



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for farmasi

Etikk og farmasøytisk praksis i apotek

Forståelse av begrepet etiske dilemma, tilnærminger og beskrivelser av etiske dilemma blant apotekfarmasøyter i Norge.

Karen Øvrebø Johannessen

Masteroppgave i farmasi FAR-3911 Mai 2021

Sammendrag

Bakgrunn:

Etikkrådet for farmasøyter i Norge har en visjon om at alle farmasøyter skal være etisk reflekterte yrkesutøvere. Menneskenes verdier, prinsipper og normer definerer våre moralske handlinger og etikk er den teoretiske refleksjonen man gjør over de moralske handlingene. Ethiske dilemma oppstår når ulike verdier kommer i konflikt med hverandre og ikke kan forenes i en og samme handling. Apotekene i Norge har i de siste årene forandret seg i takt med nye lover og regler og farmasøytene har etter hvert fått utvidede oppgaver som setter andre krav til yrket. Daglig opplever apotekfarmasøyter situasjoner som gir opphav til etiske vurderinger og dilemma, men det er ikke funnet publiserte studier som har studert etikk blant farmasøyter i Norge.

Formål:

Formålet med denne studien var å identifisere hva farmasøyter legger i begrepet etiske dilemma, se på hvordan de søker dem løst og få beskrivelser av etiske dilemma som farmasøyter i norske apotek opplever.

Metode:

Det ble benyttet kvalitativ metode med gjennomføring og analyse av individuelle intervju med 10 apotekfarmasøyter.

Resultat:

Farmasøytene viste usikkerhet rundt begrepet etiske dilemma. Beskrivelsene av opplevde situasjoner innebar sjeldent verdikonflikter som ikke lot seg forene, men ga grunnlag for både etiske og juridiske overveielser. Det ble også funnet lite bevissthet rundt kommunikasjon med involverte parter. For å løse situasjonene var fokuset hovedsakelig å bistå kunder på best mulig måte, men lovverket var også det som var styrende for enkelte.

Konklusjon:

Det er behov for å øke kompetansen og ordforrådet i etikk blant apotekfarmasøyter for at etiske dilemma skal identifiseres, og for at de etiske diskusjonene blir dypere og mer reflekterte.

Forord

Dette prosjektet ble til for å kartlegge hvilke etiske dilemmaer som apotekfarmasøyer opplever i sin yrkeshverdag, etter et ønske fra Etikkrådet for farmasøyer. Temaet fant jeg veldig interessant og jeg hadde lyst til å fordype meg i et emne som jeg synes er veldig viktig i apotekarbeidet, men som det sjelden blir viet nok tid til. Motivasjonen min var også at det kunne gi meg noen knagger som jeg kan bruke når jeg tar fatt på min nye stilling som apoteker etter endt mastergrad. Arbeidet har vært både utfordrende og lærerikt. Jeg sitter igjen med økt bevissthet og kunnskap som jeg ser frem til å bruke når jeg skal veilede apotekpersonell i håndtering av, og refleksjoner rundt etiske problemstillinger.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Marit Waaseth (førsteamanuensis IFA) og mine biveiledere, Kjell Halvorsen (førsteamanuensis IFA) og Janne Erikke Mjelle (førstelektor IFA) for støtte, god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosjektet. Videre vil jeg takke Ann Helen Jakobsen (stipendiat IFA) for innspill ved utvikling av intervjuguiden. En takk vil jeg også gi til Hilde Frøyland (medlem av Etikkrådet, cand. pharm og forfatter) som tok seg til tid å lese igjennom resultat- og diskusjonsdelen i oppgaven og kom med innspill.

Spesiell takk vil jeg rette til alle informantene som sa seg villige til å stille til intervju og dele sine erfaringer.

Takk til mine kollegaer som har vært fleksible og tålmodige og til min leder som lot meg få rom til å gjennomføre prosjektet.

Til slutt vil jeg takke familien og mine gode venner for oppmuntring hele veien. Jeg hadde aldri klart dette uten den støtten jeg har fått fra min fantastiske mann, Tom-Eirik og våre tre jenter, Maria, Emma og Johanne. Dere er helt enestående, tusen takk.

Senja, april 2021

Karen Øvrebø Johannessen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Forord.....	2
1 Bakgrunn.....	5
1.1 Begrep innen etikken.....	5
1.1.1 Dydsetikk.....	5
1.1.2 Konsekvensetikk.....	6
1.1.3 Pliktetikk.....	7
1.2 Etiske dilemma.....	7
1.3 Etiske retningslinjer for farmasøyter.....	8
1.4 Profesjonsetikk.....	9
1.5 Tidligere forskning på etikk i apotek.....	13
1.6 Min forforståelse.....	15
2 Formål og problemstilling.....	16
3 Metode.....	17
3.1 Valg av metode.....	17
3.2 Litteratursøk.....	17
3.3 Rekruttering av informanter.....	17
3.4 Intervjuets kontekst.....	18
3.4.1 Utvikling av intervjuguide.....	18
3.4.2 Gjennomføring av intervju.....	20
3.5 Analyse.....	20
3.5.1 Transkribering.....	20
3.5.2 Analyseprosessen.....	20
3.6 Etikk og personvern.....	22

4	Resultater og diskusjon	23
4.1	Begrepet etiske dilemma og tilnærming til problemene.....	23
4.2	Beskrivelser av opplevde situasjoner	26
4.2.1	Å ta ansvar.....	28
4.2.2	Å skape relasjoner	35
4.3	Metodediskusjon.....	39
5	Konklusjon	44
6	Fremover	45
	Referanseliste.....	46
	Vedlegg 1	49
	Vedlegg 2	51
	Vedlegg 3	54

1 Bakgrunn

1.1 Begrep innen etikken

Begrep som er sentrale i etikken er normer, verdier og holdninger. Normer er forventninger til hvordan vi skal oppføre oss og vi får ulike reaksjoner fra samfunnet avhengig av om vi følger normene eller ei. Norges lover er et sett med nedskrevne normer, men det finnes også uskrevne normer som baserer seg på tradisjoner og skikker. Verdier er det som er viktig og verdifullt for oss og normene søker å beskytte disse. Viktige verdier i samfunnet er blant annet rettferdighet, likestilling, ærlighet og solidaritet. Holdninger sier noe om hvilken person man er fordi det handler om hvilken innstilling vi har til en situasjon. Det er trekk ved ens personlighet som gjør at vi føler, tenker og handler på bestemte måter (Aanesen, 2019).

Wifstad (2013) forklarer at man gjerne bruker ordet moral om de verdiene, prinsippene og normene vi retter oss etter i praksis. Etikkk beskriver han som en teoretisk refleksjon over moralen og hvordan vi kan systematisere og begrunne våre moralske handlinger. For å kunne avgjøre hvilke moralske normer som er rette eller gyldige finner man argumenter for dette innen normative etiske teorier som beskrevet av Johansen, Hegdal og Vetlesen (2000). Disse teoriene deles hovedsakelig i to retninger, teologisk og deontologisk. Retningene beskriver forholdet mellom det som er riktig og det som er godt, men de har ulike tilnærminger til dette. Innen den teologiske retningen finner vi dydsetikken og konsekvensetikken. Den deontologiske retningen gir beskrivelse av pliktetikken. Dette skal forklares litt nærmere.

1.1.1 Dydsetikk

Aristoteles er den store klassikeren innen dydsetikk. Hans grunntanke er at alle mennesker søker det gode og det som gjør dem lykkelig, men man kan kun oppnå dette gjennom selv å være god (Johansen et al., 2000). Wifstad (2013) forklarer dydsetikk ved at det å ha en dyd er det samme som å duge til noe. Han sier at nøkkelen til å forstå hva som ligger i dette, er å tenke på hva det vil si å være en god venn. En god venn handler ikke av plikt eller fordi det tjener til beste for en selv, en god venn viser seg gjennom å være den han er og det han gjør. Dyd viser seg tilsvarende i praksis, både i handlinger og i den man er. Dette kan overføres til yrker hvor en dyd da vil representere iboende faglige og moralske standarder som er med på å definere det arbeidet som utøves i yrket. Videre skisserer han fem profesjonelle dyder etter

inspirasjon fra Beauchamp og Childress. Dydene som beskrives er medfølelse, dømmekraft, pålitelighet, integritet og samvittighetsfullhet.

Medfølelse vises gjennom handlinger og dette et noe som av og til kan oppleves som en problematisk dyd. Han forklarer med at man i den ene enden blir utslitt fordi man blir for engasjert og i den andre enden at medfølelse kan gjøre at man blir blind for og mister evnen til å være upartisk.

Dømmekraft er evnen til å vurdere hva som bør gjøres i situasjoner hvor forskjellige, men relevante faktorer veies mot hverandre. Kanskje situasjonen krever at noen regler skal følges, men at situasjonen også involverer noe annet som ikke ble forutsatt av de som laget reglene.

Pålitelighet er det å opptre tillitsvekkende, i helsesektoren betyr det at pasientene kan stole på helsearbeiderne.

Integritet i denne sammenhengen betyr at man tør å stå for noe og at det samsvarer med moralske verdier og idealer som er allment akseptert. En person som har moralsk integritet er en person som man kan se opp til. Denne integriteten kan bli satt på prøve når ulike rollekrav kommer i konflikt med hverandre. Han eksemplifiserer med når en helsearbeider på den ene siden har lojalitet til «systemet» og at dette kommer i konflikt med det han oppfatter som det beste for pasienten. Dette kan handle både om helsearbeiderens profesjonelle og personlige integritet og det koker i bunn og grunn ned til spørsmålet om hva man kan stå inne for.

Samvittighet blir betegnet som en slags selvrefleksjon hvor vi spør oss om vi har samvittighet til å gjøre noe eller ikke gjøre noe. Det kan gå over i dårlig samvittighet med følelser som skam, skyld eller anger og vi ser oss selv med andres øyne. Dyden samvittighet sier lite om *hva* vi bør gjøre, den handler mer om å være konsekvente til det man mener er det rette og at man viser det i sine handlinger. Man tar sin egen samvittighet alvorlig.

1.1.2 Konsekvensetikk

Denne retningen ser på om en handling er etisk forsvarlig basert på hvilke konsekvenser den har. Johansen et al. (2000) forklarer at konsekvensene kan være tilsiktede, forventet eller faktiske. Det vi gjør er ledet av et formål og dette formålet er den tilsiktede konsekvensen. I tillegg kan det komme andre, forventede konsekvenser av våre handlinger og de kan være av både positiv og negativ art. Det vi ikke har kontroll på, er de faktiske konsekvensene som

avviker fra det som vi forventer. Wifstad (2013) poengterer at intensjonen med denne teorien innen helsearbeid, er at tiltakene skal gi mest mulig nytte for flest mulig og den er dermed et viktig utgangspunkt for arbeidet med folkehelsen. Handlingen blir vurdert som rett eller gal utfra et forhold mellom gode og dårlige konsekvenser. Man er upartisk og interessene til alle berørte parter skal ilegges like stor vekt.

1.1.3 Pliktetikk

Immanuel Kant er filosofen bak pliktetikken og han mener at mennesker har visse plikter som ilegges større vekt for handlingen enn konsekvensene av handlingen. Det betyr ikke at konsekvensene er uten betydning, men det er ikke alltid man kan forutse konsekvensene av handlingene og derfor bør det være noe som er styrende for hva som er rett og galt. Pliktene er absolutte og universelle og de formes gjennom regler eller normer. Eksempel på en absolutt allmenn regel er at du ikke skal drepe eller lyge. I en yrkessituasjon vil man møte regler som en ytre autoritet har satt som plikter man skal følge. Kant mener at når mennesket anser slike plikter som en gyldig rettesnor for sine handlinger, blir det også til menneskets moralske plikt å følge dem (Frøyland, 2017).

1.2 Ethiske dilemma

Dahl (1983) forklarer at man havner i et etisk dilemma når ulike verdier kommer i konflikt med hverandre. Som helsearbeider kan man ofte havne i situasjoner hvor det er utfordrende å bestemme hvilken verdi som skal veie tyngst. Det kan handle om hensyn som man må ta i forhold til pasienter, pårørende eller til kolleger og hvor verdier som for eksempel ærlighet, tillit eller lojalitet ikke kan forenes i samme handling. Frøyland (2017) sier at når man står i en situasjon hvor vi ikke vet hva vi skal gjøre, kan vi velge mellom flere handlingsalternativer inkludert alternativet å ikke gjøre noe. Hun forklarer at mennesker står i et moralsk dilemma når situasjonen er slik at man vet hva som bør gjøres, men likevel avstår fra å gjøre det. Hun referer til «*de fire prinsippers etikk*» som har blitt viktige prinsipper innen medisinsk etikk og som danner grunnlag for etisk refleksjon i flere land. Det første prinsippet er velgjørenhet, som innebærer å handle til fordel for pasientene. Det andre prinsippet handler om at man ikke skal påføre noen skade. Tredje prinsipp vektlegger respekten for pasienters autonomi og det fjerde prinsippet handler om å sørge for rettferdig fordeling av både fordeler og ulemper. Hun

sier også at i tilfeller hvor «*de fire prinsippers etikk*» kommer i konflikt med hverandre, må situasjonens relevante forhold avgjøre hvordan prinsippene kan balanseres.

1.3 Etiske retningslinjer for farmasøyter

Etikkrådet for farmasøyter i Norge er et organ for farmasøytisk yrkesetikk. Organisatorisk ligger det under Norsk Farmasøytisk Selskap (NFS) som er et forum som bidrar til fremme av norsk farmasi (Norsk Farmasøytisk selskap, 2018d). Rådets visjon er at alle farmasøyter er etisk reflekterte yrkesutøvere og de ønsker å stimulere til debatt om etiske spørsmål.

Farmasøyter kan melde inn saker som gjelder både enkelttilfeller eller generelle forhold, og rådet kan da komme med uttalelser og anbefalinger (Norsk farmasøytisk selskap, 2018a).

I 1996 ble det utarbeidet etiske retningslinjer for farmasøyter i Norge. Bakgrunnen for disse retningslinjene er blant annet å kunne støtte farmasøyten i etisk vanskelige situasjoner. Ofte er det overlapping mellom etiske normer og rettslige normer, men forskjellen mellom dem er at det som er juridisk bestemt er samfunnets krav til arbeidet, og de etiske normene er kravene som profesjonen setter til seg selv. Det blir forklart at det juridiske og det etiske veldig ofte utfyller hverandre. For eksempel når det i rettslig henseende er rom for tolkning og utøvelse av skjønn, kan de etiske normene gi veiledning for farmasøytens valg av handling (Norsk farmasøytisk selskap, 2018c).

Retningslinjene består av fem prinsipper og de bygger på den Internasjonale Farmasøytorganisasjonens etiske retningslinjer samt Apotekforeningens standard for god apotekpraksis (Norsk farmasøytisk selskap, 2018b). Farmasøytisk selskap har laget kommentarer til de ulike prinsippene som blant annet utdyper hva som er ønskelig at farmasøyten vektlegger i sine avgjørelser i etisk vanskelige situasjoner.

Det første prinsippet er «fremme av helse». I situasjoner hvor interessene til et enkeltindivid kommer i konflikt med samfunnets interesser, skal farmasøyten aldri gjøre noe som setter pasientens helse i fare. Dersom pasienten har interesser som farmasøyten mener er uforsvarlig, sett fra et faglig perspektiv, skal dette bli formidlet både saklig og forståelig. Dersom offentlige økonomiske eller næringsmessige konflikter står i konflikt med pasientens interesser, skal pasientens interesser veie tyngst, så lenge det er innenfor lovlige rammer.

Det andre prinsippet er «respekt for individet». Her beskrives det at pasienten har rett til å bestemme over egen helse og at dette skal respekteres selv om pasientens avgjørelse kommer i konflikt med de råd som farmasøyten gir. Pasientens interesser, personopplysninger og helseopplysninger skal ivaretas slik som pasienten ønsker og dette må følges, også når det gjelder opplysningsplikt til offentlige myndigheter. I tilfeller hvor farmasøyter opplever at pasientens syn på helse kommer i konflikt med egen oppfatning av helse, skal farmasøyten alltid vise respekt for pasientens syn, uavhengig av hvilke religiøse, moralske eller andre kulturelle verdier som ligger til grunn. Det betyr at farmasøyten skal opptre med forståelse, respekt og imøtekommenhet.

Det tredje prinsippet er «faglig integritet». Konflikten som beskrives her er eventuelle krav fra arbeidsgivere som ønsker at farmasøyten utfører arbeidet sitt på en måte som kommer i konflikt med det som farmasøyten anser som faglig forsvarlig. Det kan imidlertid være et problem at det er uenighet i hva som er faglig forsvarlig. Samtidig blir det lagt vekt på at ettersom både farmasøyten og arbeidsgiver har pasientens helse som viktigste mål, så bør det være et godt utgangspunkt for diskusjoner rundt disse problemene.

Det fjerde prinsippet er «tillit». Tilliten til farmasøyter kan svekkes dersom samfunnet opplever at det blir gitt råd og anbefalinger som er påvirket av gaver, ytelser eller andre fordeler gitt av legemiddelprodusenter eller andre. Konflikten kan her stå mellom hensynet til pasientens preferanser, for eksempel økonomi, og det som farmasøyten gir av råd eller anbefalinger når anbefalingene enten bevisst eller ubevisst er påvirket av hensynet til økonomisk gevinst for den som gir rådet.

Det femte prinsippet er «kollegialitet». Her kan det oppstå konflikt mellom ønske om å beskytte en kollega som har gjort noe galt og plikten til å varsle om forhold som er kritikkverdige. Det samme gjelder konflikten mellom å være lojal overfor arbeidsgiver og plikten til å varsle om forhold som er ulovlige. Hensynet til farmasøytenes anseelse som profesjon er det som skal være styrende for hva man velger å gjøre.

1.4 Profesjonsetikk

Farmasøyter er en av mange profesjoner innen helsesektoren i Norge. Wifstad (2013) nevner noen grunnleggende trekk for profesjoner, som er vesentlig å kjenne til når man skal se på

etikk innen helsefag. Det å ha en profesjon betyr at man offentlig erkjenner at man har en bestemt kompetanse innen et fagområde. Myndighetene sørger for at det kun er de som er autoriserte som har lov til å kalle seg profesjonelle i det bestemt fagområde. Granås og Bakken (2018) påpeker at målsettingen for en profesjons virksomhet er å arbeide til det beste for både klienter, pasienter og samfunn og at det er svært viktige element for at en profesjon har tillit i samfunnet. De poengterer at farmasøytene som profesjon må passe på å pleie forholdet til allmennheten og til myndighetene ved blant annet å gjøre seg mer synlige som viktige bidragsyttere i helsetjenesten. Farmasøyten har også en rettslig plikt til å opptre profesjonelt. Lov om helsepersonell sier at helsepersonell skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Den skal sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, den skal bidra til sikkerhet for pasienter og sikre tillit til helsepersonell. Videre står det at helsepersonell skal samarbeide med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Det stilles krav til ressursbruk slik at verken pasienter, helseinstitusjoner og trygden blir påført unødvendig tidstap eller utgifter (Helsepersonelloven, 1999).

Apotekene har utviklet og forandret seg i takt med nye lover og regler og et samfunn som til stadighet er i endring. I mars 2001 kom den nye apotekloven som skulle medvirke til riktig legemiddelbruk og til god kvalitet av farmasøytiske tjenester. Loven pålegger apotekene at de skal sikre seg at kundene får tilstrekkelig informasjon om riktig legemiddelbruk, oppbevaring, virkning og andre forhold som er relevant å vite om legemidlet (Apotekloven, 2000). Strøm (2010) forteller at apotekloven medførte at flere apotekkjeder overtok markedet og det ble konkurranse mellom kjedene og mellom apotekene. Hun sier dette har påvirket og endret på apotekfarmasøytens rolle og mener at det ikke diskuteres like mye faglig på tvers av apotekene slik det var før apotekloven ble endret. Kjedene er opptatt av at forretningsmessige og faglige ideer ikke skal «avsløres» overfor hverandre. Hun trekker frem at avansen på legemidler er presset ned slik at apotekene må få inntjening på andre områder. Dette har ført til et økt press på apotekansatte til å tenke profitt og at kundene skal forlate apoteket med andre varer i tillegg til legemidlet som var hensikten med apotekbesøket. Er anbefalingene som farmasøytene kommer med, faglig begrunnet og er det med intensjonen om å hjelpe, eller er det kjedens profitt som er styrende for anbefalingen? Dette spørsmålet ble heftig debattert i norske medier høsten 2019 hvor TV 2 hadde avdekket praksis med salgskonkurranser blant ansatte i apotek (Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2019). Slik Wifstad (2013) forklarer det,

lever ikke farmasøyten opp til de profesjonelle forpliktelsene dersom det ikke er kundens ve og vel som er prioritert.

Nortvedt (2010, s. 13) forklarer at det å være syk har en subjektiv side og at det derfor stiller helt spesifikke etiske utfordringer og problemstillinger for helseprofesjonene. Han påpeker at *«Helsearbeideren må ha empati og forståelse med den sykes situasjon, må ønske å hjelpe og kunne gjøre dette med omtanke og medfølelse. Personen må ha evne til å identifisere hvilke etiske problematiske situasjoner og etiske prinsipper som står på spill.»*

Frøyland (2017) skriver om hvordan empati kan brukes til å oppdage hva som er moralsk relevant i en situasjon. Empati er en egenskap man kan trene på og det handler om å sette seg inn i andres følelser uten å samtidig bli grepet av sine egne følelser. En empatisk tilnærming kan bidra til tillits- og respektfulle relasjoner mellom farmasøyter og kunder fordi kunden vil føle seg verdsatt, anerkjent og respektert.

Farmasøyter i Norge har de siste årene fått utvidede oppgaver. Det nyeste er fra september 2020 hvor det ble det vedtatt at farmasøyter kan rekvirere influensavaksine. Kort tid før dette ble det bestemt at autorisert helsepersonell i apotek skulle få lov til å sette vaksine etter resept fra lege og etter bestått opplæringsprogram fastsatt av bransjestandarden. Andre oppgaver som er av nyere dato for farmasøyter i apotek er medisinsamtaler og inhalasjonsveiledning (Apotekforeningen, 2020). Kanskje kan disse utvidede oppgavene bidra til at norske farmasøyter opplever flere etiske utfordringer i apotekhverdagen. En studie i England poengterte at i takt med utvidete ansvarsområder og nærmere pasientinvolvering, så var det et behov for å få farmasøytiske verdier og etikk frem i lyset (Benson, Cribb & Barber, 2009). På Farmasidagene i 2013 gjennomførte Etikkrådet for farmasøyter workshop og foredrag i etikk og deltakerne ble utfordret til etisk bevissthet. Deltakerne synes det var fint å få lov til å delta og ikke bare være passive deltakere (Hovden, 2013).

Hvilket fokus er det på etikk i farmasiutdannelsen? Etikk inngår som en del av 10 studiepoeng på bachelor ved blant annet UiT Norges arktiske universitet (2020) og ved UiO Universitetet i Oslo (2020). I tillegg er det fokus på emnet i forbindelse med apotekpraksis for studentene som går videre på master. Kompetansemålene for farmasiutdannelsen er beskrevet i Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene (2020) og blir gjeldene for studieåret 2021/2022. Målet på bachelor er at studentene skal få innsikt, identifisere, håndtere og kunne reflektere over etiske problemstillinger. På master er målet at studentene skal kunne analysere

og reflektere over etiske problemstillinger både i farmasøytisk praksis og i forskning. Det Nasjonale fagorganet for forskning og utdanning innen farmasi, diskuterer samarbeid i etikkundervisningen, på tvers av undervisningsinstitusjonene, og de ønsker i tillegg å involvere Etikkrådet i undervisningen (H.Helm, personlig kommunikasjon, 23.mars 2021).

Eide og Eide (2004) skriver at det å være etisk bevisst er en forutsetning for å gi god omsorg og for å kunne kommunisere hensiktsmessig og godt. De sier at kommunikasjon ofte er et oversett moment når etiske dilemma skal løses. Videre påpeker de at dersom dilemmaet ikke kan løses, så vil i alle fall de negative konsekvensene ofte bli begrenset når man kommuniserer godt og har evne til moralsk kreativitet. Dette forutsetter imidlertid at man klarer å gjenkjenne at det er et etisk dilemma man står i. Evne til å lytte aktivt og klare å kommunisere tydelig, er viktige forutsetninger for å klare å identifisere problemer og for å forebygge uheldige valg. De påpeker også at det er en utfordring at profesjonelle hjelpere ofte har kort tid på seg til å skape kontakt og få et helhetlig bilde på en situasjon. Wifstad (2013) sier at helsearbeidere lett kan havne i en felle hvor både pasient og hjelper ikke klarer å samarbeide om saken man ønsker å løse, men at de på hver sin side fokuserer på motivene bak det den andre sier eller gjør. Selv om fagpersoner tenker at det er opplagt hva som bør gjøres, så kan man ikke uten videre gå ut fra at det samsvarer med den virkeligheten som pasienten har. I hvilken grad helsearbeideren klarer å komme pasienten i møte vil imidlertid avhenge av relasjonen mellom partene og av situasjonen for øvrig, som for eksempel hvilke rammer som danner utgangspunktet for møtet.

Farmasøytens kommunikasjonsevner ble tema i en av debattene på farmasidagene i 2018 (Nilsen, 2019). Spørsmålet var om det var nok fokus på kommunikasjon i utdannelsene. Det ble uttalt at dagens studenter sannsynligvis er bedre trent i dette enn tidligere, men at det fortsatt gjenstår å innføre tiltak som kan løfte nivået ytterligere. Ifølge de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene pågår det et nasjonalt løft på området og planene skal implementeres i nye retningslinjer fra og med studieåret 2021/22 (Kunnskapsdepartementet, 2020).

Frøyland (2017) påpeker at mange synes det er vanskelig å drøfte etiske dilemma fordi man ikke har utviklet ordforrådet sitt innen etikk. Videre sier hun at den moralske kompetansen vil utvikle seg dersom språket blir rikere. Hun har inntrykk av at det er lite faglig etisk refleksjon på norske apotek og at farmasøyter ofte føler at de er nødt til å gi et svar i en gitt situasjon.

Hun sier at det kan lønne seg å stoppe opp for å analysere og reflektere sammen med andre. På den måten utvikles det en erfaringskompetanse som er viktig å ha med i ryggsekken når andre dilemmaer dukker opp. Det blir presisert at dersom man unnlater å ta tak i dette, blir risikoen for en uetisk atferd større og at det kan gå utover kvalitet og sikkerhet for pasienter.

1.5 Tidligere forskning på etikk i apotek

Det er ikke funnet noen norske og det er få skandinaviske publiserte studier som har undersøkt hvilke etiske dilemma farmasøyter beskriver fra sin praksis. En svensk studie blant farmasøyter beskriver at de mest rapporterte situasjonene omhandlet relasjonen til kunder og andre profesjoner, særlig leger. Eksempler som beskrives, er dilemma som oppstår når man opplever at legens forskriving ikke er til det beste for kunden, eller når farmasøyten har en oppfatning av at legen er gammeldags og at kunden kunne fått bedre behandling hos en annen lege. Det gis også eksempler på dilemmaer hvor det er vanskelig eller umulig å følge lovverket eller motsatt, hvor regler blir brutt fordi noe annet ville vært moralsk feil. Dette kan handle om å levere ut medisiner uten resept eller hvor resepten ikke er skrevet slik lovverket krever det. Medisinen blir levert ut som om de samsvarte med lovverket, fordi kunden ikke skal belastes for denne feilen (Sporrong, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnetz, 2005)

En narrativ studie fra Nederland identifiserte 22 tema som omhandlet opplevde etiske dilemma blant praktiserende farmasøyter i apotek. Utfordringene som farmasøytene opplevde handlet i stor grad om å gi omsorg til pasienter i en setting som er blitt veldig kompleks. Dilemmaene dreide seg for det meste om forholdet mellom farmasøyter, pasienter og leger, og hvor farmasøytens profesjonelle autonomi ofte ble satt på prøve. Eksempler på dette var farmasøyter som opplevde at deres ekspertise sjelden ble brukt før det var for sent i behandlingsforløpet eller at innspillene de kom med ble ignorert av annet helsepersonell. Andre ganger handlet det om at pasienter anser at leger har mer autoritet enn farmasøyter og at dette førte til anklagende eller aggressiv oppførsel blant pasienter. Økonomisk motivert helsepolitikk kunne også utfordre autonomien og sette forholdet til pasientene på prøve. For eksempel kunne dette dreie seg om plikten farmasøyten har om å tilby billigste generiske legemiddel, men hvor pasienten protesterte sterkt mot dette (Kruijtbosch, Göttgens-Jansen, Floor-Schreudering, van Leeuwen & Bouvy, 2018).

Luetsch (2017) viser til flere studier som har funnet at økt kommersialisering av apotekene har hatt negativ innvirkning på forholdet til andre helsearbeidere og forbrukerne, og at dette potensielt kan påvirke farmasøyters normer. Hun sier at kjernen i helsevesenet er å skape relasjoner og at dette er sentralt for å forme publikums forventinger til farmasøytenes roller. For å styrke relasjonene må farmasøyter gi oppmerksomhet til de psykososiale dimensjonene i interaksjonen med kundene. Videre påpeker hun at en forbedring av farmasøyters tverrfaglige kommunikasjonsevner sammen med deres kliniske evner, vil motivere og støtte etablering av et bedre samarbeid og tillit mellom helsearbeiderne.

En studie fra Kroatia viser at 47% av 252 farmasøyter i apotek synes at kommersielt press påvirker deres praksis. Studien fremhever at det er et gap mellom profesjonell praksis og det som farmasøyter anser som deres etiske plikt. Faktorer som større krav fra kunder, økende arbeidsmengde, økt utvalg av medisiner som farmasøyter skal levere og den fysiske utformingen av apoteket, kan bidra til dette gapet og svekke farmasøyt-pasientforholdet. Den fysiske utformingen av apoteket gir ikke nok rom for å skape en dialog om sensitive tema. Studien peker også på at etter hvert som flere medisiner kan kjøpes over disk, fører det potensielt til flere etiske bekymringer. Eksempelvis kan en farmasøyt bli spurt om en medisin som pasienten i realiteten ikke trenger, men som vedkommende heller ikke kan ta skade av å bruke. Ett spørsmål i studien tillot respondentene å beskrive egne opplevde etiske dilemmaer. Det som gikk igjen var blant annet å levere ut reseptbelagte medisiner uten resept eller levere ut medisiner med en ukorrekt eller utydelig foreskrivning fordi man ikke kunne nå legen. Videre fant de at 83,3 % av 252 farmasøyter løser etiske dilemma på egen hånd, 75,4% av dem føler ikke de er godt nok trent til å håndtere slike dilemma og bare 5,6 % av deltakerne søkte råd hos et relevant etisk fagorgan. (Vuković Rodríguez & Juričić, 2018).

En studie blant apotekfarmasøyter i Australia påpeker at deltakerne i et fokusgruppeintervju hadde ulike meninger om hva som kunne definere et etisk dilemma. Noen mente at første møte med en kunde kunne anses som et etisk dilemma, men ikke de påfølgende møtene fordi da var situasjonen avklart. Andre mente at et etisk dilemma var avhengig av hva møtet med kunden innebar uavhengig av om man tidligere hadde funnet en løsning. Respondentene hadde også ulike oppfatninger i forhold til omfang, frekvens og kompleksiteten av dilemmaene. Mange opplevde mer komplekse dilemma og at dette kom i takt med at apotekene fikk utvidede og endrede oppgaver. Den fant også at det var noen kollektive faktorer som hadde innflytelse på farmasøyters forståelse av og kompetanse i det å håndtere

etiske dilemma. Det var blant annet personlige verdier, kultur, moral, tro og hva de hadde lært gjennom utdannelsen. Likeledes var det også påvirket gjennom innflytelse fra kollegaer og via erfaring i arbeidet (Sim, Sunderland & Hattingh, 2019). David (2001) undersøkte sammenhengen mellom erfaring og evne til moralske vurderinger blant amerikanske farmasøyter. Han fant at farmasøyter med lengst erfaring var de som scoret lavest.

Cooper, Bissell og Wingfield (2008) fant i sin undersøkelse at mange farmasøyter var uoppmerksom vedrørende etiske dilemma og at de hadde begrenset evne til å ta beslutninger som baserte seg på etiske resonnement. De kalte det for etisk passivitet og uttrykte bekymring for betydningen dette hadde for både pasienter og for profesjonen som helhet. De fant at det var stor usikkerhet rundt temaet, og intervjuene var vanskelige å gjennomføre fordi de ikke klarte å lokke frem relevante eksempler og refleksjoner.

1.6 Min forforståelse

Jeg har arbeidet som farmasøyt i apotek siden 2011 og min erfaring har nødvendigvis hatt innflytelse på mange stadier i prosjektet. Min opplevelse er at farmasøyter i apotek må håndtere flere problemstillinger samtidig. Ønsket om å få landet alle ballene på best mulig måte for både kundene og eventuelle andre involverte parter er viktig. Ofte må avgjørelser tas raskt, andre ganger kan man legge en sak til side og undersøke det nærmere før avgjørelsen tas. Jeg opplever sjelden at farmasøyter, meg inkludert, reflekterer over om det er et etisk dilemma man har havnet i, men farmasøyter konfererer ofte med hverandre og diskuterer saker for å finne beste løsning. Jeg er også utdannet sykepleier og har erfaring med arbeid på sengepost ved sykehus. Den erfaringen har gitt meg innsikt i den kliniske delen av helsevesenet og som sykepleier er omsorg og empati viktig. Dette er et fokus jeg har tatt med meg inn i farmasøytrollen og jeg er opptatt av å lytte til kundene mine og prøve å forstå deres verden. Å kommunisere sammen med, og ikke bare til kundene, er viktig for meg.

2 Formål og problemstilling

Hensikten med denne studien er å identifisere hva apotekfarmasøyer legger i begrepet etiske dilemma, belyse hvilke etiske problemstillinger som apotekfarmasøyer opplever og se på hvordan de søker å løse slike dilemma. Problemstillingen for undersøkelsen blir som følger:

Hvilken forståelse har farmasøyer av begrepet etiske dilemma, hvordan tilnærmer de seg problemene og hvilke etiske dilemma er det apotekfarmasøyer beskriver fra sin yrkespraksis?

3 Metode

3.1 Valg av metode

Formålet med oppgaven er å få frem beskrivelser av menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen. Ved å bruke kvalitative metoder kan man, som beskrevet av Johannessen, Christoffersen og Tufta (2016), få en tilnærming til slike beskrivelser. Innen kvalitativ metode er det flere fremgangsmåter som kan anvendes som for eksempel observasjon, tekstanalyse og intervjuer, enten individuelle eller som gruppeintervju. De anbefaler imidlertid individuelle intervju når det er ønskelig med fylldige og detaljerte beskrivelser av for eksempel informantenes forståelse, oppfatninger, erfaringer eller refleksjoner rundt et fenomen. De poengterer også at individuelle intervju er vanlig når det som skal diskuteres er personlig eller at det er negativt å skille seg ut i en gruppe. Det ble dermed valgt å benytte individuelle intervju som tilnærming for å skaffe materiale til oppgavens problemstilling.

3.2 Litteratursøk

Det ble søkt i databasene, Pubmed, Web of Science, Embase og Medline. Søkeordene som ble brukt ble kombinert med «and» og var følgende: «ethics», «pharmacy», «community pharmacists», «ethics medical», «ethical dilemmas», «decision making» og «moral distress».

3.3 Rekruttering av informanter

Ifølge Tjora (2017) er hovedregelen at man gjør et strategisk utvalg ved å velge informanter som kan uttale seg på en reflektert måte rundt temaet. I dette prosjektet var det hensiktsmessig å rekruttere apotekfarmasøyter. Hovedmålet med rekrutteringen var å få informanter som kunne bidra med relevante erfaringer og som hadde interesse for emnet. Samtidig var det ønskelig med representanter fra apotek i store byer og på mindre steder da det ikke er utenkelig at forskjellen i demografi kan gi grunnlag for ulike etiske dilemma. Det ble forsøkt rekruttert informanter ved å legge ut spørsmål om deltakelse i flere farmasiforum på Facebook uten hell. Plan B ble derfor å spørre via bekjente av både meg og min veileder. Farmasøyter via jobb og fra min utdanning til bachelor ble spurt om de hadde bekjente som

kunne tenke seg å delta i prosjektet. Tjora (2017) sier at man kan anse det som nok informanter når man har oppnådd metning. Det vil si når det ikke lengre fremkommer nye momenter i hvert intervju. Med tanke på tidsrammen for masteroppgaven og at innsamlet mengde data skulle bli håndterlig for analyse for meg som nybegynner i feltet, anså vi materiale fra 10 informanter som nok.

3.4 Intervjuets kontekst

Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015) påpeker hvor viktig det er å være bevisst på betydningen av relasjonen mellom intervjuer og intervjuobjektet, for generering av det empiriske materialet. Som intervjuer sier de at man kan ha ulike subjektposisjoner, og at man skaper en intervjurolle basert på hvilken eller hvilke posisjoner man inntar. Som opinionsundersøker undersøker man fakta som skal analyseres på avstand og forskeren inntar en posisjon som skaper så lite innflytelse som mulig. Når man har behov for å gå mer i dybden bør man posisjonere seg mer som en utforsker og stille spørsmål som tar tak i det emosjonelle. En mer deltakende posisjon inntas dersom man ikke bare er passiv tilskuer til det som blir sagt, men er aktiv i samtalen. Sistnevnte posisjon vil i større grad påvirke det som intervjuobjektet sier. Det fremheves at uavhengig av hvilken posisjon som intervjuer tar, vil intervjuet alltid være påvirket av en tolkning av det informantene beskriver samt den forforståelsen som forskeren har til tema.

Bruk av dybdeintervju vil ifølge Tjora (2017) fremme en fri samtale rundt et tema som forskeren har bestemt på forhånd. Videre nevner han at man må være bevisst på at intervjusituasjonen er uvant for informanten og at den for intervjueren er en godt planlagt situasjon. Intervjuer må forsøke å forstå hvordan informantene uttrykker seg på bakgrunn av det han forventer at intervjueren vil ha informasjon om.

3.4.1 Utvikling av intervjuguide

Som beskrevet av Johannessen et al. (2016) er det vanlig med åpne spørsmål når man gjennomfører intervju hvor informantene skal svare med egne ord. Mellom ytterpunktene strukturerte og ustrukturerte intervju, finner vi semistrukturerte intervju. Da har man en intervjuguide som sikrer at forskningsspørsmålet blir dekket, samtidig som at informantene oppfordres til å snakke ganske fritt slik at man kan fange opp så mange nyanser som mulig.

Spørsmålene skal oppmuntre informanten til å komme med utdypende informasjon. Videre blir det forklart at en semistrukturert guide ikke har ferdig formulerte spørsmål og det er viktig å ha noen formuleringer klare som kan hjelpe til underveis med å formulere spørsmål som underbygger problemstillingen. Det er best å stille beskrivende spørsmål som man får ved å spørre, hva og hvem, og unngå spørsmål om hvorfor under intervjuet. Hvorfor skal man helst kunne svare på i analysen. Kvale et al. (2015) sier at intervju spørsmål kan ta hensyn både til tematiske og dynamiske dimensjoner. Tematisk vil si at intervju spørsmålet relateres til den teoretiske oppfatningen av forskningstemaet og den påfølgende analysen. Dynamiske spørsmål skal fremme en positiv relasjon og stimulere informantene til å fortelle om sine opplevelser. Med dette i bakhodet ble en semistrukturert guide utviklet.

Tematisk ble intervjuguiden oppdelt i tre, med henblikk på de ulike delene av forskningsspørsmålet jeg ønsket å belyse. 1: beskrivelser av opplevde situasjoner, 2: forståelse av begrepet etisk dilemma og 3: tilnærminger for å løse situasjonene. De dynamiske spørsmålene ble formulert etter inspirasjon fra Kvale et al. (2015) med eksempler på typiske oppfølgings spørsmål: Hva mener du? Kan du si noe mer om det? Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde? Andre spørsmål kan søke fortolkning av svarene som: Du mener altså? Er det riktig at? De vektlegger også at taushet kan brukes for å gi informanten tid til å assosiere og reflektere og at det gir mulighet for at informanten kan bryte tausheten selv og komme med viktig informasjon.

Guiden ble pilottestet på tre farmasøyter som jeg hadde kjennskap til på forhånd og på en som jeg ikke kjente fra før. Formålet med piloteringen var å få noe trening i å stå i intervjusituasjonen, teste at opptaker og lyd fungerte og samtidig teste om spørsmålene var egnet til å få informantene til å fortelle om sine erfaringer.

Etter første utkast ble intervjuguiden videre utviklet i samarbeid med veiledere og andre kolleger i forskningsgruppen med erfaring fra intervju som datainnsamlingsmetode. Det ble vurdert hensiktsmessig å få respondentene til å fortelle om opplevde situasjoner først. Tanken bak var at ved å fortelle egne historier høyt, kunne det hjelpe til refleksjon rundt begrepet etiske dilemma, og forberede informanten på spørsmålet om dette senere i intervjuet. Det ble også besluttet å unngå å bruke ordene etiske dilemma i starten da det kanskje kunne låse deltakerne til å tenke vanskelig og teoretisk. Eksempel på introduksjonsspørsmål til den

tematiske delen kunne være «Har du vært i situasjoner i apoteket hvor du har vært i tvil om hva som har vært rett å gjøre?»

Intervjuguiden innledet med en uformell del for å bli litt kjent, det ble informert om hva deltakeren kunne forvente og de fikk anledning til å stille spørsmål før intervjuet startet. Den ferdige intervjuguiden kan leses og ligger vedlagt i vedlegg 1.

3.4.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført med lyd og bilde ved å bruke enten Messenger, for dem som kun hadde det tilgjengelig, og via Skype for dem som kunne bruke det. En deltaker kunne ikke bruke bilde. Tidspunkt for intervju ble bestemt av deltaker og tiden var estimert til rundt 30 minutter. Faktisk tidsbruk på intervjuene varierte mellom 10- 30 minutter. Det ble kun gjort opptak av lyd, og det ble brukt en diktafon som var lastet ned til min iPhone. Diktafonen var en løsning fra Universitetet i Oslo sitt nettskjema, som er en sikker løsning i forhold til personvern når man gjør datainnsamling via nett (Universitetet i Oslo, u.å). En sikkerhetskopi ble tatt ved hjelp av ekstern lydopptaker.

3.5 Analyse

3.5.1 Transkribering

Intervjuene ble transkribert og skrevet inn i Word dokument, like etter at intervjuet var gjennomført. Det ble transkribert ordrett med unntak av små bekreftende ord midt i setninger, for å holde flyt og for å lette lesingen etterpå. Transkripsjonene fra Word ble overført til NVivo 12, et dataprogram som ble brukt som hjelp i strukturering av materialet (QSR international, 2021).

3.5.2 Analyseprosessen

Den videre analysen av mitt datamateriale ble gjort med henblikk på å tydeliggjøre deltakernes perspektiv og samtidig få frem min tolkning av dette. Transkripsjonene ble lest igjennom av veilederne og de bidro med innspill til tolkningen av materialet.

Fremgangsmåten ble strukturert etter Tjoras stegvis-deduktiv induktiv metode fordi han vektlegger at metoden får ut potensialet som ligger i empirien (Tjora, 2017). Jeg skaffet meg oversikt over dataene ved å lese over helheten først, men forsøkte å unngå å grave meg ned i

detaljer. Jeg tok notater underveis for å ta vare på umiddelbare assosiasjoner og ideer om hva dette kunne handle om. Notatene ble skrevet i funksjonen memos i NVivo, og linket til hver case. Dette dannet utgangspunktet for foreløpige temaer. Deretter startet prosessen med å se etter deler i teksten som kunne belyse min problemstilling. Dette ble systematisert ved at aktuell tekst ble merket og lagt i emneknapper, kalt nodes, i NVivo. Det ble laget koder som lå tett på utsagn fra deltakerne og jeg så etter hva informanten sa og ikke hva informanten snakket om. Jeg startet med ett intervju og opprettet koder, hvor jeg markerte utsagn fra deltakerne. Når jeg leste neste intervju opprettet jeg enten nye koder, eller fortsatte med samme fra forrige intervju. Tjora anbefaler å stille to spørsmål som sikrer at kodingen er tilstrekkelig: «(1) Kunne man laget koden *før* kodingen, og (2) skjønner man hva dataenes *konkrete* innhold er, bare ved å lese koden?» Hvis man kan svare nei på spørsmål 1 og ja på spørsmål 2 så indikerer dette at kodingen er tilstrekkelig. Han påpeker at selv om metoden starter med en induktiv tilnærming, så er det ikke praktisk mulig å ikke ta med seg forventinger og teorier inn i analysen. Metoden kan imidlertid redusere påvirkningen av dette. Arbeidet som var gjort til nå, dannet utgangspunktet for neste steg, kodegruppering. I denne prosessen støttet jeg meg på mine memos og koder i NVivo og laget tankekart. Sitater fra deltakerne ble omgjort til kunstige sitat som beskrev innholdet og ble brukt som et arbeidsnotat. Koder og sitat som hadde tematisk sammenheng ble gruppert i samme kodegruppe. Dette dannet utgangspunktet for det som ble utviklet som tema for informantenes opplevde dilemma. Temaene ble identifisert ved å stille spørsmålet om hva funnene handlet om og Tjora poengterer at i dette arbeidet vil det teoretiske perspektivet få enda større betydning. Jeg tok på meg ulike «briller» i denne prosessen, for å få frem potensielle perspektiv på det som kom frem fra empirien. Nærmere forklart prøvde jeg å se på situasjonene fra for eksempel farmasøyt, kunde, lege eller kollegas perspektiv, avhengig av hvem som var involverte i historiene.

Tabell 1 viser prosessen fra foreløpige tema, via kodegrupper, de kunstige sitatene til de endelige hovedtemaene.

3.6 Etikk og personvern

Lydopptak regnes som personopplysninger og prosjektet var derfor meldepliktig til NSD. Deltakerne fikk tilsendt informasjonsskriv etter mal fra NSD (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Vurderingen fra NSD og informasjonsskrivet ligger tilgjengelig som vedlegg 2 og 3 i oppgaven. All data ble behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det var kun meg og mine veiledere som hadde tilgang på innsamlet data. Personidentifiserbare opplysninger ble anonymisert etter transkribering og erstattet med pseudonymer. Omtale av informanter er gjort kjønnsnøytralt ved å erstatte hun og han med hen. Lydfilene fra diktafonen ble, etter endt intervju, overført direkte til nettskjema uten mulighet for lagring på andre enheter. Filene i nettskjemadatabasen blir slettet når oppgaven avsluttes i mai 2021. Lydfilen fra ekstern opptaker ble oppbevart i en låst skuff og slettet like etter at transkripsjonen av intervjuet var ferdig.

4 Resultater og diskusjon

Det er valgt å legge frem resultater og diskusjon i ett, samlet kapittel. Det fremkom ikke nødvendigvis reelle etiske dilemma i alle intervjuene og dette er viktig å få belyst og diskutert. Samtidig er det gjort en del alternative tolkninger og det vil være lettere å se sammenhengen mellom tolkninger og resultat når de blir diskutert og presentert under ett.

De 10 informantene representerte både kvinner og menn, med overvekt av kvinner. Fire av dem kom fra større byer, mens resten kom fra mindre steder. Arbeidserfaring som farmasøyt i Norge varierte fra 1,5 til 20 år. Tre informanter hadde i tillegg erfaring fra sitt hjemland i Syd-Europa. Fire av deltakerne var på jobb og ble intervjuet i en ledig stund. Seks av deltakerne gjennomførte intervjuet mens de var hjemme. En hadde på forhånd skrevet ned dilemmaer som hen ønsket å fortelle om, mens de fleste fortalte ad hoc om ett eller flere dilemma slik de husket det. En deltaker måtte hjelpes på vei med å få eksempler på etiske dilemma før hen kom med et selvopplevd tilfelle.

4.1 Begrepet etiske dilemma og tilnærming til problemene

Informantene syntes det var utfordrende å beskrive hva de selv la i begrepet etisk dilemma. De som forsøkte å definere begrepet brukte ord som rett og galt, for og imot eller at man har flere valg. Ord som skjønn, fornuft, verdier og konflikt ble også nevnt. Når man hadde utfordringer med å beskrive begrepet ytterligere, ble fokus flyttet over til hvordan man løste slike oppståtte dilemma. En av deltakerne reflekterte over det på denne måten:

«Jeg tenker da at du kan velge, der er jo ikke et fasitsvar. Selv om noen mener det er det fordi det står det i regelverket. Det som står i kjeden sine retningslinjer, at det er det som gir dette svaret, det er snakk om mer, verdier, og så møter med kundene da, ikke sant, at det blir for automatisk, at man kan komme frem til rette løsning, at vi har kunden i fokus tenker jeg...de som trenger den hjelpen»

Informanten nevner her begrepet verdier. Når helsearbeidere havner i et etisk dilemma handler det om at man står i en konflikt mellom ulike verdier og det er, som hen sier, ikke noe fasitsvar. Flere meddelte likevel at de ønsket å finne den beste løsningen for sine kunder og at det ble gjort ved å vektlegge medmenneskelige verdier. Noen valgte å ikke ta stilling til

dilemma'ene som eksisterte, men fulgte heller lovverket slavisk. Dette ble gjort selv om det streid mot egne indre verdier og hva de åpenbart forstod ville være den minst hensiktsmessige løsningen for kunden. Eksempelet under viser hvordan en tenkte:

«...regler som hjelper mye i hverdagen, men samtidig kan det føre til en situasjon hvor man rett og slett er klar over at det ikke er bra for kunden men, reglene sier sånn, at du må vente til i morgen og ringe legen og få en gyldig resept»

Farmasøytene opplevde konflikter mellom det å handle rett i forhold til lovverket og å handle til det beste for kundene. Dilemmaer som ble beskrevet var ikke nødvendigvis etiske dilemmaer, men handlet ofte om følelse av utilstrekkelighet eller utilfredshet. Dette blir omtalt nærmere i neste delkapittel. Det var ingen som reflekterte over det å havne i verdikonflikter. Tidligere forskning viser også at det kan være vanskelig for farmasøyster å beskrive hva de legger i begrepet etiske dilemma. Cooper et al. (2008) beskriver farmasøyster som uoppmerksomme og lite reflekterte i forhold til etiske dilemmaer. Studien til Sim et al. (2019) viste at forståelsen av temaet baserte seg blant annet på deres egne verdier, hva de hadde lært på universitetet og hva de hadde ervervet seg av erfaring. Den dydsetiske innfallsvinkelen som beskrevet av Wifstad (2013) handler nettopp om hva vi som mennesker opparbeider oss av ferdigheter til å gjøre av det vi anser som godt. Det som fremkommer i denne studien kan antyde at mange farmasøyster baserer sine vurderinger på en slik tankegang. For eksempel uttalte en informant at det menneskelige måtte settes i fokus og at hen opplevde seg som en maskin dersom kun lover og regler ble fulgt. Andre informanter ga derimot uttrykk for at lovbestemte regler bør ilegges størst vekt. Som filosofen Immanuel Kant påpeker, er det først når man anser pålagte lover som gyldige rettesnorer, at de blir til personens moralske plikt å følge dem (Frøyland, 2017). Det kan diskuteres om farmasøyster som velger å følge loven slavisk gjør det fordi de anser det som deres moralske plikt, eller om det er fordi en ytre autoritet har sagt at det skal være slik. Lovbestemmelser kan i mange tilfeller oppleves som rigide og gir dermed opphav til diskusjoner som er av etisk karakter. Det kan virke som at det er vanskelig å skille mellom hva som er juss og hva som er etikk og at det kanskje ikke er så stor bevissthet rundt dette. Som tidligere forklart er juss lover og regler som samfunnet har pålagt oss å følge og etikk kan hjelpe oss til å velge retning når for eksempel loven gir rom for utøvelse av skjønn. Det er viktig at farmasøyster evner å skille mellom etiske og juridiske vurderinger og samtidig klare å balansere dette i en skjønnsmessig vurdering.

Det er ønskelig at farmasøyter i Norge skal være etisk reflekterte yrkesutøvere og ifølge Eide og Eide (2004) må man da ha evne til å identifisere at det er et etisk dilemma man har havnet i. Farmasiutdannelsen i Norge har fokus på at farmasøytene de utdanner skal kunne reflektere over yrkesetiske problemstillinger, men det kan se ut til at dette er et fokus som i liten grad blir med inn i apotekhverdagen.

Flere av informantene ga uttrykk for at de hadde god dialog med sine kollegaer og at situasjoner som det var vanskelig å finne løsning på ble diskutert. Ingen ga uttrykk for at de satt alene med dette bortsett fra i akutte tilfeller hvor de måtte ta en avgjørelse fordi ingen andre farmasøyter var på arbeid. Ofte var det situasjoner som gjentok seg og kollegaer fikk dermed anledning til å diskutere dette sammen i ettertid. Gode kollegaer og rom for diskusjoner danner et godt utgangspunkt for etisk refleksjon. Spørsmålet er likevel hvor dype disse diskusjonene klarer å gå ettersom det i de fleste tilfellene ble snakket om like før åpningstid eller i ledige stunder, som forklart av en farmasøyt:

«...hos oss så tar vi det innimellom da og så har vi litt tid på morgningen før vi åpner dørene så vi kan ta opp sånne ting»

Den samme farmasøyten nevnte at hen gjerne tok opp dilemmaer på personalmøter, men at hen ikke opplevde at noen andre gjorde det. Igjen kan det handle om farmasøyters evne til å identifisere etiske dilemma. Et annet spørsmål er om farmasøyter tør å bevege seg inn i vanskelige dilemma. Studien som Vuković Rodríguez og Juričić (2018) gjorde på 252 apotekfarmasøyter viste at 75% ikke følte seg kvalifisert til å håndtere slike problemer. Enkelte informanter i min studie fortalte at de opplevde de mer erfarne farmasøytene som tryggere i vanskelige situasjoner. De ble derfor ofte brukt som støttespillere for å hjelpe seg selv eller andre kollegaer. Det ble ikke reflektert over om denne erfaringen kunne bidra til mer reflekterte handlinger.

«(...) jeg vet at hvis det hadde vært en situasjon, finnes det en erfaren som kan hjelpe meg hvis det skjer igjen med meg (...)»

Det er nærliggende å tenke at farmasøyter med mer erfaring kanskje lettere finner handlingsalternativ enn mer uerfarne farmasøyter. Spørsmålet er hvilke refleksjoner som ligger bak handlingen eller om en avgjørelse blir tatt på bakgrunn av synsing eller tradisjon. David (2001) fant i sin studie at farmasøyter med lengst fartstid scoret lavest på tester om

moralske vurderinger. Frøyland (2017) snakker om erfaringskompetanse som kan utvikles dersom man sammen med andre klarer å analysere og reflektere. Farmasøytene som deltok på workshop om etikk, i regi av Etikkrådet, ga uttrykk for at det de lærte der, var nyttig lærdom. De som er med på slike arrangement har kanskje en særlig interesse for temaet og det er frivillig å delta. Det er viktig at profesjonen ser på hvordan enda flere apotekfarmasøyter skal få anledning til å utvikle sine evner til etisk refleksjon. Kanskje bør apotekkjedene sette større fokus på etikk og få sine farmasøyter til å trene jevnlig på dette. Farmasøytene handlinger vil uansett påvirke en eller flere parter og da holder det ikke at det kun er et fåtall som evner å systematisere og begrunne handlingene sine. Lov om helsepersonell pålegger farmasøyter å utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og arbeidet de utfører skal sikre tillit til helsepersonell. Denne tilliten kan fort bli satt på prøve dersom farmasøyten som velger å be kunden skaffe seg ny resept, ikke evner å se hvilke konsekvenser handlingen kan få. Motsatt kan en farmasøyt som bestandig handler etter kundens ønske, gå over i en ureflektert snillisme som på sikt ikke nødvendigvis gagnar kunden eller profesjonen. Et interessant perspektiv kunne vært å se på hvordan kunder, annet helsepersonell og kollegaer oppfatter farmasøytens håndtering av situasjoner som involverer etisk vanskelige avgjørelser.

4.2 Beskrivelser av opplevde situasjoner

Et annet formål med denne studien var å få informantene til å beskrive etiske dilemma de opplever i sin apotekhverdag. Historiene som ble fortalt har etiske dimensjoner, men alle representerer ikke nødvendigvis et etisk dilemma. Frøyland (2017) presenterer det som kalles falske dilemma, hvor det er et handlingsalternativ, men at det er et uønsket alternativ. Eller så har man flere muligheter, men at disse alternativene ikke utelukker hverandre gjensidig. Tabell 1 viser en sammenfatning av analysen som ble gjort av transkripsjonene. Oppsummert resulterte analysen i to hovedtema:

- Å ta ansvar
- Å skape relasjoner

Tabell 1. Oversikt over prosessen fra foreløpige tema, kodegrupper, kunstige sitat til hovedtema.

Foreløpige temaer	Kodegrupper	Kunstige sitat	Hovedtema
<p>Å levere ut legemidler uten resept</p> <p>Å levere ut legemidler uten fullmakt</p>	Hjelpe eller ikke hjelpe	<p>Kunder kommer til apoteket for å hente medisin, men har tidligere vært på et annet apotek som har lastet ned resepten. Apoteket er stengt, og det er ikke mulig å laste ned resepten på nytt og kunden er tom for medisinen.</p> <p>Kunde kommer uten resept og trenger insulin. Farmasøyten opplever at det er gjort nødekspedisjon flere ganger på rad til samme kunde og synes ikke dette er en grei praksis. Hen bistår kunden igjen, men gir samtidig beskjed til kunden at de ikke kan fortsette slik.</p> <p>Farmasøyt observerer at en kunde blir avvist av kollega fordi det ikke foreligger fullmakt til å hente. Farmasøyten synes kollega burde sett på det i et større perspektiv og tenkt på konsekvensene for kunden.</p> <p>Farmasøyt reflekterer over om det er rett å levere ut legemidler uten misbrukspotensiale, når det ikke foreligger fullmakt, og de ikke får tak i vedkommende per telefon.</p> <p>Henvendelse fra en mor som vil hente p-pillene til sin datter får farmasøyten til å reflektere over om datteren egentlig synes dette er greit. Farmasøyten vil hjelpe, men har også ansvar for å verne om datterens helseopplysninger.</p> <p>Farmasøyt opplever at det er konflikt mellom foreldre som mener at den ene ikke har rett til å hente medisiner til barnet til tross for at det i farmapro¹ er opplyst at begge har foreldrerett. Konflikten kan også oppleves motsatt vei, hvor det i farmapro står at en av foreldrene ikke har foreldrerett, men forelder står fortvilt og forteller at barnet er hos dem og trenger medisin.</p>	Å ta ansvar
Taushetsplikt	Bekymring for medisinmisbruk	<p>Pårørende til kunde i psykiatritjenesten kommer og henter behovsmedisiner fra multidosekortet og kjøper i tillegg reseptfri sovemedisin. Farmasøyten er bekymret for kundens totalforbruk, men kan ikke ta det opp med legen.</p> <p>Mistanke om utro tjener i hjemmetjenesten som henter medisiner til pasient. Bekymringen innebar også at de mistenkte misbruk av medisiner for helsearbeideren på bakgrunn av uttak av egne medisiner i apoteket. Ingenting kunne bevises og de ønsket å si fra til ledelse i hjemmetjeneste, men kunne ikke navngi personen.</p> <p>Det blir skrevet resepter fra sykehuset på vanedannende medikamenter til kunder som har multidose. Dette fører til bekymring for feil og eventuell misbruk. Farmasøyt skulle ønske seg bedre kommunikasjonsmuligheter mellom dem og legen for et mer vanntett system.</p>	
Ikke alle følger retningslinjene	Slurvete oppfølging av retningslinjer	Kunder har resepter fra lege på legemidler som åpenbart burde være refusjonsberettiget. Apoteket har intervenert til	

		<p>blåresept flere år på rad basert på historikk i farmapro. Farmasøyt frykter dette kan gå ut over apoteket økonomisk.</p> <p>Manglende og ulik praksis, blant apotek og farmasøyter, med å følge rutiner for utlevering av LAR² medisiner skaper fortvilelse hos farmasøyt.</p> <p>Når pakker som er meldt ut av FMD³, likevel ikke ekspederes, opplever informant at det ofte blir glemt å melde pakken inn i FMD igjen før fristen på 10 dager. Dette skaper problemer når apotekene får henvendelser fra kunder som trenger den pakken, ettersom pakken egentlig skal destrueres.</p>	
Legemiddel-mangel	Prioritering av kunder	Mangel på influensavaksine og prioritering av hvem som skulle få av den lille forsyningen apoteket hadde skapte dilemma for apotek og lege.	
Sikre rett legemiddel- bruk	Ønske om å formidle kunnskap og hjelpe til rett legemiddelbruk	<p>Kunde kommer ofte til apoteket for å hente migrenemedisiner. Farmasøyt er bekymret for at behandlingen ikke er optimal og forsøker å komme i dialog med kunde og lege om dette.</p> <p>Mor kommer hyppig til apoteket for å kjøpe febernedsettende medisin til sitt barn. Farmasøyt opplever henne ikke mottakelig for informasjon og frykter feilbruk.</p> <p>Kunder som gjentatte ganger ønsker reseptfri Viagra oppleves som lite mottakelig for råd om å kontakte lege etter 6 måneder. Farmasøyt ønsker bedre kontrollsystem.</p>	Å skape relasjoner
Å gjøre noe mot en pasients vilje	Nye roller i apotek	Farmasøyt skal sette vaksine på psykisk utviklingshemmet kunde uten språk. Hen var bekymret for kundens autonomi ettersom kunden trakk seg unna idet den skulle settes.	
<p>¹ Farmapro er datasystemet som apotekene benytter i arbeidet med reseptbehandling</p> <p>² LAR står for legemiddelassistert rehabilitering og er behandlingen som benyttes ved opioidavhengighet.</p> <p>³ FMD står for Falsified Medicines Directive og skal hindre forfalskninger av legemidler</p>			

4.2.1 Å ta ansvar

Å ta ansvar for handlinger kom frem som likhetstrekk fra flere av historiene. Det å ha ansvar for å følge loven, ansvaret for at kunder får sine legemidler eller ansvaret for at legemidler ikke leveres til uvedkommende var flere av områdene som ble beskrevet som vanskelige.

Hjelpe eller ikke hjelpe

Flere farmasøyter opplevde det som et etisk dilemma når kunder kom for å hente medisiner til andre uten at vedkommende som eide resepten hadde gitt dem en formell tillatelse til det. Andre ganger fikk de henvendelser fra kunder som ikke hadde resept, men som trengte medisiner. Spørsmålet var uansett om farmasøyten følte det var rett å hjelpe kundene i disse situasjonene. Informantene fortalte om ulike måter å håndtere det på. Noen ganger ble

legemidlet levert ut fordi de var klar over at den som trengte medisinen var dårlig. Manglende fullmakt kunne håndteres ved å ta en telefon og foreta kontrollspørsmål for å sikre seg. Det hendte også at legemidlet ble levert ut, men at man likevel var usikker på om det ble rett overfor eier av resepten. En farmasøyt forklarte det på denne måten:

«Det som på en måte er vanskelig oppi det her, det er kanskje respekten for de det gjelder. Jeg tenker sånn at praktisk for en 16-17 åring, ikke sant, så kommer mor og henter ut for eksempel p-piller. Synes barnet som snart skal bli voksen at det er greit eller er det, ja, så ligger det ikke noe fullmakt og sånt så det, og jeg er jo litt sånn at jeg ønsker jo å hjelpe til ikke sant»

En side av det å respektere eier av resepten, er at farmasøyten ikke kjenner relasjonen mellom partene. Skulle det vise seg at vedkommende ikke har rett til å hente, så bryter farmasøyten taushetsplikten ved å åpne reseptbildet og gi ut medisinen. Verken farmasøyt eller kunde har lov til å se hvilke medisiner som ligger i reseptformidleren uten et samtykke fra eier. En farmasøyt fortalte at de enkelte ganger ringte til eier av resepten, men det var ikke alltid de tok telefonen.

«Hvis man skal for eksempel prøve å få tak i noen på telefon og vi får ikke tak i dem og de vil hente blodtrykksmedisin for en gammel mor, det synes jeg at ja.. på hvilken måte kan man misbruke blodtrykksmedisin? Det er ikke så farlig med blodtrykk, men vi bør egentlig ikke gjøre det»

Å ta hensyn til konsekvensene for kunden som trengte medisiner ble ansett som viktigst når disse situasjonene oppstod. Andre argumenter enn at det også var viktig å følge regler, kom ikke frem i intervjuene. Det kan tenkes at man opplever dette som etisk vanskelig fordi det indirekte bli uttrykt at man ikke stoler på at den som står der, har ærlige intensjoner. Loven om taushetsplikt er laget for å beskytte uvedkommende i å få tilgang til ens personlige helseopplysninger.

Ærlighet er en viktig grunnleggende verdi i vårt samfunn og det kjennes ubehagelig når man må ta hensyn til en lov som tar utgangspunkt i at det ikke er alle mennesker som er ærlige. Konflikten står mellom et ønske om å hjelpe, men samtidig en plikt om å verne om personopplysninger. En farmasøyt uttrykte at man i disse situasjonene måtte bruke sunn fornuft. Dette kan kanskje oversettes til å bruke skjønn fordi loven gir mulighet for

handlingsrom. Andre beskrivelser av situasjoner hvor farmasøyten måtte bruke skjønn var ved henvendelser fra kunder som manglet resept. Lovverket åpner opp for nødekspedisjon av legemidler hvor det blir ansett som medisinsk nødvendig og pasienten ikke kan vente til rekvirenten kan nås. Apotekene har da et større ekspedisjonsansvar enn ved utlevering etter resept. En farmasøyt fortalte at en vurdering på dette ble gjort avhengig av omstendighetene. I den vurderingen var det avgjørende hvilket legemiddel som ble etterspurt og hvor viktig det var for kunden.

«Da er det litt om hvilke legemidler det gjelder. Det skjer kanskje noen ganger at man har en dag uten antidepressiva eller blodtrykksmedisiner så det er ikke bare å gi ut en pakke uansett om man trenger det»

Avgjørelsen kunne avhenge av hvem som ekspederte og hvor regelbundet personen var. En tolkning av dette er at noen kanskje følger regler slavisk som et forsvar for å holde sin egen rygg fri. Frøyland (2017) påpeker at når man bruker det farmasøytiske skjønn, må man vise evne til å argumentere og være bevisst sitt individuelle ansvar. Dette var ikke noe informantene ble spurt om, eller reflekterte over selv, under intervjuene. En farmasøyt uttrykte at det kan være utfordrende for kunder å forstå det komplekse regelverket vi operer under. En studie fra England fant at farmasøyter har primært fokus på å formidle informasjon til pasienter og å finne løsninger på problemer, men lite fokus på å involvere pasienten sammenlignet med andre helseprofesjoner. Farmasøyter som evnet å forklare årsaken til hvorfor de for eksempel ikke kunne ekspedere en medisin, opplevde mer forståelse fra pasientene og skapte bedre relasjoner enn de som ikke klarte å formidle dette (Elvey et al., 2015) Kommunikasjon med kunder blir nærmere diskutert under neste hovedtema.

Bekymring for medisinmisbruk

Enkelte situasjoner skapte bekymring rundt utlevering av ekstra medisiner i forbindelse med multidose. Særlig gjaldt dette medisiner med misbrukspotensiale, men også bekymring for totalforbruk av mange legemidler. En farmasøyt fortalte at apoteket hadde erfaring med en utro tjener i hjemmetjenesten og de var klar over at det fantes smutthull dersom noen ikke var ærlige. Dette hadde gjort dem ekstra oppmerksom både når det gjaldt utlevering til helsepersonell, men også til pårørende. Problemet var særlig gjeldene på tidspunkt hvor lege ikke kunne nås. En farmasøyt beskrev situasjoner som oppstod når resept ble utskrevet av sykehusleger:

«Så det er liksom ikke helt strømlinjeformet det der og sykehuslegen vet kanskje ikke at det er multidose og det er mange muligheter for feil da og hvor skal vi si stopp for hva vi skal involvere oss i? Jeg kan jo bare, resepten er jo der, så den er jo gyldig, så jeg kan jo bare levere ut, men det føles ikke helt forsvarlig da (...)man er jo nødt til å stole på de, og vi prøver jo så godt vi kan å begrense mengder sånn at det ikke skal være mulighet for noe svinn da. Det er jo egentlig et ansvar som ligger hos legen, så man kan jo vurdere å ta helt avstand fra det, men så er jo ikke det helt faglig forsvarlig»

Disse situasjonene førte til at farmasøyten følte et større ansvar og som hen sier, så ville det ikke være forsvarlig å overse dette og bare levere ut. Samtidig følte de på en annen verdi, nemlig det å kunne stole på andre, en allmenngyldig verdi som de ikke bare kunne velge å se bort fra. Zoomer man litt ut og ser på et ansvar i et mer overordnet perspektiv, kan denne erfaringen brukes til å formidle videre opp i systemet, at denne svakheten eksisterer. Det var ønskelig med bedre kommunikasjonsmuligheter mellom lege og farmasøyt slik at eventuelle uklarheter lettere kunne klares opp i.

«Jeg tenker der at det mangler litt kommunikasjon mellom leger og apotek at man skulle hatt en bedre mulighet for å kommunisere og si at nå er jeg usikker på hva du mente, jeg har levert ut det antall tabletter, for eksempel bare nok til dagen, og så får de spesifisere hvor mye jeg skal gi ut, og så kan jeg informere om at nå har de nok i multidosen på den dosen frem til da, sånn at man har et mere vanntett system da.»

Slurvete håndtering av retningslinjer

Det var flere som snakket om dilemmaer som oppstod fordi de så at en slurvete praksis hadde utviklet seg. Praksisen skjedde internt i apotekene, men kunne også ha opphav hos legene. Uansett hvor kjernen til problemet lå, var det farmasøyten som gjentatte ganger havnet i en vanskelig situasjon som skulle håndteres. De følgende situasjonene kan beskrives som vanskelige og er ikke reelle etiske dilemma, men de gir opphav til etisk diskusjon og spørsmål om hva man skal ta ansvar for.

En farmasøyt stusset over om det var rett å endre resepter til blåresept over flere år, selv om historikken i farmapro viste at kunden hadde fått den på blåresept ved første foreskrivning.

«Og så kommer det en ny situasjon hvor det på nytt kommer en resept og så er det sånn her, ja, det er tre år siden den var skrevet på blåresept originalt sett, la oss si Eliquis, bare for å holde den tanken, og pasienten har ennå medisin til å klare seg nok til over helgen, er det da rett at vi leverer ut en pakke selv om vi har gjort det tidligere? Pasienten har jo nok medisin så behovet er jo ikke der. Og da må du gå inn i den rollen som sier, nei vet du hva i det her tilfellet vil jeg ikke tatt å intervenert, jeg ville tatt kontakt med legen på mandag og fått han til å fikse det her, for det er ikke greit at det ikke blir loggført rett, at det hele tiden er vi som må bytte på det, for det kan gå ut over oss økonomisk»

Andre studier har pekt på situasjoner hvor farmasøyter må vurdere om de skal endre på resepten slik at den samsvarer med lovverket fordi kunden ikke skal belastes for feilen (Sporrong et al., 2005). Når en medisin skrives på blåresept innebærer det at staten dekker en stor del av utgiften. Staten fører også kontroll med apotekene slik at utlevering skjer i samsvar med lovbestemmelsene og at trygdeytelser ikke blir misbrukt. Ansvar for at et legemiddel skal skives på blåresept, ligger hos legen. Problemet for farmasøyten oppstår når dette ikke rettes opp i til tross for gjentatte henvendelser fra apoteket. Det kan tenkes at farmasøyter i slike situasjoner tenker på effektiviteten i apotekene. Unødvendig tidsbruk går med, både for kunde, apotek, lege og kanskje andre kunder som venter i kø for å bli ekspedert. Loven stiller krav til ressursbruk slik at verken pasienter, helseinstitusjoner eller trygden blir påført unødvendig tidstap (Helsepersonelloven, 1999). Det kan være at praksis med å intervenere på resepten kommer av at man har medfølelse for kunden. Wifstad (2013) peker på at man som helsearbeider kan komme i en rollekonflikt hvor hensynet til systemet kommer i konflikt med å gjøre det som anses som det beste for pasienten. Farmasøyten nevner her at praksisen kan gå utover apoteket økonomisk. Farmasøyten føler på et ansvar overfor arbeidsgiver slik at denne praksisen ikke fører til økonomiske krav fra myndighetene.

En annen farmasøyt fortalte at utlevering av LAR medisiner ikke alltid ble håndtert etter retningslinjene.

«Men det er det der med at i retningslinjene så står det at du skal se, du skal få de til å gape opp og vise at det ligger ingenting der og sånn. Så blir ikke det alltid gjort, fordi, kanskje fordi vi ikke kjenner de og fordi ikke alle gjør det, jeg tenker at det er viktig at alle følger retningslinjene hvis det skal funke på en måte»

Informanten fikk ikke anledning til å reflektere videre over konsekvensene ved en slik praksis, men ble spurt om hva hen mente kunne være årsaken til at ikke alle fulgte retningslinjene. Informanten uttalte at farmasøytene måtte bli flinkere til å bestemme seg for at de skulle gjøre det. Det er usikkert hva informanten la i dette, men det kan kanskje handle om at farmasøytene må snakke høyt sammen og bestemme seg for å være samkjørte. Hen mente også at ansvaret delvis lå hos LAR, som hen mente ikke var tydelige nok i forhold hvordan apotekene kan følge opp praksisen. Det ble i tillegg uttrykt fortvilelse over at reglene virket litt nytteløse.

«(...)de skal ha en dose på apoteket og så skal de ha med seg de seks andre tablettene for en uke igjen, og da tenker jeg, hva er poenget med at vi skal se at de tar den ene dosen, når de likevel tar resten selv og de lurer oss trill rundt faktisk, de kan det. Vi snur oss vekk et øyeblikk, så har de tatt den ut, det vet ikke vi. Jeg føler det er..ufh jeg vet ikke helt....»

Det kan tenkes at flere farmasøyter ikke følger retningslinjene fordi de opplever at LAR kunder lurer dem og at prosedyrene derfor oppleves som meningsløse. En annen måte å forstå hvorfor ikke alle fulgte retningslinjene, er at prosedyrene kan føles som nedverdiggende for kunden. Det å observere en annen person i flere minutter for så å be om å få se inn i munnen, kan virke krenkende for kunden. Kanskje det kan føles som en mindre krenkende handling dersom alle farmasøytene gjør det samme. Det kan stilles spørsmål om dette også kan handle om at man ikke tør å ta ansvar for å si fra når man observerer at noen ikke følger prosedyrene. Som Frøyland (2017) påpeker, er det å ikke gjøre noe også en handling. I de etiske retningslinjer for farmasøyter innebærer prinsippet om kollegialitet et krav om at farmasøyter skal korrigere hverandre (Norsk farmasøytisk selskap, 2018b). Det å ikke gjøre noe, har også en konsekvens. Her kan man blant annet tenke at konsekvensen blir at LAR kunden ikke får den hjelpen hen har krav på. I stedet for at legemidlet blir brukt rett, kan veien til misbruk bli kort når ikke apotekene følger opp retningslinjene som LAR har gitt. LAR kunder er en sårbar gruppe og veien til å begå kriminalitet ved å selge legemidlet videre kan også bli en konsekvens. Refleksjon over hva man velger eller ikke velger å gjøre er derfor svært viktig. Cooper et al. (2008) pekte i sin studie på at etisk passivitet ikke var uvanlig blant farmasøyter. De mente at etisk passivitet blant annet handlet om uoppmerksomhet vedrørende etiske forhold og at man har begrenset evne til refleksjon og handling. Det ble trukket frem at denne uoppmerksomheten, i tillegg til å skade kundene, også var uheldig for profesjonen.

Farmasøyter er forpliktet å følge Helsepersonelloven (1999) som skal sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Den skal bidra til sikkerhet for pasienter og den skal sikre tillit til helsepersonell. Som tidligere beskrevet står apotekene i en posisjon mellom det å drive helse og butikk. Dette har gjennom tidene vært medvirkende til at tilliten fra annet helsepersonell og publikum har vært svekket. Å opptre profesjonelt og være sitt ansvar bevisst er som Granås og Bakken (2018) sier, viktige element for at samfunnet skal kunne se på farmasøyter som viktige bidragsytere i helsetjenesten.

Å ta ansvar for å si fra til kollegaer om praksis som man ikke synes er holdbar, krever mot og evne til å formidle sine tanker. Det handler også om kulturen på arbeidsplassen og hvor stor takhøyde det er for å påpeke hverandres handlinger. En farmasøyt reflekterte over en hendelse hvor hen ikke klarte å si fra til en kollega som ikke ønsket å bryte med retningslinjer for å hjelpe en kunde. Der og da følte hen seg underdanig, men har med erfaring reflektert over hvordan hen kan håndtere slike hendelser. Hen tror slike situasjoner kan skje ofte og mener at en kultur hvor farmasøyter kan hjelpe hverandre til å reflektere over hva de kan stå inne for er viktig.

Prioritering av kunder

Å ta ansvar for hvem som skal prioriteres i en kø ved legemiddelmangel ble beskrevet som en av de vanskeligste avgjørelsene som en farmasøyt hadde vært med på. Denne situasjonen fremstår som et reelt etisk dilemma, hvor ingen av handlingsalternativene løser situasjonen på en måte som bare er god.

(...) her var det sånn at jeg hadde 15-20 stk som var i risikogruppen og jeg fikk inn 10 vaksiner. Hvordan skal jeg gi vaksine til de som faktisk trenger den? Kan jeg ta den vurderingen, og legekantoret har 5 forskjellige leger og alle har pasienter som skulle ha den. Er det førstemann til møllen som skulle få den? Er det de som vi antar er sykest som skulle få den?»

I Norge er det en Legemiddelpolitisk målsetting at alle skal få likeverdig og raskt tilgang til effektive legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette bygger på prinsippet om rettferdighet som er ett av «de fire prinsippers etikk» (Frøyland, 2017). Dette prinsippet klarer man ikke å etterleve i en slik situasjon og man blir tvunget til å gjøre en prioritering.

Informanten fortalte at de hadde fått instruks om å kontakte legen for å få en prioriteringsliste

over sine pasienter. Dette fratok ikke farmasøyten ansvaret, for det var jo ikke bare ett legekontor og en lege som laget prioriteringslister. Informanten opplevde det som unødvendig at apotekene skulle betvile om legen hadde foretatt denne prioriteringen idet resepten ble utskrevet. Prinsippet om førstemann til mølle mente hen var det som burde være mest rettferdig. Konsekvensene rundt dette ble ikke diskutert i intervjuet, men det kan stilles spørsmål ved om det da blir de mest ressurssterke som får prioritet. Apoteket fikk mange henvendelser og farmasøyten skulle gi svar til bekymrede kunder. Skulle de prioritere dem som var mest alvorlig syk, kom likevel dilemmaet om hvem som kunne defineres som mest syk og dette var et ansvar farmasøyten ikke følte seg kvalifisert til å ha.

«jeg har en 16 åring med astma som skal ha denne, men du er jo kanskje mer nødende for du har jo kols med kakeksi, kanskje du egentlig skulle hatt den mer enn en som har vært innom og blitt lovet. Nei det her er ikke min vurdering føler jeg»

Legemiddelmangel er et for øvrig problem som de senere årene har gjort seg mer og mer gjeldende. Situasjoner hvor farmasøyter og leger er nødt til å ta ansvar for å gjøre harde prioriteringer vil være aktuelt fremover også.

4.2.2 Å skape relasjoner

Flere deltakere fortalte om situasjoner hvor det var vanskelig å vite hvordan de skulle forholde seg til kundene. Av og til responderte ikke kundene slik farmasøytene skulle ønske når de kom med velmenende råd eller anbefalinger. Andre ganger skapte nye roller og oppgaver utfordringer som farmasøytene ikke hadde erfaring i å håndtere.

Ønske om å formidle kunnskap og hjelpe til rett legemiddelbruk

En farmasøyt forteller om møtet med en kunde som besøker apotek hyppig for å hente ut anfallsmedisiner mot migrene. Personalet reagerer på hvor ofte det blir hentet og det fremkommer i løpet av historien at de har et ønske om å bidra til at kunden kan få et bedre behandlingsalternativ og prøver å snakke med både kunden og lege. De opplever imidlertid at de ikke kommer noen vei og enkelte ganger blir resultatet at de nekter kunden å få medisinene sine.

«Da stusser man litt og man stopper litt opp og okei, det har kun gått tre dager siden sist henting og ofte så er det ikke bare det samme apoteket, men det er kanskje henting

på flere apotek inni en uke eller to uker. Og da tenker man sånn hmm, har legen vurdert behandlingsregimet for hvis man opplever så ofte anfall så lurere man på om det har vært noe gjennomgang på behandlingen for å vurdere. Så da var det tatt, mer sånn, prøvd å tatt en prat med pasienten når den kommer og jeg husker at legen også ble ringt, bare det at, når man fikk tak i de og da var de sånn veldig på sitt, jajaja, det går fint, det er vi som vet best her så ikke noe å blande deg inni her (...) Ja, så vi har hatt de situasjonene hvor vi har nektet henting og så selvfølgelig går de på et annet apotek, men da føler vi oss i hvert fall trygg på, eller håper at det gir et slags signal til pasienten og forhåpentligvis legen til å ta en annen vurdering på hvordan behandlingen burde gjøres»

Farmasøytene hadde ikke tatt initiativ til å snakke med kunden og legen dersom det ikke lå et grunnleggende ønske om å hjelpe. Når samtale ikke fører frem, blir det forsøkt å sende signaler ved å nekte utlevering og informanten sier at kunden kanskje opplever dem som vanskelige. Farmasøyten er dermed klar over at handlingen kan svekke relasjonen mellom kunde og farmasøyt. Det fremkommer ikke tydelig i intervjuet hvordan dialogen med kunden hadde vært og jeg lurere på om det noen gang ble spurt om hvorfor kunden brukte så mye anfallsmedisin. Ble det formidlet til kunden hvorfor farmasøytene var bekymret for det høye forbruket? En annen informant fortalte om en liknende problematikk om hyppig kjøp av smertestillende i selvvalget, og jeg undret meg over det samme. Informanten påpekte at hen ikke kunne stille de samme spørsmålene til kunden hver gang og uttrykte en form for villrede for hvordan saken kunne gripes an. Evne til å lytte aktivt og kommunisere tydelig er poengtert av Eide og Eide (2004) som viktige forutsetninger for å klare å identifisere problemer og for å forebygge uheldige valg. Frøyland (2017) forklarer at det kan virke som at farmasøyter som ikke vet hvordan de skal kommunisere, kan oppfatte problemet som et etisk dilemma. Det er usikkert hvorfor informantene mente at situasjonene var etiske dilemma. En tolkning kan være at det ligger en frustrasjonen og følelse av utilstrekkelighet som årsak. En informant ble spurt om hvordan hen opplevde dialogen med kunden og opplevelsen var at samtalen ikke var problematisk. Det ble blant annet forklart at de prøvde å fortelle kunden at hen ikke kunne bruke medisinene så ofte og at det burde vurderes andre behandlingsalternativer. Svarene som fremkommer her samsvarer med studien fra England som viste at farmasøyter har tradisjon for å formidle kunnskap og lite erfaring i å involvere pasienten i sine tanker (Elvey et al., 2015). Som forklart av Frøyland (2017) vil pasienter få makt til å velge behandling, i

samarbeid med helsepersonell når helsepersonell har evne til å både informere og respektere dem. Relasjonen til legen var også vanskelig i dette tilfellet. Farmasøyten forsøkte å få til en dialog med legen, men nådde ikke frem. En studie fra Nederland fant at det ikke var uvanlig at farmasøyter opplevde at deres innspill ble ignorert av annet helsepersonell (Kruijtbosch et al., 2018). Som beskrevet av Luetsch (2017) har det tradisjonelt vært vanskelig for farmasøyter å etablere tillit hos andre helseprofesjoner, særlig leger. Dette kan gjøre det svært vanskelig for den enkelte farmasøyt og det kan tenkes at man vegrer seg for å ta kontakt. Behovet for å trene farmasøyter i gode kommunikasjonssevner slik det legges opp til i den nye retningslinjene for helsefag 2021/2022 (Kunnskapsdepartementet, 2020) kan se ut til å være et viktig tiltak. Det er imidlertid viktig at trening i kommunikasjon også når farmasøyter som allerede har mange års erfaring i apotek.

Nye roller i apotek

Nye oppgaver i apotek har ført til at farmasøyter kan komme enda tettere på kundene og det kan oppstå uventede situasjoner som en ikke har vært nødt til å forholde seg til tidligere. En farmasøyt ble bedt om å sette vaksine på en kunde som var psykisk utviklingshemmet og som ikke hadde noe muntlig språk. Han kom til apoteket sammen med to ansatte fra boligen der han bor. Det farmasøyten ikke var forberedt på var at kunden trakk seg unna og kommuniserte med kroppen at det ikke var greit.

«Og idet jeg gjorde klart for å sette den, så strittet han imot, liksom trakk armen til seg, sånn.... Og da ble det liksom en refleksjon om...mellom, skal jeg sette den eller skal jeg ikke sette den. Hvem er det egentlig som bestemmer det her, er det han eller er det da de ansatte?»

Farmasøyten beskriver at hen fant seg selv i en situasjon hvor hen ble delaktig i en eventuell umyndiggjøring av ham fordi hen var usikker på om han var i stand til å samtykke til vaksinerings. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er utgangspunktet at kravet om samtykke til helsehjelp kan falle bort, dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. En nærmere forklaring gitt av Helsedirektoratet (2018) sier at det ikke kreves utdypende forståelse av årsakssammenhenger som argument for at man kan vurdere en person som uegnet til å gi samtykke. Det er tilstrekkelig at pasienter forstår nødvendigheten av helsehjelpen. Videre heter det at uansett om en person er umyndiggjort, så skal personen ifølge loven samtykke til helsehjelp i så stor utstrekning som mulig. Farmasøyten havner her i

et dilemma hvor det er flere forhold som er uavklart. Det er uvisst hvilke forhold som lå til grunn for hvorfor kunden skulle vaksineres og hvordan kunden eventuelt var involvert i avgjørelsen. Det kan tenkes at kunden har en medisinsk tilstand, eller at han bor i fellesskap med andre, hvor det av helsemessige årsaker er fornuftig at han vaksineres. Det ble fortalt at de ansatte håndterte mannen godt og farmasøyten tenkte vaksineringen sannsynligvis var til kundens beste. Erfaringen fra hendelsen har likevel fått farmasøyten til å tenke over om hen kan forsvare en slik handling ved en senere anledning, men det ble ikke satt ord på flere tanker rundt dette. Med de etiske retningslinjene for farmasøyter i bakhodet, kan man si at prinsippet om fremme av helse i denne situasjonen, kommer i konflikt med prinsippet om respekt for individet. Spørsmålet er likevel om det er nødvendig å veie det ene høyere enn det andre dersom håndteringen av situasjonen hadde vært annerledes. Kunden har sannsynligvis noen forventinger når hen kommer til apoteket. Kunden i denne situasjonen er både den psykisk utviklingshemmede mannen og hans hjelpere. Hjelperne forventer at farmasøyten skal kunne ta denne oppgaven, men hvilke forventinger hadde mannen? Å få vaksine kan for mange være en skremmende opplevelse, men de fleste som kommer i apotek for å bruke en slik tjeneste, kommer av egen fri vilje og man kan ved hjelp av dialog avklare situasjonen. Det kan tenkes at relasjonen til en annen helsearbeider, som kundens lege eller en sykepleier, var nærere, og at forventingen til deres rolle gjorde dem mer egnet til å sette vaksinen. Erfaringen som er gjort kan gi et godt grunnlag for å vurdere hvilken tilnærming man kan gjøre ved liknende hendelser. Farmasøytens rolle er ikke bare å gjøre som hen blir bedt om, men det handler også om å avklare omstendighetene rundt, og på den måten unngå uheldige hendelser eller misforståelser.

Farmasøyter har kort tid på seg til å skape gode relasjoner med kundene og behovene kan være svært forskjellig. Det er ikke sikkert kunden som kommer på apoteket for å hente reseptmedisinen sin, eller som ønsker å handle reseptfrie legemidler forventer, eller har tid til, at farmasøyten stiller dem spørsmål. Motsatt kan det være at rollen til farmasøyten gjør at enkelte nettopp ønsker å få råd fra en legemiddeleksperter. Nye oppgaver, som blant annet vaksinetjenesten, stiller andre forventinger og krav til farmasøytene roller. I studien fra England poengterte Benson et al. (2009), at behovet for å få farmasøytene verdier og etikk frem, var enda viktigere nå som farmasøytene hadde fått utvidete ansvarsområder og nærmere pasientinvolvering. Denne tanken kan også trekkes til norske forhold. Farmasøyter må trene

på å nå inn til kunden på en god måte slik at kunden føler seg respektert og sett slik det er beskrevet av flere forfattere i etikk.

4.3 Metodediskusjon

Golafshani (2015) forklarer at i all forskning, både ved bruk av kvantitativ og kvalitativ metode, er det viktig å teste og demonstrere om studien er troverdig. I kvantitative studier er man avhengig av at instrumentet man har brukt er godt konstruert, men i kvalitative studier er det forskeren som er selve instrumentet. Det betyr at troverdigheten er avhengig av forskerens evner og innsats. Jeg tenker at min flerårige erfaring som både sykepleier og farmasøyt, har gitt studien en styrke i prosessen med alternative tolkninger. Det er også en styrke at tolkningen av innholdet har vært diskutert med veilederne. Pålitelighet (reliability) og gyldighet (validity) er vilkår som i kvantitative studier blir behandlet hver for seg, men i kvalitative studier er det vanskelig å sette et klart skille og terminologien blir ofte endret. Jeg støtter meg til begrepene truth value, consistency, confirmability og applicability som Noble og Smith (2015) har brukt som alternativer for å evaluere troverdigheten til kvalitative studier.

Truth value

Truth value er bevisstheten om at det eksisterer flere gyldige versjoner av den kunnskapen man har fått. Jeg skal nå redegjøre for elementer som kan ha påvirket resultatene til studien.

Det ble bestemt å innsamle data ved å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer av apotekfarmasøyer. Utvalget av farmasøyer ble gjort et strategisk og en slikt utvelgelse vil ifølge Malterud (2011), være med på å øke troverdigheten fordi man søker variasjon i kunnskap og erfaringer. Målet med å henvende meg til farmasiforum via Facebook, var nettopp å nå flest mulig slik at jeg kunne skaffe informanter som var interessert i emnet og som ønsket å bidra med relevante erfaringer. Det er en risiko for at man hovedsakelig treffer personer som er uredde for å vise sin stemme, og at mer reserverte personer ikke kommer med. Det viste seg imidlertid at responsen uteble og det var nødvendig å spørre direkte via bekjente. Det ble en avveining om jeg også skulle spørre farmasøyer som jeg kjente selv. Jeg konkluderte med at jeg ville unngå det da jeg ikke ønsket å sette dem i en situasjon hvor de kunne kjenne på dårlig samvittighet for å si nei til meg, og at relasjonen mellom oss kunne påvirke intervjuet. To av informantene hadde jeg noe kjennskap til, men ettersom de var

rekruttert via andre, og de var informert om at det var jeg som var intervjuer, anså jeg dem som interessert i emnet og ville gjerne få med deres bidrag. Utvalgsstrategien kan innebære en svakhet fordi man tar i bruk sitt eget nettverk som selekterer hvem de spør, og det er uvisst hvem som har takket nei. Det er ikke kjent hvilke motiv informantene hadde for å delta. Kanskje har de det sagt ja for å være snill eller behjelpelig, kanskje synes de tema var interessant eller eventuelt er begge motivene aktuelle. Det er ikke utenkelig at informanter som kunne bidratt med verdifull kunnskap og interesse i denne prosessen kan være forbigått. Det er imidlertid positivt at utvalget representerer både kvinner og menn, spredning i erfaring og geografi.

Intervjuene ble gjort via Messenger og Skype, noe som skaper mer avstand mellom informant og intervjuer. Kvale et al. (2015) viser til at omtrent 90% av mening uttrykkes gjennom non-verbal kommunikasjon. Det betyr at både informant og intervjuer med datamaskin som medium, nødvendigvis mister en del av meningen i det den andre sier, ettersom hele kroppens språk ikke kommer til syne. Noen informanter gjennomførte intervjuene mens de var på jobb og jeg kjente det skapte mer uro og følelse av tidspress på meg. Kanskje det gjorde det for dem også, selv om de satt uforstyrret. I enkelte intervju var lyden til tider ustabil og jeg måtte spørre informantene om de kunne gjenta det de sa. Det medførte at flyten i samtalen til tider ble dårligere.

Et annet spørsmål er om utvalget av informanter har vært tilstrekkelig for innsamling av varierende kunnskap og erfaringer. Metning er et begrep som benyttes for å avgjøre dette, og er det punktet hvor det ikke fremkommer ytterligere kunnskap av betydning fra flere informanter (Malterud, 2011). Resultatene i denne studien synliggjør at det ikke er oppnådd metning. Analysen resulterte i to hovedtema og sammenlignet med tidligere forskning på emnet, fremkommer det flere momenter i deres analyser. Jeg gjorde et valg med å stoppe på 10 informanter, men sannsynligvis ville det fremkommet andre momenter dersom jeg hadde tatt inn flere deltakere. Transkripsjonene ble gjort like etter intervjuene, men den grundige analysen ble ikke startet før alle intervjuene var gjennomført. Jeg hadde gjerne oppdaget på et tidligere tidspunkt at jeg ikke nådde metning dersom den prosessen ble gjort parallelt med innsamling.

Et annet moment i diskusjonen med metning, er at jeg opplevde underveis i intervjuene at informantene synes temaet var vanskelig. Det var utfordrende å ha rollen som intervjuer når

usikkerheten rundt temaet var så stor. Underveis tenkte jeg dette handlet om en kombinasjon av min uerfarenhet, samt et utfordrende tema å snakke om. Samtidig var mye av det informantene snakket om gjenkjennelig for meg. Det var derfor utfordrende å skulle lokke frem beskrivelser som utdypet deres tanker og samtidig legge vekk mine tanker om hvordan jeg tilnærmer meg lignende situasjoner. Det kan tenkes at 10 informanter hadde vært nok dersom jeg hadde hatt mer erfaring og hadde evnet å få informantene til å utdype det de snakket om ytterligere. Kvale et al. (2015) sier at konteksten i intervjuet er med på å påvirke materialet som samles inn og påpeker at det er nødvendig å være utforskende og stille spørsmål om man vil nå i dybden. Jeg prøvde å få deltakerne til å utdype enkelte momenter, men når jeg opplevde usikkerhet i svarene, reservert jeg meg for å be dem om å utdype ytterligere. Når jeg var usikker på om jeg hadde fått med meg meningen i det de sa, spurte jeg dem om jeg hadde forstått dem rett. Hadde jeg inntatt en mer deltakende posisjon, ville jeg muligens klart å stimulere til en friere samtale, men samtidig ville dette i større grad påvirket det deltakerne sa. Det kan tenkes at jeg burde invitert veileder til å delta på et par intervju eller lytte til opptak. En felles erfaring og diskusjon kunne kanskje gjort det mer synlig hvilke justeringer som kunne gjøres for å få deltakerne til å komme med mer utdypende tanker.

Tjora (2017) nevner at bruk av stimulusmateriale kan skape enda tydeligere tematisk fokus hvor for eksempel korte tekster kan provosere informanten til å reflektere. Det ble vurdert å introdusere informantene for aktuelle etiske dilemma som andre farmasøyter har beskrevet fra annen forskning. Dette for å hjelpe informantene til å komme i gang med refleksjoner rundt tema. Ulempen med dette var at det kunne få dem til å bli farget av andres historier og jeg var usikker på om jeg ville klare å få et nyansert bilde fra hverdagen i de norske apotekene. Det ble derfor besluttet å utelate stimulusmateriale.

Det kan diskuteres om innsamling av data kunne vært gjort på en annen måte, eventuelt supplert med en annen metode. I et farmasiforum på Facebook er det av og til innlegg hvor noen diskuterer etiske problemstillinger som oppstår i apotek. Dette kunne eventuelt vært brukt som et supplement til min studie. Analysen ville i så fall være en ren tekstanalyse i motsetning til intervju, hvor man har informantens stemme og nyanser i uttalelsene.

Jeg var nøye med å transkribere ordrett slik at minst mulig informasjon gikk tapt, men små bekreftende ord midt i setninger ble utelatt. Malterud (2011) påpeker at analysen av datamaterialet allerede skjer under transkripsjonen. Hun sier at muntlige uttrykk har en

struktur som kan virke ufullstendig i skriftlig form. Likeledes vil det nonverbale og en felles erfaringsbakgrunn mellom partene representere en kunnskap som kan forme meningen i samtalen. Denne meningen kan man ikke finne igjen i lydopptaket. Ved å overføre tale til tekst vil det derfor skje en filtrering hvor mening kan gå tapt eller forvrenges. Hun nevner også at det er en mulighet å sende transkripsjoner tilbake til informantene som en «member check», slik at de får anledning til å komme med kommentarer eller korreksjoner. En ulempe med dette er at informantene kan trekke tilbake utsagn. Jeg tenkte at en slik prosess kunne bli svært tidkrevende og jeg ville heller ikke «belaste» deltakerne ytterligere. Transkripsjonene og resultatene ble sett på av veilederne slik at både mine og deres tolkninger av dette ble diskutert.

Consistency

Det er viktig at leser kan følge prosessen i forskningen og at avgjørelser er tydelige og transparente. Fremgangsmåten for studien er forsøkt tydeliggjort ved å forklare valgene som er gjort underveis. En tabell synliggjør analyseprosessen fra koder til tema og innholdet i den dekker uttalelser fra flere intervju, og ikke bare de som fremkommer i teksten.

Confirmability

Dette blir oppnådd når man anerkjenner at man som kvalitativ forsker har en påvirkning på deltakere. Det er også viktig å være bevisst på at metoden man benytter og funnene, er knyttet til min forforståelse og mine valg av teoretiske perspektiv.

Jeg har redegjort for min forforståelse og mitt valg av teoretisk innfallsvinkel har i stor grad vært påvirket av dette. Min erfaring i apotek har gjort det utfordrende å være objektiv til tema under selve intervjuene. For å unngå min subjektive påvirkning på deltakerne unnlot jeg i de fleste intervjuene å innta en deltakende rolle, noe jeg tenker kan ha påvirket mengden og innhold i data. Analysen av datamaterialet ble i råmaterialet forsøkt gjort så objektivt som mulig for å få frem mest mulig potensiale i empirien. Det var nødvendig å tolke mening bak mye av materialet og veilederne i prosjektet har vært med i den diskusjonen. Jeg har vært nøye med å synliggjøre når det er alternativ tolkning eller deltakernes meninger som fremheves i teksten.

Applicability

Det skal med dette redegjøres for om funnene kan overføres til andre settinger, grupper eller sammenhenger.

Studien ble gjennomført med et lite antall apotekfarmasøyter og funnene sier noe om dette utvalgets erfaringer og forståelse rundt tema. Utvalget var strategisk, men selv om de representerer begge kjønn, spredning i alder og geografi, kan det ikke konkluderes med at funnene kan gjøres gyldige for alle apotekfarmasøyter i Norge. Funnene viser likevel en tendens til hull i den etiske kompetansen blant apotekfarmasøyter. Spørsmålet er om dette også kan være en tendens som er overførbar til farmasøyter som ikke arbeider i apotekbransjen. Noen av funnene kunne sammenlignes og diskuteres opp mot andre studier som er gjort i utlandet. Til forskjell fra funn i disse studiene, har jeg reflektert over hvorvidt de beskrevne etiske dilemmaene er faktiske dilemmaer, eller om de bare er vanskelige situasjoner eller falske dilemmaer. For å finne flere beskrivelser av etiske dilemma bør senere prosjekt kanskje bygge studier med andre innfallsvinkler, ettersom det etiske språket og kompetanse viser seg å være begrenset.

5 Konklusjon

Samtlige deltakere fant det utfordrende å sette ord på hva de kunne definere som et etisk dilemma og det er avdekket et begrenset etisk ordforråd og lite dybde i etiske diskusjoner blant apotekfarmasøyter. Det var kun én beskrevet situasjon som involverte konflikt mellom verdier hvor ingen av handlingsalternativene kunne løse situasjonen på en god måte. Andre beskrivelser var ikke nødvendigvis etiske dilemmaer, men situasjonene ga opphav til både etiske og juridiske vurderinger. Fokuset på å hjelpe kundene på best mulig måte var viktig for informantene. Bevissthet om hvordan man kommuniserer med involverte parter ble også avdekket som begrenset. Det viser seg å være behov for å trene apotekfarmasøyter i å identifisere etiske dilemmaer fra sin yrkeshverdag og få utvidet ordforrådet innen etikk, dersom de skal leve opp til Etikkrådets visjon om bli etisk reflekterte yrkesutøvere.

6 Fremover

Min studie avdekket at grunnlaget for å diskutere etiske dilemma er begrenset blant farmasøyter. Det vil være interessant å se på omfanget av etiske dilemma i norske apotek, men da må den etiske kompetansen bli bedre. En innfallsvinkel kan være å finne farmasøyter som ønsker å delta i et lengre prosjekt som starter med workshops eller liknende, for å øke etisk bevissthet knyttet til farmasøytisk praksis. På dette grunnlaget kan man så arrangere fokusgruppeintervjuer eller individuelle intervjuer for å identifisere etiske dilemma i norske apotek. Deretter kan det for eksempel gjennomføres spørreundersøkelser for å avdekke omfanget av tema.

Studien har pekt på at det kan være utfordrende for farmasøyter å skape gode relasjoner med både kunder og leger og at det blant annet er nødvendig å trene på kommunikasjon for å bli bedre på dette. Videre studier bør se nærmere på hvordan farmasøyter kommuniserer og hvordan de opplever relasjonen med for eksempel sine kunder. Det kan også være interessant å se på et slikt tema fra andres perspektiv, som kunder, kjedeledelse og samarbeidende helsepersonell som leger og sykepleiere. Det er viktig at profesjonen har fokus på ferdigheter innen kommunikasjon. Samtidig tenker jeg at det kan være positivt å dra nytte av kompetansen fra andre helseprofesjoner, som for eksempel sykepleiere, i undervisningen av kommunikasjon på utdanningsinstitusjonene.

Referanseliste

- Aanesen, K. H. (2019, 17.juni 2019). Normer, verdier og holdninger. Hentet fra <https://ndla.no/article-iframe/nb/urn:resource:1:198716/18692?removeRelatedContent=true>
- Apotekforeningen. (2020). Apotekinfo-temaer. Hentet fra <https://www.apotek.no/temaer>
- Apotekloven. (2000). *Lov om apotek (LOV-2000-06-02-39)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>
- Benson, A., Cribb, A. & Barber, N. (2009). Understanding pharmacists' values: A qualitative study of ideals and dilemmas in UK pharmacy practice. *Soc Sci Med*, 68(12), 2223-2230. 10.1016/j.socscimed.2009.03.012
- Cooper, R. J., Bissell, P. & Wingfield, J. (2008). Ethical decision-making, passivity and pharmacy. *Journal of Medical Ethics*, 34(6), 441-445. 10.1136/jme.2007.022624
- Dahl, Ø. (1983). *Etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- David, A. L. (2001). The Relationship between Pharmacists' Tenure in the Community Setting and Moral Reasoning. *J Bus Ethics*, 31(2), 131-141. 10.1023/A:1010771103427
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elvey, R., Hassell, K., Lewis, P., Schafheutle, E., Willis, S. & Harrison, S. (2015). Patient-centred professionalism in pharmacy: values and behaviours. *J Health Organ Manag*, 29(3), 413-430. 10.1108/JHOM-04-2014-0068
- Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene, bachelor- og masterutdanning i farmasi (FOR-2020-01-03-25)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-25>
- Frøyland, H. (2017). *Hverandre : fag- og yrkesetikk for farmasøyter*. Bergen: Fagbokforl.
- Golafshani, N. (2015). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *Qualitative report*. 10.46743/2160-3715/2003.1870
- Granås, A. G. & Bakken, K. (2018). *Samfunnsfarmasi : legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Legemiddelmeldingen-Riktig bruk-Bedre helse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hovden, K. (2013). Utfordret til etisk bevissthet. Hentet fra <https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/utfordret-til-etisk-bevissthet>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, K. E., Hegdal, O. A. & Vetlesen, A. J. (2000). *Innføring i etikk* ([Rev. utg.]. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Kruijtbosch, M., Göttgens-Jansen, W., Floor-Schreudering, A., van Leeuwen, E. & Bouvy, M. L. (2018). Moral dilemmas of community pharmacists: a narrative study. *Int J Clin Pharm*, 40(1), 74-83. 10.1007/s11096-017-0561-0
- Kunnskapsdepartementet. (2020). RETHOS: Fremdriftsplan. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/fremdriftsplan/id2569508/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Luetsch, K. (2017). Attitudes and attributes of pharmacists in relation to practice change – A scoping review and discussion. *Res Social Adm Pharm*, 13(3), 440-455.e411. 10.1016/j.sapharm.2016.06.010
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nilsen, L. B. (2019). Får farmasistudenter nok kommunikasjonsopplæring? Hentet fra <https://www.farmatid.no/artikler/far-farmasistudenter-nok-kommunikasjonsopplæring>
- Noble, H. & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evid Based Nurs*, 18(2), 34-35. 10.1136/eb-2015-102054
- Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. (2019, 12.11.2019). Farmaceutene er glad for diskusjon rundt salgspress i apotek. Hentet fra <https://www.farmatid.no/artikler/farmaceutene-glad-diskusjon-rundt-salgspress-apotek>
- Norsk farmasøytisk selskap. (2018a). Etikkrådet. Hentet fra <https://www.nfs.no/om-oss/etikkradet/>
- Norsk farmasøytisk selskap. (2018b). Etske retningslinjer for farmasøyter. Hentet fra <https://www.nfs.no/om-oss/etikkradet/etske-retningslinjer-for-farmasoyter/>
- Norsk farmasøytisk selskap. (2018c). Etske retningslinjer for farmasøyter bakgrunn. Hentet fra https://www.nfs.no/wp-content/uploads/2019/02/Etikk_bakgrunn_for_etske_retningslinjer_for_farmasoyter.pdf
- Norsk Farmasøytisk selskap. (2018d). Om oss. Hentet fra <https://www.nfs.no/om-oss/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2020, 02.03.2020). Hva må jeg informere om? Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html
- Nortvedt, P. (2010). Profesjon, etikk og politikk. *Cygnus, en norsk farmasihistorisk skriftserie*, 17, 7-15. Hentet fra <http://media.norskfarmasihistorie.no/cygnus/cygnus-hefte-17-oktober-2010.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- QSR international. (2021). Discover the Power of NVivo Today. Hentet fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/try-nvivo>
- Sim, T. F., Sunderland, B. & Hattingh, H. L. (2019). Exploring influences on pharmacists' and students' ethical reasoning in a changing practice landscape in Australia. *Int J Clin Pharm*, 41(1), 280-288. 10.1007/s11096-018-0774-x
- Sporrong, S. K., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2005). “We are White Coats Whirling Round” – Moral Distress in Swedish Pharmacies. *Pharm World Sci*, 27(3), 223-229. 10.1007/s11096-004-3703-0
- Strøm, S. B. (2010). Reseptarfarmasøyt –endringer i yrkesrollen. *Cygnus, en norsk farmasihistorisk skriftserie*, 17, 77-85. Hentet fra <http://media.norskfarmasihistorie.no/cygnus/cygnus-hefte-17-oktober-2010.pdf>

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiO Universitetet i Oslo. (2020). FARM1120-Farmasøyten, pasienten og samfunnet. Hentet fra <https://www.uio.no/studier/emner/matnat/farmasi/FARM1120/index.html>
- UiT Norges arktiske universitet. (2020, 04.03.2021). HEL-0700 Samhandling, etikk og grunnleggende akademiske ferdigheter i helse-og sosialfag. Hentet fra https://uit.no/utdanning/emner/emne?p_document_id=671562
- Universitetet i Oslo. (u.å). Nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Vuković Rodríguez, J. & Juričić, Ž. (2018). Perceptions and attitudes of community pharmacists toward professional ethics and ethical dilemmas in the workplace. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(5), 441-450.
10.1016/j.sapharm.2017.05.010
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Overordnet struktur:

1. Begrepet etiske dilemma-forståelse
2. Opplevde etiske dilemma-refleksjoner/erfaringer
3. Løsning på etiske dilemma

Jeg sjekker først internettilkobling og Skype og at det er klart til lydopptak.

Uformell innledning:

- Tusen takk for at du tar deg tid til å delta i studien.
- Mitt navn er Karen og jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø. Min avsluttende oppgave handler om Farmasøytters etiske dilemma i apotek.
- Har du deltatt i noe lignende tidligere?
- Hva er ditt navn? Har du mottatt og signert samtykkeskjema? Se at det er ok
- Hvor lenge har du arbeidet som farmasøyt?
- Hvor i landet arbeider du? Er det et stort/lite apotek?

Formell innledning:

- **Hva skal skje?**

Jeg stiller noen spørsmål som du besvarer basert på egne oppfatninger og erfaringer. Det er ingenting som er rett eller galt og jeg er interessert i dine refleksjoner. Jeg kommer til å gi deg tid til å fortelle og tar kanskje litt notater underveis. Jeg vil også spørre deg for eventuelt å klare opp i ting, slik at jeg er sikker på at jeg forstår deg rett. Intervjuet vil vare i ca 1/2 time og jeg tar det opp på lyd.

Husk å ikke gi personidentifiserbare opplysninger.

Høres det greit ut?

- Har du noen spørsmål før vi begynner?
- Da starter vi...**Start lydopptaker**

Nøkkelspørsmål	Oppfølgende spørsmål	Fortolkende spørsmål	Kryss av
Opplevd situasjon			
Har du vært i situasjoner på apoteket hvor du føler at du har vært i tvil (om hva som har vært rett å gjøre)?	Kan du si noe om hvilke verdier som du tenker er med i dette dilemmaet? Vil du fortelle mer om det.....	Har jeg forstått deg rett når du sier... Det du sa om....er det rett forstått at....	
Synes du det er noen <i>type situasjoner</i> som gjør at du blir i tvil?			

	Hva var det som gjorde at du ble i tvil?		
<p>Opplever dere ofte at dere er i situasjoner hvor dere er i tvil?</p> <p>Kan du fortelle om en hendelse på apoteket, (som du selv eller har hørt at andre har opplevd), som gjorde at det var litt etisk utfordrende?</p>	<p>Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde?</p> <p>Kan du fortelle hva som gjør at du opplevde det som vanskelig?</p>		
Løsning	Kan du utdype det du sa tidligere om.... hvorfor opplevde du det som vanskelig?		
<p>Reflekterer du over slike situasjoner selv?</p> <p>Er det rom for å diskutere etiske problemstillinger på jobb?</p> <p>Har du andre måter du prøver å løse slike situasjoner?</p> <p>Når du kommer i slike situasjoner, hvordan prøver du å løse de- alene, kollegaer...</p>	<p>Du snakket i begynnelsen om.... hvorfor synes du det er vanskelig?</p>		
Forståelse etisk dilemma			
<p>Hva legger du i begrepet etisk dilemma?</p> <p>Hva assosierer du med en etisk vanskelig situasjon?</p>	<p>Hva gjør at du tenker det er et etisk dilemma?</p> <p>Kan du si noe mer om tankene du får rundt etiske dilemma?</p>		

Avslutning:

- Tusen takk for historien din
- Er det noe du har lyst til å tilføye?
- Har du noen spørsmål før vi avslutter?
- Du er velkommen til å kontakte meg eller en av mine veiledere i ettertid dersom du har behov for det.

Vedlegg 2

4.11.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger <https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f68eb0f-7885-4b29-b5c6-1e98138e43e0> 1/2

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Etikk og farmasøytisk praksis i apotek

Referansenummer

454014

Registrert

16.10.2020 av Karen Øvrebø Johannessen - kjo198@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for farmasi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marit Waaseth, marit.waaseth@uit.no, tlf: 77646192

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Karen Øvrebø Johannessen, kjo198@uit.no, tlf: 98852072

Prosjektperiode

21.10.2020 - 30.06.2021

Status

27.10.2020 – Vurdert

Vurdering (1)**27.10.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet medvedlegg 27.10.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Etikk og farmasøytisk praksis i apotek ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om etiske problemstillinger i norske apotek. I dette skrivet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Apotekfarmasøyter tar daglig avgjørelser hvor det ikke finnes noe svar på om disse er rette eller gale – såkalte etiske dilemma. Etiske dilemma kan oppstå i ulike situasjoner som eksempelvis i møtet med kunder, i samarbeid med annet helsepersonell, eller der lover, regler og økonomi gjør situasjonen utfordrende. Etiske retningslinjer for farmasøyter er krav som profesjonen har satt til seg selv og de er ment som en støtte i slike situasjoner.

Formålet med mastergraden er å

- 1) identifisere hva apotekfarmasøyter legger i begrepet etiske dilemma.
- 2) belyse etiske dilemma apotekfarmasøyter i Norge opplever.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for farmasi, UiT Norges arktiske universitet, v/Marit Waaseth, førsteamanuensis

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å snakke med deg som apotekfarmasøyt, og som har opplevd etiske vanskelige situasjoner. Det er ønskelig at du kan beskrive en situasjon som du selv har opplevd eller har hørt om, som har vært etisk vanskelig/utfordrende.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse innebærer at vi avtaler et tidspunkt i november/desember 2020 hvor du intervjues om dine oppfatninger og erfaringer i forhold til formålet. Intervjuet vil ta rundt 30 minutter og vil bli tatt opp i form av lydopptak. Både jeg og veilederne mine er underlagt taushetsplikt. Personopplysninger vil aldri bli koblet til opptaket og ingen personidentifiserbare opplysninger som eventuelt kommer frem under intervjuet, vil kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen fra deg til formålene som beskrevet over.. Alle opplysninger behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun masterstudent, Karen Øvrebø Johannessen, og veiledere, Marit Waaseth, Kjell H. Halvorsen og Janne E. Mjelle, som vil ha tilgang. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydopptaket blir kryptert og lagret.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet avsluttes, noe som etter planen skal skje innen utgangen av juni 2021.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for farmasi, UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Karen Øvrebø Johannessen, masterstudent, e-post: kjo198@uit.no tlf: 988 52 072 eller

Marit Waaseth, hovedveileder, førsteamanuensis, e-post: marit.waaseth@uit.no

tlf: 776 46 192

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 322 og 976 91 578, nettside: https://uit.no/om/art?p_document_id=594059&dim=179007

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Marit Waaseth (veileder) og Karen Øvrebø Johannessen (student)

Samtykkeerklæring

Signeres, scannes og sendes på E-post til: kjo198@uit.no

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, Etikk og farmasøytisk praksis i apotek, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)