

# Bachelorgradsoppgave

Legemiddelsamtaler i apotek

Medicines use reviews in pharmacies

I hvilken grad ønsker farmasøytene denne tjenesten?

To what extent do pharmacists want this service?

Hanne Holmen

R-BACH

Bachelorgradsoppgave i Farmasi

Avdeling for helsefag, Namsos  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



**HINT**

# Innhold

<b>BEGREPSAVKLARING</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1. Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2. Problemstilling .....	2
1.3. Avgrensing av problemstillingen.....	3
1.4. Forforståelse .....	3
1.5. Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2. TEORI</b> .....	<b>4</b>
2.1. Klassifiseringssystemet, aktuelt verktøy for økt etterlevelse...	4
2.2. Legemiddelsamtale i apotek .....	6
2.3. Medisinstart (prøveprosjekt) et konkret tiltak.....	7
2.4. Klinisk legemiddelgjennomgang (LMG) .....	7
2.5. Kommunikasjon/ formidling av kunnskap en viktig del av jobben .....	8
2.6. Legemiddelsamtaler internasjonalt .....	9
<b>3. METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1. Litteraturgjennomgang.....	11
3.2. Kvalitativ metode/ intervju.....	11

<b>3.3. Kvantitativ metode (hovedmetoden)</b> .....	<b>13</b>
3.3.1. Spørreskjema .....	13
3.3.2. Bakgrunn for valgte spørsmål til spørreskjemaet: .....	14
<b>3.4. Utvalg/ populasjon</b> .....	<b>17</b>
<b>3.5. Gjennomføring av spørreundersøkelsen</b> .....	<b>17</b>
3.5.1. Pilotstudie.....	18
3.5.2. Innsamling av e-postadresser/ respondenter .....	18
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>19</b>
4.1. Resultat intervju.....	19
4.2. Resultat spørreundersøkelse.....	19
4.2.1. Resultat fra univariat analyse .....	19
4.2.2. Resultater fra bivariat analyse, SPSS (programvare for statistiske analyser).....	27
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>33</b>
5.1. Metodedrøfting kvalitativ del/ metodekritikk.....	33
5.2. Metodedrøfting kvantitativ del/ metodekritikk .....	34
5.2.1. Utvalget.....	34
5.3. Resultatdrøfting .....	38
<b>6. OPPSUMMERING/ KONKLUSJON</b> .....	<b>45</b>
Litteratur .....	47
Vedlegg 1: Spørreskjema .....	50
Vedlegg 2: Informasjonsbrev til apotekene: .....	56
Vedlegg 3: Intervjuguide: .....	57

## **Vedlegg 4: Transkribering av intervju.....58**

**ANTALL ORD: 12941**

### **BEGREPSAVKLARING**

#### **Reseptarfarmasøyt/ provisorfarmasøyt/ klinisk farmasøyt**

I yrkesgruppen farmasøyer finnes det hovedsakelig to grupperinger, reseptarfarmasøyer og provisorfarmasøyer. Reseptarfarmasøyer har 3-årig bachelor utdanning, mens provisorfarmasøyer har 5-årig masterutdanning. Etter 5-årig masterutdanning kan man også gå videre og ta en doktorgrad. En klinisk farmasøyt har såkalt «Erfaringsbasert master i klinisk farmasi», som er et videreutdanningstilbud for farmasøyer. Dette tilbudet vil avvikles i 2015, men har blitt erstattet av 3 år (bachelor) + 2 år (master) ordninger både i Tromsø (UiT) og i Trondheim (NTNU) (1).

#### **Etterlevelse med begrepene compliance, adherence og concordance**

Begrepet compliance (lydighet) blir ofte brukt når pasientene tar legemidlene akkurat slik de har blitt det fortalt av legen. De følger legens ordre passivt. Ved adherence (frivillig etterfølgelse) er pasientene litt mer aktivt involvert og kommunikasjonen mellom lege (eller annet helsepersonell) og pasient er mer framtreddende. Begrepet kan oversettes til troskap, fastholdelse eller det å gi sin tilslutning til noe. Ved concordance (enighet) er partene enda mer "likeverdige" da man gjennom et samarbeid mellom pasient og lege kommer frem til en behandlingsenighet (2).

# 1. INNLEDNING

## 1.1. Presentasjon av tema og problemstilling

En rapport fra WHO (world health organization), «*Adherence to long-term therapies, evidence for action*», viser at cirka 50 prosent av pasienter med kroniske lidelser i vestlige land ikke følger den anbefalte terapien (3). Legemidler er både viktige og effektive for god pasientbehandling, men feil bruk av legemidler medfører unødige lidelser for pasient og store ekstrautgifter for samfunnet. (4). Det undersøkes derfor om legemiddelsamtaler som en helsetjeneste kan være et nyttig virkemiddel for å bedre pasientenes etterlevelse og behandling med legemidler. Apotekene og farmasøytene er et viktig ledd i primærhelsetjenesten. I løpet av de siste 15 årene har antall apotek og farmasøyter økt. Det vurderes derfor om farmasøytisk omsorg og legemiddelsamtaler kan bidra til å minske feilbruk, misbruk og overforbruk i enda større grad i fremtiden. Farmasøytisk omsorg defineres som en arbeidsmåte som har til formål å identifisere, løse og forebygge legemiddelrelaterte problemer for brukeren (5). Helsedirektoratet lanserte samhandlingsreformen den 1. januar 2012. Dette medførte økt fokus på kliniske legemiddelgjennomganger og tverrfaglig samarbeid. Farmasøyter med klinisk spesialkompetanse har deltatt i tverrfaglige team rundt pasienter på sykehusposter og innen kommunale helsetjenester. Resultatene her viser at farmasøytene bidrag har vært med på å kvalitetssikre og optimalisere legemiddelbehandlingene til pasientene (6). Farmasøytene bidrag i kliniske legemiddelgjennomganger har vært med på å skape diskusjoner og undersøkelser om en ny tjeneste i form av legemiddelsamtaler kan overføres til apotekene. Apotekene har potensial for å hjelpe mange i og med at de er lett tilgjengelige (lavterskel) og kan avlaste annen helsetjeneste (7). Farmasøytene har god praktisk og medisinsk/ farmakologisk kunnskap for avdekking av legemiddelrelaterte problemer (LRP). Det vil imidlertid være ekstra ressurskrevende for apotek å utøve større grad av farmasøytisk omsorg enn dagens situasjon. Faktorer som antall ansatte, tid, økonomi og lokaler er av vesentlig betydning ved innføring av nye tjenester som eksempelvis legemiddelsamtale. Apotekforeningen mener at dette kan løses ved å lage en «forenklet versjon» av det som tilbys i andre deler av helsevesenet i dag.

Det overordnede målet for legemiddelpolitikken i Norge er riktig legemiddelbruk, jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005) (8). Det utarbeides nå en ny legemiddelmelding som skal ferdigstilles våren 2015, hvor det skal fokuseres enda mer på dette. Myndighetene ser blant annet på om

det skal gis nye oppgaver til farmasøytene. Debatten innen farmasøymiljøet og media har i det siste vært rettet mot mulighetene til mer faglige tjenester (for eksempel medisinstart, føflekkskanning, blodtrykksmåling o.l.) og større utnyttelse av farmasøytene kunnskap. Dette gjenspeiles blant annet i Helsedirektoratets rapport fra september 2014: «*Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling*» hvor man ser nærmere på farmasøytens rolle, farmasøytiske tjenester i dag, om farmasøytressursene brukes riktig og etterlevelse (9). Apotekforeningen stiller seg også positiv til dette (7). Etterlevelse i farmasøytisk forstand handler om at legemidlene som blir hentet ut på apotekene blir tatt som forskrevet. Det vil si at pasientene tar riktig legemiddel til rett tid i rett dose og fullfører behandlingen slik legen har anbefalt (10). I utredningen undersøkes det om farmasøytene kunnskap og apotekenes tilgjengelighet kan ha større potensiale. Dette gjennom å være et ledd i å fremme befolkningens helse og bidra til riktigere legemiddelbruk ved hjelp av nye tjenester som legemiddelsamtaler. I lys av denne utviklingen er det rimelig å stille seg spørsmålet:

### **Legemiddelsamtaler i apotek – i hvilken grad ønsker farmasøytene selv denne tjenesten?**

Temaet har ikke bare betydning for fremtidige farmasøyter, men også politisk med tanke på folks helse og økonomi.

## **1.2. Problemstilling**

Denne oppgaven ønsker å belyse og kartlegge i hvilken grad farmasøytene ønsker tjenesten legemiddelsamtaler i apotek.

Det er videre i denne oppgaven ønskelig å avdekke/ kartlegge farmasøytens holdninger om egen kompetanse. For å få belyst problemstillingen nærmere ble det valgt å lage noen kategorier med underliggende forskningsspørsmål. Disse har vært med på å forme oppgaven.

### **Kartlegging av tjeneste**

I denne oppgaven er det forsøkt å belyse hva som finnes av litteratur innen valgte tema, og i hvilken grad det kan sies å være «ubrukt» kompetanse i apotekene.

### **Rammebetingelser**

1. I hvilken grad har rammefaktorer som lokaler, tid, økonomi og antall farmasøyter betydning for ønsket om innføring av legemiddelsamtaler i apotek?

## **Kompetanse**

2. Er det ulike holdninger mellom reseptar- og provisorer-farmasøyer om hvem som eventuelt bør gjennomføre slike tjenester? Vil det videre utkrystalliseres holdningsforskjell basert på kjønn, alder, utdanning eller arbeidserfaring?

3. Vil det være særlig behov for kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon eller innen IT/ system eller skjema-instruksjer?

4. Vil det være andre utfordringer som spiller inn som etikk (eksempelvis taushetsplikten), mulig profesjonsoverlapping (tråkke legene på tærne) eller personlig egnethet (komfortabel med enesamtale med pasient i eget rom).

### **1.3. Avgrensing av problemstillingen**

I denne oppgaven ble det valgt å kun fokusere på farmasøytene holdninger til tjenesten legemiddelsamtale i apotek, inklusive farmasøyer som jobber i publikumsavdelingen på sykehusapotek. Sykehusfarmasøytens bidrag inn i oppgaven kan være av særskilt interesse da de trolig har mer erfaring i å utføre en form for legemiddelsamtaler og/ eller legemiddelgjennomganger. Farmasøyer som jobber sammen med fastleger i kommunen eller på sykehuspost er et nærliggende aspekt, men da måtte man gått dypere inn i klinisk farmasi. Farmasøytene bidrag på post på sykehus og øvrig primærhelsetjeneste som sykehjem er derfor ikke med.

### **1.4. Forforståelse**

Mitt inntrykk er at begrepene legemiddelsamtaler og legemiddelgjennomganger ofte brukes om hverandre, og synes det er uklart hva de ulike begrepene innebærer. Jeg har mest kjennskap til begrepet legemiddelgjennomganger som synes tilknyttet klinisk farmasi. Legen stiller diagnosen og ved hjelp av et tverrfaglig team (farmasøyt, sykepleier m.fl) sørger for en gjennomgang av pasientens legemiddelbruk og –behov. Dette virker å være en tjeneste som utøves av kliniske farmasøyer (provisorer) som enten jobber på sykehus, sykehjem eller i primærhelsetjenesten. Jeg undrer på hva legemiddelsamtaler i apotek egentlig innebærer.

## 1.5. Oppgavens disposisjon

I *Kapittel 1* presenteres bakgrunn for tema med problemstilling, avgrensning av problemstillingen og forforståelse. Foruten dette innledningskapittelet, er oppgaven delt inn i ytterligere 5 kapitler.

I *kapittel 2* presenteres teori som har betydning for denne oppgaven. For å kunne belyse tjenesten legemiddelsamtaler i relasjon til situasjonen i dagens apotek, er det viktig å få klarlagt hva tjenesten innebærer og se på hva som allerede finnes i Norge og hva som tilbys internasjonalt.

I *kapittel 3* redegjøres det for valg - samt beskrivelse av metode, der begrunnelse av metodevalg blir knyttet opp til metodeteori. Det foretas videre en vurdering av gjennomføringen av intervju og spørreundersøkelsen, inkludert utvalg, pilotstudie og bakgrunn for valgte spørsmål i spørreskjemaet.

Resultatene fra intervju og spørreundersøkelsen klargjøres i *kapittel 4*. I *kapittel 5* settes fokuset på drøfting av metode og drøfting av resultatene fra undersøkelsen, og avslutningsvis kommer oppsummering av resultatene og konklusjon i *kapittel 6*.

## 2. TEORI

### 2.1. Klassifiseringssystemet, aktuelt verktøy for økt etterlevelse

Et av de overordnede målene i legemiddelpolitikken er at legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk (8). Dette målet veier tungt og er et viktig mål med tanke på å avdekke og forebygge feil bruk av legemidler. Ifølge artikkelen: "Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer" forekommer **legemiddelrelaterte problemer (LRP)** ofte og påfører pasienter betydelig sykkelighet og i noen tilfeller også død. I tillegg fører de også til økte utgifter for samfunnet. Dette er bakgrunnen for utviklingen av det norske klassifiseringsverktøyet, som gjør at man kan identifisere LRP slik at de kan løses og forebygges (11). Et legemiddelrelatert problem defineres som: "*En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt*" (11, 12). Et reelt problem kan være en bivirkning (tegn og symptomer) som opptrer i klar sammenheng ved bruk av et bestemt legemiddel. Enkelte mennesker er for eksempel allergiske mot ibuprofen, og om de da tar en Ibox, så kan det få



umiddelbare og alvorlige konsekvenser. Et potensielt problem kan føre til legemiddelrelatert sykkelighet eller død ved manglende oppfølging. Marevan er for eksempel et legemiddel som er blodfortynnende, og det er viktig med jevnlig kontroll for å sikre at blodet har ønsket INR verdi (international normalized ratio). Da forebygger man et potensielt problem som fare for blodpropp. Pasienter som bruker Marevan må også være forsiktig ved kombinasjon av andre legemidler eller kosttilskudd på grunn av fare for interaksjoner og dermed økt fare for bivirkninger. Kartleggingsverktøy for avdekking av LRP er et hierarkisk system bestående av 6 hovedkategorier. Legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk, samt 12 underkategorier (se figur 1).

Tabell 1 Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer		
Kategori	Definisjon	Eksempel
1. Legemiddelvalg 1a. Behov for tillegg av legemiddel	Det mangler ett eller flere legemidler for en gitt indikasjon ifølge etablerte nasjonale/internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer, anses ikke som problem	Statiner etter hjerteinfarkt Acetylsalisylsyre etter hjerneslag ACE <sup>1</sup> -hemmer ved hjertesvikt Kalktilskudd ved kortisonbehandling Ubehandlet/underbehandlet smerte
1b. Unødvendig legemiddel	Et legemiddel anses som unødvendig dersom indikasjon ikke (lenger) er til stede, ved manglende seponering, eller dobbeltforskrivning av 2 eller flere legemidler fra samme terapeutiske gruppe	Antibiotikakur ferdig Ibux og Voltaren til samme pasient Bruk av Hiprex hos pasient med permanent kateter
1c. U hensiktsmessig legemiddelvalg	Ikke begrunnet avvik fra samsvar mellom legemiddel og diagnose/indikasjon, eller absolutt/relativt kontraindikasjon pga. f.eks. alder eller komorbiditet. Avvik som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer, anses ikke som problem	NSAID <sup>2</sup> ved redusert nyrefunksjon Bredspekret antibiotikum for banal infeksjon Antipsykotisk middel for senil urea Amirityptilin og andre legemidler med antikolinerg effekt hos eldre ACE <sup>1</sup> -hemmer ved aortastenose
2. Dosering 2a. For høy dose 2b. For lav dose 2c. Ikke-optimalt doseringstidspunkt 2d. Ikke-optimal formulering	Ikke-optimal dosering, inklusive doseringstidspunkt og formulering ifølge etablerte nasjonale/internasjonale retningslinjer. Avvik fra retningslinjer som er begrunnet og ønsket ut ifra pasientens individuelle behandlingsmål og risikofaktorer, anses ikke som problem	For høy dose ACE <sup>1</sup> -hemmer i forhold til nyrefunksjon For lav dose paracetamol i forhold til symptomgivende artrose Nitrater gis uten nitratfri periode Diuretika dosert om kvelden Bør få retardformulering fremfor «vanlig» tablett, for eksempel vanndrivende eller smertestillende
3. Bivirkning	En bivirkning er en skadelig og utilsikket virkning av et legemiddel som inntreffer ved doser som normalt brukes til mennesker eller dyr med sikte på forebyggende behandling, diagnose, behandling av sykdom eller på å gjenopprette, korrigere eller modifisere fysiologiske funksjoner (WHO)	Ortostatisk hypotensjon, ustøhet/fall ved bruk av blodtrykksenkende legemiddel Rabdomyolyse ved bruk av statin Utslett (rash) ved bruk av penicillin
4. Interaksjon	Interaksjoner som gir/kan gi utilsiktede kliniske effekter. Legemiddelkombinasjon med tilsett summasjonseffekt anses ikke som problem	SSRP og trisykliske antidepressiver (økt s-konsentrasjon av TCA) Furosemid og NSAID <sup>2</sup> ( redusert diuretisk effekt) Furosemid og digitalis (økt effekt/toksisitet av digitalis ved hypokalemi) Legemiddel og ulike naturlegemidler/tilskudd/helsekost F.eks. eksempel johannesurt og Warfarin
5. Avvikende legemiddelbruk 5a. Legemidler som administreres av helsepersonell 5b. Legemidler som administreres av pasient	Pasientens reelle legemiddelbruk avviker fra ordinasjon mht. legemiddel, dosering eller doseringstidspunkt. Det forutsettes at ordinasjoner er basert på en felles forståelse mellom forsker og pasient (concordance) dersom dette er mulig (unntak: pasienter med demens, akuttmedisin, etc.)	Pasienten har fått feil legemiddel eller dose (for mye/for lite/ingen), eller til feil tidspunkt Krusning av tablett/åpning av kapsler som ikke bør knuses/åpnes Pasienten har tatt feil legemiddel eller dose (for mye/for lite/ingen), eller til feil tidspunkt Praktisk problem med å ta legemiddel (klarer ikke å ppe boks, svelgevansker, kvalme/oppkast) Misforståelse av bruksanvisning – behov for informasjon/veiledning Problem med generisk bytte. Logistikkproblemer medregnes ikke
6. Annet 6a. Behov for/manglende monitorering av effekt og toksisitet av legemidler 6b. Mangelfull føring/uklar dokumentasjon av legemiddelkurve/kardeks/resept 6c. Annet	Monitorering med hensyn til effekt og toksisitet av legemidler mangler eller gjøres ikke ifølge retningslinjer Legemiddelkurve/kardeks/resept som mangler opplysninger vedrørende legemiddel (styrke, formulering) samt bruksanvisning (doseringstidspunkt etc.) Generelle terapidiskusjoner som inkluderer flere ulike problemer og som ikke kan løses andre steder	Klinisk undersøkelse (blodtrykk, ødemer, vekt) F.eks. vekt ved hjertesvikt Laboratorieprøver (kreatinin, kalium, INR, etc.) f.eks. regelmessig telling av HbC ved Leponex-behandling Røntgen Legemiddelkurve/kardeks/resept som mangler opplysninger vedrørende legemiddel (styrke, formulering) samt bruksanvisning (doseringstidspunkt etc.) Feil ved overløring mellom ulike kilder Pasienten har et behov og det behøves en diskusjon rundt hvordan man kan finne optimal legemiddelterapi, f.eks. er det riktigst å endre dose eller legge på ny terapi, og hva er mest optimalt for denne pasienten?

<sup>1</sup> Angiotensin konverterende enzym | <sup>2</sup> Ikke-steroid antiinflammatorisk middel | <sup>3</sup> Selve id ve serotonin reopptak hemmere

Figur 1 Viser klassifikasjonssystemet med 6 kategorier, samt 12 underkategorier. Ut fra spørsmål under disse kategoriene kan det vurderes/avdekkes om pasientene har reelle eller potensielle legemiddelrelaterte problem (LRP) (11).

Artikkelen konkluderer med at dette klassifikasjonssystemet kan benyttes både på sykehjem, i sykehus, i allmennpraksis og i apotek, og kan være en god plattform med tanke på tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell, for eksempel, lege, sykepleier og farmasøyt (11). Foreløpig har dette verktøyet blitt tatt i bruk ved legemiddelgjennomganger i sykehus, sykehjem og primærhelsetjenesten, men ikke i strukturert form i alle kjedepotek.

## **2.2. Legemiddelsamtale i apotek**

Når kunder henter sine medisiner i apoteket er det i dag via reseptekspedisjoner. En reseptekspedisjon er, i tillegg til de tekniske oppgavene rundt ekspedisjonen, som oftest et kort møte mellom kunde og farmasøyt der det informeres om bruken av de utleverte legemidlene. En reseptekspedisjon inneholder vanligvis ikke en strukturert gjennomgang av alle pasientens legemidler og bruken av disse, men det gjøres rimelighetsvurderinger av resepten i forhold til dose og eventuelt andre legemidler pasienten bruker. I utgangspunktet er ikke en reseptekspedisjon tilrettelagt for mange utdypende spørsmål om legemiddelbruk. En tjeneste som legemiddelsamtale går dypere til verks. Apotekforeningen leverte inn en rapport i 2007 som var basert på et pilotprosjekt som het «Legemiddelgjennomganger i apotek – Legemiddelsamtaler». Ifølge rapporten er en legemiddelsamtale en planlagt og strukturert samtale mellom pasient og farmasøyt. Målet er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og får bedre forståelse av sin legemiddelbruk. Man skal få økt kunnskap om egne legemidlers bruksområde, effekt, korrekt dose/inntak og praktisk bruk av legemidlene. Farmasøyten kan også gjennom samtalen avdekke reelle eller potensielle legemiddelrelaterte problemer, eksempelvis legemiddelinteraksjoner eller dobbelbruk av synonympreparater (generika). Samtalen har en ramme på 30 minutter og foregår på apotekets informasjonsrom. Dersom kliniske spørsmål oppstår skal lege kontaktes. Det gis oppfølging over tid (13, 14)

Ved en planlagt samtale avtales det en bestemt tid for samtalen. Farmasøyten forbereder seg og innhenter så mange opplysninger som mulig om pasientens legemiddelbruk basert på tilgjengelige kilder. Kunden må gi sitt samtykke dersom opplysninger fra samtalen skal gis videre til andre, eksempelvis behandlende lege. Samtalen skal være strukturert ved at den inneholder en del faste elementer. Rapporten fra Apotekforeningen konkluderer med:

*«Prosjektet viser at farmasøyter i apotek gjennom legemiddelsamtaler avdekker legemiddelrelaterte problemer og hjelper pasienten med løsninger på disse. Leger endrer i*

*relativt stor grad forskrivningen når de blir kontaktet av farmasøyt etter en legemiddelsamtale.... Samtalene er gjennomførbare i dagens apotek, med hensyn på tid og farmasøytenes kompetanse....»* Farmasøytene som deltok i dette pilotprosjektet fikk en dags innføring i klassifiseringssystemet, og gitt eksempler på bruk av skjemaene i tilknytning til prosjektet. De fikk ingen faglig oppdatering vedrørende legemidler/ farmakologi (13).

Boots apotek er per dato den eneste private apotekkjeden som tilbyr legemiddelsamtaler mellom farmasøyt og kunder i apoteket. Samtalen har en varighet på mellom 15-30 minutter og har en kostnad på 150 kroner for kunden (15).

### **2.3. Medisinstart (prøveprosjekt) et konkret tiltak**

Helsedirektoratet har nylig (september 2014) utgitt en rapport kalt «Utredning farmasøyt-tjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling». Den sier blant annet at apotek har gode forutsetninger for å gi informasjon om riktig legemiddelbruk (16). På bakgrunn av dette og pilotprosjektet fra 2007, vil Apotekforeningen fra høsten 2014 gjennomføre et nytt forskningsprosjekt kalt Medisinstart. Den har under utredning blitt kalt oppstartsveiledning og baseres på en tjeneste i Storbritannia som heter «New Medicine Service (NMS)». 65 apotek deltar i Medisinstart og det skal til sammen rekrutteres 1500 pasienter. Det man ønsker å få svar på er: «Øker Medisinstart etterlevelsen hos pasienter som starter på nye medisiner?» Målgruppen er pasienter som skal starte opp med ny forebyggende legemiddelbehandling (blodfortynnende, blodtrykkssenkende og kolesterolsenkende legemidler) og oppfølgingstiden i studien er ett år. Dersom Medisinstart-prosjektet viser gode resultater kan denne metoden vurderes å bli en standardisert tjeneste i Norge (16, 17).

### **2.4. Klinisk legemiddelgjennomgang (LMG)**

Kliniske legemiddelgjennomganger er mest praktisert i Norge per dato. Ved en klinisk legemiddelgjennomgang skal alt av helseopplysninger vedrørende pasienten innhentes, samt opplysninger om reseptpliktige-, reseptfrie legemidler, kosttilskudd, utstyr osv. LMG er kort sagt en grundig og helhetlig gjennomgang av pasientens helsetilstand. Reelle eller potensielle problemer som dukker opp legges fram for ansvarlig lege som vurderer informasjonen og bestemmer veien videre. Farmasøytens rolle i et slikt team er å bidra til best mulig beslutningsgrunnlag for legen. Ved LMG, på for eksempel sykehus, vil farmasøyten ha

tilgang til pasientens legemiddelliste, diagnoser, blodprøver (blodspeil) og annen klinisk informasjon om pasienten fra sykepleier (18, 19). En full legemiddelgjennomgang slik det er beskrevet her, kan ikke gjennomføres alene av farmasøyt i apoteket.

### Sammenligning av legemiddelsamtale, medisinstart og klinisk legemiddelgjennomgang,

Tabell 1 Oversikt over farmasøytiske legemiddeltjenester, hvor de utføres og hvem som gjennomfører disse.

	<b>Legemiddelsamtale (ikke standardisert i alle kjedene enda)</b>	<b>Medisinstart (forskningsprosjekt under utprøving)</b>	<b>Legemiddel- gjennomgang (eksisterer i dag)</b>
<b>Tjeneste:</b>	Strukturert gjennomgang	Strukturert gjennomgang	Strukturert gjennomgang
<b>Tjenesten inneholder:</b>	Gjennomgang av legemidlene til pasienten, inkludert kosttilskudd og utstyr	Fokus på oppstart av nye medisiner, eksempelvis blodfortynnende	Hele «sykdomsbildet» med diagnoser, journaler, gjennomgang av legemiddelliste m.m.
<b>Utføres av:</b>	Farmasøyt	Farmasøyt	Lege el lege m/team
<b>Hvor:</b>	Informasjonsrom i apoteket	Informasjonsrom i apoteket	Post på sykehus, sykehjem, hjemmebesøk
<b>Informasjons- grunnlag:</b>	Farmapro, apotekenes egne datasystemer, kunde	Farmapro, apotekenes egne datasystemer, kunde	Mer kompleks, «alt av info».
<b>Hensikt:</b>	Sikre pasientens etterlevelse av forskrevet behandling	Sikre pasientens etterlevelse av forskrevet behandling	Sikre pasientens etterlevelse av forskrevet behandling med klinisk fokus

Samarbeid med lege er relevant for alle legemiddeltjenester, men under legemiddelsamtale og medisinstart må farmasøyten avgjøre om og eventuelt når lege bør kontaktes.

### 2.5. Kommunikasjon/ formidling av kunnskap en viktig del av jobben

For farmasøyter kan det være nyttig med en bevisstgjøring om hva som ligger i begrepene informasjon, rådgivning og veiledning. Hilde Frøyland (Cand. Pharm. /klinisk farmasøyt) er forfatter av boka «Legemiddelsamtaler – klinisk kommunikasjon» og viser til at formidling om hvordan legemidler virker vil være å gi informasjon. Formidling vedrørende bruk kan anses som rådgivning, mens samtale om mulige bivirkninger blir mer veiledning (20). Dette

vil for farmasøyten handle om ulike måter å kommunisere på, å være bevisst på hvilke roller/ ansvar man har, og hvem man snakker med. Som profesjonell og autorisert helsearbeider har man ansvar for å kommunisere på en måte som gjør at kunden eller pasienten kan delta, føle tillit og trygghet i situasjonen. Slik kommunikasjon kjennetegnes ved at den er hjelpende, støttende og problemløsende. Ferdigheter i hjelpende kommunikasjon omfatter for eksempel aktiv lytting, samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Dette må tilpasses hver enkelt situasjon og kunden/ pasientens forutsetninger (21). Grad av kommunikasjon, bestemmelsesmyndighet og behandlingsansvar mellom pasient og farmasøyt kan være varierende, jamfør begrepene compliance, adherence og concordance i begrepsavklaringen (2, 22). Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til større forståelse og enighet rundt legemiddelbruk. Har man større forståelse for hvorfor og hvordan man tar ulike legemidler så kan sjansen være større for at etterlevelsen (riktig bruk) blir bedre.

## **2.6. Legemiddelsamtaler internasjonalt**

Siden legemiddelsamtaler ikke er en fullt etablert tjeneste i alle apotekkjedene i Norge kan det være interessant å se på hva som tilbys internasjonalt. Da med fokus på land som kan være naturlig å sammenligne med Norge. De engelskspråklige landene som Australia, Canada, New Zealand, USA og Storbritannia har kommet langt når det gjelder utvikling og innføring av helsetjenester i apotek. Ifølge rapporten «*Farmasøytjenester. En oversikt over status internasjonalt*» tilbys legemiddelgjennomganger (tilsvarende legemiddelsamtaler) i apotek i Sverige, Sveits, Australia, New Zealand, Canada og USA. I tillegg er det flere land (f.eks. Finland og Nederland) som har kliniske legemiddelgjennomganger og diverse andre varianter av helsetjenester. Siden Medisinstart i Norge baseres på en engelsk modell kan det være interessant å se nærmere på hva som tilbys i Storbritannia. Der har de, som nevnt tidligere, New Medicine Service, NMS, (oppstartssamtale) som ble innført i 2011. I tillegg har de også Medicines Use Review, MUR, (legemiddelgjennomgang som støtte til etterlevelse) som ble innført i 2005. Samme året ble det innført en kontrakt mellom apotekene og National Health Service (NHS) kalt «NHS Pharmacy Contract». Kontrakten beskriver hvilke tjenester apotekene skal og kan tilby, og deles inn i essensielle tjenester (Essential Services) og avanserte tjenester (Advanced Services). NMS og MUR er to av fire avanserte tjenester, og kan kun tilbys av apotek som tilfredsstillt kravene som National Health Service har satt. Disse kravene er at det må finnes en standard operasjonsprosedyre (SOP) for den aktuelle tjenesten, omkringliggende legekantor må være informert og lokalene må være akseptable.

Både NMS og MUR bygger på studier som viser til effekten av farmasøytens bidrag i primærhelsetjenesten, som «Patient-centered advice is effective in improving adherence in patients» av Clifford, Barber, Elliot, Hartley & Horne, 2006, og «Do patients perceive any benefit from medicines use reviews offered to them in community pharmacies?» av Youssef, Hussain & Upton, 2010 (23).

Noen land hvor oppstartssamtaler tilbys eller er under utvikling er Norge, Sverige, Danmark, Wales, Belgia og Finland. I Danmark pågår prøveprosjektet «Kom godt i gang med din medicin», og i Sverige pågår et prosjekt med strukturerte legemiddelsamtaler på svenske primærapotek.

Alle variantene av legemiddelgjennomganger (legemiddelsamtaler)/oppstartssamtaler utføres av sertifiserte farmasøytter, og har som mål å øke etterlevelsen. Sertifisert farmasøyt betyr at apotekene har en sertifiseringsordning for å sikre kvaliteten på tjenesten. Det finnes ulike ordninger, eksempelvis sertifisering av hver enkelt farmasøyt eller hvert enkelt apotek. Målgruppene varierer litt i de ulike landene, men hovedtrekkene er pasienter som skal starte på kronisk eller langvarig behandling, eller pasienter som tar mer enn 3 legemidler samtidig. De landene som har etablerte legemiddelsamtaltjenester ser ut til å ha en eller annen form for refusjonsordning. I eksempelvis Storbritannia, Australia, Canada og Sveits får apoteket en bestemt sum i refusjon for utført tjeneste. New Zealand har ikke sentrale refusjonsordninger, men mulighet for lokale ordninger, og i USA dekkes det enten av pasienten selv, via helseforsikring eller Medicare (23).

### **3. METODE**

Målet og intensjonen ved valg av tema og problemstilling var å kartlegge i hvilken grad farmasøytene ønsker en tjeneste som legemiddelsamtaler i apotekene. Det er farmasøytene som eventuelt skal utføre tjenesten, og da vil det være interessant å se hvordan profesjonen står samlet sett. Da dette er en ny tjeneste ble det valgt å innhente egne data via spørreundersøkelse. Farmasøytene utgjør en større populasjon og det ble derfor benyttet spørreskjema med standardiserte spørsmål (strukturert utspørring). Dette er en kvantitativ metode, hvor objektivitet, nøytralitet og generaliserbarhet er sentrale nøkkelord. Kvantitativ metode brukes blant annet for å få breddekunnskap og finne årsakssammenhenger som kan overføres til personer eller situasjoner (24). I tillegg til hovedmetoden kvantitativ

undersøkelse ble det også benyttet litteraturgjennomgang og intervju av to farmasøyter. Litteraturgjennomgangen ble brukt for å finne ut hva som allerede eksisterer av informasjon, undersøkelser, artikler med mer, og danner grunnlaget for spørsmålene i selve undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført for å avdekke tanker og aspekt som kunne ha betydning for utforming av spørreskjemaet.

### **3.1. Litteraturgjennomgang**

Hovedhensikten med litteraturgjennomgang var å finne eksisterende og relevant teori som kunne brukes ved analyse og tolkning av datamaterialet fra spørreundersøkelsen (primærdata). Teorigrunnlaget i denne oppgaven er hentet fra fagbøker, relevante rapporter og artikler funnet via søk i Google, databaser via Helsebiblioteket (PubMed,) og NORA. Sistnevnte database inneholder alt som er publisert i institusjoner i Norge. Google ble kun brukt som en start for å få et oversiktsbilde.

Ulike kombinasjoner av følgende nøkkelord ble brukt under søkeprosessen:

Legemiddelsamtaler i apotek, medicines use review in pharmacies, etterlevelse, farmasøytisk omsorg, medisinstart, klinisk legemiddelgjennomgang, farmasøyt utdanning, farmasøyttjenester

### **3.2. Kvalitativ metode/ intervju**

Det ble valgt å utføre 2 intervjuer av farmasøyter for å få deres beskrivelse og forståelse av begrepet legemiddelsamtale. Farmasøytene jobber på samme private kjedepotek, men har ulike roller da den ene er apoteker og den andre er reseptarfarmasøyt. Apoteker ble rekruttert via direkte telefonkontakt med veileder, mens reseptarfarmasøyten ble forespurt av apoteker og takket ja like før gjennomføring av intervjuet. Utvalget var geografisk strategisk med tanke på hvem som var tilgjengelig av farmasøyter i apotek i nærområdet, og tilfeldig med hensyn på å velge noen man tror kan vite noe om emnet. Det ble opplyst om at hvert intervju ville ta maks 30 minutter.

Formålet med intervjuet var å gå i dybden og høre hvordan farmasøyter som til daglig arbeider i apotek oppfatter denne tjenesten og hvilke holdninger de har til denne. Type intervju med tanke på respondentintervju eller informantintervju ville avhenge av erfaringene til de to farmasøytene. Et respondentintervju er med personer som selv har erfaringer med fenomenet (selvopplevd), mens et informantintervjuet er med personer som vet mye om

fenomenet man ønsker å undersøke (eksperter) (24). Resultatet av intervjuene skulle videre danne utgangspunkt for utarbeidelse av spørreskjema. Det ble valgt å utføre halvstruktureerte intervjuer. Dette er intervjuer med ferdig intervjuguide, men selve planen for intervjuet er åpen. Det ble derfor laget en intervjuguide med noen få spørsmål som skulle besvares for ikke å legge for sterke føringer på samtalen. Intervju foretatt med intervjuguide gjør også undersøkelsen reproduserbar ved at andre kan bruke samme intervjuguide (se vedlegg 3 for intervjuguide).

### **Intervju/ spørsmål i intervjuguiden**

Spørsmålene i intervjuguiden ble stilt i den rekkefølgen de ble satt opp, med tillegg av noen ekstra (og spontane) oppfølgings spørsmål underveis. Noe av åpenheten og dybdeperspektivet i kvalitativ metode, og halvstruktureerte intervju, gir fleksibilitet ved at man kan følge opp svarene der og da.

Det første spørsmålet var «*Hvilken erfaring har du med legemiddelsamtaler?*» Dersom svaret her ble ingen erfaring ble følgende oppfølgings spørsmål stilt: «*Hva tenker du rundt temaet legemiddelsamtaler i apotek?*»

Videre var tanken å gå mer i dybden ved å stille følgende to utvalgte nøkkelspørsmål:

«*Hvilke muligheter og/ eller begrensinger ser du i en slik tjeneste?*»

«*Et eventuelt pålegg om gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek kan kanskje vekke følelser hos farmasøyter avhengig av «hva farmasøyter bør stå for» og det man kjenner som egen personlig begrensing. Hva tenker du om det?*»

Hensikten med nøkkelspørsmålene var å få innsikt i farmasøytene holdninger og meninger.

Avslutningsvis ble et siste spørsmål stilt «*Har du noe du eventuelt har lyst å legge til?*»

Dette var for å åpne for muligheten til å få innspill man kanskje ikke hadde tenkt ut på forhånd.

### **Gjennomføring av intervju**

Før intervjuet begynte ble det gitt en kort presentasjon (hvem jeg er, hva jeg holder på med og hvorfor?) Nærmere informasjon om temaet ble gitt og det ble forklart at hensikten med intervjuet var at det skulle brukes for utarbeidelse av spørreskjema i forbindelse med bacheloroppgave. Siden det var ønskelig med lydopptak av intervjuene ble det også utarbeidet og presentert et samtykkeskjema i henhold til «HiNTs etiske retningslinjer for studentoppgaver». Samtykkeskjema sier noe om hvem som er ansvarlig for undersøkelsen og



påpeker taushetsplikten for studenten og sørger for ivaretagelse av anonymitet. Det gir også informasjon om at intervjuet vil bli tatt opp på bånd og at intervjupersonene når som helst under intervjuet kan trekke seg eller unnlate å svare på spørsmål. Informasjonen som fremkommer skal anonymiseres og bånd og notater fra intervjuet vil bli slettet etter bruk. Slettedato ble satt til 10.02.15. Begge farmasøytene og intervjuer signerte på samtykkeskjemaet.

Intervjuene ble gjennomført på kaffe-/ lunsjrommet i apotekets lokaler. Det kom inn andre ansatte som skulle hente kaffe. Dette forringet ikke intervjuet, men et rom uten forstyrrelser ville vært mer gunstig. Intervjuet ble tatt opp på bånd fordi man da som intervjuer er friere til å følge samtalen, notere litt underveis og vurdere kroppsspråk. Det er også viktig med lydopptak siden det ikke er lett å huske alt som blir sagt. Egen førforståelse kan avgjøre hvordan man oppfatter eller tolker det informantene sier. Intervjuene/ lydopptakene ble etterpå transkribert ordrett ned på papir. Dette for at ingen informasjon skulle gå tapt og det er lettere å jobbe med/ analysere når informasjonen er skrevet ned på papir (se vedlegg 4 for transkribering av intervjuene).

### **3.3. Kvantitativ metode (hovedmetoden)**

#### **3.3.1. Spørreskjema**

Det ble valgt spørreskjema med standardiserte spørsmål (se vedlegg 1). Respondentene svarer på de samme spørsmålene i samme rekkefølge og er formulert slik at de skal oppfattes mest mulig likt av respondentene (24) Man får primærdata fra spørreundersøkelsen som kan tallfestes og de ulike variablene (spørsmålene) kan sammenlignes.

Ved spørreskjemaundersøkelser er det viktig å ivareta anonymitet for de som svarer, og ikke etterspørre personlige opplysninger, på grunn av taushetsplikten. Det skal også være frivillig å delta, og man må normalt ha samtykke fra de som deltar. Ved spørreskjemaundersøkelse anser man at man samtykker til undersøkelsen ved besvarelse av skjemaet.

### **3.3.2. Bakgrunn for valgte spørsmål til spørreskjemaet:**

Spørsmålene 1-7 er bakgrunnsvariabler med kjønn, alder, type utdanning, tilleggsutdanning, antall år med relevant arbeidserfaring, stillingsprosent og type apotek.

#### *Variabel 1. Kjønn*

Her kan man først og fremst se om det er noen kjønnsmessig forskjell på i hvilken grad kvinnelige eller mannlige farmasøyter ønsker denne tjenesten. Det er overvekt av kvinnelige farmasøyter i Norge og i spørreskjema sammenheng må man være klar over at svarene fra menn, fordi de er færre, kan bli «vektet sterkere» enn svarene fra kvinnene.

*Variabel 2-5. Alder? Hvilken farmasøytisk grunnutdanning har du? Har du i tillegg til farmasøytisk utdanning påbygging fra universitet innen helsefag, psykologi eller kommunikasjon? Hvor mange år har du arbeidet i apoteket?*

Det var ønskelig å se om det utkrystalliseres holdningsforskjell basert på alder, utdanning eller arbeidserfaring.

*Variabel 6-7. Hvor stor stillingsprosent har du i hovedsak hatt som farmasøyt i apotek? I hvilken type apotek har du i hovedsak jobbet?*

Det var videre ønskelig å se om det var holdningsforskjeller knyttet til stillingsprosent og type apotek.

#### **Kartlegging av tjeneste**

*Variabel 8. Hvor ofte tilbys legemiddelsamtaler på ditt apotek i dag? (ikke nødvendigvis gjort av deg).*

Siden legemiddelsamtaler per i dag ikke tilbys i strukturert form i alle kjedene, annet enn hos eventuelt sykehusapotek, vil man kanskje forvente at det kan være forskjell på erfaring ut i fra type apotek farmasøytene jobber på.

#### **Rammebetingelser**

Det er også ønskelig å se på i hvilken grad rammefaktorer som lokaler, tid, økonomi og antall farmasøyter har betydning for ønsket om innføring av denne tjenesten. Dette avdekkes av variabel 9-11:

Variabel 9. *I hvilken grad mener du at økonomisk kompensasjon (eks. refusjon fra det offentlige for gjennomført tjeneste) bør være tilstede for at apoteket skal kunne gjennomføre en legemiddelsamtale?*

Variabel 10. *I hvilken grad bør det ansettes flere farmasøyter for å kunne gjennomføre en legemiddelsamtale i ditt apotek?*

Variabel 11. *I hvilken grad er det praktisk gjennomførbart (lokalmessig) med legemiddelsamtaler i ditt apotek slik det fremstår per dags dato?*

### **Annet:**

Utvalgte pasientgrupper

Variabel 12. *I hvilken grad mener du at legemiddelsamtaler bør skje for utvalgte pasientgrupper (enklere å betjene)?*

I New Medicine Service (NMS) og prosjektet Medisinstart er det utvalgte pasientgrupper som mottar legemiddelsamtaler, og det var ønskelig å se hva farmasøytene i denne undersøkelsen mener om dette.

### **Kompetanse**

Tanken bak disse spørsmålene er å kartlegge egnethet, og se dette i sammenheng med bakgrunnsvariabler som alder, utdanning og arbeidserfaring. Det er ønskelig å avdekke/kartlegge holdninger om egen kompetanse blant farmasøytene. Er det forskjeller mellom reseptar- og provisorfarmasøyter om hvem som eventuelt bør gjennomføre slike tjenester? Dette avdekkes av variabel 13-17:

Variabel 13. *I hvilken grad bør kompetansehevingstiltak for ansatte gjennomføres før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler?*

Variabel 14. *I hvilken grad mener du på generelt grunnlag at reseptarfarmasøyter har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale?*

Variabel 15. *I hvilken grad mener du på generelt grunnlag at provisorfarmasøyter har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale?*

Variabel 16. *I hvilken grad mener du reseptarfarmasøyter bør kunne gjennomføre legemiddelsamtaler ETTER kompetansehevingskurs?*

Variabel 17. *I hvilken grad mener du provisorfarmasøyter bør kunne gjennomføre legemiddelsamtaler ETTER kompetansehevingskurs?*

### **Ved eventuell innføring av legemiddelsamtaler i alle apotek**

Variabel 20. *I hvilken grad ønsker du egnede kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?*

Variabel 22. *I hvilken grad ønsker du egnede kompetansehevingstiltak innen IT/ system eller skjema-instruksjer.* Variabel 20 + 22 avdekker farmasøytene holdning til om dette er nødvendige tiltak for å kunne gjennomføre tjenesten.

Variabel 23. *I hvilken grad ser du etiske utfordringer med legemiddelsamtaler eksempelvis med taushetsplikten?*

Taushetsplikten kan være aktuell dersom flere leger har forskrevet legemidler til samme pasient. Dersom utveksling av taushetsbelagte opplysninger er nødvendig for å sikre best mulig legemiddelbruk, fordrer det informert samtykke fra pasienten. Dette spørsmålet vil avdekke om taushetsplikten vil være til hinder for eller spille inn på om man ønsker tjenesten eller ikke.

Variabel 24. *I hvilken grad er du redd for å trække legene på tærne (profesjonsoverlapping)?*

Det er legene som stiller diagnosene og bestemmer hva som skal forskrives av medisin. Det kan være tilfeller der noen av farmasøytene føler at de trår inn på legens område.

Variabel 25. *I hvilken grad er du komfortabel med enesamtale med kunde/ pasient i eget rom?*

Denne variabelen avdekker personlig egnethet. Det kan være farmasøyter som ikke er fortrolig med å være alene med kundene, da man kommer tettere innpå kunden ved en legemiddelsamtale på enerom kontra en vanlig reseptekspedering.

Variabel 26. *I hvilken grad mener du at farmasøytene kunnskap og kompetanse blir brukt best mulig i dagens apotek?*

Dette spørsmålet er tatt med for å se om farmasøytene mener at det er «ubrukt» kompetanse i apotekene i dag.

Variabel 27. *Synes du at legemiddelsamtaler bør kunne tilbys av «alle» apotek*

Her ligger muligens kjernen av i hvilken grad farmasøytene faktisk ønsker helsetjenesten legemiddelsamtaler i apotek.

## Åpne variabler

De åpne variablene er tatt med i spørreundersøkelsen for å se om farmasøytene har meninger som ikke kommer fram i spørreskjema, eller blir belyst godt nok av de standardiserte spørsmålene med fastsatte svaralternativer. Dette avdekkes av variabel 18,19,21, 28 og 29:

Variabel 18. *Hvorfor bør reseptarfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?*

Variabel 19. *Hvorfor bør provisorfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?*

Variabel 21. *Hvorfor ønsker du ikke kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?*

Variabel 28. *Hvorfor bør legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?*

Variabel 29. *Hvorfor bør ikke legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?*

## 3.4. Utvalg/ populasjon

Populasjonen for denne undersøkelsen er apotekfarmasøytene (reseptarer og provisorer) i Norge. Det å få et representativt bilde av en populasjon er en av de viktigste årsakene til å velge en kvantitativ tilnærming. Dette betyr at man ønsker å spørre et stort antall enheter, men av praktiske årsaker er det som regel ikke gjennomførbart å spørre alle i populasjonen. Man må derfor som undersøker gjøre et utvalg (25). Et representativ utvalg for populasjonen i denne undersøkelsen, vil avgjøre om man kan dra noen generelle konklusjoner som vil kunne gjelde for alle apotekfarmasøytene. Antall farmasøyter i apotek (primærapotek og sykehusapotek) per 15. desember 2013 var totalt 1744 (ca 57 %) personer med master i farmasi og 1318 (ca 43 %) med bachelor i farmasi. Dette utgjør til sammen 3062 farmasøyter i apotekene i Norge (26).

## 3.5. Gjennomføring av spørreundersøkelsen

I denne oppgaven ble det valgt å sende ut forespørsel til alle apotekene i Norge. Ved å «gå bredt ut» kan man øke mulighetene for kanskje å oppnå et mest mulig representativt utvalg. Et representativt utvalg for en bestemt populasjon vil avgjøre om man kan dra noen generelle konklusjoner som vil kunne gjelde for «alle» farmasøytene (generaliserbarhet/ ekstern validitet). Et alternativ til å sende ut forespørsel til alle apotekene ville vært å valgt apotekene i enkelte kommuner eller landsdeler. Om det ville gitt andre resultater er ikke godt å vite, men da hadde man kanskje fått mindre datamateriale å håndtere og derav større sjanse for «skjevheter» i utvalget. Jo flere respondenter som svarer på undersøkelsen desto større er sannsynligheten for at man får et mest mulig nyansert og korrekt bilde av situasjonen man ønsker å belyse. Dette avhenger også av at spørsmålene i spørreundersøkelsen «treffer» på temaet, og at det er godt utarbeidet i henhold til krav til gode spørreskjema, forundersøkelse

(intervju), test av spørsmål (fare for ulike tolkninger) o.l. Det er viktig at spørsmålene er utformet slik at man får svar på det man faktisk vil undersøke. Dette har betydning for undersøkelsens validitet (gyldighet) og reliabilitet (nøyaktighet og pålitelighet). For at forskning skal ha relevans og bli ansett som troverdig bør den være pålitelig og gyldig (27). Spørreskjemaet i kvantitativ metode er måleinstrumentet, og validiteten sier noe om dets evne til å måle det som skal måles. Reliabiliteten sier noe om resultatene er til å stole på. Dersom man skulle gjort undersøkelsen på samme måte om igjen, og fått tilnærmet like resultater (høyt samsvar mellom resultatene), har man trolig oppnådd høy reliabilitet (25, 27). I tillegg må man vurdere tidsbruk og tilgjengelige ressurser for å komme i mål med tanke på satte tidsfrister.

### **3.5.1. Pilotstudie**

Det ble gjennomført 2 små pilotstudier hvor spørreskjemaet ble sendt til undertegnede, veileder og 3 av lærerne på farmasi. Pilotstudien ble gjort for å avdekke eventuelle problemer med utfylling av spørreskjemaet eller uklarheter ved spørsmålene, og å kvalitetssikre at «teknikken» i dataprogrammet Questback fungerte korrekt. Den første pilotstudien inneholdt feil versjon av spørreskjemaet, noe som beviste nyttiligheten av å se og teste undersøkelsen før den ble sendt til over 400 farmasøyter. Etter pilotstudie 2, med korrekt versjon av spørreskjemaet, ble det gjort noen endringer i spørsmålsformuleringer. For å forsøke å skape en felles plattform og unngå mulige feiltolkninger ble det også lagt til en kort informasjon om hva som menes med legemiddelsamtaler i denne undersøkelsen.

### **3.5.2. Innsamling av e-postadresser/ respondenter**

Det ble sendt ut e-post til alle apotekene i Norge per dato, i alt 787 stk. E-posten inneholdt et informasjonsbrev om problemstilling i bacheloroppgaven, hvem som gjennomfører den, og etterspurte e-postadresser til farmasøyter som kunne tenke seg å delta i undersøkelsen (se informasjonsbrev i vedlegg 2). Dette ble gjort for å ivareta frivillighet, og å opplyse om tema samt ivaretagelse og forsikring om anonymitet for de som ønsket å delta. Etter første forespørsel ble det samlet inn 250 adresser. Etter en purrerunde endte det opp med totalt 440 e-postadresser. Purrerunden utgjorde en betydelig økning i antall respondenter. Det ble vurdert en tredje purrerunde, men valgte å ta hensyn til begrenset tid og ikke «mase» mer enn nødvendig. Det var kun ett apotek som på dette tidspunktet ga tilbakemelding om at de ikke

ønsket å delta i spørreundersøkelsen. De innsamlede e-postadressene ble deretter benyttet til selve spørreundersøkelsen via dataprogrammet Questback.

*Flytskjema som visualiserer prosessen ved oppnådd antall respondenter:*

Antall forespurte apotek	787		
	↓		
Antall respondenter	440		
	↓	↓	
Antall svart	317	123	Ikke svart

## 4. RESULTATER

### 4.1. Resultat intervju

Begge respondentene svarte at de ikke hadde noen egne erfaringer med legemiddelsamtaler. Ved oppfølgingsspørsmålet om hvilke tanker de gjør seg rundt temaet svarte de at de tenker det vil være behov for en slik tjeneste, men også på hvordan det praktisk skal gjennomføres med tid og lokaler. Ved muligheter og/ eller begrensninger ser de fordelene med en avtalt samtale, slik at man får tid til å forberede seg. Apotekeren påpeker at man fram til avtaletidspunktet kan få inn en sykmelding, mens en annen farmasøyt skal på kurs, og da har man ikke nok ressurser tilgjengelig til å gjennomføre den avtalte samtalen. Reseptaren påpeker at det er større terskel for kundene å gå til legen enn å spørre på apoteket, noe de ser på dager med kolesterolmålinger o.l. Ingen av farmasøytene mener at type utdanning vil ha betydning for utførelse av en slik tjeneste, men at personlig egnethet vil ha større betydning. (Se vedlegg 4).

Det fremkom ingen ny informasjon til utarbeidelse av spørreskjemaet, men det ble delvis bekreftet momenter som fremgikk i relevante rapporter/ teori/ artikler om temaet legemiddelsamtaler.

### 4.2. Resultat spørreundersøkelse

#### 4.2.1. Resultat fra univariat analyse

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble kun frekvent analysert via dataprogrammet Questback. Det ble via dette dataprogrammet sendt ut 440 spørreskjemaer til apotekfarmasøytter med spørsmål om deltakelse. Undersøkelsen ble publisert i tidsrommet 27.

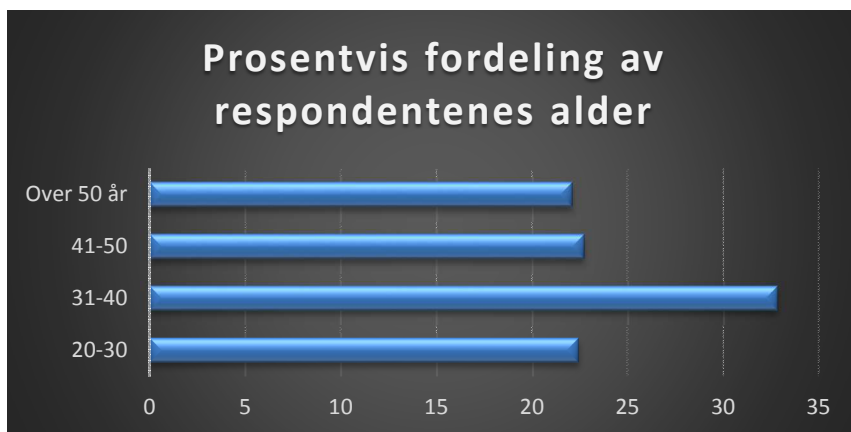
november til 9. desember, med tilsammen 5 purringer. Det kom 317 svar tilbake, noe som ga en svarprosent på 72 %.

## Bakgrunnsvariabler

### *Kjønn og alder*

Av farmasøytene som svarte på denne undersøkelsen var det 82 % kvinner og 18 % menn.

I figur 2 ser man at det er størst andel av farmasøytene i alderen 31-40 år (33%), mens de andre aldersgruppene på 20-30 år, 41-50 år og > 50 år, hver fordeler seg jevnt rundt ca. 22 %.



Figur 2 Viser prosentvis fordeling av respondentenes alder med høyest andel i gruppen 31-40 år.

### *Farmasøytisk grunnutdanning og tilleggsutdanning*

Det var 44,2 % prosent av respondentene som hadde bachelorgrad i farmasi som grunnutdanning og 55,8 % med mastergrad. 12,9 % hadde en tilleggsutdanning innen helsefag, psykologi eller kommunikasjon, mens flertallet på 87,1 % ikke hadde det.

### *Antall år i apotek*

40,7 % av respondentene har jobbet i apotek i over 15 år

39,7 % av respondentene har jobbet i apotek i 5-15 år

19,6 % av respondentene har jobbet i apotek mindre enn 5 år.

### *Stillingsprosent som farmasøyt*

89,9 % av respondentene har en stillingsprosent på 81-100 %.

9,5 % av respondentene har en stillingsprosent på 50-80 %

0,6 % av respondentene har en stillingsprosent under 50 %

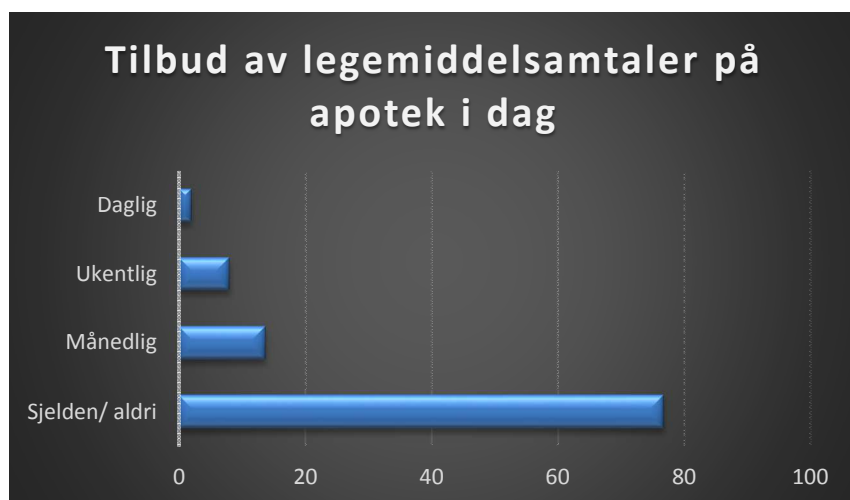


### *Fordeling på type apotek*

72,2 % av respondentene jobber i kjedepotek (Apotek 1, Vitusapotek eller Boots apotek). 19,6 % jobber i sykehusapotek og de resterende 8,2 % jobber i frittstående apotek som ikke har kjedetilhørighet.

### **Kartlegging av tjeneste**

77 % av respondentene oppgir at legemiddelsamtalen tilbys sjelden/ aldri, 14 % tilbyr tjenesten månedlig, 8 % tilbyr denne ukentlig mens kun 2 % tilbyr legemiddelsamtaler daglig.<sup>1</sup>



Figur 3 Viser prosentangivelse av hvor ofte legemiddelsamtaler tilbys på apotek per dato.

### **Rammebetingelser**

84 % av respondentene mener at **økonomisk kompensasjon** (eks. refusjon fra det offentlige for gjennomført tjeneste) i meget stor-stor grad bør være tilstede for at apoteket skal kunne gjennomføre en legemiddelsamtale (14 % mener i noen grad, og 2 % mener i liten grad).

61 % av respondentene mener at det i meget stor-stor grad er praktisk gjennomførbart **lokalmessig** med legemiddelsamtaler slik apoteket fremstår per dato. 27 % mener i noen grad og 12 % mener i liten grad.

43 % av respondentene mener i meget stor-stor grad at det bør **ansettes flere farmasøyter** for å kunne gjennomføre en legemiddelsamtale i apoteket. 38 % mener i noen grad og 19 % mener i liten grad (se figur 3).

<sup>1</sup> Dette er dessverre et misvisende spørsmål da apotek med flere deltakende respondenter får en sterkere stemme enn der hvor en enkelt respondent har deltatt.



Figur 4 Viser hva respondentene mener har størst betydning for gjennomføring av legemiddelsamtaler. Økonomisk refusjon og apotekets lokaler ser ut til å ha en større betydning enn antall farmasøyter.

#### Utvalgte pasientgrupper.

På spørsmål om i hvilken grad legemiddelsamtaler bør skje for utvalgte pasientgrupper som diabetes-, kols- og hjertepasienter m.fl. har 76 % av respondentene svart i meget stor- stor grad, mens 24 % har svart i noen grad- i liten grad.

#### Kompetanse

59 % av respondentene mener at kompetansehevingstiltak for farmasøyter i meget stor- stor grad bør gjennomføres før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler. 39 % mener i noen grad, og 2 % mener i liten grad (se figur 4).

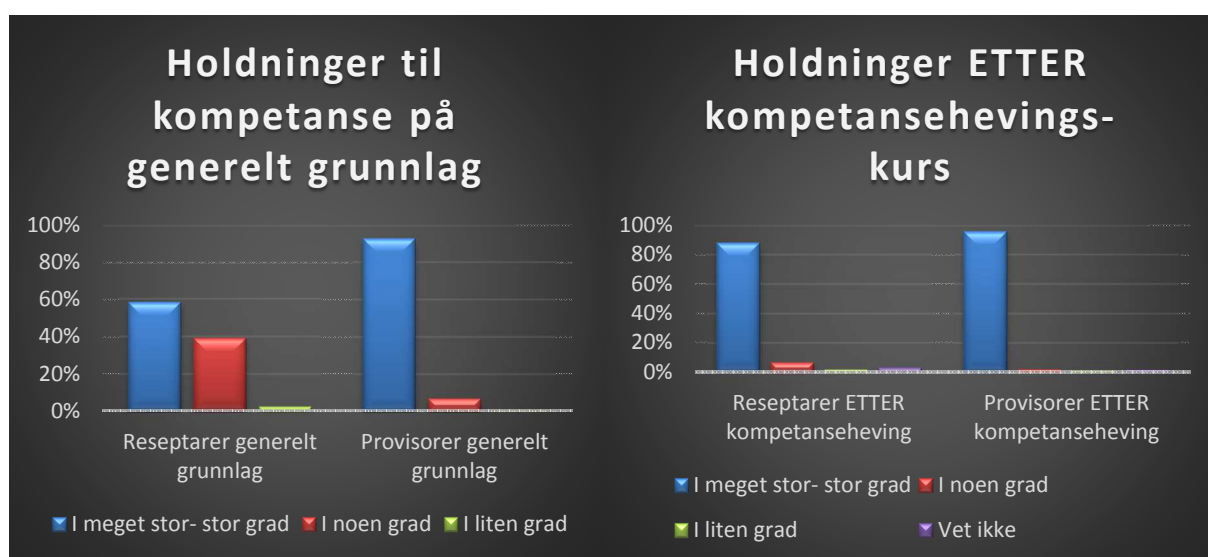


Figur 5 Viser i hvilken grad respondentene mener at kompetansehevingstiltak for ansatte bør gjennomføres før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler.

### Holdninger til kompetanse på generelt grunnlag og ETTER kompetansehevingskurs

58 % av apotekfarmasøytene mener at **reseptarene** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre legemiddelsamtaler på generelt grunnlag (42 % i noen-liten grad), og 88 % ETTER kompetansehevingskurs. (9 % i noen-liten grad og 3 % vet ikke).

93 % av apotekfarmasøytene mener at **provisorene** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre legemiddelsamtaler på generelt grunnlag (7 % i liten grad), og 96 % ETTER kompetansehevingskurs (2 % i noen grad og 2 % vet ikke) (se figur 5).

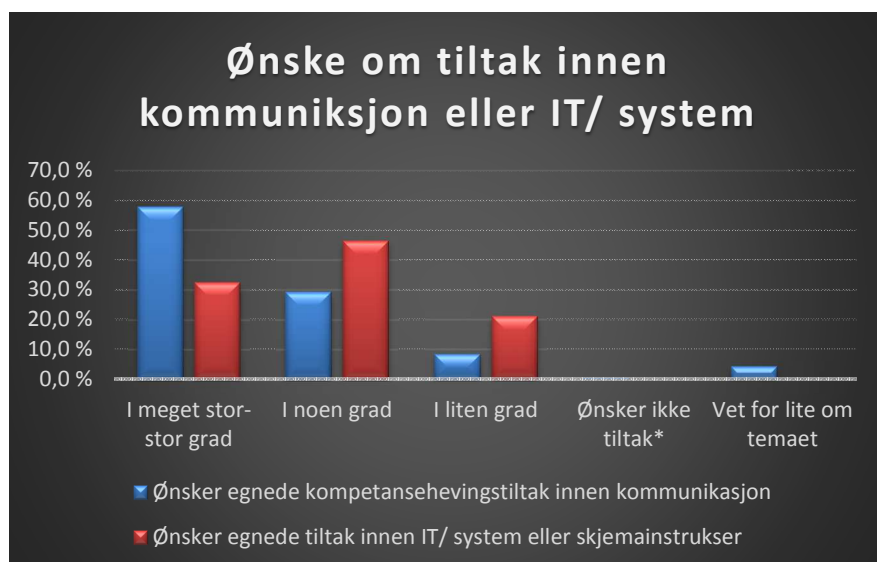


Figur 6 Viser hvilke holdninger reseptarer og provisorer har om egen og hverandres kompetanse til å gjennomføre legemiddelsamtaler, på generelt grunnlag og ETTER kompetansehevingskurs

### Ved eventuell innføring av legemiddelsamtaler i alle apotek:

58 % av respondentene har svart at de i meget stor-stor grad ønsker kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon. 38 % ønsker det i noen-liten grad. 1 person (0,3%) har sagt at han/hun ikke ønsker kompetansehevingstiltak og 4 % mener at de vet for lite om temaet til å uttale seg.

33 % av respondentene har svart at de i meget stor-stor grad ønsker egnede kompetansehevingstiltak innen IT/ system eller skjema-instrukser. 67 % ønsker det i noen-liten grad (se figur 6).



Figur 7 Viser i hvilken grad respondentene ønsker egnede kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon eller IT/ system eller skjemainstruksjer.

*Etiske utfordringer med legemiddelsamtaler, redd for å trække legene på tærne og personlig egnethet (komfortabel med enesamtale med pasient på eget rom).*

9 % av respondentene svarte at de i meget stor-stor grad ser **etiske utfordringer** med legemiddelsamtaler, mens 91 % av respondentene svarte i noen-liten grad.

10 % svarte at de i meget stor grad-stor grad er **redd for å trække legene på tærne**. 90 % svarte i noen-liten grad.

83 % mener at de i meget stor-stor grad er **komfortable med enesamtale**, mens 17 % er i noen- liten grad komfortable med enesamtaler (se figur 7).



Figur 8 Viser i hvilken grad farmasøytene ser etiske utfordringer med legemiddelsamtaler, er redd for å trække legene på tærne, eller er komfortable med enesamtale med kunde.

### *Blir farmasøytene kunnskap og kompetanse brukt best mulig i dagens apotek*

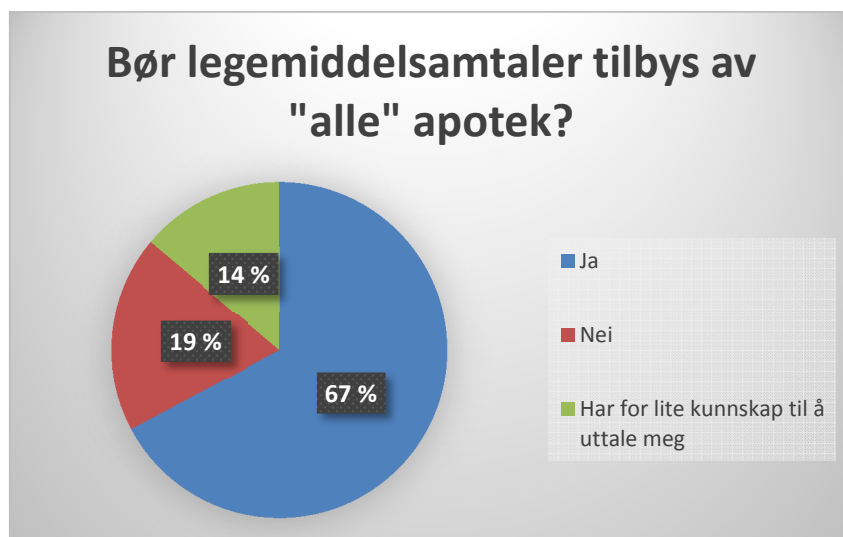
23 % av respondentene mener at deres kunnskap og kompetanse i meget stor-stor grad blir brukt best mulig i dagens apotek, mens 77 % har svart i noen –liten grad (se figur 8).



Figur 9 Viser i hvilken grad farmasøytene mener at deres kunnskap og kompetanse blir brukt best mulig i dagens apotek. Flertallet (77 %) har svart i noen-liten grad, mens resten (23 %) har svart i meget stor-stor grad.

### *Bør legemiddelsamtaler tilbys i «alle» apotek*

67 % av respondentene mener at legemiddelsamtaler bør tilbys av alle apotek. 19 % mener at det ikke bør tilbys, og 14 % har oppgitt at de har for lite kunnskap til å uttale seg om temaet (se figur 9).



Figur 10 Viser i hvilken grad farmasøytene mener at legemiddelsamtaler bør kunne tilbys av "alle" apotek

### **Åpne variabler**

For de som svarte «i liten grad» på spørsmål 16 «I hvilken grad mener du reseptarfarmasøytene bør kunne gjennomføre legemiddelsamtaler ETTER kompetansehevingskurs?» var det et

ekstra spørsmål med åpen svarkategori: «*Hvorfor bør reseptarfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?*»

For de som svarte «i liten grad» på spørsmål 17 var det et ekstra spørsmål med åpen svarkategori: «*Hvorfor bør provisorfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?*» og for de som svarte at de ikke ønsket kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon (variabel 20) kom denne åpne variabelen opp: «*Hvorfor ønsker du ikke kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?*»

Kun en liten andel har valgt å besvare de åpne spørsmålene.

For de som svarte ja eller nei på spørsmålet «*Synes du at legemiddelsamtaler bør kunne tilbys av «alle» apotek?*» var det valgt åpne spørsmål for nærmere utdyping om hvorfor bør, eller bør ikke legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek.

På spørsmålet om «*Hvorfor bør legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?*» utkrystalliserte det seg 5 hovedkategorier:

- 1) Sikre pasientens etterlevelse av forskrevet behandling. Farmasøytene kan gjennom legemiddelsamtaler i større grad bidra til bedre legemiddelbruk, avdekke feilbruk, bivirkninger og interaksjoner (øke etterlevelse/compliance).
- 2) Lavterskeltilbud som kan avlaste legene, og spare samfunnskostnader ved mindre feilbruk og færre sykehusinnleggelseser.
- 3) Kundernes terskel for å stille spørsmål rundt egen medisinbruk synes å være lavere i apotek.
- 4) En tjeneste som legemiddelsamtaler vil sørge for faglig oppdatering og påfyll for farmasøytene (motpol til «salgsfokuset»).
- 5) Synliggjøre apotekfarmasøytene kompetanse og øke tilliten mellom kunde og apotek.

På spørsmålet om «*Hvorfor bør ikke legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?*» utkrystalliserte det seg 3 hovedkategorier:

- 1) Apotek med for få/ eller alenefarmasøyter og dermed ikke tid til å utføre en mer omfattende tjeneste som legemiddelsamtale.
- 2) Ikke egnede lokaler.
- 3) Ikke nok kompetanse tilgjengelig til enhver tid, og behov for opplæring før tjenesten kan tilbys.

Andre momenter som ble nevnt i noe mindre grad var personlig egnethet, språk- og kommunikasjonsferdigheter. Ikke alle farmasøyter føler seg nødvendigvis komfortable med enesamtaler og har «lyst» til å utøve en slik tjeneste, samt at legemiddelsamtaler krever at farmasøytene må snakke godt norsk og ha evne til å kommunisere godt med kundene.

#### 4.2.2. Resultater fra bivariat analyse, SPSS (programvare for statistiske analyser).

Ved bivariate analyser ser man på sammenhengene mellom to og to variabler.

Bakgrunnsvariablene er uavhengige variabler, som kjønn, alder etc, mens de avhengige variablene er de andre spørsmålene i undersøkelsen.

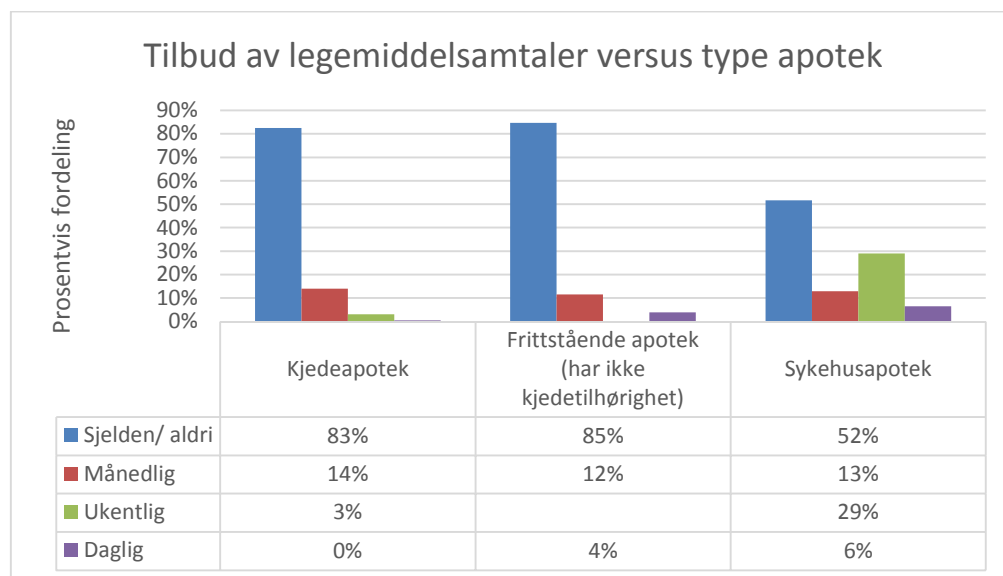
#### Kartlegging av tjeneste

##### *Tilbud av legemiddelsamtaler og type apotek*

85 % av **frittstående apotek** tilbyr sjelden eller aldri legemiddelsamtaler, 12 % månedlig og 4 % tilbyr daglig legemiddelsamtaler.

83 % av **kjedeapotek** tilbyr sjelden eller aldri legemiddelsamtaler, 14 % månedlig, 3 % ukentlig.

52 % av **sykehusapotekene** tilbyr sjelden eller aldri tilbyr legemiddelsamtaler. 13 % månedlig, 29 % ukentlig og 6 % daglig (se figur 10).



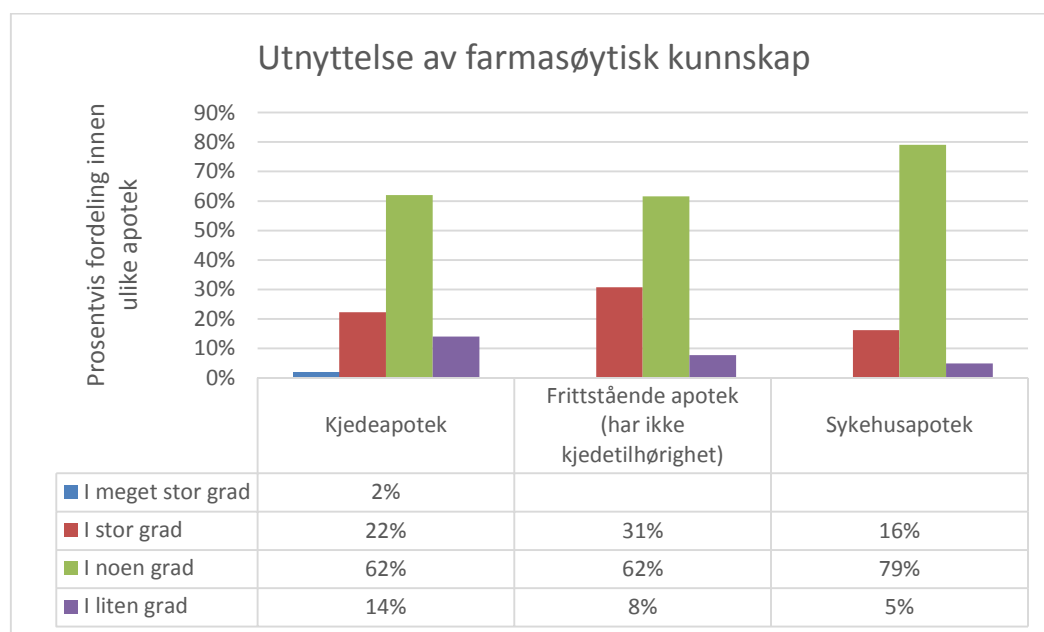
Figur 11 Viser prosentvis fordeling av hvor ofte det tilbys legemiddelsamtaler i kjedeapotek, frittstående apotek og sykehusapotek

### Utnyttelse av farmasøytisk kunnskap og type apotek

24 % av farmasøytene i **kjedeapotek** mener at deres kompetanse blir brukt i meget stor-stor grad, 76 % i noen-liten grad.

31 % av farmasøytene i **frittstående apotek** mener at deres kompetanse blir brukt i stor grad, 70 % i noen-liten grad.

16 % av farmasøytene i **sykehusapotekene** mener at deres kompetanse blir brukt i stor grad og 84 % i noen-liten grad (se figur 11).



Figur 12 Viser prosentvis fordeling innen ulike typer apotek der farmasøytene mener at deres kunnskap og kompetanse blir brukt best mulig

## Kompetanse

### Kjønn og holdninger til kompetanse

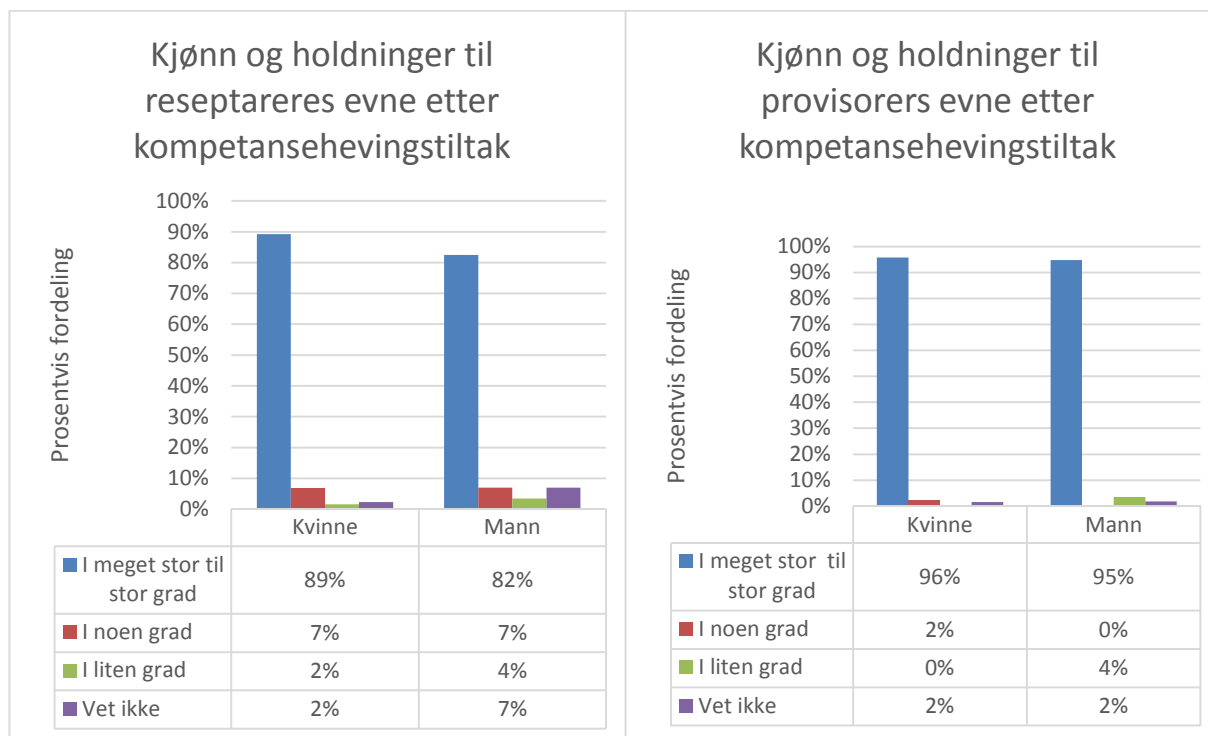
89 % av de kvinnelige farmasøytene mener at **reseptarer** bør i meget stor- stor grad kunne gjennomføre legemiddelsamtaler etter kompetansehevingskurs (9 % i noen-liten grad og 2 % vet ikke).

82 % av de mannlige farmasøytene mener at **reseptarer** bør i meget stor-stor grad kunne gjennomføre legemiddelsamtaler etter kompetansehevingskurs (11 % i noen-liten grad og 7 % vet ikke).

96 % av de kvinnelige farmasøytene mener at **provisorer** bør i meget stor-stor grad kunne gjennomføre legemiddelsamtaler etter kompetansehevingskurs (2 % i noen grad og 2 % vet ikke).



95 % av de mannlige farmasøytene mener at **provisorer** bør i meget stor-stor grad kunne gjennomføre legemiddelsamtaler etter kompetansehevingskurs (4 % i liten grad og 2 % vet ikke) (se figur 12).



Figur 13 Viser sammenhengen mellom kjønn og deres holdninger til reseptarers og provisorers kompetanse etter kompetansehevingstiltak.

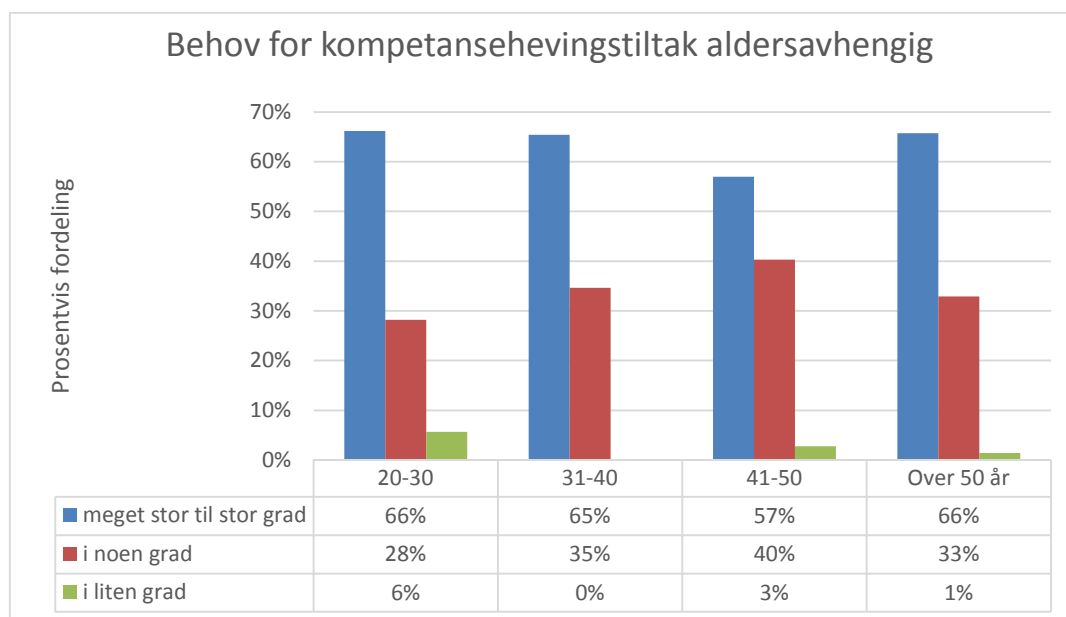
### Alder og grad av generell kompetanse

66 % av respondentene mellom **20-30 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler (34 % i noen-liten grad).

66 % av respondentene **over 50 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler (34 % i noen grad-liten grad).

65 % av respondentene mellom **31-40 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler (35 % i noen grad).

57 % av respondentene mellom **41-50 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler (43 % i noen grad-liten grad) (se figur 13).



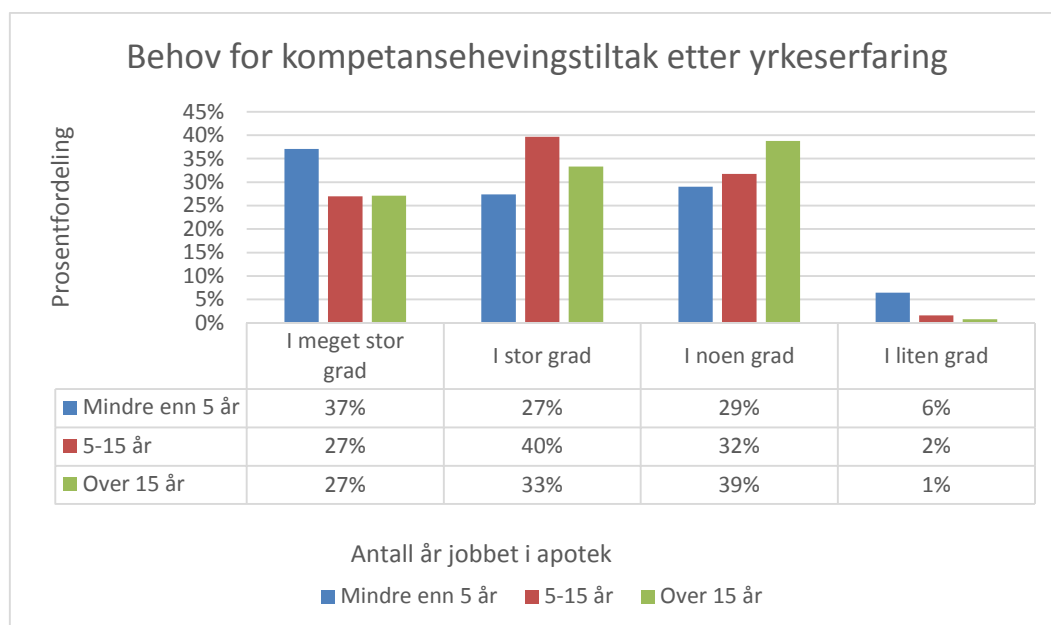
Figur 14 Viser sammenhengen mellom alder og holdning til behov for kompetansehevingstiltak

*Erfaring (hvor mange år arbeidet i apotek) og grad av generell kompetanse:*

64 % av de som har jobbet **mindre enn 5 år** i apotek mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak og 35 % i noen-liten grad.

67 % av de som har jobbet i apotek **mellom 5-15 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak, 33 % i noen grad-liten grad.

60 % av de som har jobbet i apotek i **over 15 år** mener at de i meget stor-stor grad har behov for kompetansehevingstiltak, og 40 % i noen-liten grad (se figur 14).



Figur 15 Viser sammenhengen mellom yrkeserfaring og holdning til behov for kompetansehevingstiltak

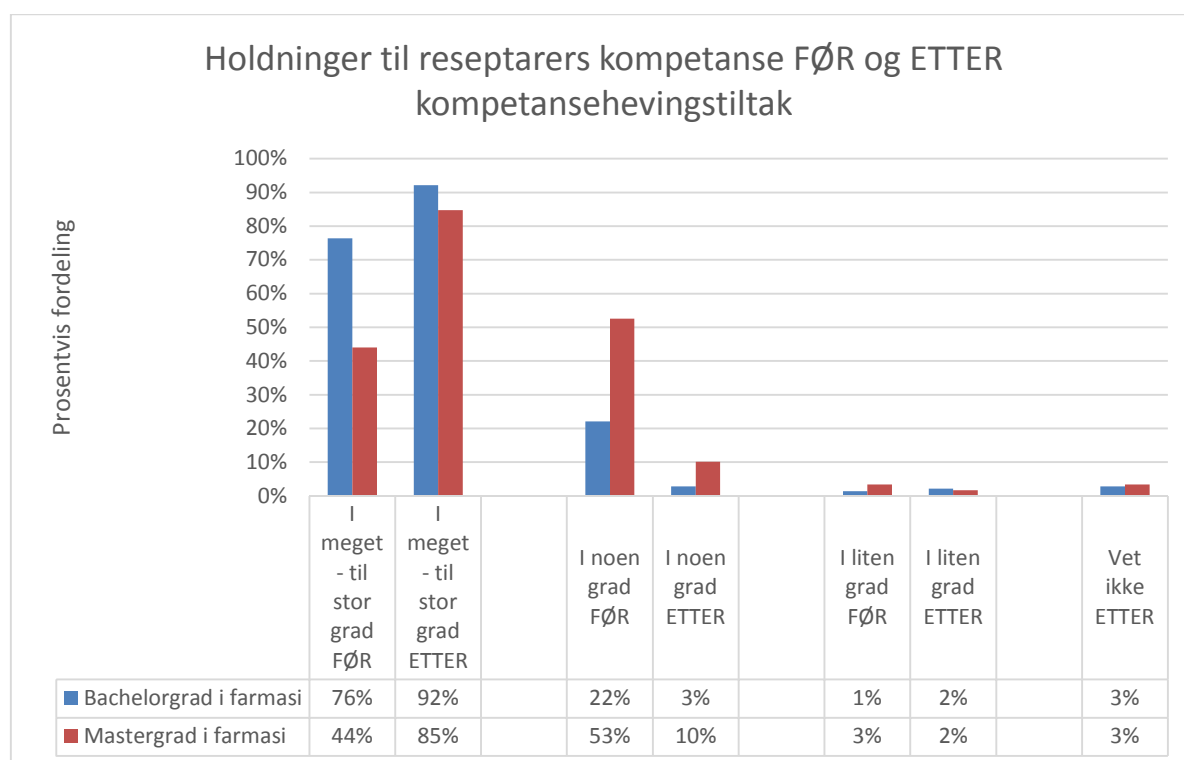
### Utdanning og holdning til reseptarers kompetanse

76 % av respondentene med **bachelorgrad i farmasi** mener at **reseptarer på generelt grunnlag** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (24 % i noen-liten grad).

44 % av respondentene med **mastergrad i farmasi** mener at **reseptarer på generelt grunnlag** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (56 % i noen-liten grad).

92 % av respondentene med **bachelorgrad i farmasi** mener at **reseptarer etter kompetansehevingskurs** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (5 % i noen-liten grad og 3 % vet ikke)

85 % av respondentene med **mastergrad i farmasi** mener at **reseptarer etter kompetansehevingskurs** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (12 % i noen-liten grad og 3 % vet ikke) (se figur 15).



Figur 16 Viser sammenhengen mellom utdanning og holdning til reseptarers kompetanse før og etter kompetansehevingskurs

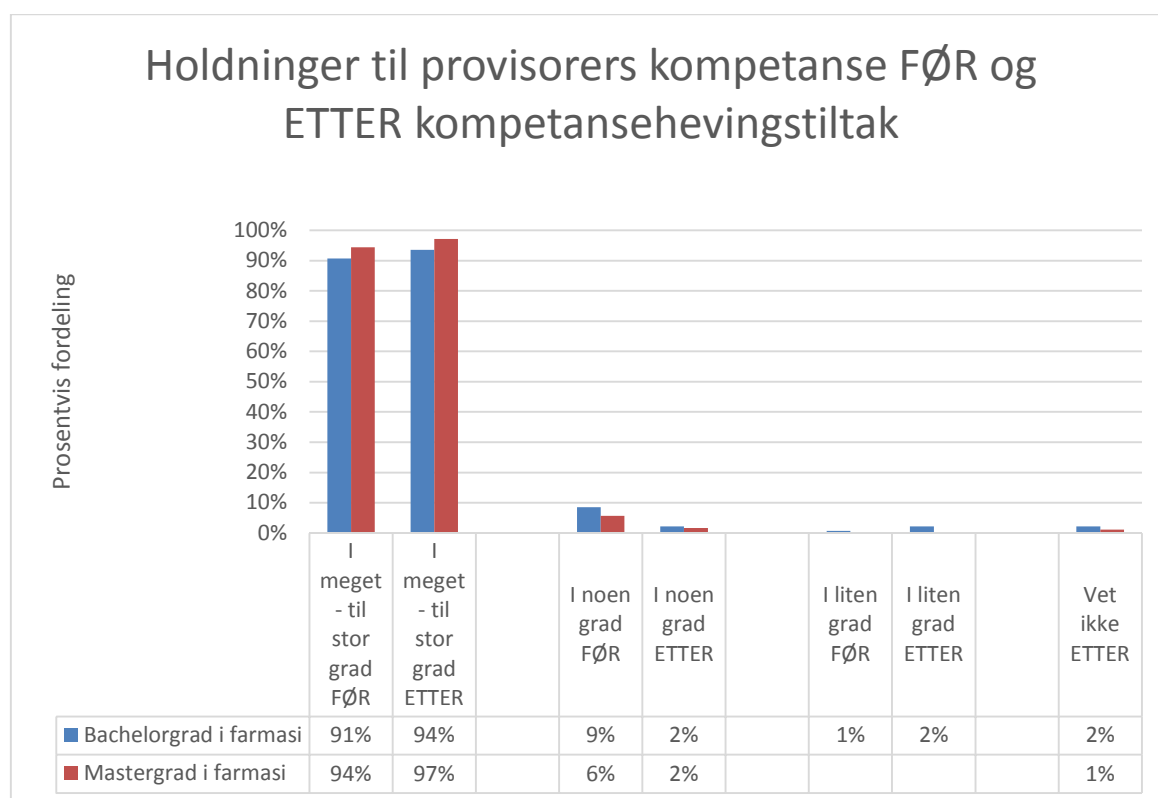
### Utdanning og holdning til provisorers kompetanse

91 % av respondentene med **bachelorgrad i farmasi** mener at **provisorer på generelt grunnlag** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (9 % i noen-liten grad).

94 % av respondentene med **mastergrad i farmasi** mener at **reseptarer på generelt grunnlag** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (6 % i noen grad).

94 % av respondentene med **bachelorgrad i farmasi** mener at **provisorer etter kompetansehevingskurs** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (4 % i noen-liten grad og 2 % vet ikke)

97 % av respondentene med **mastergrad i farmasi** mener at **provisorer etter kompetansehevingskurs** i meget stor-stor grad har tilstrekkelig med kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale (2 % i noen grad og 1 % vet ikke) (se figur 16).



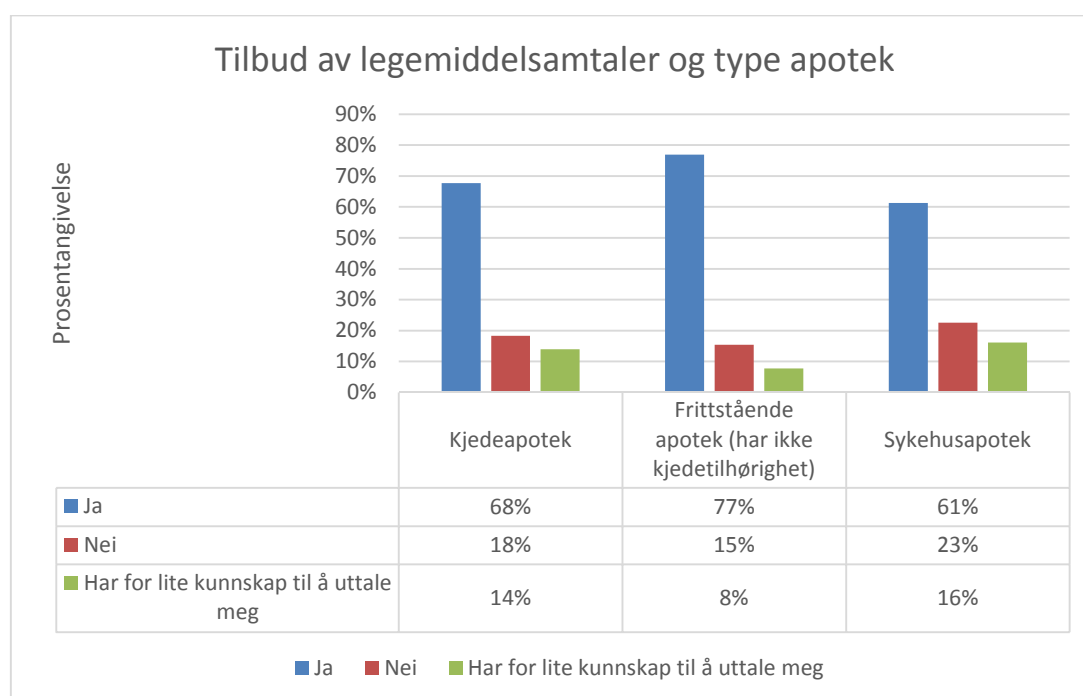
Figur 17 Viser sammenhengen mellom utdanning og holdning til provisorenes kompetanse før og etter kompetansehevingskurs

### Type apotek og bør legemiddelsamtaler tilbys av «alle» apotek

68 % av respondentene i **kjedeapotek** mener at legemiddelsamtaler bør tilbys i «alle» apotek, 18 % mener at det ikke bør tilbys i alle apotek og 14 % mener at de har for lite kunnskap om dette til å uttale seg.

77 % av respondentene i **frittstående apotek** mener at legemiddelsamtaler bør tilbys i «alle» apotek, 15 % mener at det ikke bør tilbys i alle apotek og 8 % mener at de har for lite kunnskap om dette til å uttale seg.

61 % av respondentene i **sykehusapotek** mener at legemiddelsamtaler bør tilbys i «alle» apotek, 23 % mener at det ikke bør tilbys i alle apotek og 16 % mener at de har for lite kunnskap om dette til å uttale seg (se figur 17).



Figur 18 Viser sammenhengen mellom apotektyper og prosentangivelse av hvilken grad de mener at legemiddelsamtaler bør tilbys i "alle" apotek

## 5. DRØFTING

### 5.1. Metodedrøfting kvalitativ del/ metodekritikk

Når det gjelder utvalget av farmasøyter til intervju, vil to farmasøyter ansees som et litt for snevert antall til å kunne være en fullverdig kvalitativ metode.

Apotekfarmasøytene i Norge utgjør populasjonen i denne undersøkelsen. Det viste seg under og ved etterarbeidet av intervjuene at tilfeldig valgt apoteker og reseptarfarmasøyt kanskje ikke var det beste valget akkurat i dette tilfellet. Tanken var at apoteker og reseptarfarmasøyt kunne ha ulike innfallsvinkler, da en apoteker trolig fokuserer mer på driftsutfordringer enn en vanlig farmasøyt, men ingen av informantene hadde noen spesiell erfaring med legemiddelsamtaler. Dette kan henge sammen med at legemiddelsamtaler i strukturert form ikke er en etablert tjeneste i alle private apotek enda, hvor Boots er unntaket. For i større grad å sikre og få bakgrunnsinformasjon og den korrekte «eksperthjelpen» ved utarbeidelsen av spørsmålene til dette spørreskjemaet, kunne noen som var involvert i pilotprosjektet til Apotekforeningen eller utarbeidelse av rapporten vært et bedre valg. Eventuelt hadde kliniske farmasøyter som har arbeidet med legemiddelgjennomganger vært et annet alternativ. Selv om resultatet fra intervjuene ikke stod helt i samsvar med hensikten, ga prosessen økt innsikt og erfaring i utfordringene med intervju som kvalitativ metode. Ved transkriberingen av intervjuene ble det veldig klart at rollen som intervjuer må forberedes og bevisstgjøres godt på forhånd (24). Det er «fort gjort» å sette sitt eget preg på samtalen ved å svare bekreftende eller avkreftende på svarene som blir gitt av respondentene. Som intervjuer bør man forsøke å forholde seg så nøytral som mulig for ikke å påvirke svarene i for stor grad. Bedre oppfølgingsspørsmål hadde trolig gitt annen/ mer informasjon. En av farmasøytene uttrykte eksempelvis at legemiddelsamtaler i apotek ville ha vært spennende, var forestående i apotek, og at det er kjempeviktig. Intervjuer kunne ha fulgt opp dette ved å spørre om hvorfor farmasøyten mener akkurat dette. En mer erfaren intervjuer ville nok plukket opp flere slike aspekter.

## **5.2. Metodedrøfting kvantitativ del/ metodekritikk**

### **5.2.1. Utvalget**

Denne undersøkelsen ble besvart av 44,2 % med bachelorgrad i farmasi og 55,8 % med mastergrad i farmasi. Når man ser på den faktiske normalfordelingen av farmasøyter i apotekene i Norge på henholdsvis 43 % og 57 %, så kan resultatet tyde på et representativt utvalg. Det er derimot ikke bare sammensetningen og normalfordelingen av utvalget som avgjør om man kan generalisere resultatene. Ut fra den totale populasjonen på 3062 apotekfarmasøyter utgjør antall respondenter på 317 stk, ca 10 %. Noe av årsaken til dette resultatet kan være måten det ble sendt ut forespørsler på. Det er uvisst hvem postmottakeren hos apotekene er, om informasjonen ble viderefremidlet eller hvordan. Man har ingen

mulighet for å vite om den faktisk nådde alle farmasøytene. Kun ett apotek sa at de ikke ønsket å delta. Hva årsakene til at en stor andel av apotekene ikke svarte er umulig å vite. Grønmo sier at «I en undersøkelse med stort frafall og ingen frafallsanalyse er resultatene ikke generaliserbare» (28). Normalfordelingen i undersøkelsen gjenspeiler virkeligheten, men man kan ikke uten videre generalisere resultatene. Likevel kan de kanskje gi en pekepinn på tendenser i populasjonen.

### **Mulig skjevhet i utvalget**

Det ble ikke tatt hensyn til at organisering og postmottak er annerledes hos sykehusapotekene, enn hos kjede- og privateide apotek. Siden ønsket var å kun nå farmasøytene i publikumsavdelingene på sykehusapotekene kunne man ha sendt et eget og mer tilrettelagt informasjonsbrev til disse. I spørsmål 7 (type apotek) viste resultatene at 19,6 % av respondentene jobbet hos sykehusapotek. Statistikken fra Apotekforeningen viser at den faktiske prosentandelen i hele populasjonen er på 14,3 % (25). Dette kan bety at det er andre sykehusfarmasøyter som også har deltatt i undersøkelsen, noe som kan tyde på at de får en litt sterkere «stemme» enn de skulle hatt. Her vet man ikke om det nødvendigvis er flere kliniske farmasøyter som har deltatt. Det kan også være at provisorer i sykehusapotekene, som ikke er tilknyttet publikumsavdelingen, deltok på grunn av særskilt interesse for temaet legemiddelsamtaler.

### **Metodekritikk spørreundersøkelse**

Etter at spørreundersøkelsen var sendt dukket det opp noen svakheter ved informasjonen som ble gitt i informasjonsbrevet som etterspurte farmasøytadresser og frivillig deltakelse. Det kom da fram at informasjonen ikke hadde vært tydelig nok. Noen postmottakere sendte inn liste over farmasøytadresser uten at kollegaene hadde blitt informert og derfor ikke selv takket ja til å delta i undersøkelsen. Dette gjaldt spesielt hos ett av de større sykehusapotekene. Ordlyden i informasjonsbrevet kan være årsaken til det. Dette var uheldig, og medførte en lite ønskelig situasjon for alle parter. For de som ikke hadde blitt underrettet om undersøkelsen kunne det oppfattes provoserende og framstå som litt «frekt» når spørreundersøkelsen starter med: «Takk for at du sa ja til å delta...» I tillegg ville de som ikke svarte få tilsendt til sammen 5 purringer over 10 dager. Dermed kunne det kanskje oppfattes ekstra provoserende. 3 farmasøyter fra samme plass ga tilbakemelding på e-post om at de ikke hadde takket ja til dette og ikke ønsket å delta. Disse navnene kom fra samme liste og veileder sendte derfor

e-post til alle på gjeldende liste for å beklage og oppklare misforståelsen. I tillegg var det en farmasøyt til som meldte frafall, da vedkommende nylig hadde skiftet jobb. Til tross for dette frafallet ble svarprosenten av undersøkelsen på 72 %. Det er en relativt høy svarprosent.

### **Mulige svakheter ved spørsmålene i spørreskjema**

Etter gjennomføringen av spørreundersøkelsen ble det mottatt tilbakemelding fra en av sykehusfarmasøytene. Spørsmålene angående ønskede kompetansehevingstiltak var muligens ikke tydelig nok om det gjaldt egne (personlige) behov, eller behov man ser for apoteket som helhet. Intensjonen ved eksempelvis spørsmålet «I hvilken grad ønsker du egnede kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?» var å kartlegge farmasøytens personlige ønske rundt egen kompetanse. I de spørsmålene man ønsker å se på apotekets behov, eksempelvis rammebetingelsene, er det spesifisert at det handler om selve apoteket. Dersom noen har svart ut i fra apotekets generelle behov når det gjelder kompetanse så kan det være en kilde til skjevheter. Sykehusfarmasøyten savnet også svaralternativet «Har allerede foretatt kompetanseheving» da «Jeg ønsker ikke kompetansehevingstiltak» kunne oppfattes som at man «gir blanke». Man ønsker selvsagt ikke å provosere eller støte noen, så det svaralternativet var muligens ikke godt nok gjennomtenkt. Det ble også påpekt at svaralternativet «Vet ikke» kanskje burde vært med under spørsmålene angående reseptarers (og provisorers) egnethet til å foreta legemiddelsamtaler. Det kan være at man ikke vet nok om kompetanseinnholdet i hverandres utdanninger. Siden innstillingene i Questback ble satt slik at man ikke kan hoppe over noen av spørsmålene, kan man bli tvunget til å ha en mening der man kanskje ikke har godt nok grunnlag til å uttale seg. Det kan da være at noen velger å sette et litt forsiktig svar sånn for sikkerhets skyld, noe som kan være en kilde til skjevheter i resultatene på disse spørsmålene.

At enkelte sykehusfarmasøyer følte at noen av spørsmålene var litt vanskelig å besvare kan ha en sammenheng med at spørreundersøkelsen var «skreddersydd» for apotekfarmasøytene. De som jobber ved sykehusposter skulle egentlig ikke deltatt i akkurat denne undersøkelsen.

Når det gjelder spørsmålet «*Hvor ofte tilbys legemiddelsamtaler på ditt apotek i dag?*» (spørsmål 8) ble dette dessverre et misvisende spørsmål. Apotek med flere deltakende respondenter kan få en sterkere stemme enn der hvor en enkelt respondent har deltatt. Dersom det er flere farmasøyer fra samme apotek blir deres syn/svar på det som omhandler selve apoteket sterkere representert, kontra en alenefarmasøyt som svarer på vegne av sitt apotek.



Dette kom ikke til syne under prosessen med klargjøring av spørsmålene til spørreundersøkelsen.

Vedrørende spørsmålet: «*I hvilken grad mener du at legemiddelsamtaler bør skje for utvalgte pasientgrupper som diabetes-, kols- og hjertepasienter m.fl (enklere å betjene)?*» (spørsmål 12) så ser man i ettertid at dette spørsmålet kan være litt for ensidig/ opplagt og kanskje ledende. Respondentene får ikke anledning til å vurdere om behovet er der for alle, men kun ta stilling til grupper som i utgangspunktet kan ha særskilte behov når det gjelder helsetjenester. Resultatet viste at 76,4 % av respondentene har svart i meget stor- stor grad, mens 23,6 % har svart i noen grad- i liten grad. Det kan være at de som har svart i noen grad- i liten grad mener at tilbudet bør gjelde flere pasientgrupper eller alle, men det blir ren spekulasjon da man ikke kan svare på det ut i fra denne undersøkelsen.

Når det gjelder egnede kompetansehevingstiltak innen IT/ system eller skjema-instruksjoner (spørsmål 22) har 33 % av respondentene har svart at de i meget stor-stor grad ønsker det, 46 % ønsker det i noen grad og 21 % ønsker det i liten grad. Det kan være at dette spørsmålet ble for generelt og burde vært mer spesifikt, eksempelvis omhandlet behov for opplæring i klassifiseringssystemet og skjemaer i forbindelse med det.

På spørsmålet «*Synes du at legemiddelsamtaler bør tilbys i «alle» apotek?*» har 14 % av respondentene i undersøkelsen svart at de har for lite kunnskap om temaet til at de kan uttale seg om det skal tilbys i alle apotek eller ikke. Det kan være logisk at en del av respondentene havner i denne gruppen, siden tjenesten er under utprøving og muligens i startgropa. De av farmasøytene som vet mest om temaet så langt er kanskje spesielt interesserte eller har deltatt i tidligere prøveprosjekt. Dette kan være en gjenspeiling av spørreskjemaet i sin helhet, at en del svarer på generelt grunnlag og ikke har inngående kunnskap om temaet. I tillegg er «alle» apotek satt litt på spissen, og da kan det kanskje være rom for at farmasøytene har ulike tolkninger rundt dette. Alle typer apotek kunne muligens vært et bedre valg ved formulering av spørsmålet, siden man vet at apotekene i Norge varierer veldig i størrelse og antall ansatte. Mange apotek holder også til i kjøpesenter med begrenset plass lokalmessig.

### **Åpne variabler**

Når det gjelder de åpne variablene, ser man i ettertid at «Hvorfor bør legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek» muligens ikke hadde behøvd å være et åpent alternativ. En relativ stor

andel svarte ja (67 %), noe som førte til en stor mengde fritekst av meninger. Disse meningene kan ikke kvantifiseres, og blir mer utfordrende å håndtere uten fortolkning. Det kunne kanskje vært tilstrekkelig å ha spørsmålet «hvorfor bør ikke legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek» åpen.

Noen av disse svakhetene ved spørreundersøkelsen kunne muligens vært unngått ved å utføre pilotstudiene på en liten gruppe av de som faktisk er i den ønskede populasjonen. Intervju av andre eksperter med mer erfaring om temaet kunne nok også bidratt til bedre utforming og kvalitetssikring av spørsmålene i undersøkelsen.

### **5.3. Resultatdrøfting**

#### **Kjønn**

Resultatet med hensyn på kjønn viser at det er overvekt av kvinner (82 %) blant farmasøytene. Har ikke lyktes å finne det eksakte antallet kvinnelige kontra mannlige farmasøyter i Norge på dette tidspunktet. Siden det i denne oppgaven ikke var anledning til å kjøre sluttanalyser (regresjonsanalyser) med vektning kan man ikke si noe om sammenhengene når det gjelder kjønn. Det er ikke utført analyser på graden av betydning.

#### **Stillingsprosent og tilleggsutdanning.**

Basert på resultatet fra de univariate analysene ble det valgt å ikke foreta bivariante analyser med disse variablene, da de fleste respondentene viste seg å ha høy stillingsprosent og det var en høy andel som ikke hadde noen tilleggsutdanning. 90 % av respondentene har en stillingsprosent på 81-100 %, og 87 % har ingen tilleggsutdanning. Dersom mange av farmasøytene hadde hatt relevant tilleggsutdanning kunne man eventuelt ha sett om de ville følt seg mer komfortabel (tryggere) i enesamtale med kunden m.m.

#### **Kartlegging av tjeneste,**

*I denne oppgaven er det forsøkt å belyse hva som finnes av litteratur innen valgte tema, og i hvilken grad det kan sies å være «ubrukt» kompetanse i apotekene.*

Det ser ut til å være lav frekvens på gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek i denne studien siden 77 % oppgir at legemiddelsamtaler tilbys sjelden/ aldri, 14 % tilbyr tjenesten månedlig, 8 % tilbyr denne ukentlig mens kun 2 % tilbyr legemiddelsamtaler daglig.

Selv om analysene viser at 52 % av sykehusapotekene sjelden eller aldri tilbyr legemiddelsamtaler er det de som har størst tilbud av legemiddelsamtaler per dato (13 % månedlig, 29 % ukentlig og 6 % daglig). Dette kan muligens ha en sammenheng med at det også gis kliniske legemiddelgjennomganger i team på sykehusposter, og noen av farmasøytene jobber både på post og i publikumsavdelingen på sykehusapoteket. Av de frittstående apotekene oppgir 85 % at de sjelden eller aldri tilbyr legemiddelsamtaler og kjedeapotekene oppgir 83 %. I motsetning til kjedeapotekene, som aldri tilbyr legemiddelsamtaler daglig, oppgir de frittstående at 4 % tilbyr legemiddelsamtaler daglig. En mulig forklaring på dette kan være at de frittstående apotekene ikke er underlagt en kjedeledelse og dermed står litt «friere» til å tilby egne tjenester. De er dog mye færre i antall (ca 18 stk.) og har ikke samme potensiale (lavterskeltilbud) som kjedeapotekene (ca 750 stk.) til å nå større deler av Norges befolkning (7, 29).

#### *Type apotek og kunnskap/kompetanse brukt best mulig i dagens apotek*

En relativ høy andel av farmasøytene i de ulike apotekene ser ut til å ha «litt å gå på» når det gjelder utnyttelse av farmasøytisk kompetanse. Totalt sett oppgir 23 % av respondentene at deres kompetanse i meget stor-stor grad blir brukt best mulig i dagens apotek, mens hele 77 % har svar i noen-liten grad. Farmasøytene i sykehusapotekene ser ut til å ha mest «å gå på». Der oppgir 16 % at deres kompetanse blir utnyttet i stor grad, mens hele 84 % har svart i noen-liten grad. Her kan det også være en mulig skjevhet i resultatet siden noen kliniske sykehusfarmasøyter trolig har deltatt i undersøkelsen. I kjedeapotekene mener 24 % av farmasøytene at deres kompetanse blir utnyttet i meget stor-stor grad, mens 76 % har svart i noen-liten grad. I de frittstående apotekene mener 31 % av farmasøytene at deres kompetanse blir utnyttet i stor grad, mens 70 % har svart i noen-liten grad. Dette kan muligens være en gjenspeiling av balanseringen mellom helse og handel i apotekene. Kan det ha blitt for stort fokus på handelsvarer og mersalg fremfor fremme av helse? Enkelte frykter at apotekene er i ferd med å bli for «butikkpreget». Etter at den nye apotekloven kom i 2001 har antall apotek i Norge økt kraftig og konkurransen i forhold til inntjening har blitt stor. På grunn av føringer fra staten (blant annet lavest mulig pris på legemidler) har fokuset på inntjeningen blitt rettet mot handelsvarene. Apotekene kan oppleve «spenning» eller konflikt i forhold til å levere gode helsetjenester til kundene, og samtidig sørge for økonomisk inntjening i form av salg av handelsvarer. På grunn av denne utviklingen ønsker flere farmasøyter mer faglige tjenester inn i apotekene (8, 9).

## Rammebetingelser

*1. I hvilken grad har rammefaktorer som lokaler, tid, økonomi og antall farmasøyter betydning for ønsket om innføring av legemiddelsamtaler i apotek?*

For de som har svart at de ikke ønsker tjenesten i «alle» apotek (19 %), så er det i hovedsak med argumentasjon rundt rammefaktorene. Det som går igjen mest er at enkelte apotek har for få, eller alenefarmasøyt, og dermed ikke har tid til å utføre tjenester med større omfang enn dagens situasjon. Flertallet i denne undersøkelsen har ikke ansett dette som den mest avgjørende faktoren, da 57 % mener i noen-liten grad at det bør ansettes flere farmasøyter for å kunne gjennomføre legemiddelsamtaler i apoteket. Kan det være at de apotekene med flere farmasøyter fra samme apotek har fått en sterkere stemme her, og at det er en mulig kilde til skjevhet? På den andre siden er det såpass mange som 43 % av respondentene som mener at det i meget stor-stor grad bør ansettes flere farmasøyter for å kunne gjennomføre legemiddelsamtaler i apotek. Kan dette tyde på at de minste apotekene, med færrest ansatte ikke vil være like aktuelle for en tjeneste som legemiddelsamtaler? Hvor vil eventuelt skillet gå?

Andre faktorer som utpeker seg fra gruppen som ikke ønsker tjenesten er mangel på egnede lokaler, og at det ikke er nok kompetanse tilgjengelig til enhver tid. Igjen er flertallet av respondentene ikke helt enig i begrensningene da 61 % av respondentene mener at det i meget stor-stor grad er praktisk gjennomførbart lokalmessig med legemiddelsamtaler slik apoteket fremstår per dato (39 % mener i noen grad-liten grad). Den rammebetingelsen det ser ut til å være størst enighet rundt er økonomisk kompensasjon. 84 % av respondentene mener at økonomisk kompensasjon (eks. refusjon fra det offentlige for gjennomført tjeneste) i meget stor-stor grad bør være tilstede for at apoteket skal kunne gjennomføre en legemiddelsamtale (16 % mener i noen grad-liten grad). Mange av provisorene i apotekene er også apotekere. Ønsker de å få penger (refusjon) for tjenestene de tilbyr, men ikke «betale» for flere ansatte? Eller kan det være et tegn på at farmasøytene ser betydningen av å få staten i ryggen, slik at tilbudet og tjenesten blir kvalitetssikret best mulig? Det offentlige bruker enorme midler hvert år på grunn av feilbruk, overforbruk og misbruk av legemidler. Føringer fra staten vil kunne sikre alle pasientene et helhetlig og likt tilbud over hele landet, sammen med en standardisert «opplæringspakke» for farmasøytene som skal utføre tjenesten. I Storbritannia er, som nevnt tidligere, NMS og MUR to av fire avanserte tjenester, og kan kun tilbys av apotek som tilfredsstillt kravene som National Health Service har satt. Det må finnes en standard operasjonsprosedyre (SOP) for tjenesten, omkringliggende legekontor må være informert og

lokalene må være akseptable (23). Det fremgår ikke hvor mange antall sertifiserte farmasøyter som er ansatt på de godkjente apotekene, men det kan hende at det er tatt med i betraktningen ved utvelgelse og godkjenning av apotek som kan tilby tjenesten. Det er altså ikke «alle» apotekene i Storbritannia som tilbyr en avansert tjeneste som NMS og MUR, og sannsynligheten for noe lignende konsept i Norge er ikke utenkelig.

Selv om det kan se ut til å være noen begrensninger for innføring av en ny tjeneste som legemiddelsamtaler, må man ikke glemme at det også er gode grunner som taler for en slik tjeneste. Undersøkelser har vist at farmasøytens bidrag har ført til økt etterlevelse av forskrevet behandling. Farmasøytene kan gjennom legemiddelsamtaler bidra til bedre legemiddelbruk, avdekke feilbruk, bivirkninger og interaksjoner. Samtidig vil farmasøytene få utnyttet mer av sin kompetanse og få faglig påfyll. En synliggjøring av apotekfarmasøytens kompetanse kan være med på å øke tilliten mellom kunde og apotek.

### **Kompetanse.**

*2. Kan man se om det er forskjeller på holdninger mellom reseptar- og provisorfarmasøyter om hvem som eventuelt bør gjennomføre slike tjenester?*

*Vil det utkrystalliseres holdningsforskjell basert på, kjønn, alder, yrkesutdanning eller utdanning?*

### **Kjønn og holdninger til kompetanse**

Analysene viste ingen betydelige forskjeller mellom kvinnelige eller mannlige farmasøytens holdninger, vedrørende reseptarers og provisorers egnethet til å gjennomføre legemiddelsamtaler etter kompetansehevingskurs. Vedrørende reseptarers kompetanse, var kvinnene hacket mer positive enn mennene (89 % kontra 82 %). Når det gjaldt provisorenes kompetanse var kjønnene enige (96 % kontra 95 %).

### **Alder og holdninger til kompetanse**

Når det gjelder alder og holdninger til kompetanse ser de ulike aldersgruppene til å være tilnærmet like i holdningene. Den aldersgruppen som eventuelt skiller seg litt ut fra de andre er farmasøytene mellom 41-50 år, da de i noe mindre grad ser behov for kompetansehevings tiltak enn sine yngre og eldre kollegaer. 57 % av disse har svart at de i meget stor-grad har behov for kompetansehevings tiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler. Det står likt mellom de yngste på 20-30 år (66 %), de mellom 31-40 år (65 %) og de over 50 år

(66 %). Antagelsen før undersøkelsen var at behovet muligens ville være størst hos de yngste med minst erfaring, eller hos de eldste (evt. mer satt med tiden). Behovet for kompetansehevingstiltak ser derimot ut til å være stort sett det samme uavhengig av alder.

### **Yrkeserfaring og holdning til kompetanse**

Resultatene viser at farmasøytene ser behov for kompetansehevingstiltak før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler (60 % i meget stor-stor grad). De bivariate analysene viser i tillegg at behovet for kompetansehevingstiltak ser ut til å være omtrent like stor mellom de som har minst erfaring, det vil si jobbet mindre enn 5 år i apoteket (64 % i meget stor-stor grad og 35 % i noen-liten grad), middels erfaring mellom 5-15 år (67 % i meget stor-stor grad og 33 % i noen-liten grad) og lengst erfaring for de som har jobbet i apotek i mer enn 15 år (60 % i meget stor-stor grad og 40 % i noen-liten grad). Her skulle man kanskje tro at de med mer erfaring ville sagt at de har mindre behov for kompetanseheving, men det ser ikke ut til å være tilfellet i denne undersøkelsen. Kan dette eventuelt være en indikasjon på at det er for lite fag i det daglige apotekarbeidet? Flertallet (77%) i undersøkelsen har antydnet at deres kompetanse ikke blir godt nok brukt i apotekene. Likevel ønsker de faglig oppdatering ved innføring av nye tjenester, noe som kanskje gjenspeiler farmasøytene «natur».

### **Utdanning og holdning til kompetanse**

På generelt grunnlag ser det ut til at alle respondentene mener at reseptarene i større grad har behov for kompetanseheving enn provisorene. Ser man derimot på de bivariate analysene kommer det fram at reseptarene har større tiltro til seg selv enn det provisorene har.

Resultatene viser dermed at det er en forskjell mellom «samlet oppfatning» og innad i den enkelte gruppen. Provisorene ser ut til å være mer skeptiske til reseptarenes egnethet til å gjennomføre legemiddelsamtaler på generelt grunnlag. Innad i gruppene mener 76 % av reseptarene er de egnet til å gjennomføre legemiddelsamtaler, mens 44 % av provisorene mener at reseptarene er egnet før eventuelle kompetansehevingstiltak. Det som ikke fremkommer i denne undersøkelsen er hva respondentene tror ligger i uttrykket kompetanse og kompetansehevingstiltak. Tenker de at det er snakk fag og farmakologi? Provisorene har to år ekstra med universitetsutdanning og dermed større faglig dybde, men om de derav er mer egnet kommunikasjonsmessig trenger ikke nødvendigvis å være en selvfølge. Både reseptarer og provisorer utøver de samme arbeidsoppgavene i apotek og begge gruppene får derfor erfaring i kundebehandling. Provisorene har en mer teoretisk universitetsutdanning, mens reseptarene har en mer praktisk rettet høyskoleutdanning. Apotekforeningens prosjekt

fra 2007 viser til at begge gruppene avdekker legemiddelrelaterte problemer og finner løsninger på disse. Videre konkluderer rapporten at det ikke er grunnlag for å si at det er noen forskjell i de resultatene som reseptarene og provisorene oppnår. En forskjell som derimot dukket opp mellom disse gruppene var at reseptarene selv ytret ønske om videre- og etterutdanning, mens mange av provisorene allerede hadde gjennomført kurs innen temaet (13). Dette kan ha vært tilfelle hos respondentene også, men ble ikke avdekket i denne spørreundersøkelsen. Det kan også være at flere farmasøytter tror at legemiddelsamtaler er mer «kliniske» enn de er, siden legemiddelgjennomganger i Norge så langt har vært mer klinisk rettet.

Det kan ved første øyekast virke som det ikke er tilstrekkelig med kompetanse i apotekene, siden 58 % av respondentene i meget stor-stor grad mener at det bør gjennomføres kompetansehevingstiltak før apotekene kan tilby legemiddelsamtaler. Samtidig mener en høy andel (henholdsvis 58 % og 93 %) at både reseptarer og provisorer har tilstrekkelig kompetanse på generelt grunnlag til å utføre legemiddelsamtaler. Gjenspeiler dette at farmasøytene kan være litt beskjedne og ønsker kompetansehevingstiltak for sikkerhets skyld?

### *3. Vil det være særlig behov for kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon eller innen IT/system eller skjema-instruksjer?*

Farmasøytene i denne undersøkelsen ser ut til å ønske kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon. 58 % har svart at de i meget stor-stor grad ønsker det og 29 % ønsker det i noen grad. Ettersom det ikke finnes en klar fasit på ”riktig” legemiddelbruk, kan kommunikasjonen mellom kunde og farmasøyt spille en avgjørende rolle. For at en pasient skal ha forståelse for sin egen legemiddelbruk er det viktig at en som farmasøyt ikke lister opp hvordan legemidlene skal tas, men at man gjennom god dialog finner ut hvordan pasienten skal administrere legemidlene slik at pasienten faktisk tar legemidlene. God kommunikasjon kan være nøkkelen til dette, men det vil kreve opplæring og øving gjennom praktisering (20). I kliniske legemiddelgjennomganger ønsker man concordance, mens i legemiddelsamtaler er målet å komme på nivået adherence (12). Det kan se ut som at respondentene ser viktigheten av kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon.

4. Vil det være andre utfordringer som spiller inn som etikk (eksempelvis taushetsplikten), mulig profesjonsoverlapping (tråkke legene på tærne) eller personlig egnethet (komfortabel med enesamtale med pasient i eget rom).

### **Etikk og profesjonsoverlapping**

De univariate analysene viste at farmasøytene trolig ikke ser etikk (eksempelvis taushetsplikten) og mulig profesjonsoverlapping (tråkke legene på tærne) som utfordrende områder, med en svarprosent på henholdsvis 91 % og 90 % (i noen-liten grad). På bakgrunn av disse resultatene ble det valgt å ikke se nærmere på bivariate analyser på disse variablene.

Selv om flertallet av farmasøytene ikke er redd for å tråkke legene på tærne er det noen som i meget stor-stor grad (10 %) er redd for dette. Hva årsakene er til dette kommer ikke frem i denne undersøkelsen, men noen synes kanskje at det i enkelte situasjoner ikke er like lett å utøve såkalt farmasøytisk skjønn eller faglig kompetanse. Media har mulig fremstilt en «kunstig» profesjonsstrid mellom leger og farmasøyter, ved å ta situasjoner og sitat ut av kontekst. Fagdirektør i Apotekforeningen Per Kristian Faksvåg hevder for eksempel at: «*Farmasøytene kan gjøre jobben på lik linje med fastlegene*», noe allmennlegene sier seg uenig i (30). Hva «jobben» i denne sammenhengen betyr går ikke klart frem, og da kan sitatet mulig feiltolkes. Apotekforeningens pilotprosjekt fra 2007 og forundersøkelsene til medisinstart har sett på hva farmasøytene kan bidra med som et supplement til andre helsetjenester, og har tilsynelatende ikke til hensikt «å tråkke noen på tærne». Hovedmålet ved legemiddelsamtaler i apotek er å bedre etterlevelsen ved økt forståelse for egen legemiddelbruk. Ved kliniske spørsmål, slik som mulige endringer i dosering, bytte av legemidler m.m skal lege kontaktes. Det er fortsatt legene som stiller diagnosene og forskriver medisinen. På den andre siden opplever farmasøytene at pasientene ikke alltid husker hva legen har informert om, og enkelte gir uttrykk for at de ikke vil «bry» legen med sine spørsmål vedrørende medisinen de har fått forskrevet. En del av farmasøytene i denne undersøkelsen påpeker at det er mindre terskel for kundene å spørre på apoteket, framfor å ringe eller bestille time til legen. I denne sammenhengen mener også noen av farmasøytene at det er viktig at deres kompetanse blir tydeligere markedsført og synlig overfor kundene for å opprettholde tilliten mellom kundene og apotekene.

### **Personlig egnethet**

Et annet aspekt ved legemiddelsamtaler i apotek er at det kan være farmasøyter som ikke er fortrolig med å være alene med kundene. Man kommer tettere innpå kunden ved en



legemiddelsamtale på enerom kontra en vanlig reseptekspedering. I denne undersøkelsen oppgir 83 % av respondentene at de i meget stor-stor grad er komfortabel med enesamtaler. Det vil si at 17 % av farmasøytene i noen –liten grad er komfortabel med enesamtale. Dette kan være en faktor man må ta hensyn til ved eventuell innføring av ny tjeneste. Denne prosentandelen er relativ høy og det bør utredes hvilke årsaker som ligger bak. Kan det tenkes at denne gruppen gjenspeiler behov for kompetanseheving? Det ble imidlertid ikke kjørt sluttanalyser for å se om dette hadde en reell sammenheng.

## **6. OPPSUMMERING/ KONKLUSJON**

Denne undersøkelsen bekrefter at legemiddelsamtaler ikke ser ut til å være en utbredt tjeneste i Norge.

Det kan se ut til at apotekfarmasøytene ikke får utnyttet sin kompetanse på best mulig måte i dagens apotek, og at det derav kan være rom for og ønske om mer faglige tjenester som eksempelvis legemiddelsamtaler.

Av rammefaktorene er det størst ønske om at økonomisk kompensasjon må på plass for gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek. Andre utfordringer som bør tas hensyn til er egnede lokaler, samt antall kompetente farmasøyter tilstede i apoteket.

Bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og yrkeserfaring har ingen betydning for innføring av tjenesten legemiddelsamtaler. Når det gjelder utdanning mener provisorene i denne undersøkelsen at reseptarene på generelt grunnlag er mindre egnede til gjennomføring av legemiddelsamtaler. Apotekforeningens prosjekt viser derimot at reseptarer og provisorer oppnår de samme resultatene ved gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek, på bakgrunn av lik «kursing» og oppdatering i forkant.

Generelt uttrykker farmasøytene i denne undersøkelsen ønske om kompetansehevingstiltak før innføring av en eventuelt ny tjeneste, med størst ønske innen kommunikasjon, og noe mindre av IT/ system og skjema-instrukser.

Flertallet av farmasøytene ser ikke på etiske problemstillinger (taushetsplikten), det å trække på legene på tærne (mulig profesjonsoverlapping) som spesielt avgjørende for å utføre

legemiddelsamtaler. Enesamtale med kundene (personlig egnethet) kan være en faktor å se nærmere på.

### **I hvilken grad ønsker så apotekfarmasøytene tjenesten legemiddelsamtaler i apotek?**

Av respondentene som svarte på denne undersøkelsen kan man konkludere med at en relativ høy andel (2/3 eller 67 %) ønsker legemiddelsamtaler i apotekene. Dette for kundene sin del (økt etterlevelse), for faglig utnyttelse av kompetanse og samfunnsøkonomisk (spare samfunnet for kostnader rundt feil bruk av legemidler mm). De tar riktignok forbehold om at den rette kompetansen må være på plass. Mange ønsker også en form for refusjonsordning for å få på plass en helhetlig og god tjeneste med «staten på laget», samt at rammefaktorer som egnede lokaler og tilstrekkelig med kompetente farmasøyter må være på plass. Det er imidlertid også en ikke ubetydelig andel (1/3) som ikke ønsker legemiddelsamtaler i alle apotek. Et betimelig spørsmål blir da: Hva skal til for å få disse «med på laget»? Dette kan ikke besvares innenfor rammene av denne oppgaven.

### **Veien videre**

Medisinstart er nå over halvveis inn i studien hvor 70 apotek deltar og over 750 pasienter er rekruttert så langt (31). Samtidig har helseminister Bent Høie gitt signaler på at det «*vurderes å forsterke rådgiverrollen til apotekfarmasøytene*» (32). Det blir derfor spennende å se hva resultatene av Medisinstart blir og hva den nye legemiddelmeldingen har å komme med. Det kan være store sjanser for at legemiddelsamtaler kan bli et tilbud i alle typer apotek, men formatet det eventuelt kommer i er enda uvisst.

Det er mange aspekter og nyanser i en slik tjeneste, som ikke lar seg belyse innenfor rammene av en bacheloroppgave, men kanskje kan denne bacheloroppgaven fungere som en liten pilot på veien mot legemiddelsamtaler i apotek.

Avslutningsvis: Denne oppgaven har ikke tatt hensyn til kundenes, legenes og andre apotekansatte (ikke-farmasøytens) perspektiv. Det er selvsagt noe man bør ta hensyn til ved utarbeidelse av en ny tjeneste, men ønsket i denne undersøkelsen var å se om apotekfarmasøytene innad i profesjonen var samstemte.

## Litteratur

- 1) Apotek.no, <http://apotekstatistikk.no/3--ansatte---utdanning-og-kompetanse/3-2-utdanningene.aspx> (lest 29.01.15)
- 2) Toverud, E. Kap 9.2. Etterlevelse av forskrivning. I: Granås AG, Bakken K. Samfunnsfarmasi – legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. Fagbokforlaget 1. utg. 2010.
- 3) WHO (World health organization), Rapport: «Adherence to long-term therapies, evidence for action»  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/) (lest 19.01.15)
- 4) Apotekforeningens tidsskrift, [www.apotek.no](http://www.apotek.no), <http://www.apotek.no/apotekforeningens-tidsskrift/artikler-fra-bladet/01-14-fakta-om-feil-legemiddelbruk.aspx?PID=24113&M=NewsV2&Action=1> (lest 19.01.15)
- 5) Hepler, C.D, Strand, L.M, «Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care», 1990
- 6) Apotekforeningens tidsskrift, «Klinisk farmasi i praksis»,  
[http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks\\_id=9854&utgave=](http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks_id=9854&utgave=) (lest 13.01.15).
- 7) Apotekforeningens tidsskrift, «Apotek i samhandlingsreformen»,  
[http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks\\_id=13328&utgave](http://www.apotektidsskrift.no/utskrift.php?seks_id=13328&utgave) (lest 13.01.15).
- 8) St. meld. 18 (2004-2005), Helse- og omsorgsdepartementet,  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517> (avlest 22.10.14).
- 9) Helsedirektoratet, «Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling» <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-farmasoyttjenester-og-etterlevelse-av-legemiddelbehandling/Sider/default.aspx> (lest 10.11.14)
- 10) Bjartnes M, Hov I, Slørdal L, Spigset O; Tas legemidler som forskrevet. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2012 <http://tidsskriftet.no/article/2217439> (avlest 12.01.15)
- 11) Ruts S, Viktil K, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2007, <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2007/3073-6.pdf>
- 12) Bakken K, Granås AG. Kap 9.3. Feilbruk av legemidler. I: Granås AG, Bakken K. Samfunnsfarmasi – legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. Fagbokforlaget 1. utg. 2010.

- 13) Apotekforeningen, «Legemiddelgjennomganger i apotek- Legemiddelsamtaler» Rapport fra Apotekforeningens pilotprosjekt, desember 2007).
- 14) Apotek.no samtykkeskjema
- 15) Boots.no, <https://www.boots.no/butikk/s/tips/view.html?articleId=10951623> (lest 08.01.15)
- 16) Helsedirektoratet, «Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling», rapport fra september 2014.
- 17) Torheim E. (2013) Rapport fra Forprosjekt Oppstartsveiledning. Oslo, Apotekforeningen
- 18) Helsedirektoratet.no, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Sider/default.aspx> (29.01.15)
- 19) Legemiddelverket.no, [http://www.legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/Raad\\_til\\_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx](http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx) (lest 29.01.15)
- 20) Frøyland, Hilde, *Legemiddelsamtalen – og klinisk kommunikasjon*, Kap. 6. Fagbokforlaget 2011
- 21) Eide H, Eide T, *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2007 (2.opplag), Gyldendal Akademiske
- 22) Bakken, K, 5.1 Kommunikasjon, I: Granås A.G, Bakken K, *Samfunnsfarmasi – Legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse*, 2010, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- 23) Hovland R. (2014) *Farmasøytjenester. Pasientrettede tjenester som tilbys av apotekfarmasøyer. En oversikt over status internasjonalt*. Oslo, Apotekforeningen
- 24) Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal akademisk, Oslo.
- 25) Jacobsen, DI (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- 26) Apotekforeningen.no, *Ansatte i apotek – Apotekstatistikk*, <http://apotekstatistikk.no/3--ansatte---utdanning-og-kompetanse/3-1-ansatte-i-apotek.aspx> (lest 05.01.15)
- 27) Ringdal, K (2007) *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, Fagbokforlaget, Bergen.
- 28) Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen, Fagbokforlaget
- 29) Apotekforeningen – fakta om apotek og legemidler, <http://apotekstatistikk.no/Default.aspx> (lest 30.01.15).
- 30) Norsk farmaceutisk tidsskrift, [www.farmatid.no](http://www.farmatid.no), <http://www.farmatid.no/artikler/nyheter/viser-farmasoytfaglige-muskler-apotek> (lest 30.01.15)

31) Apotekforeningen, [www.apotek.no](http://www.apotek.no),

<http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=6918&PID=24093&M=NewsV2&Action=1&NewsId=1283> (lest 08.02.15).

32) Apotekforeningen, [www.apotek.no](http://www.apotek.no),

<http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=6918&PID=24093&M=NewsV2&Action=1&NewsId=1285> (08.02.15).

## Vedlegg 1: Spørreskjema

# HINT



### Legemiddelsamtaler i apotek(2)

Dette spørreskjemaet omhandler legemiddelsamtaler i apotek.

Undersøkelsen gjennomføres i tråd med HiNTs "Etske retningslinjer for studentoppgaver". Dette innebærer blant annet fullstendig anonymisering av innsamlede data i oppgaven, og alle data behandles konfidensielt.

I den grad resultatene av undersøkelsen vil bli publisert, skjer dette i tråd med gjeldende retningslinjer for publisering av studentoppgaver. Resultatene fra spørreundersøkelsen vil behandles statistisk i samarbeid med veileder Lise Annie Bjørnli Sagmo.

Din identitet vil holdes skjult.  
Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)

#### 1) \* Kjønn?

Kvinne  Mann

#### 2) \* Alder?

- 20-30  
 31-40  
 41-50  
 Over 50 år

#### 3) \* Hvilken farmasøytisk grunnutdanning har du?

- Bachelorgrad i farmasi  
 Mastergrad i farmasi

#### 4) \* Har du i tillegg til farmasøytisk utdanning påbygging fra universitet innen helsefag, psykologi eller kommunikasjon?

- Ja, helsefag  
 Ja, psykologi  
 Ja, kommunikasjon  
 Nei

5) \* Hvor mange år har du arbeidet i apotek?

Mindre enn 5 år

5-15 år

Over 15 år

**6) \* Hvor stor stillingsprosent har du i hovedsak hatt som farmasøyt i apotek?**

Under 50 %

50-80 %

81-100 %

**7) \* I hvilken type apotek har du i hovedsak jobbet?**

Kjedeapotek

Frittstående apotek (har ikke kjedetilhørighet)

Sykehusapotek

En legemiddelsamtale skal gi pasienten noe mer enn en vanlig reseptekspedisjon. Ved en reseptekspedisjon gjennomføres et kort møte mellom pasient og farmasøyt der det informeres om bruken av de utleverte legemidlene i tillegg til de tekniske oppgavene rundt ekspedisjonen.

En legemiddelsamtale i apotek ble i pilotprosjekt fra Apotekforeningen definert som:

*«En planlagt, strukturert og dokumentert samtale hvor målet er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og oppnår best mulig effekt av sin legemiddelbehandling.*

*Samtalen tar utgangspunkt i pasientens behov og pasientens legemiddelbruk.*

*Samtalen har en ramme på 30 minutter og foregår på apotekets informasjonsrom.*

*Ved kliniskrelevante spørsmål kontaktes legen».*

**Det er viktig å poengtere at en legemiddelsamtale i apotek ikke skal inneholde noen klinisk vurdering av selve legemiddelbehandlingen.**

**8) \* Hvor ofte tilbys legemiddelsamtaler på ditt apotek i dag? (ikke nødvendigvis gjennomført av deg)**

Sjelden/ aldri

Månedlig

Ukentlig

Daglig

**9) \* I hvilken grad mener du at økonomisk kompensasjon (eks. refusjon fra det offentlige for gjennomført tjeneste) bør være tilstede for at apoteket skal kunne gjennomføre en legemiddelsamtale?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**10) \* I hvilken grad bør det ansettes flere farmasøyer for å kunne gjennomføre en legemiddelsamtale i ditt apotek?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**11) \* I hvilken grad er det praktisk gjennomførbart (lokalmessig) med legemiddelsamtaler i ditt apotek slik det fremstår per dags dato?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**12) \* I hvilken grad mener du at legemiddelsamtaler bør skje for utvalgte pasientgrupper som diabetes-, kols- og hjertepasienter m.fl. (enklere å betjene)?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**13) \* I hvilken grad bør kompetansehevingstiltak for ansatte gjennomføres før apoteket kan tilby legemiddelsamtaler?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**14) \* I hvilken grad mener du på generelt grunnlag at reseptarfarmasøyter har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**15) \* I hvilken grad mener du på generelt grunnlag at provisorfarmasøyter har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre en legemiddelsamtale?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**16) \* I hvilken grad mener du reseptarfarmasøyter bør kunne gjennomføre legemiddelsamtaler ETTER kompetansehevingskurs?**

I meget stor grad

I stor grad



I noen grad

I liten grad

Vet ikke

**17) \* I hvilken grad mener du provisorfarmasøyter bør kunne gjennomføre legemiddelsamtaler ETTER kompetansehevingskurs?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Vet ikke

**18) Hvorfor bør reseptarfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?**

**19) Hvorfor bør provisorfarmasøyter i liten grad gjennomføre legemiddelsamtaler?**



**20) \* I hvilken grad ønsker du egnede kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Jeg ønsker ikke kompetansehevingstiltak\*

Jeg vet for lite om temaet til å uttale meg

**21) \* Hvorfor ønsker du ikke kompetansehevingstiltak innen kommunikasjon?**

**22) \* I hvilken grad ønsker du egnede kompetansehevingstiltak innen IT/ system eller skjemainstrukser.**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**23) \* I hvilken grad ser du etiske utfordringer med legemiddelsamtaler eksempelvis med taushetsplikten?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**24) \* I hvilken grad er du redd for å trække legene på tærne (profesjonsoverlapping)?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

**25) \* I hvilken grad er du komfortabel med enesamtale med kunde/ pasient i eget rom?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad



**26) \* I hvilken grad mener du at farmasøytene kunnskap og kompetanse blir brukt best mulig i dagens apotek?**

I meget stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

27) \* Synes du at legemiddelsamtaler bør kunne tilbys av «alle» apotek?

Ja

Nei

Har for lite kunnskap til å uttale meg

28) Hvorfor bør legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?

29) Hvorfor bør ikke legemiddelsamtaler tilbys i alle apotek?

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

## Vedlegg 2: Informasjonsbrev til apotekene:

Hei,

Jeg er en voksen student som går siste året på farmasi ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. I forbindelse med min bacheloroppgave «Legemiddelsamtaler i apotek – i hvilken grad ønsker farmasøytene denne tjenesten?» ønsker jeg å sende ut et lite spørreskjema til farmasøyster i Norge.

For å kunne gjennomføre undersøkelsen er jeg avhengig av å motta mail fra ditt apotek hvor *den enkelte farmasøyts e-postadresse står samlet på en liste*. Mailen kan sendes meg på [hanne.holmen@student.hint.no](mailto:hanne.holmen@student.hint.no) eller alternativt til min veileder Lise Sagmo [lise.b.sagmo@hint.no](mailto:lise.b.sagmo@hint.no) **innen 3-5 dager**.

Mailadressene benyttes kun ved denne undersøkelsen og vil ikke distribueres videre.

Til de farmasøyster som ønsker å delta: Selve spørreskjema sendes ut via et program som heter Questback. Spørreundersøkelsen er fullstendig anonym, og kjedetilhørighet/ type apotek vil ikke komme frem.

Dersom jeg får gjennomført denne spørreundersøkelsen på landsbasis og ved «alle typer» apotek, vil det kunne løfte min oppgave betraktelig. Jeg vet at det er travle dager ute i apotekene, men jeg håper at så mange farmasøyster som mulig vil være behjelpelige til å svare på spørreskjemaet.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen  
Hanne Holmen

Dersom det skulle være noen spørsmål kan enten min veileder, Lise B. Sagmo, eller jeg kontaktes.

### **Vedlegg 3: Intervjuguide:**

- 1) Presentasjon, uformell prat. (Hvem er jeg, hva holder jeg på med og hvorfor?)
- 2) Informasjon (kort):
  - a) Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål).
  - b) Forklar hva intervjuet skal brukes til (spørreskjema i forbindelse med bacheloroppgave).
  - c) Forklar taushetsplikt og anonymitet.
  - d) Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål før vi starter selve intervjuet.
- 3) Informer om og sørg for samtykke til evt. opptak og dato **10. februar** for makulering med Lise som vitne.
- 4) Start opptak
- 5) Selve intervjuet.
  - a) Presenter begrepet legemiddelsamtale (lever ut denne skriftlig)
  - b) Hva slags erfaring har du med legemiddelsamtaler? Ved nei: Hva tenker du rundt temaet legemiddelsamtaler i apotek?  
**Gå i dybden med utvalgte nøkkelspørsmål:**
  - c) Hvilke muligheter og/ eller begrensninger ser du i en slik tjeneste?
  - d) Et eventuelt pålegg om gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek kan kanskje vekke ulike følelser hos farmasøyter avhengig av «hva farmasøyter bør stå for» og det man kjenner som egen personlig begrensning. Hva tenker du om det?
- 6) Oppsummering: Har jeg forstått deg riktig? Noe du vil legge til?
- 7) Avslutning: Tusen takk for at du ville stille opp til en samtale med meg!

## Vedlegg 4: Transkribering av intervju

### Intervju av farmasøyt 1 (apoteker):

**Intervjuer:** Hvilken erfaring har du eventuelt med legemiddelsamtaler?

**Farmasøyt:** Har ingen erfaring

**Intervjuer:** Hva tenker du om dette temaet legemiddelsamtaler i apotek?

**Farmasøyt:** Tenker at det er en tjeneste man har behov for. Det tenker jeg, men samtidig så tenker jeg også på den tidsfaktoren i det. Hvordan det praktisk skal gjennomføres.

**Intervjuer:** Ja, hvilke muligheter og/ eller begrensninger ser du som apoteker i en slik type tjeneste?

**Farmasøyt:** Mulighetene er at man faktisk kan styre spørsmålene som av og til er vanskelige å ta på sparket. Til at man kan si at du kan komme tilbake på tirsdag kl 12 og gå igjennom alt for da kan du på en måte spare tiden akkurat der og da, og si at dette tar vi da (til avtalt tidspunkt). Ulempen er når de kommer tilbake og du kanskje i mellomtida har fått to sykemeldte, en som er på kurs og du faktisk ikke har tid til den daglige driften. Du har ikke en person som bare kan sitte der å ta de samtale fortløpende, og som ikke har noe annet å gjøre, du er nødt til å ha dem i den daglige driften hele tiden.

**Intervjuer:** Så da går det litt på den oppfølgingsbiten etter den første samtalen eller?

**Farmasøyt:** Ja, det også vil jo være en utfordring.

**Intervjuer:** Ja, ser den. Nå er det mye snakk om legemiddelsamtaler og prosjekter, om det kommer et eventuelt pålegg om gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek kan kanskje dette vekke ulike følelser hos farmasøyter avhengig av «hva farmasøyter bør stå for» og eventuelt det man kjenner som en personlig begrensning. Hva tenker du i forhold til det?

**Farmasøyt:** Jeg tenker det at hvis jeg skulle ta det på sparket i forhold til hver enkelt så ville det ha vært en ganske stor utfordring, for da ville det ha krevd at man skulle lese seg opp der og da, men jeg regner med at det er tenkt som at man skal planlegge det slik at de kommer igjen en annen dag, og da vil man ha mulighet til å sjekke opp de legemidlene som inngår og etter hvert vil man helt klart bli tryggere på det. For sånn som nå så gir man jo ikke så mye utfyllende informasjon.

**Intervjuer:** Nei, for det ligger jo i den reseptekspedisjonen per i dag kanskje

**Farmasøyt:** Mm, for der er det viktig informasjon i hvordan man skal ta det, og hva man ikke skal ta det i lag med kommer jo, men i hvert fall for min del informerer jeg om at det her er den blodfortynnende og den er den og den er den, også når du har en kunde som henter resepten gang på gang.

**Intervjuer:** Ja, for det har jo også nå kommet et prosjekt som kanskje er forløper til legemiddelsamtalen, den medisinstart, for der ligger det noen andre føringer. Er dere med på den?

**Farmasøyt:** Nei, ingen i regionen her fra denne kjeden.

**Intervjuer:** Men hva tenker du da som apoteker i forhold til farmasøyten sin rolle, vil det være noen forskjell på provisorer og reseptarer for eksempel?

**Farmasøyt:** Det tror jeg ikke

**Intervjuer:** Nei

**Farmasøyt:** Jeg tror ikke forskjellen ligger på utdanningen, men kanskje mer på personlighet og hvor vant man er til å ta den typen ting. Det ser vi jo når vi har gjennomført sånn risikoanalyse og sånt. Noen liker det og noen synes at det er litt mere sånn aaahhh, og det tror jeg ikke går på faglighet nødvendigvis, men det å sitte såpass tett på en kunde i såpass lang tid når vi er vant med at vi «hiver dem ut» etter 3 minutter.

**Intervjuer:** Ja, da er vi inne på det med personlige egenskaper og egnethet.

**Farmasøyt:** Ja, tror nok det har mer å si enn utdanningen.

**Intervjuer:** I forhold til det spørreskjemaet jeg skal sende ut hva tenker du om hvordan jeg skal få tak i denne problemstillingen? Ofte tenker man at som farmasøyt så «bør» man ha lyst på en sånn tjeneste, eller?

**Farmasøyt:** Ja, hvordan man skal få frem forskjellen på det.. Man kunne kanskje spurt om, hvis du fikk valget ville du ha gjennomført det og hva tror du må til av personlige egenskaper for å kunne gjennomføre det.

**Intervjuer:** Ja, for det går også kanskje litt på type kursing eller forberedelse, og hvor skal man evt legge inn ressursene på en måte.

**Farmasøyt:** Ja, hvis man skal få gjennomført dette som en tjeneste i apotek, så må de som skal holde på med det få en eller annen form for kursing.

**Intervjuer:** Mm at det er et kriterie som ligger i bunn ja.

**Farmasøyt:** Mm

**Intervjuer:** Om jeg har forstått deg riktig så er det tiden, hvor mange som er på jobb, og de personlige egenskapene til dem. Er det andre ting som på en måte stopper opp for at man kan ha en slik tjeneste?

**Farmasøyt:** Man må også ha et egnet rom til det, og det er veldig mange små apotek som kanskje har et informasjonsrom som fort blir brukt til mye annet. Julekampanjen kommer inn og en plass må det stables.

**Intervjuer:** Kanskje spesielt på senter så er det begrenset kapasitet rett og slett ja.

Farmasøyt: Mm

Intervjuer: Er det noen andre tanker du har rundt dette temaet?

Farmasøyt: I fra farmasøyten eller apotekeren sin side?

Intervjuer: Det er opp til deg

Farmasøyt: Det man glatt kan spørre alle om det er jo om apoteket du jobber på er bygd for å kunne gjennomføre det. Man kan ikke sitte i direkteresepturen. Du er nødt å trekke til sides og ikke se stresset rundt. Det er det første, og ville det evt vært mulig å avtale tid og at man faktisk har tid til å gjennomføre det. Er det et apotek med lang åpningstid og en farmasøyt på jobb, til tider i løpet av dagen. Som alenefarmasøyt så har du ikke en sjanse, da er det bare å glemme det. Det er jo ting som skal tilbys som en tjeneste alle apotekene skal gi, så er jo det en begrensning.

Intervjuer: Ja, for det er jo litt sånn hvordan skal man sette dette i system? Sånn som jeg har forstått det så er det per i dag kanskje bare sykehusapotekene som har noe lignende, så hvordan skal man få dette ut i kjedene.

Farmasøyt: Mm, det er jo det her medisinstart, spennende å se hvordan det fyker av gårde.

Intervjuer: Ja, det blir interessant. Har du evt noe du har lyst å legge til? Kunne du tenkt deg det selv?

Farmasøyt: Ja det kunne jeg. Det kan å være at man kunne hatt e-læringskurs eller et eller annet dataprogram som man kunne støtte seg til underveis. Jeg vet at det finnes noe i forhold til legemiddelgjennomgang, men om det ville vært aktuelt i forhold til legemiddelsamtaler vet jeg ikke.

## **Intervju av farmasøyt 2:**

Intervjuer: Hvilken erfaring har du med legemiddelsamtaler?

Farmasøyt: Det har jeg ingen, ikke annet enn at jeg har arbeidet med et prosjekt oppå sykeheimen, så jeg fikk være med på å gå gjennom legemidlene når det kom nye pasienter, særlig i forhold til å se på knusing, men også se på legemidlene før de skulle inn i deres datasystem.

Intervjuer: Ja, for da er det en sånn legemiddelgjennomgang, det er jo egentlig litt forløperen til det vi snakker om.

Farmasøyt: Ja, men hadde ikke pasienten der, det var i lag med sykepleier som la inn informasjonen.

Intervjuer: Ja akkurat, hadde det kommet noe fra legen også da ei?



**Farmasøyt:** Nei, hadde jo gjerne resepter og legen sin uttalelse ved innskriving, eller at han var ute i hjemmesykepleien så fikk utskrift fra legens journaler.

**Intervjuer:** Ja, spennende, men hva tenker du om dette temaet legemiddelsamtaler i alle typer apotek?

**Farmasøyt:** Synes at det er kjempespennende, mm, og tror nok at det kommer til å komme, ja, og det er kjempeviktig.

**Intervjuer:** Ja, det er mye diskusjoner om det på dagens medisin og i apotekforeninga.

**Farmasøyt:** Mm, det er det

**Intervjuer:** Hvilke muligheter og/ eller begrensninger ser du i en slik tjeneste om den kommer?

**Farmasøyt:** Muligheten er jo at terskelen for å kanskje komme hit (apoteket) og spørre er lavere enn å gå til legen å spørre. For det ser vi jo på andre ting som kundene kommer og spør om her, at det er enklere å komme hit enn å gå til doktoren å spørre om ting. Ser det på dager med kolesterolmålinger, blodsukker o.l, at terskelen er lavere for å komme til oss. Begrensningene blir jo vår kunnskap da. I hvert fall jeg kjenner at da må jeg ha litt mer påfyll synes jeg, før jeg er helt kompetent til å ta en legemiddelgjennomgang sammen med en kunde.

**Intervjuer:** Hva slags type påfyll tenker du da?

**Farmasøyt:** Nå skal jo ikke dette gå på sånn klinisk, jeg ser den, men jeg regner med at da får vi noen standarder som vi skal gå etter, og de vil man jo ha ganske god opplæring i, det ser jeg for meg.

**Intervjuer:** Ja, det var i det pilotprosjektet til apotekforeningen ikke lagt opp kursing på kunnskapsnivå, altså den faglige biten i forhold til legemidlene, men de hadde gjennomgang av skjema, litt sånn systemopplegg og kommunikasjon tror jeg blant annet.

**Farmasøyt:** Ja, det vil jo være viktig.

**Intervjuer:** Men kunne du selv tenkt deg å gjennomført en sånn type tjeneste?

**Farmasøyt:** Ja, det kunne jeg tenkt meg.

**Intervjuer:** Hva tenker du om behovet, for i prosjektene foreløpig så har det vært bestemte eller utvalgte pasientgrupper, er det nødvendig?

**Farmasøyt:** Nei, sånn frem i tid tenker jeg at det bør være noe som alle som har spørsmål eller lurer på noe eller av en eller annen grunn har lyst til å ha det skal kunne ta det uavhengig av spesielle grupper tenker jeg.

**Intervjuer:** Om det kommer et eventuelt pålegg om gjennomføring av legemiddelsamtaler i apotek kan kanskje dette vekke ulike følelser hos farmasøyter avhengig av «hva farmasøyter

bør stå for» og eventuelt det man kjenner som en personlig begrensning eller behov. Hva tenker du om det?

**Farmasøyt:** Ja, tenker du sånn faglig?

**Intervjuer:** Ja, hva er det som eventuelt stopper, nå sa du sånn for din egen del at du kunne tenkt deg kursing. Men kanskje ikke alle farmasøyter ønsker tjenesten, selv om de kanskje føler at de «burde» gjøre det?

**Farmasøyt:** Ja, da vil det kanskje gå på dette med tid til å sette seg inn i både det faglige og det tekniske slik at du er trygg på det da. Få rom og tid til at du synes at det er greit. Så det tror jeg er veldig viktig hva som skjer før en slik samtale, både at du får tid til å lese deg opp på det du trenger å lese deg opp på, for det er jo ikke alle legemidler vi er borti hver dag.

**Intervjuer:** Nei, det vil jeg tro.

**Farmasøyt:** Det er ikke alle legemidler vi kan sånn i dybden heller, kommer stadig nye. Det må finnes rom nok til å kunne oppdatere seg slik at du er trygg den dagen du skal ut i det, var det det du mente el?

**Intervjuer:** Ja....

**Farmasøyt:** Det er jo klart, kan se for meg at ikke alle farmasøyter vil være komfortable med å ta den samtalen. Det går jo litt på personlighet også. Det er ikke alle som liker det med å gå i dybden.

**Intervjuer:** Kan bli litt for intimt el?

**Farmasøyt:** Ja, du kommer jo litt nærmere innpå folk når du setter deg ned med en kunde, og det er ikke sikkert at alle synes at det er like greit.

**Intervjuer:** Personlige egenskaper og egnethet ser ut til å være litt gjenganger når det gjelder dette temaet.

**Farmasøyt:** Ja, det også. Du må være ganske ydmyk tenker jeg både overfor den som etterspør samtalen og også overfor legen som har forskrevet medisinen. Du skal heller ikke skremme noen eller overkjøre en lege. Du har veldig mange å forholde deg til som du må ha i hodet når du kommer med anbefalinger eller spørsmål tenker jeg.

**Intervjuer:** Ja, det er litt å ta hensyn til

**Farmasøyt:** Ja, veldig mye å ta hensyn til.

**Intervjuer:** Tror du det vil være noen forskjell på provisorer og reseptarer?

**Farmasøyt:** Forskjell, hva tenker du på?

**Intervjuer:** I forhold til om de ønsker en sånn tjeneste eller ikke?

**Farmasøyt:** Provisorene skulle egentlig ha en større faglig dybde og synes at det er greiere å gjennomføre, men det vet jeg ærlig talt ikke.

**Intervjuer:** Er det noe jeg ikke har tatt med, noe du vil legge til? Skjønner at du ikke fikk noen tid til å forberede deg før denne samtalen altså.

**Farmasøyt:** Kommer ikke på noe, men det første man tenker på her er hvordan skal vi praktisk få gjennomført det? Med rom og dette med å bevare, det å faktisk ha en plass som er privat nok til gjennomføring. Diskre nok, og kunne prate uforstyrret. Inforommet per i dag er åpen mot bakresepturen, kan derfor ikke stenges av helt. Et av kriteriene for å gjennomføre noe sånt må være at man føler at sitter man uforstyrret.