzodiazepiner, men det er grunn til å tro at dette påvirker hukommelsen reversibelt, og at det gir en redusert kognitiv funksjon (21). I en systematisk gjennomgang av 2188 artikler, så man en økning i dødelighet på 43% blant de som brukt anxiolytika og hypnotika sammenlignet med de som ikke brukte det (68).

Man ser også at bruken av benzodiazepiner øker falltendensen hos eldre (19).

1.4.4 Hypnotika og sedativa (N05C)

Under denne fellesbetegnelsen kommer psykofarmaka som har en søvnfremmende effekt. Mest brukt her er gruppen som kalles for z-hypnotika eller benzodiazepinlignende midler (N05C F) herunder zopiklon (N05C F01) og zolpidem (N05C F02). Zopiklon er et av de legemidlene som er mest brukt i norske sykehjem (69). De angstdempende benzodiazepinene har også en søvnfremmende effekt. Det foreligger sterke anbefalinger mot bruk av disse legemidlene i lengre bruk på grunn av toleranseutvikling, og man ser kognitive bivirkninger som spesielt ugunstige hos eldre, som nedsatt hukommelse, og forvirringstilstander (21). Nasjonal faglig retningslinje om demens har en sterk anbefaling mot bruk av benzodiazepiner og/eller z-hypnotika ved søvnforstyrrelser, og sier at legemidlene generelt bør unngås hos pasienter over 65 år. Det er også manglende dokumentasjon for at bruken av disse er effektive mot søvnproblemer hos demente (42).

2 Formål og problemstilling

2.1 Formål med prosjektet

- 1) Beskrive innkjøp av psykofarmaka inkludert antipsykotika, antidepressiva, anxiolytika og hypnotika, gjort av sykehjem i Trondheim kommune.
- 2) Utforske mulige faktorer som påvirker ordinerings på sykehjem ved fokusgruppeintervju hos to utvalgte sykehjem.

2.2 Problemstillinger

- Hvor mye variasjon er det i innkjøp av psykofarmaka blant ulike sykehjemsavdelinger i Trondheim kommune?
- Hva kan være mulige forklaringer på observerte forskjeller?
- Hvordan beskriver to ulike sykehjem prosessene som leder frem til ordinerings av psykofarmaka?

3 Materiale og metode

Bakgrunnen for denne oppgaven er innkjøpsstatistikken for 2017 av ulike psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune. For å belyse problemstillingene best mulig falt valget på en «mixed method», der vi har en blanding av kvantitativ og kvalitativ forskning.

Prosjektet ble delt opp i to deler:

1. Et delprosjekt der vi benytter deskriptiv statistikk for å vise hvor stor spredning det er i bruk av psykofarmaka for de ulike sykehjemmene i kommunen.
2. Et delprosjekt der vi samler de tverrfaglige teamene som utfører visitt på to ulike sykehjemmene og utfører to fokusgruppeintervju, ett per sykehjem, for å utforske hva som leder til ordinering av psykofarmaka.

3.1 Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

Totalt er det 24 helse- og velferdssentre i kommunen. Disse deles opp i flere etasjer og kan dermed utgjøre mer enn en sykehjemsavdeling per velferdssenter. Vi har valgt å dele inn avdelingene etter medisinrom. Dersom det er to etasjer som deler samme medisinrom regnes disse under samme avdeling, men dersom det er to etasjer som har ulikt medisinrom, og dermed ulikt innkjøp, blir disse inndelt i hver sin avdeling.

Statistikken kommunen mottar er over innkjøp av legemidler, både i multidoseposer og hele pakninger utenom. Siden multidosen er pakket til hver enkelt pasient, og endringer skjer underveis på legemiddelkortene, antas det at innkjøpet reflekterer i stor grad den faktiske bruken på sykehjemmet. Medisinlagrene på sykehjem er kraftig redusert etter innføring av multidose.

Statistikken mottok vi fra kommunefarmasøyt, og veileder, Astrid Gilje Hageler (AGH), som hadde bearbeidet statistikken på forhånd i Excel da den har blitt brukt i en rekke statistikkgjennomganger for kommunen. I 2017 var det Apotek 1 kjeden som hadde anbudet

på levering av legemidler til avdelingene i kommunen, og råfilene AGH mottok bestod av alle legemidler ned på varenummer som hver avdeling hadde kjøpt inn for hele 2017. I råfilene var det også informasjon som varenavn, ATC-kode, pakningsstørrelse og enhet, antall pakninger og antall i definert døgndose (DDD). For å få ut den ønskelige informasjonen om psykofarmaka ble et utvalg av ATC-koder tatt ut av råfilene og inn i et eget Excel-dokument. For alle varenummer ble det også beregnet DDD/100 liggedøgn, slik at doseringen ble justert for antall sengeplasser per avdeling for det året. DDD/100 liggedøgn ble summert for hver ATC-kode, og lagt innunder tilhørende ATC-kategori, for eksempel antipsykotika. Det var disse dataene vi fikk tildelt, der alle legemiddelgruppene i samme ATC-kodegruppe var summert til én DDD/100 liggedøgn per avdeling. Det er enheten DDD/100 liggedøgn vi har valgt å bruke til å beskrive forbruket videre.

Sykehjemsavdelinger som er korttidsavdelinger ble ekskludert, og vi stod da igjen med 42 sykehjemsavdelinger. Sykehjemsavdelingene ble deretter rangert fra lavt til høyt forbruk for hver av de fire legemiddelgruppene (antidepressiva, antipsykotika, hypnotika og anxiolytika). Fordi det var stor forskjell i bruken av de ulike gruppene, ville en ren summering av DDD/100 liggedøgn følge legemiddelgruppen som ble hyppigst brukt. Derfor ble i stedet rangeringene summert, slik at hver sykehjemsavdeling fikk en totalsum ettersom hvordan de lå an i de fire gruppene slik at vi til slutt fikk en total rangering. Alle sykehjemmene fikk tildelt et tall fra 1 til 42, der tall 1 var sykehjemsavdelingen med samlet lavest rangering (lavest forbruk), og 42 var sykehjemsavdelingen med totalt høyest rangering (høyest forbruk). Det ble også beregnet maksimumsverdi, minimumsverdi, median, 1. kvartil (Q1) og 3. kvartil (Q3) for de fire psykofarmakagruppene. Alt data ble bearbeidet i Excel, versjon 16.24.

3.2 Del 2: Fokusgrupper

To sykehjemsavdelinger ble utvalgt, ett fra de syv med total lavest forbruk (avdeling A), og ett fra de syv med høyest forbruk (avdeling B). Se tabell 2 for data bak utvelgelsen. Utvalget av avdelinger stod to av veilederne mine for, AGH og Torgeir Fjermestad (TF). De har jobbet tett med sykehjemmene i mange år og har inngående kunnskaper om hvordan de er bygd opp, hvor lenge de har vært i drift, hvem som er sykehjemslegene og hvor lenge de har vært sykehjemslege der. De har også innsikt i hvilke sykehjem som kan ha særlige årsaker til høyt forbruk, og disse ble tatt ut av listen over aktuelle sykehjem.

Følgende kriterier lå til grunn for utvelgelsen av sykehjemsavdelingene, for å kunne gjøre sammenligninger:

- Ordinær sykehjemsavdeling på et helse- og velferdssenter med langtidspasienter. Her er det altså ekskludert avdelinger for rusavhengige, yngre demente, de med psykiatriske problemer og forsterka skjerma enheter for demente.
- Eget medisinlager på aktuell avdeling/enhet med en forskrivende lege.
- Over 20 senger på avdelingen.
- Legen ansatt i over 2 år ved enheten.
- Ingen kjente endringsprosesser på gang i forhold til ordinerer av psykofarmaka som kunne innvirke til at statistikken fra 2017 ikke beskrev det faktiske innkjøpet når oppgaven startet.

Masterstudenten, sammen med veileder (AGH), tilbrakte en halv dag med observasjoner på hver av de to utvalgte avdelingene. Observasjonene var ikke-deltakende, og ble gjort som bakgrunn for utarbeidelse av intervjuguiden. Vi var med på en visitt der vi så hvordan de løste det, hørte på ulike problemstillinger knyttet til pasientene og løsninger på saker som ble tatt opp. Det var en fin måte å få et innblikk i hverdagen på et sykehjem, da jeg ikke har noe erfaring med det fra før. Jeg fikk også hilse på noen av de ansatte som skulle være med på intervjuene.

Fokusgruppeintervju er en type gruppeintervju, med typisk fem til åtte deltakere, og hører til under kvalitativ forskningsmetode. Poenget med metoden er å få til en god samtale deltakerne imellom for å trekke frem erfaringer, holdninger og meninger (70). Som oftest blir intervjuene tatt opp på lydbånd, videre transkribert fra lyd til tekst. Analysemetoden baserer seg på tekster som representerer samtaler eller samhandlingene mellom deltakerne i intervjuet. Teksten bearbeides så og analyseres med mål om vitenskapelig sammenfatning av det deltakerne har gitt av informasjon. Denne metoden egner seg godt når man utforsker meninger og erfaringer.

Morgan og Bottorff skriver: «*There is no single right way to do focus groups. Instead, there are many different options, and for each research project investigators need to select a way of using focus groups that matches the goals of the project*» (71).

Det er dermed ingen standard for utførelsen av fokusgrupper, men analysen baserer jeg på systematisk tekstkondensering utviklet av Kirsti Malterud (70).

3.2.1 Rekruttering til fokusgruppe

Denne oppgaven ble til på grunn av et stort engasjement fra kommunefarmasøyt (AGH) i Trondheim kommune, noe som har gjort rekrutteringen til intervjuene enkelt fra min side. På grunn av dette store engasjementet var allerede kommunaldirektøren informert og hadde gitt godkjenning til prosjektet. Jeg utarbeidet en prosjektbeskrivelse der det ble informert om prosjektet, hva vi ville gjøre og hvordan vi skulle gjøre dette (Vedlegg I). Dette ble så sendt ut til enhetsledere og aktuelle i kommunen. Etter dette fikk vi være med på et møte som foregår månedlig hvor enhetslederne for sykehjemsavdelingene var samlet, der vi presenterte oppgaven og problemstillingen.

Ansatte som jobber sammen i de tverrfaglige teamene under visitten på sykehjemsavdelingene ble invitert til fokusgruppe. Antall varierte i forhold til hvilket sykehjem man er på, men i hovedsak ville vi ha med leger, to til tre sykepleiere og helsefagarbeidere. Ved å møte opp til intervjuet samtykket de til å være med. Det ble også informert før intervjustart at dette var frivillig og man hadde lov til å trekke seg når som helst. Før intervjuet samlet vi inn opplysninger om aldersgruppe, kjønn, yrke og antall år en hadde arbeidet i sykehjem.

3.2.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i lest litteratur og observasjonen som var gjort på sykehjemmene. Den ble utformet som en semistrukturert intervjuguide, slik at det var tre hovedspørsmål samt en del tilleggsspørsmål som kun var til hjelp under intervjuene dersom temaene ikke ble diskutert av seg selv. Deltakerne er ment til å fortelle om erfaringer med egne ord, gi detaljerte og utfyllende forklaringer. Intervjuguiden blir brukt som veiledende til å gi rammer til intervjuet, det vil si at ikke alle spørsmålene nødvendigvis ble stilt og deltakerne kunne fritt samtale rundt emnene. Se Vedlegg II.

3.2.3 Gjennomføringen av de to gruppeintervjuene

Intervjuene ble gjennomført noen dager etter hverandre i slutten av januar 2019.

Sykehjemmene har sine faste dager i uken hvor de har legevisitt, slik at vi la inn intervjuene

på en slik dag for at legen også var tilstede. Gruppeintervjuene foregikk på sykehjemmene etter legevisitten var gjort. Det ble brukt digital båndopptaker på begge intervjuene som var lånt fra Universitetet i Bergen. Tidsrammen var lagt til en time.

Masterstudenten fungerte som moderator på intervjuene, der min oppgave var å presentere hva et fokusgruppeintervju var, informasjon om prosjektet, informere om båndopptaker og veien videre med lydopptakene, samle inn informasjon om hver av deltakerne samt å styre gruppeintervjuet da vi kom i gang. En av veilederne (AGH) deltok som observatør for å se på dynamikken, kjenne på stemningen og komme med innspill dersom det var noe hun følte jeg hadde glemt.

3.2.4 Transkripsjon

Jeg transkriberte «ad verbatim», alt helt ordrett fra båndopptak til tekst. Veileder AGH, som var tilstede under intervjuene, var også til god hjelp under transkribering da jeg fikk henne til å høre igjennom lydopptaket på områder der jeg var usikker på hva som ble sagt eller det var dialektuttrykk som jeg ikke forstod. Lydfilene ble slettet ultimo april 2019.

3.2.5 Analyse av transkriptene

Systematisk tekstkondensering ble brukt til analysene (70, 72). Programmet NVivo 12 ble brukt som et kodeverktøy til å samle tanker og danne meg et tankekart for kodingen.

Systematisk tekstkondensering ble utført i fire trinn (72):

1. Få et helhetsinntrykk – danne tema.

Her fikk vi en oversikt over materialet vi hadde. Transkriptene ble lest igjennom av både meg og veileder ved Universitetet i Bergen, Reidun Lisbet Skeide Kjome (RLSK). Deretter hadde vi et møte i Bergen der vi oppsummerte innholdet og satte opp ulike hovedtema.

2. Identifisere meningsbærende enheter – dekontekstualisering.

Under møtet i Bergen begynte vi også med dekontekstualisering, som vil si at materialet deles opp i «biter» og tas ut av kontekst. Da går man grundigere inn i materialet og systematisk leser igjennom, linje for linje. RLSK og jeg leste igjennom hvert vårt transkript og markerte

viktige meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er deler av teksten, som gjerne kan inneholde flere replikker, som bærer med seg kunnskap om temaet man vil belyse. Her tar man heller med for mye en for lite. Deretter sorterte vi de meningsbærende enhetene systematisk, altså de skal kodes samtidig det tas ut av konteksten. Flere meningsbærende enheter som belyser det samme kommer innunder en kode, og kodene kommer igjen innunder hovedtemaene. Etter møtet i Bergen fortsatte jeg kodeprosessen på egenhånd.

3. Trekke ut den sentrale meningen – kondensering.

I dette steget fortsatte kodingen da kondensatene skulle skrives, og ettersom jeg jobbet med materialet så jeg andre kodegrupper og andre løsninger. Kondensering vil si at man trekker ut meningen fra hver av de ulike kodegruppene; at man abstraherer innholdet. Da tar man empiriske data og innholdet av hver eneste meningsbærende enhet og omgjør dem til et mer abstrakt format, danner et kunstig sitat. De kunstige sitatene skal ha basis i det som er blitt sagt, og det skal helst brukes deltakernes ord, men bli omgjort til en mer generell form. Det skal bli en gjenfortelling av den sentrale meningen i hver kodegruppe.

Jeg begynte med å finne en sentral meningsbærende enhet, så fikk jeg de andre meningsbærende enhetene til å passe sammen med denne og til slutt dannet det en tekst. I prosessen ble meningsbærende enheter som ikke passet inn sløffet, mens andre meningsbærende enheter ble flyttet til en annen kodegruppe enn de opprinnelig var i. I dette trinnet går man gjennom all data på en systematisk måte, og ser om det man i utgangspunktet har tenkt som viktig data skal være med eller om det er relevant for problemstillingen. Alt ble justert underveis, til jeg til slutt satt igjen med de ferdige kondensene. Kondensatene ble så sendt til veiledere (RLSK, AGH, TF) som sjekket at det opprinnelige meningsinnholdet fremdeles kunne gjenkjennes i teksten.

4. Sammenfatte betydninger – fra kondensering til beskrivelse.

I dette trinnet ble det gjort en rekontekstualisering, hvor bitene ble puttet sammen igjen. I trinnet over jobbet man med å abstrahere innholdet, vi tok tekstelementer fra hverandre, mens i dette trinnet dannes et resultat mens man fortsatt ser på om det er relevant for problemstillingen. Her startet jeg med kondensatene, og brukte disse for å legge et grunnlag

for nye beskrivelser under kodegruppene vi hadde. Under hver kodegruppe lagde jeg en innholdsbeskrivelse, også kalt sammenfatning, relatert til problemstillingen, og så på hva som kom frem fra kondensatene. Selve sammenfatningen skjedde da vi relaterte innholdet med den faktiske dataen analysen baserer seg på, transkriptene. Her fant jeg også direkte sitat fra transkriptene og brukte dette for å underbygge det som står i sammenfatningen.

3.2.6 Etikk og personvern

Personvernombudet i Trondheim kommune var ansvarlig for personvern hensyn, og ble kontaktet av en av mine veiledere (RLSK), og fikk beskrevet prosjektet og at ingen persondata skulle samles inn. På bakgrunn av dette godkjente han samtykke basert på oppmøte, da et samtykkeskjema ville ha samlet inn personopplysninger i forhold til underskrift. Alle innsamlede opplysninger var anonyme, og det er kun lydfil med stemmer som ble oppbevart. Lydfilene ble slettet ultimo april 2019.

3.3 Litteratursøk

For å bygge opp en bredere bakgrunnsforståelse og finne eksisterende litteratur på feltet ble det gjort litteratursøk. Litteratursøkene ble i all hovedsak gjort i PubMed. Embase ble også benyttet. Søk der jeg både benyttet MeSH-termer og fritekst ble kombinert, og det ble ikke gjort noen avgrensninger verken på språk eller årstall.

Nettsidene Statistisk Sentralbyrå (SSB) og ulike statlige enheter ble benyttet for å innsyn i statistikk og rapporter innenfor området.

Tidligere masteroppgaver og ph.d.-avhandlinger ble også brukt til å finne litteratur.

4 Resultat

4.1 Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

4.1.1 Rangering etter bruk av psykofarmaka

Tabell 2 viser de 42 sykehjemsavdelingene rangert etter DDD/100 liggedøgn samlet, og innenfor de fire undergruppene av psykofarmaka. Totalt varierer innkjøp fra 26,9 DDD/100 liggedøgn til 113,2 DDD/100 liggedøgn, med en median på 58,6 DDD/liggedøgn.

Tabell 2. Innkjøp av psykofarmaka i DDD/100 liggedøgn og rangering av de 42 sykehjemsavdelingene. Sykehjemsavdelingene er rangert fra lavt til høyt forbruk totalt sett i 2017 basert på de fire psykofarmakagruppene.

ID-nr	Sum rangering	Anti- psykotika	Rangert antipsykotika	Antidepressiva	Rangert antidepressiva	Anxiolytika	Rangert anxiolytika	Hypnotika	Rangert hypnotika	Totalt innkjøp
1	28	0,8	4	19,6	7	3,8	8	7,5	9	31,7
2	35	1,0	6	14,1	3	1,5	2	15,5	24	32,1
3	41	0,6	3	9,8	2	6,3	22	10,2	14	26,9
4	47	0,8	4	31,1	18	3,9	10	10,5	15	46,3
5	52	16,1	39	9,5	1	1,5	2	8,0	10	35,1
6	54	6,5	31	27,0	13	2,0	7	2,8	3	38,4
7	55	2,4	14	37,8	24	1,9	6	8,3	11	50,4
8	57	5,4	29	14,7	4	5,8	19	4,7	5	30,5
9	57	2,3	13	49,1	36	1,7	4	3,9	4	57,0
10	61	0,0	1	16,7	6	4,3	13	32,3	41	53,3
11	63	1,7	8	28,8	15	6,2	21	13,1	19	49,7
12	66	3,2	20	41,9	29	4,1	11	5,2	6	54,3
13	67	1,4	7	30,0	17	13,5	36	5,3	7	50,2
14	69	4,5	24	33,7	20	4,2	12	10,0	13	52,4
15	70	4,6	26	53,0	38	1,8	5	0,5	1	59,9
16	71	1,9	12	24,8	10	7,0	24	17,5	25	51,2
17	72	7,6	34	31,5	19	0,5	1	12,2	18	51,8
18	78	2,4	14	20,8	8	9,4	30	18,1	26	50,7
19	79	0,5	2	55,4	40	13,1	35	1,8	2	70,8
20	80	3,0	19	29,9	16	6,4	23	14,9	22	54,2
21	81	2,7	17	27,1	14	4,6	16	22,9	34	57,3

22	84	1,8	10	45,9	34	8,3	28	9,7	12	65,7
23	89	36,5	42	25,5	11	3,8	8	18,7	28	84,5
24	92	2,7	17	43,4	31	4,7	17	18,2	27	69,0
25	93	3,4	22	38,6	25	9,4	30	11,8	16	63,1
26	94	6,9	33	26,6	12	21,9	41	5,4	8	60,8
27	97	8,6	36	23,7	9	8,5	29	15,0	23	55,8
28	98	1,7	8	33,7	20	15,6	37	22,2	33	73,3
29	99	8,8	37	16,3	5	7,9	27	19,6	30	52,6
30	99	2,5	16	49,2	37	7,7	25	14,7	21	74,2
31	102	5,1	27	44,0	33	4,3	13	19,1	29	72,5
32	104	19,6	41	40,5	28	4,4	15	13,4	20	78,0
33	106	7,6	34	37,0	22	5,7	18	20,9	32	71,2
34	111	3,2	20	47,0	35	6,1	20	23,4	36	79,7
35	120	1,8	10	56,7	41	17,1	38	20,5	31	96,1
36	122	4,5	24	79,2	42	17,4	39	12,1	17	113,2
37	125	6,8	32	39,5	26	11,2	33	22,9	34	80,5
38	125	13,8	38	37,7	23	7,7	25	29,0	39	88,1
39	126	5,1	27	40,3	27	12,0	34	28,8	38	86,2
40	139	3,7	23	43,9	32	22,5	42	34,6	42	104,7
41	142	19,2	40	42,0	30	10,7	32	29,1	40	101,0
42	146	5,6	30	55,0	39	18,3	40	25,3	37	104,3

4.1.2 Spredning i innkjøpsstatistikken

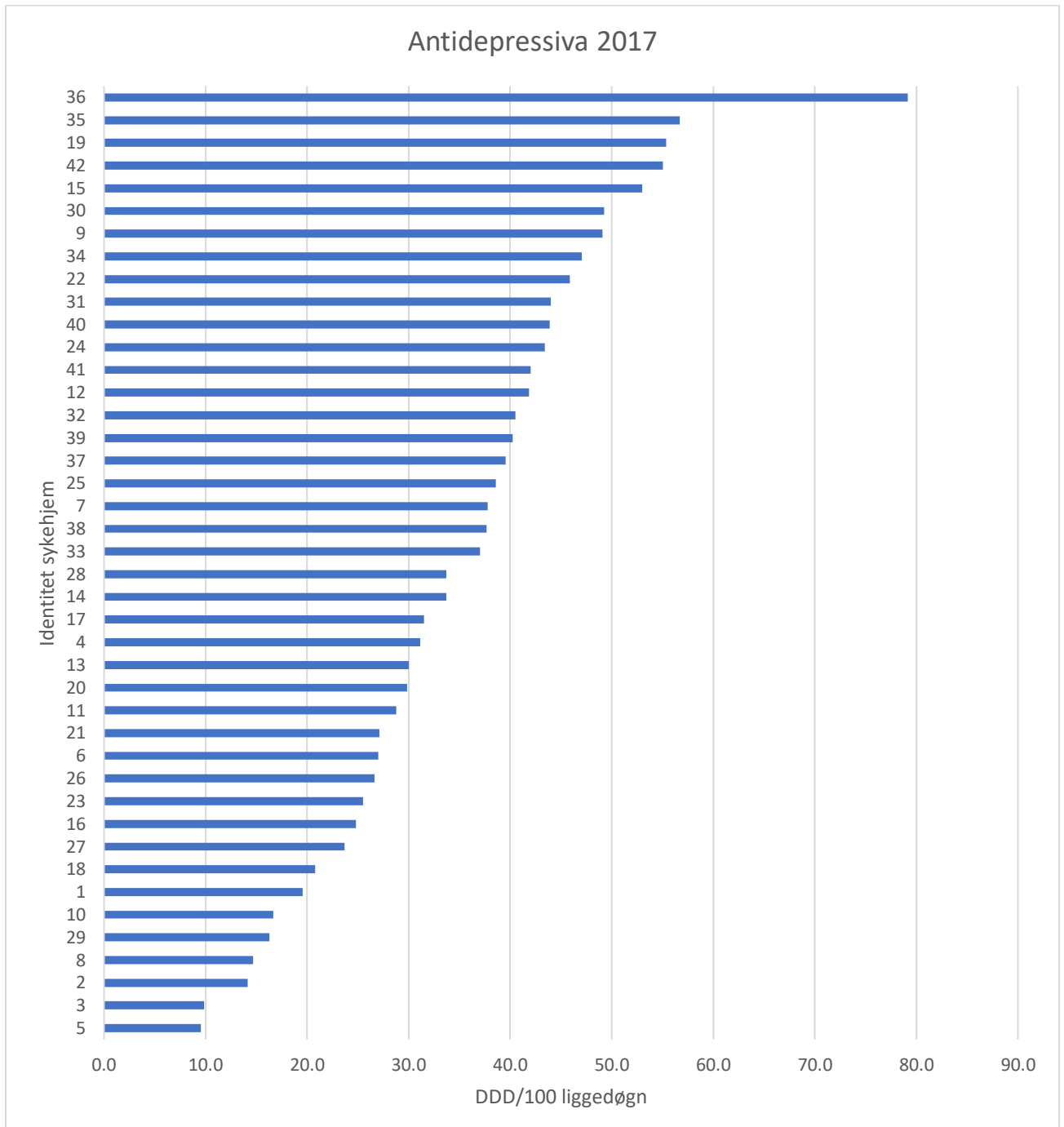
Tabell 3 viser den store spredning mellom innkjøpet i de fire psykofarmaka gruppene. De enkelte gruppene blir beskrevet i mer detalj under. Spredningen mellom avdeling A og avdeling B er størst i gruppen anxiolytika der avdeling B bruker 7,1 ganger mer enn avdeling A, mens for antipsykotika ligger de nær hverandre i bruk og avdeling B bruker 1,2 ganger mer enn avdeling A. For antidepressiva og hypnotika bruker avdeling B 4,4 og 3,6 ganger mer enn avdeling A.

Tabell 3. Deskriptiv statistikk for hver av de fire psykofarmakagruppene. Utregningene har utgangspunkt i tall fra Tabell 2.

	Antidepressiva	Antipsykotika	Anxiolytika	Hypnotika
Minimumsverdi	9,5	0	0,5	0,5
Maksimumsverdi	79,2	36,5	22,5	34,6
1. kvartil (Q1)	25,8	1,8	4,1	8,7
Median	35,4	3,3	6,3	14,8
3. kvartil (Q3)	43,8	6,8	10,4	20,8

Antidepressiva

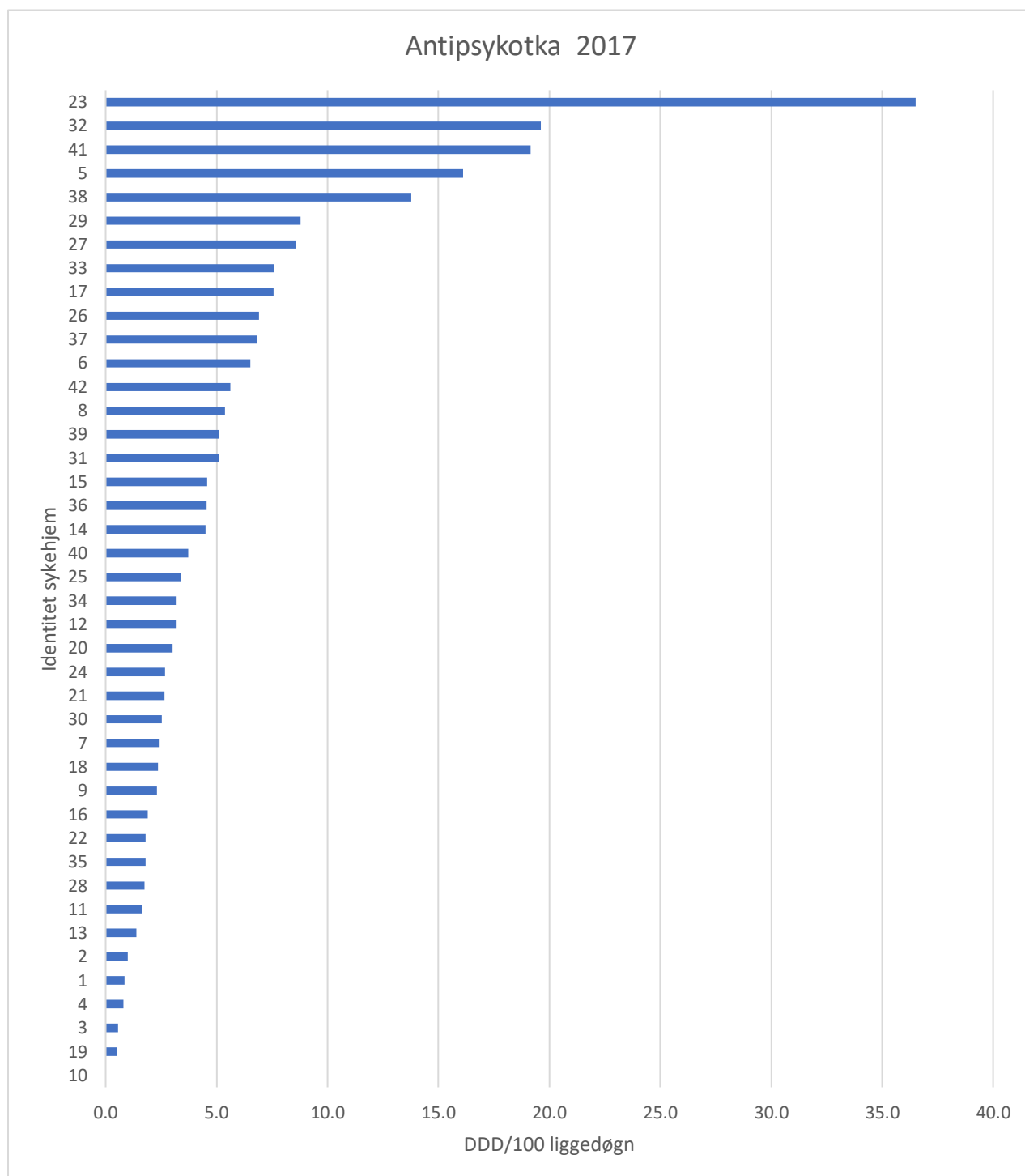
Antidepressiva innkjøpet for alle de 42 sykehjemsavdelingene i Trondheim kommune i 2017 er vist i Figur 1. Innkjøpet varierer mellom 9,5 DDD/100 liggedøgn til 79,2 DDD/100 liggedøgn, med en median på 35,4 DDD/100 liggedøgn.



Figur 1. Innkjøp av antidepressiva i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.

Antipsykotika

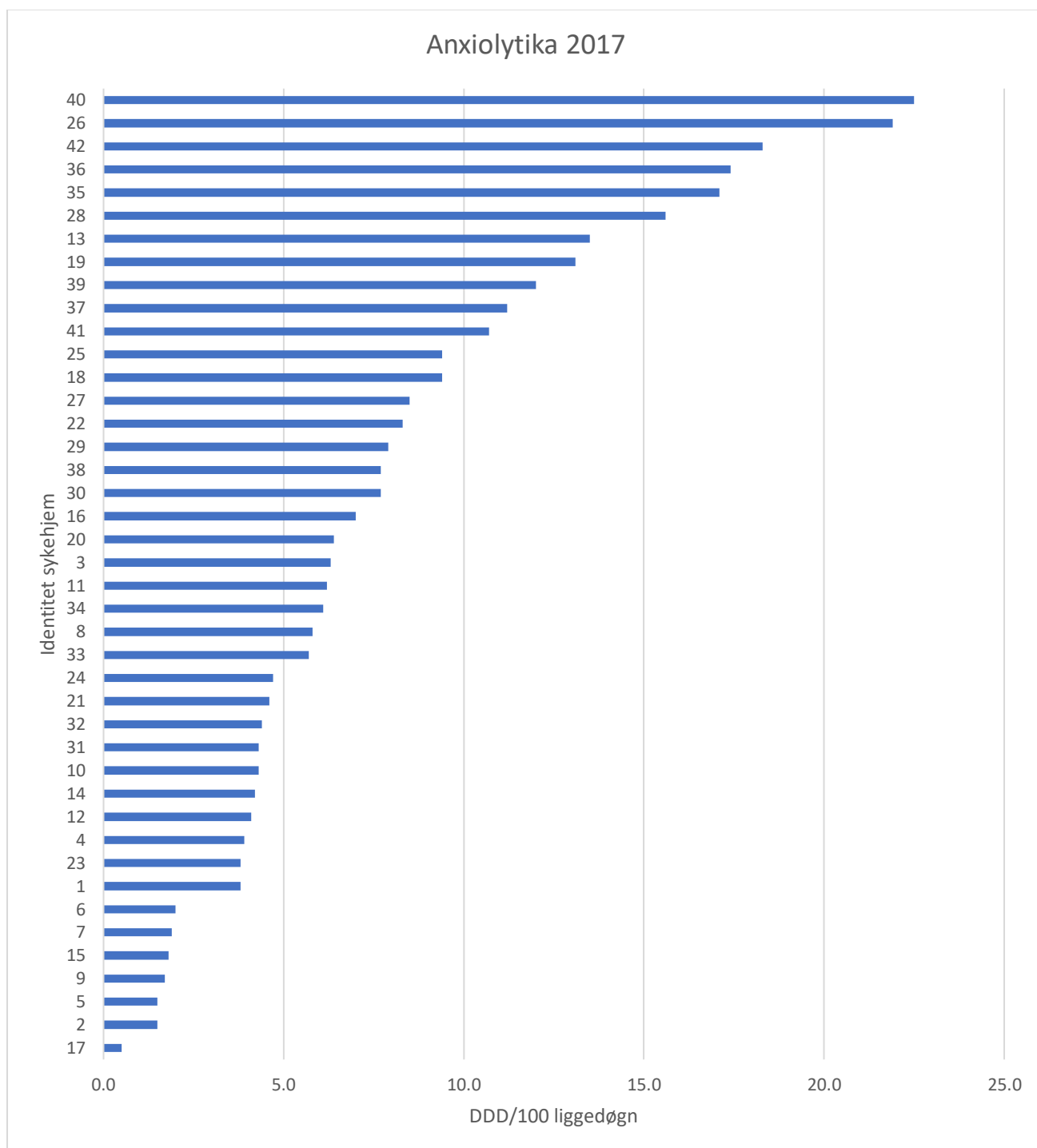
Antipsykotika innkjøpet for alle de 42 sykehjemsavdelingene i Trondheim kommune i 2017 er vist i Figur 2. Innkjøpet varierer mellom 0 DDD/100 liggedøgn til 36,5 DDD/100 liggedøgn, med en median på 3,3 DDD/100 liggedøgn.



Figur 2. Innkjøp av antipsykotika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.

Anxiolytika

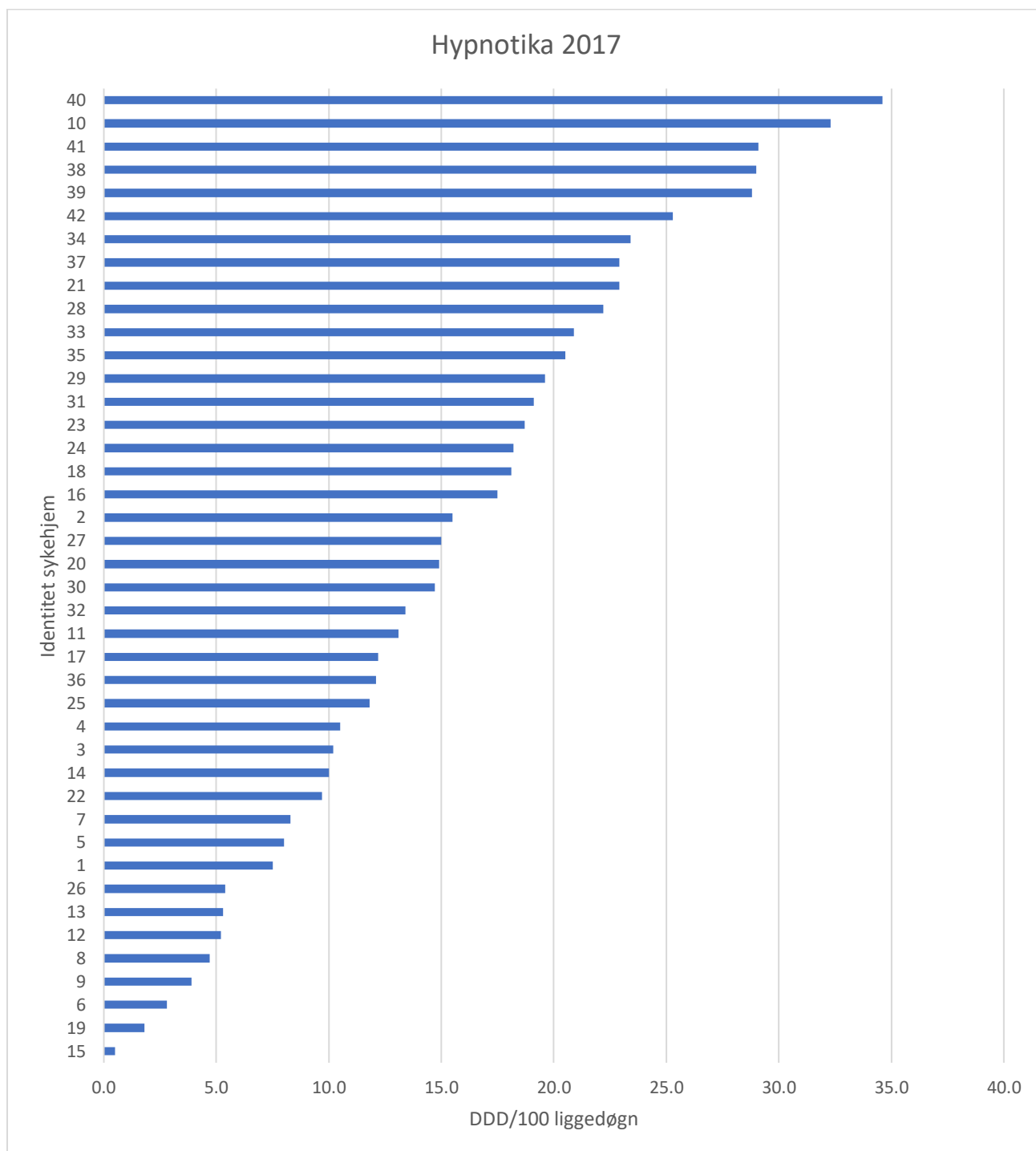
Anxiolytika innkjøpet for alle de 42 sykehjemsavdelingene i Trondheim kommune i 2017 er vist i Figur 3. Innkjøpet varierer mellom 0,5 DDD/100 liggedøgn til 22,5 DDD/100 liggedøgn, med en median på 6,3 DDD/100 liggedøgn.



Figur 3. Innkjøp av anxiolytika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.

Hypnotika

Hypnotika innkjøpet for alle de 42 sykehjemsavdelingene i Trondheim kommune i 2017 er vist i Figur 4. Innkjøpet varierer mellom 0,5 DDD/100 liggedøgn til 34,6 DDD/100 liggedøgn, med en median på 14,8 DDD/100 liggedøgn.



Figur 4. Innkjøp av hypnotika i 2017 i definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn, etter sykehjem.

4.2 Del 2: Fokusgrupper

Under det første intervjuet (avdeling A) var det kun tre deltakere, da den siste sykepleieren dessverre var for opptatt til å kunne delta. Der deltok kun legen, en sykepleier og en helsefagarbeider. Legen skulle også videre til et annet møte og måtte gå etter ca. 45 minutter. På det andre intervjuet (avdeling B) var det fire deltakere; legen, to sykepleiere og én omsorgsarbeider. På begge intervjuene varierte alderen fra under 30 år til over 60 år, flest deltakere var i aldersgruppen 46-60 år. Det var to menn, og seks kvinner som deltok totalt. Det var også stor spredning i hvor lenge de hadde arbeidet i sykehjem, fra 2 år til 30 år.

Analysen av de to fokusgruppeintervjuene resulterte til slutt i fire hovedgrupper som presenteres i Tabell 4. Hver av de ulike hovedgruppene inneholder 2 til 4 kodegrupper.

Tabell 4: Tabellen viser hvilke hovedtema og kodegrupper som kom ut av den kvalitative analysen av fokusgruppeintervjuene gjort i januar 2019 i to sykehjem i Trondheim kommune.

Hovedtema	Kodegruppe
Medisinering	Mye medisiner ved innleggelse
	Press utenfra
	Å finne balansen
	Bryte et mønster
Samarbeid	Informasjonsoverføringer
	Systematiske og personavhengige pasientvurderinger
Aktivisering	Aktiviteter foxx de eldre
	Individualisering og fordel med fast personale
	Ressurser er avgjørende for å få til aktivisering – frivillige og ansatte.
Urolighet på avdelingene	Søvnvansker, uro og aggresjon blant pasientene

4.2.1 Medisinering

Mye medisiner ved innleggelse

Deltakerne på avdeling A fortalte at når det kommer nye pasienter inn på avdelingene så skal medisinen deres godkjennes. Oppfatningen blant de ansatte på begge sykehjemsavdelingene er at mange allerede har fått ordinert sovemedisiner og beroligende, og også andre typer psykofarmaka, når de flytter inn.

«Det er jo veldig mange som står på sovemedisiner når de kommer hit. Så prøver vi nå å ta bort, men det er ikke så enkelt».

Ofte prøveseponeres legemidlene med ulikt resultat. Avdeling A forteller om viktigheten med at pasienten får bo seg inn litt først, bli trygge i miljøet og på de ansatte før de prøveseponerer disse legemidlene:

«Vi rører ikke han foreløpig, han må få lov til å bo her en stund først. Han er ikke helt trygg enda».

De forteller også at demensen gjerne kommer etter hvert, slik at dersom pasienten i utgangspunktet er ganske klar, så vil ikke psykofarmaka hjelpe dersom tilstanden skulle utvikle seg etter hvert.

Press utenfra

De ansatte kan oppleve et press fra de pårørende, både om å øke medisineringen, og om å ikke fjerne medisiner de allerede har. Begge avdelingene forteller at pårørende gjerne kan melde behov til de ansatte, som ofte resulterer i at pasientene blir observert en periode før det gjøres noen tiltak.

«Det har skjedd to ganger der pårørende har kommet til meg og varslet om at «mor eller far sover dårlig og er veldig engstelige»».

Dette gjelder ikke kun medisinering, men også andre ikke-medikamentelle tiltak. Det har også skjedd når pasienten legges inn på sykehjemmet at pårørende uttrykker en bekymring for at medisiner skal seponeres da pasienten gjerne har brukt disse i flere år. Da kan både pårørende og pasienten selv bli stresset når ansatte tar opp at de gjerne vil prøveseponere å se om pasienten trenger disse medisiner. Avdeling B forteller om et tilfelle der pårørende

gjærne ville øke dosering på beroligende medisiner, der de ansatte måtte forklare at pasienten ikke kan få høyere dosering på grunn av bivirkninger. Der møtte de motstand, da pårørende ikke var helt enig.

«Har prøvd å forklare det til han, at hun har hatt bivirkninger også som gjør til at vi ikke kan øke den og den medisinen da. Prøver å forklare han, men han er ikke helt enig».

Avdeling A påpekte at de tar pasienten med i betraktning og prøver å fortelle pasienten at de skal prøve ut medisiner dersom pasientene er i stand til å forstå det.

«... og prøver ofte å snakke med dem og informere om at blir satt på noe hvis de i det hele tatt er i stand til å skjønne det ... aldri opplevd at noen har sagt nei til det altså».

Å finne balansen

Det ble fortalt at legemidler noen ganger ble sett på som et nødvendig tiltak for å håndtere vanskelig adferd. De delte erfaringer om slike tilfeller der medisineringen hadde løst problemet. Avdeling A fortalte en slik historie. Pasienten var såpass urolig at et opphold på en skjerma enhet måtte til i noen uker, der medisinerings ble påsatt med veldig god respons.

«Jeg bare tenker at hun hadde god effekt av medisinen hun fikk hun. Det var en glede. Og hun ble jo så mye roligere selv, så det gikk an å snakke med henne ... Vi hadde ikke klart det ellers vi».

Begge avdelingene forteller at de har hatt god effekt av antipsykotika, og nevner risperidon og kvetiapin. Dette er basert på erfaring, da ansatte på begge avdelingene sier at de erfaringsmessig ser god effekt hos sine pasienter ved bruk av disse.

«Det er jo medisin som vi bruker litt og egentlig har ganske mye god erfaring med tenker jeg».

Avdeling B sier at de gjerne begynner med en kveldsdose da dette gjør pasientene rolige om natten, og de kan også ha en effekt neste morgning og deler av dagen etter. Det blir også fortalt at dersom en pasient har hatt god effekt av antipsykotika før og de ser en forverring av tilstand, prøves gjerne en økning av dose av samme type antipsykotika. Avdeling A forteller at hvis personen ikke har fått denne type legemiddel før, begynner de med lave doser, og det settes på faste medisiner slik at de er forsikret at det gis til pasienten.

«Men det jeg ser da at når det settes på eventuelt så blir det sjeldent gitt».

Avdeling A forteller også at bruken av beroligende avhenger av hvilke pasienter de har på avdelingen, de har hatt noen som er veldig urolige. I noen tilfeller må pasientene få beroligende, men det påpekes at dette ikke forekommer ofte. Det ble reflektert over at hos noen pasienter var det kanskje mer behov for smertelindring enn beroligende, da urolige pasienter gjerne kan bli rolige ved at smertene lindres. De forteller at det kan være de prøver paracetamol først, og at det kan hjelpe.

«Ofte så kan de jo ha mer behov for smertelindring i stedet for beroligende. At de blir roligere av at de kanskje får litt mer smertestillende».

Enkelte legemidler opplever de at gir mer bivirkninger. Avdeling B påpeker at de er restriktive i bruken av diazepam da de opplever mer bivirkninger av den, som trøtthet og sløvhet. De hadde en pasient som stod på en del beroligende, men det ble seponert fordi de måtte vekke pasienten til hvert måltid.

Begge avdelingene forteller at dersom de observerer bivirkninger må det trappes ned på dosen og noen ganger fjernes legemidlet helt. De påpekte at det er viktig å våge og ta bort medisiner, og heller starte på dem igjen hvis behovet skulle være der. De kunne fortelle om situasjoner som hadde gjort dem mer oppmerksom på hva som kunne oppnås:

Avdeling A forteller om en schizofren pasient som kom inn med en hel del medikamenter. Pasienten hadde ikke språk ved innleggelse, men da de ansatte valgte å seponere en del medisiner kom språket tilbake igjen. De erfarer at pasienter som kommer inn på sykehjemmet ofte får redusert legemiddellisten.

«De får mat og oppfølging, så er ikke behovet der lengre».

Avdeling B forteller om en pasient som har blitt mye mer våken på dagtid fordi noe av de psykotrope legemidlene som pasienten stod på ble seponert. Pasienten slet med trøtthet som bivirkning, men når de ble seponert ble hun mer våken, men også mer aggressiv. Utfordringen var å finne en balanse slik at pasientene skulle ha god virkning, men ikke for mange bivirkninger.

«Hun har jo hatt litt bivirkninger av det, og hun har jo sovet mye og da på dagtid og på kvelden og der hun har dager der hun bare sover».

Begge avdelingene sier at medisiner er en utfordring for disse pasientene og at man må prøve seg litt fram og se hva som fungerer for de enkelte. Avdeling A sier at det er noe de har fokus på hele tiden, medisiner til pasientene skal vurderes ofte.

«Det er litt sånn prøve og feile, observere hvordan effekten er».

Bryte et mønster

En situasjon der sykehjemmene ofte opplever medisiner som en vellykket intervensjon er når de har pasienter som er «fast» i et adferds- eller tankemønster. Begge sykehjemsavdelingene forteller at når dette skjer forsøker de med periodevis medisiner, at de gjerne prøver ut et psykotropt legemiddel i én til to uker før det prøveseponeres etter en evaluering av pasienten. De er enige om at en slik periodevis medisiner kan bryte mønsteret, og at det ofte er vanskelig å få dem ut av det uten medisiner.

«... hvis noen er veldig urolig så bruker jeg å si en uke, men jeg syns som regel at det må enten to eller kanskje tre uker til for å på en måte ... klare å skille mellom det som er endringer i dagsformen og det at du på en måte har nytte av medisinen».

Avdeling A forteller om en kvinnelig pasient som kom til legen nesten hver visitt ukentlig, i flere uker, og fortalte at hun var gravid og hun trengte en abort. Hun ble satt på risperidon i en uke, og da var svangerskapet over og hun var kommet ut av det tankemønsteret. Avdeling B forteller også at pasienter som det er vanskelig å samarbeide med kan blir litt mer tilgjengelig for samtaler og samarbeid ved å bruke antipsykotika, og at dette kan gi åpninger for andre typer tiltak. Imidlertid erfarer legen at pasienter som de vet har hatt et overforbruk av alkohol i mange år ofte kan være mer aggressive og vanskeligere å forholde seg til enn andre. Da er det så vanskelig å komme ut av det med miljøtiltak, at de tyr til medisiner slik at pasientene skal blir tilgjengelige for andre tiltak.

Hvis legemidlet har vært brukt før, er sykehjemsavdelingene enige om at de kan bruke det igjen. Avdeling B påpeker da at det ikke nødvendigvis blir satt opp en ny evaluering etter en viss tid, slik som det blir dersom det er første gangen.

«Nå er hun i bedring, så vi tenker at hun skal stå på det til ting er stabilisert mest mulig også prøve å ta det bort tenker jeg».

Likevel kunne det noen ganger virke med ikke-medikamentelle tiltak. Avdeling A forteller også at de gjerne prøver å ta pasientene ut av situasjonen dersom de blir urolige. Noen ganger

velger de da å ikke spørre om pasientene vil være med, de ansatte sier heller «kom igjen, nå skal vi gjøre sånn og sånn». De erfarer at dersom de spør så får de ofte nei til svar. Det påpekes også at noen pasienter kan bli veldig sinte dersom du prøver å avlede, og noen er lettere å avlede enn andre.

«Det er en kunst det der å avlede, en bra kompetanse å ha det altså».

4.2.2 Samarbeid

Informasjonsoverføringer

Informasjonsflyt mellom de ansatte på sykehjemsavdelingene er litt ulik, selv om begge avdelingene benytter programmet Gerika for dokumentasjon og samt at det i tillegg noteres ned informasjon til neste legevisitt i programmet. Avdeling A forteller at endringer og oppstart av nye legemidler blir informert videre til andre ansatte, samt at primærkontakten tar det opp på brukermøtet også får alle ansatte et referat fra møtet på e-post. Avdelingen B forteller at informasjonen kommer opp til kveldsvakten, og det blir i tillegg skrevet ut og lagt i en perm slik at alle kan gå inn der å se hva som er gjort og alle vet hvor den informasjonen finnes.

«Man har jo også et eget ansvar og, å oppdatere seg, det har man jo».

På avdeling B kommer det frem at de bytter på å være med på legevisitten. Det fortelles at de kan føle at de har litt dårlig oversikt over alle pasientene hvis de skal på visitten selv. Gode dokumentasjoner er derfor veldig viktig, og dersom de ikke selv skal på visitten så er det noen, for eksempel primærkontaktene, som skriver en evaluering av pasientene slik at de som skal på visitten kan gå inn i dokumentasjonen og lese evalueringene av pasientene de selv ikke er så mye med.

«Så jeg må alltid inn å se på dokumentasjonen før jeg har visitt så jeg vet».

Avdeling A forteller også at hvis de finner noe som fungerer for en pasient så dokumenteres det slik at alle kan prøve å gjøre det samme.

Systematiske og personavhengige pasientvurderinger

«Så ser du at rapportene er litt avhengige av hvem som skriver. Får sånn annenhver rapport med «uro» og «nå er det bedre» ikke sant, ettersom hvem som er der litt. Sånn bør det jo være da, litt avhengig av å oppleve pasienten».

Sykepleiernes rapporter er viktige når legen skal ta avgjørelser rundt medisiner. Legen på avdeling A forteller at rapporteringen kan være veldig personavhengig, men sier at det likevel er viktig å ta ting på alvor når det blir rapportert. Dersom legen alltid avviser oppfordringene fra sykepleierne vil rapporteringen øke mer slik at legen skal reagere på rapportene som kommer. Legen poengterer viktigheten av førsteobservatørene og at han handler ut fra hva de dokumenterer og forteller. De andre ansatte forteller også om hendelser der pasientene omtrent er friske når legen kommer rundt på visitt, selv om det i utgangspunktet har vært rapportert en hendelse eller endring hos pasienten. Akkurat som at pasientene skal være friske fremfor legen, men når legen ikke er tilstede så kan de ha noen plager.

«Eller når legen kommer så sier de «ånei.» «Ja, da er de friske omtrent».

Legen på avdeling B forteller at alle er flinke til å rådspørre hverandre dersom det er usikkerhet rundt noe. For eksempel, hvis det er kommet et forslag om å øke dosering på en type psykofarmaka, men dokumentasjonen er litt lite begrunnet, så vet de andre ansatte hvem som kjenner den pasienten godt og kan komme med informasjon uten at det er noe problematisk selv om kanskje ikke den som dokumenterte det selv er på jobb akkurat da.

«Så hvis jeg syns at det er litt lite begrunnet da, så kan dere jo, så syns jeg dere er flinke til å bare, sier dere at den og den pleieren kjenner den godt [...] for å få litt mer sånn utdypende informasjon om bakgrunnen for ønske eller forslag om endring av medisiner eller at det var problematisk da. Så jeg føler det nå egentlig at alle sammen er med på forskjellige slags vis å bidra til akkurat det der da».

De andre fra avdeling B forteller om at de har et godt samarbeid, og at de ikke er redde for å fortelle hva de mener om hvordan pasientene har hatt det og eventuelle tiltak de kan se på som nødvendige. Avdeling B forteller at de har diskutert om man kan få til en previsitt før visitten, der man kan på forhånd samle inn den informasjonen man trenger til visitten for å evaluere pasienter og eventuelt effekt av en behandling.

«... forskjellige slags folk som er inne i bildet i løpet av en uke og det er jo lett at enkelthendelser kan farge for mye inntrykket så det er om å gjøre og få litt lengre tid da».

Avdeling A fremhever samarbeidet de har med legen, og at han er veldig tilgjengelig for de ansatte. De vet hvor de har han, og at de kan spørre om det man skulle lure på.

4.2.3 Aktivisering

Aktiviteter for de eldre

Under begge intervjuene kom det frem mange ulike aktiviteter og andre tiltak sykehjemsavdelingene benytter hver dag. Begge forteller om gruppetrim som gjerne skjer etter frokost.

«Vi ser jo an litt dagsformen, om de er urolige, om de trenger noe ekstra, men så har vi sånn som trimmen som skal utføre hver dag. Da får de jo brukt kroppen ...».

Det blir også fortalt om neglepleie, samtaler, brettspill, kino og musikk. Avdeling A trekker frem at de ser viktigheten med å ha en samtale med pasientene under stell. Og om kvelden når strømpene skal av, og pasientene gjerne er tørre i huden, kombinerer de å smøre inn beina med krem og gir dem en god massasje i tillegg. Pasientene opplever dette som behagelig og avslappende forteller de, samtidig som det er viktig for huden. Tiltak som dette kan hjelpe pasienter å slappe av og bidra til bedre søvn.

«Kanskje gi de en god massasje når du tar av strømpene ikke sant, med krem»

«Kanskje gir de en bedre natt».

På avdeling B er det aktivtøren som arrangerer frokost, trim og bingo for alle pasientene, og også en del individuelle aktiviteter som samtale, neglepleie, baking og å lese avisen. Imidlertid ser de at det blir litt begrenset med livsgledetiltak som frisk luft og dagslys.

«Det er jo livsglede, det med det der frisk luft, og det er jo et miljøtiltak. Dagslys og. Men det er jo begrensa det og.»

Avdeling B forteller at det ikke er medikamenter de prøver først, men erfarer at det er vanskelig å komme i mål bare med miljøtiltak, særlig hos de mest urolige pasientene. Det er noen pasienter det hjelper med miljøtiltak på, men på noen pasienter hjelper det ikke samme hva man gjør fortelles det videre.

«... kan jo ha en gunstig innvirkning på humøret skulle man tro da, men jeg vet ikke, de mest urolige av dem er kanskje vanskelige å få roet ned med sånne tiltak».

De forteller videre at pasientene som kommer inn på sykehjemmet blir plassert tilfeldig, og dersom de kommer på en fløy der det ofte er uro, så er det vanskelig å få til miljøtiltak, selv hvis pasienten i utgangspunktet kunne hatt glede av det.

Avdeling A forteller at aktiviteter ikke er for alle, noen pasienter blir veldig urolige av det er mange folk på ett sted eller det å bli tatt ut av avdelingene.

«Og det tar vi virkelig hensyn til for hvis ikke så får vi en stor jobb etterpå, å roe de ned».

Individualisering og fordel med fast personale

Begge avdelingene fremhever hvordan fast personale er veldig viktig for pasienten, og at de kan påvirke adferd og dermed også medisinerer. Avdeling A forteller at om sommeren, når det gjerne er litt mer vikarer, og de som er faste på avdelingen får større ansvar og ikke alltid kan være like tilgjengelige, så blir det en større uro. De ser at det er veldig viktig at pasienten blir kjent med de ansatte.

«Så vi er litt sånn avhengig av det, faste folk».

Avdeling B drar frem en pasient som eksempel der de har sett at fast personell har hatt veldig god innvirkning for å minske uroen.

Avdeling A forteller også at det handler om hvordan man går overens, det er jo ikke alle som går like godt overens. Dette gjelder både pasienter imellom, men også ansatte og pasienter. Det er viktig for mange pasienter å vite at det er kjente på jobb. De forteller at for å bli kjent med pasientene gjør de en kartlegging over hva pasientene liker og hva de ikke liker når de flytter inn. Dette noteres på livsgledeplanen, eller aktivitetsplanen, til vedkommende. Her noteres det ned om de helst vil være på avdelingen, eller om de for eksempel liker å spise lunsj i kantina og være med på aktiviteter utenfor avdelingen.

«Vi er opptatte av det da. Vi vet hvem som er med på hva».

«Så det er jo sånn prøve, feile og lær».

Avdeling B forteller at de prøver å diskutere eventuelle miljøtiltak når pasientene kommer inn på sykehjemmet. Observasjon av pasientene er viktig, og også å ha et møte med pårørende for

å høre hvordan de erfarer pasientene i forhold til både uro og medisinerings. De forteller om en pasient som tidligere har vært veldig opptatt av å male. Når de fant frem noe maling de hadde liggende, roet pasienten seg veldig ned, og nå sitter pasienten i timevis og maler. De har sett at også andre pasienter kan ha glede av dette, enten ved å delta selv, eller ved å se på hun som maler, og prøver gjerne å få med flere pasienter, men det er ikke alltid det dukker opp noen.

Avdeling A forteller om en annen aktivitet som de ser nytten av: at mange av pasientene hjelper til med dagligdagse gjøremål inne på avdelingen.

«De fleste damene er jo vant til å stelle i hus og hjem, når de plutselig skal sitte her og vi skal gjøre alt så føler de jo en trang til å gjøre noen ting. De har jo gjort det hele livet, ikke sant. Plutselig skal de ikke få lov til å røre en kopp omtrent nesten, eller rydde av etter måltid eller smøre brødsleven sin selv».

Begge avdelingene forteller at når pasientene får være med på dette føler de at de får gjort noe nyttig, og dette kan ha en god effekt på symptomer som uro. Pasientene er derfor nesten daglig med på kjøkkenet, med på å rydde kopper, sette inn i maskina, vaske av bord, dekke på, sette på kaffe og servere kaffe. De forteller også at de får en sekk med vaskekluter som pasientene gjerne sitter og bretter. Da føler de at de hjelper til.

Avdeling A forteller at de bevisst benytter den dagligdagse aktiviseringen til å avlede pasientene dersom de er urolige, å be dem hjelpe med å dekke på bordet blir dratt frem som et eksempel.

Ressurser er avgjørende for å få til aktivisering – frivillige og ansatte

Begge avdelingene forteller at de har aktivitører som kommer innom for å aktivisere pasientene. Avdeling A påpeker at de har flere aktivitører. Begge forteller at aktivitøren kun er der på dagtid, noe som er utfordrende da det er ofte i vaktskiftetiden og på kvelden det er uro på avdelingene. Avdeling B trekker frem at det da er mange pasienter per ansatte på jobb, og de forteller at hvis det da er mange som er urolige og bråker så er det begrensa tid til å gjøre miljøtiltak. Man har da ikke mulighet til å sette seg ned å begynne med miljøtiltak eller finne på noe. Andre pasienter har andre, og noen ganger akutte behov, slik at det er andre ting som må prioriteres.

Avdeling A beskriver også om uro på kveld, ofte etter kveldsmat og når kveldsstellet begynner. Da forsvinner de ansatte ut av avdelingen og pasientene blir urolige når det ikke er noen der sammen med dem.

«... kveldsstellet begynner, da blir det en del uro på avdelingen ikke sant i forhold til at folk går og legger ser, vi forsvinner ut av avdelingen for å hjelpe, at de blir urolige. Når det er ikke er noen som er der sammen med dem».

De forteller videre at da kan pasientene fotfølge dem, bli med dem over alt, og gjerne inn på rommet til andre pasienter. Hvis ansatte da sier «nei» kan pasientene bli lei seg, sinte og irriterte.

Også andre kan bidra til aktivisering. Avdeling B har en servicevert som også har en del miljøtiltak, snakker mye med pasientene, har lunsj og håndterer varer.

På avdeling A har en av pasientene fortsatt med en privat sykepleiertjeneste som hun hadde før innleggelse - nå kommer det en sykepleier hver dag og aktiviserer pasienten på dagtid. Denne hjelperen sier til de ansatte at pasienten oppleves som mye roligere nå som hun er på sykehjem, hun ser stor forskjell og språket er blitt bedre. Avdelingen har også gjennom en frivilligtjeneste av en pensjonert omsorgsarbeider som kommer innom med hund.

Begge avdelingene forteller at de selvsagt skulle gjort mer. Avdeling B forteller om sommeren da de har hatt hjelp fra «ung i jobb» og hadde da yngre, ufaglærte, som bare var i miljøet sammen med pasientene. De ønsker nå en miljøvakt som ikke trenger å være faglært, fordi de så stor effekt av det.

«Så man hadde jo ikke trengt masse fagarbeidere, men gjerne noen som kan, som har tida da og mulighet til å sette seg ned sammen med dem. Bare en samtale og.»

«Det er ikke så lett når man skal kutte ned til det minste, minste som går an. Da blir det jo nedprioritert så».

Avdeling B forteller om frustrasjon at det skal kuttes ned på midler.

«... det er litt andre ting som da må prioriteres, og da blir dessverre ikke miljøtiltak prioritert. Da blir det jo ofte at medikamenter blir en løsning».

4.2.4 Uro på avdelingene

Søvnvansker, uro og aggresjon blant pasientene

En av hovedutfordringene på sykehjemmene er søvn, og om pasientene sover gjennom natten. Begge avdelingene reflekterer over at det gjerne ikke er så rart, fordi pasientene ofte kan sove på dagtid, og ofte tar seg en lur etter måltider.

Avdeling B forteller at de opplever mye uro på avdelingen på natten, til tross for at mange bruker på sovemedisiner.

Avdeling A påpeker at dersom det registreres at pasientene sover nok i løpet av døgnet, trenger de ikke sovemedisin.

«Mange sover jo, og har seg en god lur midt på dagen har jeg inntrykk av ... så de får seg en sånn tre – fire timers søvn til sammen på dagen, så er det jo ikke så rart at de ikke sover sånn kjempegodt på natten heller ...».

Avdeling A forteller at mange av pasientene vil hjem igjen. Pasientene opplever at de er i 20-årene og skal hjem til barna sine. Dette forverres ofte utover dagen ettersom pasientene blir slitne, slik at på formiddagen kan det være lett å få de ut av det tankemønsteret og realitetsorientere dem, mens på ettermiddagene oppleves det som mer utfordrende å få de ut av tankemønstre. Nye pasienter kommer ofte inn med en slik uro, og de forteller at en av de nye pasientene som nylig har kommet inn vandrer rundt uten å finne roen og finner ikke roen, særlig på ettermiddagen. Da ble det påsatt antipsykotika i liten dose, men pasienten er fortsatt i observasjonsfase for hva som kan roe henne ned og det er ikke observert noen umiddelbar effekt. De reflekteres over om miljøtiltak og medisinerings sammen kan roe hun ned, da hun nå har mye en til en kontakt, og er med på dagligdagse gjøremål.

Andre symptomer som de opplever kan være vanskelig å håndtere er dødsangst og aggresjon. Avdeling B trekker frem en pasient der pleierne kan blir redde for han og det er kona som må stille han. Noen ganger vurderes medisinerings som nødvendig like mye av hensyn til andre pasienter og ansatte. De forteller om en pasient der de har forsøkt å seponere flere typer psykofarmaka, men dette førte til at pasienten ble veldig aggressiv både mot ansatte og andre pasienter. For at pasienten ikke skal være til fare for seg selv, andre pasienter eller ansatte så må pasienten få litt beroligende medisin.

Tilsvarende forteller avdeling A om en pasient som var på vei til å klatre ut av vinduet og hun gikk inn på rommene til de andre pasientene, noe som gjorde de andre pasientene veldig urolige.

«Pasientene påvirker hverandre og».

Avdeling A forteller at de erfarer at stemninger kan spre seg blant pasientene. De forteller at dersom en pasient er negativ i forhold til en aktivitet eller et måltid så sprer det seg som en bølge og plutselig så er hele gruppa negativ. Mange vil også bare sitte i fred, og være «hjemme» på avdelingen.

«Det er ikke alltid uroen som sprer seg, men det er vel den litt negativiteten kanskje, den passiviteten som sprer seg, vil bare sitte i fred».

De forteller videre at pasientene kan være ganske stygge i munnen mot hverandre, og mange av dem har ikke filter

Imidlertid kan også gode stemninger spres, som i tilfellet med pasienten på avdeling B som maler. Pasienten var tidligere urolig og det skapte en urolig atmosfære på avdelingen, men nå sprer det en rolig atmosfære når hun sitter og maler, det blir en ro på avdelingen. De forteller at flere av pasientene sitter rundt og de sier at de blir rolige og de følger med på henne og forteller hvor flink hun er.

5 Diskusjon

Innkjøpsstatistikken viste en stor spredning av psykofarmakabruk mellom avdelingene. Etter å ha utført to fokusgruppeintervju med totalt sju deltakere i yrkene lege, sykepleier, helsefagarbeider og omsorgsarbeider har vi fått et innblikk i hvordan sykehjemshverdagen er og hvilke tanker og erfaringer de ansatte sitter med rundt medisineringen av beboerne på sykehjemsavdelingene. Resultatene våre viser at det er vanskelig å medisinere sykehjemspopulasjonen, da spesielt de demente, og at de to sykehjemmene i all hovedsak har mange lignende erfaringer og holdninger. Likevel ser vi noen ulikheter, som vi kommer tilbake til under resultatdiskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

Generelt kan man si at kvantitativ metode baserer seg på tall, numeriske data, mens kvalitativ metode består av tekst utvunnet fra for eksempel samtaler. Kvantitativ metode benytter ofte spørreundersøkelser og spørreskjema som datainnsamling, i tillegg til at psykologiske og biologiske data også blir analysert som kvantitative enheter. Kvalitativ metode samler inn data i form av ord, tekst, fortellinger, bilder og/eller observasjoner (73). Yoshikawka et. al. understreker også at det er problemstillingen og formålet med oppgaven som skal bestemme hvilken metode som skal benyttes, og metoden skal ikke bestemmes først (73). Malterud beskriver at kvalitative studier skaper forståelse – formålet er ikke å forklare, men heller å beskrive noe (70).

5.1.1 Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

Denne oppgaven ble til på grunn av et stort engasjement fra kommunefarmasøyt (AGH) i Trondheim kommune. Bakgrunnen var at det ble sett en stor variasjon i innkjøp av psykofarmaka blant sykehjemmene. Innkjøpsstatistikken ble dermed utgangspunktet for hele oppgaven, og for utvelgelse av hvilke sykehjemsavdelinger som var aktuelle for intervju. Under utvelgelsen av de to sykehjemsavdelingene vi til slutt landet på ble det først forsøkt å rangere sykehjemsavdelingene kun etter forbruk av de fire psykofarmakagruppene lagt sammen. I Tabell 2 vises det totale forbruket i DDD/100 liggedøgn i 2. kolonne. Da dette ble gjort så vi fort at denne måten å gjøre det på ville i stor grad kun gjenspeile forbruket av

antidepressiva fordi det er den største kategorien i våre data. Dermed måtte vi heller rangere hver psykofarmakagruppe for seg, også summere rangeringene for å få en totalrangering. Da sikret vi oss at alle fire gruppene ble tatt hensyn til under utvelgelsen. Til tross for at rangeringen ble gjort slik, ble det klart mot slutten av prosjektet at de to sykehjemsavdelingene vi valgte å ha intervju med lå veldig likt på innkjøp over antipsykotika i 2017. Dermed er det bare de tre andre gruppene, antidepressiva, anxiolytika og hypnotika, som varierer mellom avdeling A og avdeling B. Dette diskuteres videre under Kapittel 5.2.2.

Som forklart under Kapittel 3.1 kommer innkjøpsstatistikken vi har benyttet allerede bearbeidet fra kommunen, og råfilene ble mottatt fra Apotek 1 som i 2017 leverte legemidler til sykehjemmene. Veileder AGH bearbeidet råfilene, og tallene vi har fått er en reel statistikk på innkjøp blant sykehjem i kommunen. Dette sikrer en høy kvalitet på dataene. Siden innkjøpsstatistikken viser det sykehjemsavdelingene kjøper inn via multidose og pakninger utenom som brukes ved behov, antar vi at innkjøpsstatistikken er nært den faktiske bruken av disse legemidlene. Ved videre bearbeidelse av tallene kommer den store spredning mellom avdelingene frem, noe som vises tydelig ved å sammenligne Q3 og maksimumsverdien. Siden vår problemstilling fokuserte på å beskrive data, vil disse utregningene være nok og en mer avansert statistisk analyse vil gå forbi den aktuelle problemstillingen vi har sett på. Tallene vi fikk var allerede sortert inn i de fire gruppene som presenteres i Tabell 2, men vi kunne ha fått mer dybderesultat dersom vi også hadde presentert tall ned på siste ATC-kode nivå. Under intervjuene presenteres det legemidler ned på virkestoff, slik at dette kunne vært interessant å gå videre inn på ulikhetene og innkjøp av de ulike legemidlene under hver gruppe. Dette ble ikke gjort da det ble for komplekst for denne oppgaven, men det kunne vært med på å styrke den interne validiteten.

Det hadde vært interessant å ha med andre faktorer som antall ansatte per enhet, yrkesdekning og legetime per uke per seng på hver avdeling. Antall sengeplasser per enhet er beregnet inn i DDD/100 liggedøgn av de fire psykofarmakagruppene, som gjør sammenligningen av de ulike sykehjemsavdelingene enkel. Dette er tall vi ikke har tatt med, men skulle prosjektet bli gjort på nytt ville dette vært interessant faktorer å ha med for å se om dette er faktorer som kan være med på å kunne forklare spredningen, særlig basert på resultatene fra fokusgruppene som indikerte at bemanning kunne ha stor betydning for håndtering av nevropsykiatriske symptomer.

Den eksterne validiteten innebærer hvor overførbare resultatene er. Vi kan ikke uten videre overføre våre resultater, og den store spredningen i bruk vi ser i Trondheim kommune til andre kommuner i Norge. Imidlertid kan man anta at Trondheim kommune ikke er alene i å ha store spredninger i bruk av psykofarmaka. En studie gjort i Sverige, som tok for seg 33 sykehjem, fant en stor forskjell i forskrivning i psykofarmaka mellom sykehjemmene. De så også at forskrivning av psykofarmaka var veldig vanlig, og de tre mest vanlige var anxiolytika, hypnotika og antipsykotika (74). Våre tall viser at antidepressiva er det legemidlet som forskrives mest, noe som også samsvarer med funn av en studie gjort i Norge som inkluderte 26 sykehjem i 18 forskjellige kommuner (75).

5.1.2 Del 2: Fokusgrupper

Formålet med oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke en ordineringsprosess på sykehjem i Trondheim kommune, og da vi først fikk oppgaven stod vi veldig fritt til å velge hvordan vi ville angripe problemstillingen. Vi landet veldig tidlig på at det var best med en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, årsakene diskuteres i kapitlet Validitet. Som nevnt er det ulike måter å samle inn data til kvalitative studier. Samtaler som intervju blir ofte brukt, og da benyttes både individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Vi valgte her å bruke fokusgruppeintervju da man i et slikt intervju også får innblikk i samhandlingen mellom deltakerne, og man får en annen innsikt i dynamikken enn dersom vi skulle basert datamaterialet kun på individuelle intervju (70).

Som hjelp ble det utarbeidet en semi-strukturell intervjuguide som skulle benyttes under intervjuene. Siden valget falt på fokusgruppeintervju der målet er å ha en flytende dialog mellom deltakerne var det nødvendig å ikke ha en veldig satt intervjuguide. De ikke-deltakende observasjonene som jeg og AGH var med på var for min del veldig beroligende da jeg fikk hilse på noen av deltakerne til intervjuet på forhånd og se hvor vi skulle på intervju. Det tror jeg gjorde til at jeg var litt roligere under intervjuene enn jeg ville ha vært uten disse observasjonene, og at jeg hadde hodet på rett sted.

I starten av prosjektet ble det først diskutert om vi skulle intervjuer to høyforbruker- og to lavforbruker-sykehjem. På grunn av tidsmengden ble dette halvert, slik at det ble to intervju til sammen. Hvordan intervjuene skulle legges opp ble også diskutert, om samtalen med legene skulle baseres på individuelle intervju, og et gruppeintervju med de andre ansatte, eller om det var mulig å ha yrkesspesifikke intervju per sykehjem. Bakgrunnen for dette var om

den hierarkiske kulturen kunne påvirke svarene til deltakerne, men siden dynamikken mellom dem var noe vi var interesserte i, anså vi det som viktig at alle yrkesgruppene var representert. Ordineringsprosessen påvirkes i alle ledd, slik at det var viktig for prosjektet at flere yrkesgrupper ble presentert. Likevel kan det tenkes at vi hadde fått andre svar dersom vi hadde intervjuet gruppene hver for seg.

Problemstillingen kunne også ha vært løst kvantitativt ved å bruke spørreskjema med godt utarbeidede spørsmål. Da kunne man også fått data fra flere sykehjemsavdelinger, og flere representanter for hver yrkesgruppe. På den andre siden hadde vi ikke fått den dynamikken og samhandlingen som et gruppeintervju gir.

Gjennomføring

I følge Malterud vil ofte nybegynnere på fokusgruppeintervju gjerne lage en mer omfattende intervjuguide enn det som er nødvendig (70), noe jeg kan kjenne meg igjen i. Intervjuguiden ble utarbeidet veldig tidlig i prosjektet og det ble brukt mye tid på å utarbeide spørsmål som kunne passe. Da selve intervjuene skulle gjennomføres ble intervjuguiden brukt i liten grad. Samtalen fløt så godt av seg selv i begge intervjuene, og det var mer naturlig å komme med oppfølgingsspørsmål knyttet til det deltakerne fortalte enn å skulle bryte inn i samtalen med ett av spørsmålene som var utarbeidet på forhånd og gjerne ikke passet inn i samtalen. Det jeg hadde god nytte av var de tre hovedspørsmålene jeg hadde utarbeidet på forhånd.

For mange deltakere i en fokusgruppe krever en større jobb som moderator da det krever mer å styre samtalen. En større fokusgruppe har derimot potensiale til en større bredde og variasjon i samtalen, men det blir vanskeligere å passe på at alle får deltatt i samtalen og at samtalen følger en rød tråd (70). Da vi skulle invitere inn til fokusgrupper etter vi hadde vært på observasjon på de aktuelle sykehjemsavdelingene sa vi at vi gjerne ville ha fire til fem deltakere. Malterud anbefaler en fokusgruppe på fem til åtte deltakere (70), slik at vi holdt oss under dette. På det første intervjuet var det kun tre deltakere med. Det kan tenkes at dersom vi skulle gjort dette på nytt ville vi ha ønsket flere deltakere, men praten på intervjuet gikk veldig lett og vi fikk flere pasienthistorier. Som det første fokusgruppeintervjuet jeg har gjort som moderator, synes jeg likevel antallet var passende. På det andre fokusgruppeintervjuet var det fire deltakere. Intervjuene ble foretatt på dagtid, på en vanlig arbeidsdag, slik at legen skulle være tilstede. Dette gjorde til at vi tok de som var med på intervjuet ut av avdelingene slik at det ble færre folk på avdelingene. Vi ble fortalt at det egentlig var meningen at det

skulle være med en sykepleier til på det første intervjuet, men fordi det var så travelt var det ikke mulig å få henne ut av avdelingen.

Siden oppgaven er blitt utarbeidet på kommunalt nivå, ble sykehjemmene mer eller mindre fortalt at de skulle være med på dette prosjektet. Det var også samtykke basert på oppmøte slik at jeg som masterstudent spurte aldri direkte sykehjemmenes avdelingsleder, eller de inkluderte på intervjuene, om jeg kunne få komme og ha intervjuet. Hvordan dette kan ha påvirket resultatet er vanskelig å si da alle har vært positive til prosjektet og dermed villige til å bidra.

Som nybegynner er det vanskelig å si konkret hva som skulle vært gjort bedre, eventuelt hva var bra. Likevel, da jeg satt med lydopptakene og skulle transkribere merket jeg at jeg skulle ønske jeg hadde fulgt opp flere erfaringer som ble snakket om med spørsmål. Deltakerne fortalte om historier og hva de hadde gjort, og i ettertid ser jeg at jeg skulle ha spurt mer konkret om akkurat det de forteller. For eksempel fortalte en sykepleier fra sykehjemsavdeling B om en pasient som har vært sint og ikke vil spise måltidene på fellesstua, også i en periode ble det bedre og han var med inn og spiste og var der til hvert måltid, men så ble det en forverring igjen som gjorde til at han ikke ville være med inn lengre. «Plutselig så snudde det og da ble han mer sint altså». Her kunne jeg tenkt meg at jeg hadde spurt litt mer om hva de mener når de sier forverring, hvorfor de tror dette skjer nå, hva har endret seg, og hva de mener de bør gjøre videre? I stedet henvendte jeg meg til en annen etter de var ferdige med å snakke om akkurat denne pasienten. Dette kunne har ført til en større dybde på datamaterialet, og hadde styrket den interne validiteten (se Kapittel 5.1.2, Validitet).

En kanskje mer alvorlig begrensning i intervjuene var at vi ikke spurte spesifikke spørsmål om ordinerer av antidepressiva. Antidepressiva er jo det som blir forskrevet mest av i sykehjem i Norge (58), og ut fra innkjøpsstatistikken er det også tydelig at det går mest av antidepressiva på sykehjemmene i kommunen. Deltakerne kom ikke inn på antidepressiva selv, og i ettertid ser jeg at dette er noe vi burde ha etterlyst. Våre fokusgruppeintervju kan derfor primært belyse problemstillinger rundt ordinerer og bruk av antipsykotika, anxiolytika og legemidler for søvn.

Analysen

Yoshikawa et al., mener at når man gjør en mixed method-studie er det beste å integrere både den kvalitative delen og kvantitative delen i analysen for å gi en større helhet. Imidlertid

understrekes at det krever mye trening og gode analyseegenskaper (73), og i dette masterprosjektet er det derfor valgt å analysere de to delene hver for seg. Det finnes ulike måter å analysere kvalitative data på, men i skandinavisk helsefaglig tradisjon er de to hovedretningene grounded theory (Strauss og Corbin, 1998) og fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (76). Som nybegynner vil en systematisk fremgangsmåte være en god læringsprosess og enklere å gjennomføre. Valget ble derfor systematisk tekstkondensering av Kirsti Malterud, som er en form for fenomenologisk analyse. Malterud sammenligner kvalitativ analyse som en dans. En dreven danser kan improvisere stegene i en dans, mens en nybegynner må lære seg systematisert de basale trinnene og øve på disse en hel del før man kan dele dansen med andre (72).

Analyseprosessen er en iterativ prosess, og man går tilbake til transkriptene og tilbake i analysen flere ganger i løpet av hele prosessen. Mye ble også endret underveis som stoffet ble jobbet med, og masterstudenten ble bedre kjent med materialet. Veilederen knyttet til Universitetet i Bergen (RLSK) var til stor hjelp under analysen. Vi hadde et møte i Bergen for å komme ordentlig i gang med analyse, og før dette hadde jeg lest gjennom transkriptene mange ganger, utarbeidet meg en viss formening om hovedtema og laget tankekart ved hjelp av dataprogrammet NVivo 12. I løpet av det møtet ble mye satt litt på plass og i system slik at det var enklere for meg å fortsette analyseprosessen. Analyseprosessen valgte vi å gjøre veldig praktisk, og ved å følge systematisk tekstkondensering ble analysen strukturell og systematisk gjort. De meningsbærende enhetene som ble markert ut fra transkriptene, ble klipt ut og lagt sammen i bunker som belyste det samme. Vi markerte hvert transskript i forskjellig farge, så selv om vi valgte å analysere transkriptene sammen, kunne vi fortsatt skille de fra hverandre. Siden prosessen var så praktisk var det enklere enn først forventet å fortsette analysen på egenhånd. At vi var flere med som gjorde analysen sammen er en styrke, da vi fikk diskutert funn, og utfordret hverandres tolkninger. Kondensatene som ble utarbeidet og sendt til veilederne mine for tilbakemelding, og veileder AGH kunne da bekrefte at hun kjente igjen resultatene fra hennes opplevelse av å delta på intervjuene, noe som også styrker validiteten til analysen.

Validitet

Som forsker er det viktig å være klar over prosjektet sin validitet, og med validitet menes i hvilken grad metoden faktisk undersøker formålet med prosjektet (77). Det skilles mellom

intern og ekstern validitet. Intern validering kan oversettes til troverdighet, mens ekstern validitet kan oversettes til overførbarhet (78).

Intern validitet sier noe om hvor sanne våre funn er for den populasjonen vi har sett på, og handler om kvaliteten på forskningsmaterialet, på analysen og om metodevalget er relevant for forskningen, og om det er troverdig og sannsynlig resultat (78). Før man ser på den eksterne validiteten, om overførbarhet, må vi først besvare den interne validiteten. Er metoden relevant for å belyse min problemstilling? Er utvalget nok? Er intervjuet materialet relevant? Hvilken kunnskap har deltagerne formidlet, er analysen god nok, og hvordan preger min forforståelse funnene som er gjort? Siden vi ser en slik variasjon i bruk av psykofarmaka, er det de ansatte som jobber på sykehjemmene og deres erfaringer som best kan besvare hvordan de erfarer ordineringsprosesser for pasientene sine, og jeg mener intervju er den optimale metoden å belyse akkurat dette. For å styrke oppgaven ble det også gjort en slags metodetriangulering både med tanke på at vi belyser kvantitative tall, og prøver å besvare dette ved å bruke kvalitativ tilnærming (79). At vi gjorde ikke-deltakende observasjoner på aktuelle sykehjemsavdelinger i forkant av intervjuene gjorde at intervjuguiden var mer spisset, og bidro også til en bedre forståelse av situasjonene deltakerne beskrev. Vi valgte å ha observasjonene ikke-deltakende, og intervjuene som metode fordi vi nettopp var ute etter erfaringer og holdninger, og ved mer deltakende observasjoner ville det gått litt på siden til den aktuelle problemstillingen.

I forhold til tidsrammen på prosjektet, og mengde data vi fikk ut av intervjuene, vil jeg anse utvalget som godt nok for denne masteroppgaven. Ønskelig kunne det vært litt flere deltakere på intervjuene, men det var ikke mulig. Dersom vi hadde fått flere deltakere, og mer data, er det mulig vi hadde hatt flere erfaringer å basere resultatene våre på. Likevel er jeg, som nybegynner, glad for den datamengden vi hadde og kunne ha blitt overveldet dersom det skulle vært mer å analysere. I følte Malterud vil ikke en større datamengde nødvendigvis styrke overførbarheten, den eksterne validiteten, og analysen kan bli overfladisk (80).

Den interne validiteten henger også tett sammen med metoden for dataanalysen. I dataanalysen har jeg vært grundig, og jobbet systematisk hele veien. Fordi den kvalitative tilnærmingen er iterativ har jeg også metodisk gått tilbake til de empiriske dataene, og har respektert dataene som de er.

Kvaliteten på intervjuene står også sentralt. Har jeg klart å få den informasjonen jeg trenger for å belyse min problemstilling? Det at jeg fikk være på sykehjemsavdelingene før intervjuene gjorde til at jeg hadde et ansikt på mange jeg skulle intervjuer, samt at deltakerne hadde et ansikt på hvem det var som skulle være intervjuer. Dette følte jeg hjalp for å skape en trygg og god atmosfære under intervjuene, og åpnet opp for god kommunikasjon. Veileder AGH har også god kjennskap til ansatte på sykehjemmene, som var med på å skape en trygg atmosfære under intervjuene. Jeg opplevde at deltakerne i stor grad kommuniserte godt seg imellom, og fortalte sine erfaringer til tross for at kollegene var tilstede og hørte på.

Deltagerne ga også uttrykk for erfaringer som ikke nødvendigvis er etter boken, noe som også underbygger det at intervjuet i en viss grad ga dybde og bredde i erfaringer. Det jeg merket under transkripsjonen var at jeg kunne gått enda dypere i det deltakerne fortalte meg underveis, og stille mer relevante spørsmål knyttet til det de fortalte. Jeg ble rådet på forhånd om å ha et prøveintervju med kjente deltakere på et helt valgfritt tema, noe som ikke ble gjennomført da tiden ikke strakk til. Dette kunne nok ha bidratt til å styrke den interne validiteten, da jeg allerede hadde gjennomgått et intervju og var mer sikker i min rolle som moderator. I min problemstilling kommer det frem at det er flere psykofarmakagrupper vi skal se nærmere på under prosjektet. Under intervjuene ble det glemt å spørre spesifikt om psykofarmakagruppene slik at de som ble nevnt var kun på initiativ av deltakerne.

Antidepressiva er en gruppe vi derfor ikke har noen resultater på, fordi jeg som moderator ikke spurte om dette. Det begrenser hvor gyldige våre resultater er for antidepressiva, men de gruppene det ble snakket om fikk vi gode erfaringer fra.

Transkriptene ble transkribert «ad verbatim», men det vil alltid være noe av informasjonen som går tapt når man omgjør muntlig språk til skriftlig språk. Dialekter ble oversatt best mulig til bokmål, både for å anonymisere transkriptene, men også for min egen forståelse og analyseprosessen. På transkriptene ble det notert ned dersom det var latter, andre lyder og om deltagerne måtte gå underveis, men gestikuleringer og annet kroppsspråk blir borte under transkriberinger. AGH var med på å finskrive transkriptene ved å høre igjennom lydfilene der det var sekvenser jeg ikke forstod. Malterud anbefaler at forskeren selv transkriberer materialet, da man har vært tilstede under intervjuene og analyseprosessen kan begynne allerede under transkriberingen (70). Fordelen med at jeg både var moderator og transkribent var at jeg hadde best forutsetning for å kunne se helheten i intervjuet, og ha et bilde på deltakerne, stemningen, og andre inntrykk under intervjuet. Rett etter intervjuene satte jeg og veileder AGH oss ned for å snakke om intervjuene, og skrive ned et kort sammendrag av det

helhetlige bildet. Etter transkriberingen var fullført kunne transkriptene blitt sendt til deltakerne, for en deltakersjekk, der eventuelle uklarheter kan oppklares og materialet kan godkjennes (79). Dette ble ikke gjort i dette prosjektet, da vi ikke så spesielle argumenter som talte for det.

Forskerens evne til å reflektere er også med på å styrke troverdighet, den interne validiteten (se også mer under 5.1.2 Forforståelsens påvirkning på intervju, analyse og resultat), som også igjen har betydning for overførbarhet, den eksterne validiteten.

Ekstern validitet ser på hvordan funnene kan være gjeldende for andre sammenhenger enn kun under denne forskningen. Hvem kan ha nytte av funnene, og er de relevante for dem? Jeg intervjuet sammensatte team av helsepersonell ved to sykehjemsavdelinger i Trondheim kommune, og med få deltakere kan man ikke dra noen konklusjon for hele kommunene, eller til resten av Norge. Det er ofte en diskusjon rundt hvor mange intervju som er tilstrekkelig for å gjøre en robust analyse. Mens det i kvalitativ analyse ikke er et mål at resultater skal kunne generaliseres til en større populasjon, snakkes det ofte om å samle inn data til man oppnår «metning». Med det menes at man skal samle inn data frem til man vurderer at mer datainnsamling ikke vil føre til ny kunnskap (79). I denne oppgaven var tid en begrensning for hvor mange intervju som kunne gjennomføres, men likevel mener jeg at disse intervjuene er med på å gi en pekepinn på hva som kan være faktorer på også andre sykehjem, da sammensetningen av helsepersonell er høyst relevant for alle sykehjem og at noen erfaringer kan være like. Materialet inneholdt en rekke interessante funn som gir innsikt i ulike områder knyttet til sykehjemshverdagen, og utgjør et godt utgangspunkt for videre utforskning av feltet.

Forforståelsens påvirkning på intervju, analyse og resultat

Filosofen Hans-Georg Gadamer sier at det er vår individuelle og kulturelle arv og bakgrunn som er med på å bestemme vår oppfattelse av noe, vår «horisont». Slik at det er bakgrunnen vi allerede har som er med på at vi kan danne oss en mening i nye situasjoner vi møter på (81). Dette kaller vi vår forforståelse (79). Min tidligere erfaring og opplevelse av sykehjemshverdagen, og ordinerings ved sykehjem, var veldig liten da jeg ikke har vært så mye involvert i sykehjem før. Derfor var min forforståelse mye basert på hva andre har fortalt meg, og nyheter. Før prosjektet kom ordentlig i gang skrev jeg et fiktivt sammendrag bare for å begynne tankegangen med hva som kunne være interessant å se på og hvilke resultater jeg

trodde jeg ville ende opp med. Under analysen prøvde jeg å ta dette frem igjen for å se om jeg hadde klart å frigjøre meg tilstrekkelig fra forforståelsen min. Spørsmålet er ikke om forskeren påvirker prosessene i forskning, eller ikke, under alle steg vil forskeren påvirke, og dette er ikke noe som kan forebygges (80). Under analyseprosessen skrev jeg ned hva som skjedde rundt analyse, og tanker rundt prosessen. Noe jeg la merke til var at da jeg satt alene med analyse, låste jeg meg litt i et mønster, slik at det var vanskelig å se resultatene som noe annet. Diskusjoner med veiledere ble veldig viktig for analyseprosessen, og at vi sammen kom frem til et resultat.

Da transkriptene ble lest igjennom syns jeg at det var veldig lett å skjønne hvilket sykehjem som var lavforbruker og hvilket som var høyforbruker, men da veileder RLSK, som ikke deltok under fokusgruppeintervjuene, leste igjennom var det ikke så tydelig for henne. Dette viser hvor stor betydning det har å være med på intervjuene og ha en forforståelse før analysen settes i gang. Derfor er jeg nå glad for at det bare var en veileder som var med på intervjuet, slik at man får synsvinkler fra noen som ikke var tilstede og har hilst på deltakerne.

5.2 Resultatdiskusjon

Analyse av innkjøpsstatistikken fra 2017 viser en stor spredning i bruk av psykofarmaka ved sykehjemmene i Trondheim kommune. Av de fire psykofarmakagruppene vi har valgt å ha med i denne studien, er det antidepressiva som brukes mest blant sykehjemmene. Begge intervjuene gir uttrykk for at sykehjemspopulasjonen er medisinsk utfordrende å behandle, og det som fungerer for en pasient ikke nødvendigvis fungerer for en annen, og noe som fungerer for en pasient en dag, fungerer ikke den neste dagen. Ingen dag er lik. De ansatte forteller likevel om et behov, og at det er nødvendig, med medisiner av noen pasienter, både fast og i perioder for å få pasientene mer tilgjengelige og at pasientene selv får det bedre. Personsentrert omsorg og aktiviteter på sykehjemmene fortelles som veldig viktig, men at det hadde vært lettere å få til dersom bemanningen hadde vært bedre.

5.2.1 Del 1: Beskrivelse av bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune

I Tabell 3 ser man hvor stor spredning det er mellom innkjøpet av de ulike psykofarmakagruppene på de ulike sykehjemsavdelingene i kommunen. Det som vises tydelig er hvor stor spredning det er blant de sykehjemsavdelingene som har høyt forbruk innenfor

hver gruppe. Ved å sammenligne 3. kvartil (Q3) og maksimumsverdien for alle de fire gruppene ser vi at det er en stor forskjell i det øverste sjiktet. Den største spredningen er i antipsykotikagruppen der 75% av sykehjemsavdelingene ligger under 6,8 DDD/100 liggedøgn, mens maksimumsverdien ligger på 36,5 DDD/100 liggedøgn. Den gruppen med minst spredning er hypnotika der 3. kvartil (Q3) ligger på 20,8 DDD/100 liggedøgn, og maksimumsverdien ligger på 34,6 DDD/100 liggedøgn.

En internasjonal studie gjort i flere europeiske land, der Norge er inkludert, viser en stor spredning i bruk av antipsykotika og antidepressiva. Bruk av antipsykotika varierte mellom 12% og 58% og bruk av antidepressiva varierte mellom 19% og 68% mellom alle land. Av studier gjort i Norge ble det funnet en variasjon i bruk av antipsykotika mellom 14,6% og 27% og en variasjon i bruk av antidepressiva mellom 34,3% og 67,7 %. Studien viser også at Norge er et av landene som bruker mest antidepressiva til demente pasienter (82). Tallene i Tabell 3 viser at det er antidepressiva som blir brukt mest blant sykehjem i Trondheim kommune med en median på 35,4 DDD/100 liggedøgn, noe flere studier som er gjort i Norge også viser (39, 50, 58). I den nasjonale retningslinjen om demens er det kun en svak anbefaling for bruk av antidepressiva for mild kognitiv svikt eller demenssymptomer, og at førstevalget er psykososiale, miljømessige og/eller psykoterapeutiske tiltak (42). Det er gjort lite forskning på bruk av antidepressiva hos eldre demente, og de studiene som finnes har gjerne få deltakere til å kunne konkludere et resultat, men det man finner ikke noe god dokumentasjon for å behandle eldre demente med antidepressiva (83, 84).

5.2.2 Del 2: Fokusgruppeintervju

Erfaringer knyttet til ordinerer av psykotrope legemidler til beboerne

Det ble snakket mye om bruken av antipsykotika, som de erfarer at hjelper beboerne på sykehjemmene. Begge avdelingene delte erfaringer der de ser at en intervensjon med antipsykotika kan hjelpe pasienter som er «fastlåst» i et mønster. Pasientene settes da på antipsykotika i en periode for å se om dette bryter mønsteret, eller om de blir tilgjengelige for andre tiltak. Avdeling A forteller også at dette er noe de benytter ved uro. Risperidon og kvetiapin blir nevnt som eksempler på antipsykotika. Ifølge de nasjonale retningslinjene om demens er risperidon førstevalget dersom man skal behandle ADPS hos demente, men det er kun en svak anbefaling da effekten ofte kan være beskjeden og bivirkningene potensielt kan være alvorlige. Risperidon er en av få antipsykotika som har godkjent indikasjon for

korttidsbruk hos demente i Norge, og det anbefales en prøveseponering av legemidlet etter 6 uker, som kan strekkes til 12 uker (42). Kvetiapin derimot har ingen indikasjon for bruk hos demente i Norge, men UpToDate drar frem risperidon, kvetiapin og olanzapin som tre antipsykotiske agenter som kan brukes hos demente. De understreker imidlertid at det er viktig å starte på en lav dose, og heller titrere opp hvis nødvendig. Det finnes lite data om effekt hos eldre ved bruk av kvetiapin (85). En litteraturstudie gjort i 2013 viser at sykehjemspasienter med demens og nevropsykiatriske symptomer som har brukt antipsykotika i lang tid kan seponere legemidlet uten skadelig effekt. Likevel ble det også funnet at pasienter med demens og agitasjon eller psykose kan få tilbakefall etter seponering dersom de responderte bra på medisinene. På grunn av risikoen for bivirkninger og økt dødelighet anbefales det likevel at seponering av antipsykotika burde inkorporeres i rutiner på sykehjem, men at pasientene får nøye oppfølging etter seponering (86). Faren når man setter eldre på psykotrope legemidler er at det ikke blir satt opp evaluering av effekt, og en eventuell seponering etter en viss tid. Dette kan føre til at mange står på slike legemidler i lang tid.

Som nevnt i Kapittel 5.1.1 viser statistikken over innkjøp at avdeling A og B ligger nesten helt lik på DDD/100 liggedøgn av antipsykotika i 2017. Det kan gjenspeiles i hva de forteller om sine erfaringer og bruk rundt antipsykotika. Det som skiller disse avdelingene fra å være lavforbucker- og høyforbruker-sykehjem er dermed de tre andre legemiddelgruppene: antidepressiva, anxiolytika og hypnotika. Avdeling A forteller at dersom det ordineres beroligende ved behov hos pasientene, blir det sjeldent gitt. Til tross for at ansatte ved avdeling B forteller at de er restriktive i bruken av diazepam på grunn av de kjente bivirkningene, viser innkjøpsstatistikken viser at avdeling B bruker over 7 ganger mer anxiolytika enn avdeling A. Det er en sterk anbefaling mot bruk av benzodiazepiner (N05B A) og z-hypnotika (N05C F) til demente (42), der disse faller innunder gruppene anxiolytika og hypnotika.

Det blir fortalt at mange av pasientene som flytter inn på sykehjemmene allerede har fått forskrevet en del psykotrope legemidler av fastlegen før de flytter inn på sykehjemmene. Tall fra Reseptregisteret viser at hypnotika er det som hentes ut mest i forhold til de andre psykofarmakagruppene, og i alderen 80-84 år hentet ca. 27 % ut hypnotika i 2017 (87). Tallene er ikke urovekkende høye, men med tanke på at det er den skjøreste populasjonen som flytter inn på sykehjemmene kan det tenkes at denne gruppen eldre står for en del av uthentingene før de flytter inn på sykehjem. En studie gjort i Australia i 2003 fant at anxiolytika utgjorde 17% av behovsmedisineringen i sykehjem (88). Avdelingene forteller at

de vet at dette er legemidler som ikke er anbefalt ved bruk hos eldre, og spesielt de med demens, og prøver å seponere legemidlene når pasientene flytter inn og har bodd seg inn litt. Pernille Bruusgaard er sykehjemslege og en forkjemper mot overforbruk av legemidler blant eldre på sykehjem. Også hun reagerer på hvor lange medisinalistene er når pasienter flytter inn på sykehjem (89). Under intervjuene våre fortelles det om pårørende som gir uttrykk for bekymring dersom seponering av legemidler tas opp. Bruusgaard forteller om viktigheten med å inkludere de pårørende i slike beslutninger og har innført pårørendesamtale der hun selv jobber og mener at et samarbeid med pårørende er essensielt for å forkorte medisinalistene (89). Et godt samarbeid mellom de tre partene – pasienten selv, pårørende og ansatte ved sykehjemmene – vil være viktig for å få ned overforbruket av legemidler blant eldre, og også psykofarmaka. Avdeling B forteller også om pårørende som vil øke bruk av beroligende hos sine nære, men handler de da ut fra pasientens beste eller sitt eget? En studie gjort i ti sykehjem i Norge fikk frem at pårørende kunne handle ut fra sitt eget behov, og ikke pasienten sitt behov. At de var styrt av sine egne følelser, personlige grunner og synspunkt (90). Et press fra pårørende vil være tilstede, og det er viktig å finne en balanse mellom det pårørende vil ha, det pasienten vil ha og det helsepersonell mener er best. God kommunikasjon mellom pleiepersonalet, lege og pårørende er avgjørende for å få dette til.

Begge avdelingene forteller om et godt samarbeid mellom de ansatte, og avdeling B ruller på hvem som er med på visitten av sykepleiere sammen med legen som skjer hver uke. Videre forteller begge legene at de ser viktigheten av jobben som førsteobservatørene gjør ute på avdelingene, både sykepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere. Dersom de som er på visitten selv ikke vet svaret på eventuelle spørsmål legen må ha, så vet de hvem de skal kontakte. Legen er den som har det høyeste faglige ansvaret og må til slutt signere for ordinerer av et legemiddel (31), men ut fra tallene i Tabell 2 indikerer at det ikke kun er forskjeller mellom leger som er forklaringen bak den store forskjellen i ordinerer. Fra innkjøpsstatistikken, og kunnskapen om sykehjemsavdelingene, har vi for eksempel et tilfelle der ett helse- og velferdssenter inneholder to etasjer med hvert sitt innkjøp (ingen av de to som er med i intervjuene), men med samme ordinerende lege. Ulikheten mellom forbruket er såpass stort at avdelingene havner i hver sin ende av rangeringen i Tabell 2. Bruken av anxiolytika er for eksempel 2,8 ganger større for den ene etasjen enn den andre. Som avdeling A forteller så kommer bruken også an på hvilke typer pasienter de har, og at bruken øker dersom det er flere pasienter som er urolige. Om dette er tilfellet for de to avdelingene med

samme ordinerende lege kan vi ikke vite, mulighetene er der for at det er noen pasienter som drar opp bruken av anxiolytika på avdelingen.

Avdelingene forteller at det er et godt miljø for å stille spørsmål mellom alle ansatte. Siden avdeling B rullerer på hvem som er med på visitten er de helt avhengige av god dokumentasjon. Selv om de ansatte beskriver samarbeidet som godt kommer det også frem at dokumentasjonen som legges inn på pasientene, og til legevisitten, avhenger av hvem som skriver det, og at ulike personer rapporterer ulikt. Avdeling A erfarer at det blir rapportert om «uro» og «ikke uro» om hverandre. Ut fra intervjuene kan det tolkes at det ikke er helt klare kommunikasjonsveier på sykehjemmene i kommunen. Avdeling B forteller om viktigheten med å dokumentere men at det likevel ikke alltid er gode nok dokumentasjoner, og at man har et ansvar for å oppdatere seg selv. De snakker om mulighetene for å få til en previsit før visitten slik at man kan samle inn den informasjonen som trengs før visitten med legen. Videre fortelles det at er ulikt hvordan man opplever pasientene, og hvordan enkelthendelser kan påvirke det helhetlige bildet. Begge legene forteller at dette er noe de er klar over, slik at de ofte er avhengige av flere rapporteringer før det eventuelt igangsettes medikamentelle tiltak, eller legemidler seponeres.

Eldre pasienter med demens blandet med agitasjon og depresjon mottar flest psykotrope legemidler (17). Også i våre fokusgrupper ble det særlig snakket om urolige og aggressive pasienter, og i mindre grad om deprimerte eller apatiske pasienter. ADPS varierer mellom aggresjon, depresjon, psykotiske symptomer og apati, og er ofte det man behandler med psykotrope legemidler på sykehjem (17). Tiltak rundt apati blir det ikke fortalt noe om. Kan dette bunne i at aggresjon vises mer tydelig, og gjør at pasienten ikke bare er til skade for seg selv, men også de ansatte på jobb og andre pasienter, mens en apatisk pasient for det meste er i ro og er stille? Er behandlingen da gitt for pasientene eller de ansatte? Under intervjuene fortelles det at noen ganger gjøres det eksplisitt beslutninger om å gi pasienter psykotrope legemidler fordi de kan være til skade for andre pasienter og også ansatte.

De ansatte virker reflekterte i forhold til bruken av psykotrope legemidler og delte historier der de hadde opplevd både over- og underforbruk av legemidler. Disse eksemplene blir på hver sin side av skalaen, og avdelingene forteller også om erfaringer der det er vanskelig å finne en balanse mellom for mange og for få medikamenter. Dersom man seponerer for mange legemidler kan det oppstå aggresjon, men dersom pasientene bruker mange legemidler er sedasjon et problem og en kan risikere at pasienten sover store deler av døgnet fortelles det.

En studie viser at seponering av antipsykotika kan føre til aggresjon, og det er viktig at andre ikke-medikamentelle tiltak erstatter medisinene (91).

Interessant er også dette med sovetabletter. Det fortelles ved avdeling B at mange står på sovetabletter, men at det fortsatt meldes om mye uro på natt fra nattevakt. Legen forteller også at mange av beboerne har seg en god lur på dagtid, slik at det er ikke så rart om de ikke sover så godt på nettene. Samme med pasientene som sover en del på dagtid, står også på sovetabletter for å sove på natten. Imidlertid forteller de ansatte på avdeling A at hvis beboerne sover nok i løpet av døgnet, er det ikke nødvendig med sovemedisin. Her ble det ikke fortalt om mye uro på natt, ku under kveldsstell. Sovetabletter som zopiklon skal kun skal benyttes i perioder ved behov, og minsker effekt dersom det brukes over lang tid (92). Det kan tolkes at sovetablettene ikke gir den effekten de skal siden det er så stor uro på avdelingen. Naturlig vil eldre sove mindre enn yngre, og søvn er noe som endres i løpet av livet, med alderen. Legen på avdeling B har derfor et veldig godt poeng når han sier at mange av beboerne sover på dagtid, og legger seg rundt ni tiden på kvelden, og gjerne før, og hvordan kan man da forvente at de skal sove hele natten igjennom, og våkne igjen ved sju eller åtte tiden morgenen etter? Biologisk ligger ikke det i menneskets natur ved denne alderen (93). Lavere bemanning på kveld gjør det imidlertid vanskelig å imøtekomme behov hos beboere som er mer aktive på kvelds- og nattestid, og sovemedisin blir brukt som en løsning på det.

Avdeling B bruker 3,6 ganger mer hypnotika enn avdeling A, og forteller likevel om uro på nettene. Kan dette bunne i for dårlig grunnbemanning? Vi har ikke noen nærmere tall på bemanningen på de to avdelingene, og heller ikke yrkesfordelingen. Under intervjuene forteller avdeling B at bemanning er vanskelig, at det er få ansatte per pasient, og at når det er uro brukes alle ressurser der. Imidlertid er dette ikke noe avdeling A snakker om. En studie gjort i Oslo på to sykehjem: et sykehjem 1 med fulltidsansatt lege med 24 minutter per pasient per uke, og et annet sykehjem 2 med legen innom én dag i uken og 11 minutter per pasient per uke. Sykepleierdekningen på sykehjemmene var like, men sykehjem 1 hadde flere hjelpepleiere og pleieassistenter enn sykehjem 2, og ingen forskjell i pasientpopulasjonen. Resultatene viste at pasientene på sykehjem 1 brukte mindre legemidler enn pasientene ved sykehjem 2, og det var også mindre legemiddelrelaterte problemer på sykehjem 1 (94). I 2017 var gjennomsnittstiden legen hadde med pasientene per uke på sykehjem på 26 minutter (se Tabell 1), noe som er ganske bra, men vi ser at yrkessammensetningen ellers kan ha noe å si for forskrivning av legemidler på sykehjem. Kan det være at sykehjem 1 hadde flere som

kunne være ute i miljøet blant pasientene? Hvert eneste menneske som jobber på sykehjem har med seg sine egne erfaringer, tanker og holdninger, slik at sykehjemskulturen kan også være en faktor som kan påvirke legemiddelforskrivningen (74).

Erfaringer rundt ikke-medikamentelle tiltak for pasientene

Nasjonal retningslinje om demens skriver at dersom det er en pasient med ADPS så skal miljøtiltak og psykososiale tiltak som hovedregel først ha vært utprøvd før behandling med legemidler trer i kraft (42). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting sier at kommunene selv skal etablere et system som skal ivareta at den enkeltes bruker får de tjenestene som det er bruk for til rett tid, og at dette skal skje i henhold til en individuell plan dersom dette foreligger for brukeren (95). Stortingsmeldingen 15 (2017-2018) – Leve hele livet sier at miljøbehandlingstiltak kan være på tre nivåer der det ene nivået av miljøtiltakbehandling er enkelttiltak som er rettet mot den enkelte pasienten (96). Det er dermed viktig at miljøtiltakene har en personsentrert tilnærming. Det er akkurat dette stiftelsen «Livsglede for eldre» jobber direkte mot, det å sette personsentrert omsorg i et system slik at det skal bli lett for alle involverte å tilby dette for brukerne. Regjeringen kom ut i 2015 med en 5 års Demensplan – et mer demensvennlig samfunn. Her jobbes det direkte mot pasienter med demens, og deres livssituasjon. I år 2100 vil trolig 12% av befolkningen være over 80 år, slik at det må gjøres tiltak nå slik at jobben i fremtiden vil være bedre tilrettelagt for den økende andelen av eldre. Et av målene til Demensplanen 2020 er at tiltakene for pasienter med demens skal ta utgangspunkt i den enkeltes interesser, vaner og ønsker (97).

Ved å bruke personsentrert omsorg er det vist at det kan redusere agitasjon blant demente pasienter (98-100), samt at det kan øke kommunikasjonen mellom de ansatte, og gjør at de ansatte føler seg mindre hjelpeløse (101). Begge sykehjemsavdelingene forteller om erfaringer som understreker nytteverdien av ikke-medikamentelle tiltak. De gir uttrykk for at det er best med fast personale for pasientene, og at hvis det er mange vikarer og mye utskiftning av folk, så blir det fort en større urolighet blant beboerne. Livsglede for eldre legger til rette for at alle kan jobbe på samme måte uavhengig av hvem som er på jobb, og at tiltak for enkeltpasienter skal være uavhengig av enkeltpersoner på jobb. På den annen side så kommer det også frem under intervjuene at det handler om å kjenne beboerne, og at beboerne kjenner de ansatte, og at ulike folk og personligheter går sammen på ulike måter. En studie gjort i 13 australske sykehjem viste at behovsmedisineringen var mindre der det var flere faste ansatte, enn på sykehjem hvor det var flere deltidsansatte (88). Begge avdelingene forteller at

de merker en endring i miljøet på sommerstid da det er ferieavvikling, og det er vikarer og andre enn de faste ansatte på jobb. Avdeling A påpeker at dette skaper mer uro, fordi vikarene ikke kjenner pasientene på samme måte, og at de som er faste ansatte gjerne får mer å gjøre og dermed blir borte fra avdelingene. Motsatt forteller avdeling B at de merket en forbedring i miljøet på sommeren fordi de hadde noen som kunne være i miljøet hele tiden. Slik ser det ut til at det kanskje ikke bare handler om faste ansatte, men at det er noen i miljøet for beboerne. Her kan man også stille spørsmålet om hvordan grunnbemanningen er på de ulike avdelingene. Virker dette positivt på avdeling B da bemanningen er såpass lav at når det kommer ekstrahjelp om sommeren, så går dagene mer på skinner, for da får de ansatte strekt til på flere arenaer med ekstra hjelp i miljøet? Er avdeling A såpass godt bemannet at de ansatte har god tid på å bli kjent med pasientene, slik at når det kommer vikarer, og de faste er borte, er ikke rutineene like og det skaper uro? Dette har vi ikke mulighet til å undersøke nærmere med våre data, men senere studier kunne med fordel se nærmere på sammenhengene mellom bemanning, ordinering og tilgjengelighet av ikke-medikamentelle tiltak.

Well-being and Health for people with Dementia (WHELD) er en stor studie som har foregått i England fra 2013 der de skal undersøke implementering av en mer omfattende trening for de ansatte i pleiehjem slik at de skal kunne personsentrert omsorg, promotere personsentrerte aktiviteter og individualisme og det skal gi de ansatte, inkludert legene, mer kunnskap om psykotrope legemidler for pasienter med demens. Studien har fem fokusområder der blant annet å bygge en forståelse for personsentrert omsorg og demens, og at pleiehjem skal integrere prosesser for personsentrert omsorg inn i praksisen, er inkludert (102). WHELD programmet i England har en del likhetstrekk med «Livsglede for eldre»-stiftelsen her i Norge. Blant annet dette fokuset på personsentrert omsorg og det å danne rutiner og prosedyrer rundt dette slik at det skal praktiseres uavhengig av hvem som er på jobb. Viktigheten med dette kommer fram i en studie gjort i England, der de benytter seg av WHELD, som viser at dersom de gjør en gjennomgang av antipsykotisk medisiner og seponerer dette hos pasienter med demens ser de en signifikant forverring av negative følelser hos pasientene. Men dersom seponeringen skjer i sammen med personsentrert omsorg ser man ingen forverring i helse relatert livskvalitet (health-related quality of life, HRQL) (51). Dermed har ikke bruken av antipsykotika har gått ned med WHELD, men sees en forbedring i neuropsykiatriske symptomer alt i alt, samt en økning i livskvalitet hos beboerne (103). En annen studie igjen viser at personsentrert omsorg reduserer bruken av antipsykotika (100). Disse studiene viser at man kan redusere bruken av antipsykotika dersom man har

implementert personsentrert omsorg i arbeidsrutinene, men at å seponere antipsykotika blir verre dersom den personsentrerte omsorgen ikke er tilstede og mulig dette gjør at beboere står fast på antipsykotika til tross for at retningslinjene sier at det kun skal brukes i perioder (42). Deltakere fra avdeling B uttrykte frustrasjon over å mangle tilgang på personale til å gjennomføre det de ser er effektive tiltak.

En viktig del for å jobbe med personsentrert omsorg er å få kartlagt pasienten ved innleggelse, ved hjelp av pasienten selv, dersom dette er mulig, og pårørende. Her kan man få ut mye informasjon om hva pasienten liker, ikke liker, og dermed hva som kan hjelpe og gjøre livsglede bedre for akkurat denne brukeren. Som alle mennesker i alle aldre, så endres man kontinuerlig gjennom livet. Hobbyer man hadde som yngre, er nødvendigvis ikke like populære når man er eldre, mens aktiviteter man ikke fant glede av før kan i senere tid bli en favorittaktivitet. På grunn av dette er «Livsglede for eldre» veldig opptatte av at kartleggingen av pasientene skal oppdateres ved enhver anledning når der dukker opp noe nytt, og pasienten har andre behov. Dette gjør at man hele tiden vet hvilken type personsentrert omsorg som kan passe for hver pasient, samt at oppdateringen gjør at alle ansatte kan sjekke hva som kan hjelpe for hver enkelt pasient. Avdeling A forteller at de dokumenterer hva som fungerer for sine pasienter, og vet hvilke pasienter de kan ha med på hvilke aktiviteter og hvem de kan ta ut av avdelingene og hvem som helst burde være inne på avdelingene. Her gjøres en viktig jobb for å ivareta pasientenes behov, og personsentrere omsorgen best mulig.

5.2.3 Veien videre

Tematikken i denne oppgaven er kompleks, og sykehjem berører mange personer daglig, både pasientene, pårørende, pleiepersonell og frivillige, og forskning på dette feltet er høyst aktuelt da befolkningen bare blir eldre og eldre. Fremtidige fokusgrupper kan med fordel se videre på bruk av antidepressiva ved sykehjem. Det kunne også vært interessant å se på sammenhengen mellom bemanning, ordinerings og tilgjengelighet av ikke-medikamentelle tiltak, og å undersøke om ulike tiltak rettet mot personalet, pårørende og pasienter kan bidra til å minske uønsket variasjon i praksis.

Trondheim kommune vil jobbe videre med tematikken i oppgaven, for å komme enda nærmere en forståelse på hvorfor det er så store forskjeller i ordinerings mellom enhetene.

6 Konklusjon

Sykehjemmene i Trondheim kommune har en stor spredning i bruk av psykotrope legemidler, og av de fire psykofarmakagruppene vi har undersøkt brukes antidepressiva mest i kommunen.

Våre funn tyder på at faktorer som bemanning, tilgang på ikke-medikamentelle tiltak, personlig kontakt med pasientene og individuell pleie kan bety mye for bruk av psykofarmaka i sykehjem. Prosessene opp mot forskrivning kommer an på de ansatte, da alle er ulike, hvilke pasienter sykehjemmene har og erfaringer de ansatte har gjort seg opp mot pasientene de har. Våre informanter forteller om situasjoner hvor de opplever behandling med medikamenter er nødvendig, og om andre tilfeller der seponering av legemidler er det beste for pasientene. Funnene kan med fordel følges opp i større studier, særlig med henblikk på å forstå mer om ordinerings av antidepressiva.

Kilder og litteratur

1. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment [Internett]. [hentet 2018-09-03]. Tilgjengelig fra: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
2. World Health Organization (WHO). Definition and general considerations. [Internett]. [hentet 2019-01-21.]. Tilgjengelig fra: https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/.
3. Helsedirektoratet. Legemiddelhåndteringsforskriften Rundskriv IS-7 2015. 2008:53.
4. Folkehelseinstituttet (FHI). Helse hos eldre i Norge. [Internett]. 2018; [hentet 2019-01-21.]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#legemiddelbruk>.
5. Pensjonistforbundet. Fakta om eldre i Norge. [Internett]. Oslo; [hentet 2019-01-21]. Tilgjengelig fra: <https://www.pensjonistforbundet.no/side/64-fakta-om-eldre-i-norge>.
6. Norsk Legemiddelhåndbok. G24 Legemiddelgjennomgang [Internett]. Oslo; [hentet 2019-01-21.]. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/315753>.
7. World Health Organization (WHO). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internett]. [hentet 2019-04-24]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
8. Folkehelseinstituttet (FHI). 76 000 eldre fikk utlevert minst 15 legemidler i løpet av fjoråret 2018 [hentet 2019-01-22]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/76-000-eldre-fikk-utlevert-minst-15-legemidler/>.
9. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter:beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. 2008.
10. Engedal K. Demns [Internett]. Store Medisinske Leksikon; [sist oppdatert 2018-03-06; hentet 2018-08-31]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/demens>.
11. Norsk Legemiddelhåndbok. Demens. [Internett]. Oslo; [hentet 2019-01-22]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/#T5.7#Demens>.
12. Selbaek G, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(3):161-9.
13. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. International journal of geriatric psychiatry. 2001;16(1):39-44.
14. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International journal of geriatric psychiatry. 2007;22(9):843-9.
15. Helsedirektoratet. Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. 2017:40.
16. Selbaek G. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Tidsskrift for den Norske legeförening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2005(11).
17. Bartels SJ, Horn SD, Smout RJ, Dums AR, Flaherty E, Jones JK, et al. Agitation and depression in frail nursing home elderly patients with dementia: treatment characteristics and service use. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2003;11(2):231-8.
18. Rowland M, Tozer TN, Derendorf H, Hochhaus G. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics : concepts and applications. 4th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

19. Norsk Legemiddelhåndbok. Anxiolytika. [Internett]. [hentet 2019-01-23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/#L5.1.1>.
20. Norsk Legemiddelhåndbok. Diazepam. [Internett]. [hentet 2019-04-24]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.1.1.2/Diazepam>.
21. Ruths S, og Straand, J. G10 Eldre og Legemidler [Internett]. Oslo: Norsk legemiddelhåndbok; [hentet 2019-01-21]. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/153198?expand=1>.
22. Waade RB, Molden E, Martinsen MI, Hermann M, Ranhoff AH. Psychotropics and weak opioid analgesics in plasma samples of older hip fracture patients - detection frequencies and consistency with drug records. British journal of clinical pharmacology. 2017;83(7):1397-404.
23. Waade RB, Molden E, Refsum H, Hermann M. Serum concentrations of antidepressants in the elderly. Therapeutic drug monitoring. 2012;34(1):25-30.
24. Rochon P. Drug prescribing for older adults [Internett]. UpToDate [hentet 2019-04-25]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=anticholinergic%20burden&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6.
25. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. Clinical interventions in aging. 2008;3(2):383-9.
26. Fog AF, Kvalvaag G, Engedal K, Straand J. Drug-related problems and changes in drug utilization after medication reviews in nursing homes in Oslo, Norway. Scand J Prim Health Care. 2017;35(4):329-35.
27. Devik SA, Olsen RM, Fiskvik IL, Halbostad T, Lassen T, Kuzina N, et al. Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2018:1-9.
28. Engebretsen E. Interaksjon. [Internett]. Store medisinske leksikon; 2017 [hentet 2018-10-24.]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/interaksjon>.
29. Waade RB, Christensen H, Rudberg I, Refsum H, Hermann M. Influence of comedication on serum concentrations of aripiprazole and dehydroaripiprazole. Therapeutic drug monitoring. 2009;31(2):233-8.
30. Forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon. 2011. Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon m.v. av 2011-12-19 nr 1254.
31. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v.1999-07-02 nr 64.
32. Statistisk Sentralbyrå. Omsorgstenester [Internett]. Statistisk Sentralbyrå; 2018 [hentet 2018-08-31.]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>.
33. Dolonen KA. Store forskjeller i botid og levetid på sykehjem. [Internett]. Sykepleien: Sykepleie; 2017 [hentet 2019-05-09]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/11/store-forskjeller-i-botid-og-levetid-pa-sykehjem> .
34. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen i kortversjon. [Internett]. Regjeringen [hentet 2019-04-26]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>.
35. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. m.v. 2011-06-23 nr 30.
36. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2014-15 [Internett]. 2016 [hentet 2019-04-26]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf>.
37. Grimsmo A. The Norwegian Care Coordination Reform - what now? Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2015;135(17):1528.

38. Forskrift om legemiddelhåndtering. 2008. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp m.v. 2008-04-03 nr 320.
39. Halvorsen KH, Granas AG, Engeland A, Ruths S. Prescribing quality for older people in Norwegian nursing homes and home nursing services using multidose dispensed drugs. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2012;21(9):929-36.
40. Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. 2002. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten m.v. 2002-12-20 nr 1731.
41. Trondheim kommune. Helse- og velferdssentre 2019 [hentet 2019-01-22]. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/rehabilitering-og-sykehjem/sykehjemhelse--og-velferdssenter/>.
42. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens [Internett]. 2017 [hentet 2019-01-22.]. Tilgjengelig fra: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>.
43. Aldring og helse. Personsentrert omsorg. [Internett]. Oslo Universitetssykehus: Helse Sør-Øst og Sykehuset i Vestfold; 2019 [hentet 2019-03-27]. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/> .
44. Roen I, Kirkevold O, Testad I, Selbaek G, Engedal K, Bergh S. Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International psychogeriatrics*. 2018;30(9):1279-90.
45. Livsglede for eldre. Livsglede for eldre 2016. [hentet 2019-01-22]. Tilgjengelig fra: <https://livsgledeforeldre.no/>.
46. Livsglede for eldre. NRK - Alle helse- og velferdssentre i Trondheim er nå sertifisert som Livsgledehjem [Internett]. 2019; [hentet 2019-03-06]. Tilgjengelig fra: <https://livsgledeforeldre.no/nrk-alle-helse-og-velferdssentre-i-trondheim-er-na-sertifisert-som-livsgledehjem/>.
47. Trondheim kommune. Livsglede for eldre [Internett]. 2019; [hentet 2019-01-22]. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/aktivitet/livsgledeforeldre/>.
48. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes--diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;57(6-7):523-8.
49. Bakken MS, Engeland A, Engesaeter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(7):873-80.
50. Bakken MS, Engeland A, Engesaeter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age and Ageing*. 2013;42(4):514-20.
51. Ballard C, Orrell M, Sun Y, Moniz-Cook E, Stafford J, Whitaker R, et al. Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: WHELD-a factorial cluster randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2017;32(10):1094-103.
52. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*. 2008;37(6):673-9.
53. Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS drugs*. 2010;24(9):729-39.
54. Ballard CG, Thomas A, Fossey J, Lee L, Jacoby R, Lana MM, et al. A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65(1):114-9.

55. Nordeng H. Antidepressiva. [Internett]. Oslo: Store Medisinske Leksikon; 2018 [hentet 2019-01-23.]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/antidepressiva>.
56. Norsk Legemiddelhåndbok. Antidepressiva. [Internett]. Oslo: 2015; [hentet 2019-01-23]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/#L5.3#Antidepressiva>.
57. Malt U. Psykofarmaka. [Internett]. Store Medisinske Leksikon; 2018 [hentet 2018-08-31]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/psykofarmaka>.
58. Ruths S, Sorensen PH, Kirkevold O, Husebo BS, Kruger K, Halvorsen KH, et al. Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013;28(8):868-76.
59. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;8:Cd003944.
60. Norsk Legemiddelhåndbok. Antipsykotika. [Internett]. [hentet 2019-01-21]. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelhandboka.no/#L5.2#Antipsykotika>.
61. Nordeng H. Antipsykotika. [Internett]. Store medisinske leksikon; 2018 [hentet 2019-01-23]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/antipsykotika>.
62. Selbaek G, Aarsland D, Ballard C, Engedal K, Langballe EM, Benth JS, et al. Antipsychotic Drug Use Is Not Associated With Long-Term Mortality Risk in Norwegian Nursing Home Patients. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016;17(5):464.e1-7.
63. Gardette V, Lapeyre-Mestre M, Coley N, Cantet C, Montastruc JL, Vellas B, et al. Antipsychotic use and mortality risk in community-dwelling Alzheimer's disease patients: evidence for a role of dementia severity. *Current Alzheimer research*. 2012;9(9):1106-16.
64. Lopez OL, Becker JT, Chang YF, Sweet RA, Aizenstein H, Snitz B, et al. The long-term effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*. 2013;170(9):1051-8.
65. Ballard C, Corbett A. Agitation and aggression in people with Alzheimer's disease. *Current opinion in psychiatry*. 2013;26(3):252-9.
66. Norsk Legemiddelhåndbok. Angst. [Internett]. Oslo; [hentet 2019-03-06]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/#T5.1#Angst>.
67. Nordeng H. Anxiolytika. [Internett]. 2009; [hentet 2019-01-23]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/anxiolytika>.
68. Parsaik AK, Mascarenhas SS, Khosh-Chashm D, Hashmi A, John V, Okusaga O, et al. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs-A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2016;50(6):520-33.
69. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(2):82-8.
70. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
71. Morgan DL, Bottorff JL. Advancing our craft: focus group methods and practice. *Qualitative health research*. 2010;20(5):579-81.
72. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*. 2012;40(8):795-805.
73. Yoshikawa H, Weisner TS, Kalil A, Way N. Mixing qualitative and quantitative research in developmental science: uses and methodological choices. *Developmental psychology*. 2008;44(2):344-54.
74. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Svarstad BL. Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social science & medicine (1982)*. 1998;47(7):961-71.

75. Helvik AS, Saltyte Benth J, Wu B, Engedal K, Selbaek G. Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):52.
76. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Fortolkning og analyse. [Internett]. 2010 [hentet 2019-05-07]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/8-Fortolkning-og-analyse/>.
77. Dahlum S. Validitet. [Internett]. Store norske leksikon; [hentet 2019-05-07]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/validitet>.
78. Hannes K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research. In: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (editors), *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Version 1 (oppdatert August 2011). Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group, 2011. Tilgjengelig fra: <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>.
79. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
80. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
81. Alnes JH. Hermeneutikk. [Internett]. Store norske leksikon; [hentet 2019-05-07]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/hermeneutikk>.
82. Janus SI, van Manen JG, MJ IJ, Zuidema SU. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *International psychogeriatrics*. 2016;28(11):1775-90.
83. Orgeta V, Tabet N, Nilforooshan R, Howard R. Efficacy of Antidepressants for Depression in Alzheimer's Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2017;58(3):725-33.
84. Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(4):577-85.
85. Press D, Alexander, M. . Management of neuropsychiatric symptoms of dementia [Internett]. UpToDate: 2018; [hentet 2019-04-05]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=bpsd%20dementia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
86. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(3):Cd007726.
87. Folkehelseinstituttet (FHI). Reseptregisteret. [Internett]. [hentet 2019-03-05]. Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no/>.
88. Stokes JA, Purdie DM, Roberts MS. Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharmacy world & science : PWS*. 2004;26(3):148-54.
89. Helters A-K. - Å redusere medisinbruken kan være rene mirakelkuren [Internett]. Sykepleien: 2017; [hentet 2019-05-10]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/02/ redusere-medisinbruken-kan-vaere-rene-mirakelkuren>.
90. Dreyer A, Forde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes--relatives' role in the decision-making process. *Journal of medical ethics*. 2009;35(11):672-7.
91. Ballard C, Orrell M, Sun Y, Moniz-Cook E, Stafford J, Whitaker R, et al. Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: WHELD-a factorial cluster randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2017;32(10):1094-103.

92. Felleskatalogen. Imovane. [Internett]. Felleskatalogen [hentet 2019-05-07]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/imovane-sanofi-aventis-560033>.
93. Mander BA, Winer JR, Walker MP. Sleep and Human Aging. *Neuron*. 2017;94(1):19-36.
94. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. [Pharmacotherapy in nursing homes]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2009;129(17):1732-5.
95. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. 2003- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. 2003-06-27 nr 792.
96. Stortingsmelding nr 15. Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. (2017-2018).
97. Helse. og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. [Internett]. Regjeringen; [hentet 2019-05-07]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf.
98. Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*. 2009;8(4):317-25.
99. Fossey J, Masson S, Stafford J, Lawrence V, Corbett A, Ballard C. The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014;29(8):797-807.
100. Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, Woods B, et al. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International psychogeriatrics*. 2014;26(7):1083-98.
101. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in aging*. 2013;8:1-10.
102. Whitaker R, Fossey J, Ballard C, Orrell M, Moniz-Cook E, Woods RT, et al. Improving Well-being and Health for People with Dementia (WHELD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:284.
103. Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS medicine*. 2018;15(2):e1002500.

Vedlegg

Vedlegg I: Prosjektbeskrivelse

Vedlegg II: Semi-strukturert intervjuguide

Prosjektbeskrivelse masteroppgave 2018/2019 med Anja Hjortland, masterstudent i farmasi, veileder Reidun Lisbet Skeide Kjome, Universitetet i Bergen ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Veiledere Astrid Gilje Hageler, kommunefarmasøyt, og Torgeir Fjermestad, kommuneoverlege.

Store variasjoner i bruk av psykofarmaka ved sykehjem i Trondheim kommune. Hvilke faktorer kan påvirke dette?

Innkjøpsstatistikk fra 2016 og 2017 viser store forskjeller i innkjøpet mellom ulike psykofarmaka ved sykehjemmene i kommunen. Med unntak av noen få spesialavdelinger blir pasientene plassert tilfeldig på sykehjemmene der det er ledig plass. Pasientene og deres sykdommer vil da ikke kunne forklare den store variasjonen. Det er i dag ca. 40 leger som jobber ved de ulike sykehjemmene, noe som kan være en del av forklaringen ved at de har ulik praksis. Imidlertid er det lite trolig at dette forklarer så store forskjeller som man ser i statistikken. Det er derfor av interesse å undersøke nærmere hva som kan være med å påvirke ordineringsen.

De ulike sykehjemmene, med de ansatte har mest sannsynlig ulike «kulturer» og også ulike holdninger når det kommer til medisineringsen, og andre miljøskapende, sosiale og ikke-farmakologiske tiltak. Vi er interessert i å se nærmere på hva som skjer før en ordineringsen av et slikt legemiddel. Hvem gjør den kliniske vurderingsen? Er det helsefagarbeideren som går direkte til legen, eller er det sykepleieren som forklarer situasjonen eller gjør legen en direkte vurderingsen av pasienten selv?

Her mangler det mye kunnskap for å kunne forbedre medisineringsen og bruken blant de mest skrøpelige eldre, og formålet med denne masteroppgaven er å bidra til å frembringe en liten del eller starten på mer kunnskap og forståelse rundt dette.

Metode

Vi vil bruke en «mixed method», en blanding av kvantitativ og kvalitativ analyse.

1. Første steg blir å analysere innkjøpsstatistikken for å se på de faktiske ulikhetene, på ulike ATC-nivå.
2. På bakgrunn av statistikken blir det laget en rangering av de 42 sykehjemsavdelingene som er aktuelle. Ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier velges det ut en sykehjemsavdeling med svært høyt og en med svært lavt forbruk. Disse to avdelingene blir med på den videre studien. Vedlagt er inklusjonskriteriene og utvelgelsene av sykehjem.
3. Deretter vil vi gjøre noen korte observasjonsstudier ved sykehjemsavdelingene som forberedelse for å utarbeide en intervjuguide til den kvalitative delen av studien.
4. Siste del blir to fokusgruppeintervju (ett per sykehjem) med de tverrfaglige teamene som også sammen gjør previsit og dermed kan påvirke ordineringsen på de aktuelle sykehjemmene. Intervjuene vil bli tatt opp, transkribert og analysert. Alt foregår anonymisert.

Det planlegges en halv til en dag med observasjon ved hvert sykehjem som inkluderes, der studenten bare vil være som «en flue på veggen» uavhengig av arbeidsdagen for personalet. Et par uker etter observasjonene planlegges fokusgruppe-intervjuene. Alt innsamlet materiale blir anonymisert, både sykehjemmet og de som deltar på intervju. Vi håper å få til intervjuene i starten av 2019, mulig med observasjonene i desember, slik at det er en god margin fra intervjuene og til innlevering i mai.

INTERVJUGUIDE

Hovedtema	Viktige punkt	Hovedspørsmål	Hjelpespørsmål
Forskrivning	Samarbeid Holdninger	<i>Kan dere fortelle om forrige gang en av dine pasienter fikk forskrevet disse typer legemidler? (førstegangsforskrivning).</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gjøres det legemiddelgjennomgang ved innkomst? - <i>Hvilke vurderinger gjør dere og hvilke rutiner har dere rundt oppstart og bruk av psykofarmaka?</i> - Hvor vanlig er det da at legemidler (psykofarmaka) seponeres? - Hvilken adferd/symptomer fører til forskrivning? - Forskrives det på bakgrunn av pasientens ønske, pårørendes ønske, eller personalet sitt ønske? - Hvilke retningslinjer brukes under forskrivning? - Hvilken informasjon er utgangspunktet for forskrivning? Tester? Undersøker legen pasientene før forskrivning?

			<ul style="list-style-type: none"> - Erfarer dere at mange som ikke står på slike typer legemidler fast får det administrert ved behov? - Er det noe forskjell på om det er nye pasienter, eller om de har vært innlagt lenge? - Hvordan følges pasientene opp etter påbegynt behandling? Hvordan vurderes effekt/manglende effekt/bivirkninger? - Hvordan dokumenteres symptomer/adferd som kan gi grunnlag for bruk av psykofarmaka? Hvordan blir denne dokumentasjonen tilgjengelig og brukt i forberedelse til legevisitten? - Er det tillit i forhold til kliniske vurderinger slik at forskrivning kan skje på bakgrunn av sykepleiere/hjelpepleieres vurdering? Roller? - Hvilken type kursing har de ansatte? - Hvordan opplever dere samarbeidet dere imellom når det kommer til forskrivning? - Hvordan har samarbeidsrutinene utviklet seg? Utvikler det seg etter hvert, eller er det på stedet hvil.
--	--	--	---

Andre alternative tiltak som ikke omhandler medisiner		<i>Kan dere fortelle om forrige gang dere gjort noe ikke-medisinsk for en urolig pasient?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Når en pasient opplever psykisk-/adferdssymptomer, er det da standard at man først tester ikke-medisinske tiltak? - Føler de ansatte seg trygge i å gi ikke-medisinske tiltak? - Utøves det mer ikke-medisinske tiltak hos nye pasienter? - Blir det dokumentert dersom det gjøres, og det fungerer? - Erfarer dere at dere har tilstrekkelige ressurser/bemanningskompetanse til å gjennomføre ikke-medisinske tiltak/miljøtiltak?
Avslutning		<i>Finnes det tiltak som kunne gjort forskrivningen enda bedre?</i>	