

Farmasøytisk oppfølging av pasienter med hjertesykdom

En kvalitativ studie av pasientenes erfaringer



Masteroppgave i farmasi

Herem Mahmoud

Mai 2010

Avdeling for farmakologi

Institutt for farmasi

Det helsevitenskapelige fakultetet

Forord

Arbeidet som presenteres i denne oppgaven har blitt utført ved institutt for farmasi avdeling for farmakologi ved Universitetet i Tromsø, høsten-09 og våren-10.

Arbeidet med oppgaven har vært spennende og lærerikt, men også svært frustrerende til tider. Feltet klinisk farmasi har jeg hatt stor glede av å jobbe med, det har gitt meg mulighet til å fordype meg i feltet.

Aller først vil jeg rette en stor takk til mine veiledere førsteamanuensis Lars Småbrekke, Sissel Lisa Storli og en stor takk også til PhD- student Beate Garcia. Jeg vil også takke Gro Dahlseng Håkonsen som var min veileder i forrige semester.

Lars Småbrekke har tatt oppgaven som hovedveileder meget seriøst og har evnet å inspirere selv når ting har sett som mørkest ut. Tusen takk til alle dere for deres gode råd og konstruktive tilbakemeldinger, dette har vært av uvurderlig betydning under arbeidet med masteroppgaven.

Jeg vil også takke Shwan Hiwa for oppmuntring gjennom hele den tiden med masteroppgaven. Videre vil jeg også takke min gode venn Bahador Poorahmary, samt Haider Hussain, Meera Thanki, og Toril Andersen for all den gode tiden på IFA, og ikke minst tepausene på tredje etasje.

Til slutt vil jeg få lov å rette en stor takk til min familie i Bergen som har støttet meg hele tiden. Uten dere hadde det ikke vært mulig å få gjennomført.

Herem F. Mahmoud

Tromsø, mai 2010

Forkortelser og definisjoner

CHD	Coronary Hearth Disease
CHF	Congestive Hearth Failure
GP	General Practitioner
HF	Heart Failure
IFA	Institutt for farmasi
LRP	Legemiddelrelatert problem
MI	Myocaridia Infarction
PC	Pharmaceutical Care
RCT	Randomized Controlled Trial
REK	De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
UIT	Universitetet i Tromsø
UNN	Universitetssykehuset i Nord Norge
WHO	World Health Organisation

Sammendrag

Denne masteroppgaven var en del av en randomisert kontrollert studie ved universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Formålet med oppgaven var å undersøke hvordan pasienter erfarer farmasøytisk oppfølging, og å undersøke hvilke forhold som i pasientperspektiv er av betydning i oppfølgingen.

Til denne masteroppgaven ble det inkludert 4 pasienter med hjerte- og karsykdommer. Pasientene beskrev erfaringer og opplevelser med farmasøytisk oppfølging gjennom et dybdeintervju, og en hermeneutisk tilnærming ble brukt i analyse og tolkning av fortellingene. Resultatet av disse intervjuene er presentert i form av empirinære overskrifter med en påfølgende diskusjon. Tolkningen av informantenes fortellinger er holdt opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver som empowerment og paternalisme.

Informantene uttrykker tilfredshet med tilbudet om farmasøytisk oppfølging, og mener at de har fått nyttig informasjon om både sykdom og legemiddelbehandling. Dette har ført til at pasientene føler økt trygghet i hverdagen. Et annet viktig moment som kom frem i dette arbeidet, var betydningen av at farmasøyten tok seg god tid i samtalen med pasienten. Alle informantene pekte på at dette står i sterk kontrast til den knapphet med tid de opplever hos fastlegene. Pasientene ønsker seg mer tid hos legen, men ga også uttrykk for at økt samarbeid med farmasøyt kan redusere behovet for tid hos legen. Flere av informantene ønsker at farmasøyter skal bli mer synlige, ikke bare på apotek men også på sykehusavdelinger.

Denne masteroppgaven har belyst erfaringer og opplevelser med farmasøytisk oppfølging hos informanter med hjertesykdom. Oppgaven kan bidra til å gi et praktisk grunnlag dersom man skal etablere et tilbud med farmasøytisk oppfølging for pasienter innlagt i sykehus.

Summary

This thesis is part of a randomized controlled trial at the University Hospital of Northern Norway (UNN). The aim of the thesis was to get a deeper understanding of how patients experience pharmaceutical follow-up and to examine the factors that the patient perspective is of importance in the follow-up.

This study included 4 patients with cardiovascular disease, and was based on qualitative research methods to understand the patient's experiences with the follow-up through a depth interview. A hermeneutic approach was used in the analysis and interpretation of the interview. The results of this study were presented in the form of empiricism close headlines which was then discussed. Interpretation of the informants stories are held up toward previous research and theoretical perspectives like empowerment and paternalism.

The informants were positive toward pharmaceutical follow-up and believed they had learned both about their drugs and their diseases. This has given the patients a feeling of safety in everyday life. Another important factor that emerged in this work was the importance that the pharmacist spending enough time in conversation with the patient. Patients wanted more time with the general practitioner (GP) doctor, but also expressed that through collaboration between pharmacist and GP the need for medical information could be reduced. Informants also mentioned that it is important for the pharmacist to highlight their role both in a pharmacy and other places, such as in hospital wards.

This thesis has discussed experiences with pharmaceutical follow-up of informants with heart disease. It can help to provide a practical basis for the establishment of pharmaceutical follow-up.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	9
2. Bakgrunn	10
2.1 Klinisk farmasi	10
2.2 Kvalitativ forskningsmetode i et helseperspektiv	11
2.3 Kvalitative analysemetoder	13
2.4 Pasientoppfølging og pasienterfaringer	14
2.5 Formål	19
3. Metode	20
3.1 Metodisk tilnærming	20
3.2 Utvalg og inklusjonsprosedyre	20
3.3 Omsorgsperspektivet	22
3.4 Paternalisme versus empowerment	23
3.5 Intervjuene	24
3.5.1 Utarbeidelse av intervjuguide	24
3.5.2. Prøveintervjuene og erfaringer	25
3.5.3 Gjennomføring av intervjuene	26
3.5.4 Veiledning etter første intervju	27
3.5.5 Konsekvenser av at intervjuene ikke ble gjennomført hjemme hos informanter	27
3.6 Analyse	28
3.6.1 Transkribering og vasking av tekst	28
3.6.2 Analyse av materialet	28
3.6.3 Studiens pålitelighet og troverdighet	29
3.6.4 Bakgrunn for valg av meningsenheter i analyse	30
3.7 Å være i eget felt	30
3.8 Menneskene bak fortellingene	30
3.9 Etske betraktninger	30
4. Fremstilling av materialet	33
4.1 Opplevelser og erfaringer med farmasøytisk oppfølging	33
4.1.1 Økt kunnskap om sykdommen og legemiddelbruken	33
4.1.2 Tidsbruk hos fastlegen	35
4.1.3 Konsekvenser av farmasøytisk oppfølging	36
4.1.4 Trygghet ved farmasøytisk oppfølging	38
4.1.5 Det sosiale aspektet	40
4.1.6 Møteplassen med farmasøyten	41
4.1.7 Tilfredshet med farmasøytisk oppfølging	41

4.2 Forslag fra informantene	42
4.2.1 Organisering av tilbudet	42
4.2.2 Medikalisering	44
4.2.3 Samarbeid mellom farmasøyt og andre helsepersonell	45
4.2.4 Synliggjøring av farmasøytrollen	47
5. Diskusjon	48
5.1 Pasientrelaterte funn	51
5.1.1 Ny kunnskap om sykdom og behandling	51
5.1.2 Trygghet og omsorg ved farmasøytisk oppfølging	53
5.1.3 Tidsbruk hos fastlegen	54
5.1.4 Et bedre liv	54
5.1.5 Oppsummering av de pasientrelaterte funn	55
5.2 Organisatoriske funn	56
5.2.1 Forutsetning for pasientdeltakelse	56
5.2.2 Møteplass med farmasøyten	57
5.2.3 Oppsummering av organisatoriske funn	57
5.3 Forslag fra informantene	58
5.3.1 Integrasjon av farmasøytisk oppfølging i hjerteskolen	58
5.3.2 Økt samarbeid mellom lege og farmasøyt	58
5.3.3 Mer kontakt mellom pasienter og farmasøyt på apotek	60
5.3.4 Oppsummering av informantenes forslag	60
5.4 Paternalisme versus empowerment/concordance	60
6. Konklusjon	63
7. Referanser	64
8. Vedlegg	67
Vedlegg A: Litteratursøk	68
Vedlegg B: Godkjenning fra REK	69
Vedlegg C: inklusjonsprosedyre	70
Vedlegg D: Pasientsamtykkeskjema	71
Vedlegg E: Intervjuguide- versjon 1	75
Vedlegg F: Intervjuguide- versjon 2	77

1. Innledning

Dette er en mastergradsoppgave i klinisk farmasi som har sitt utspring fra en randomisert klinisk studie ved Sykehusapoteket i Tromsø. Her blir pasienter med etablert hjerte- og karsykdom inkludert fra hjertemedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og fulgt opp i et helt år etter utskrivning. For studiegruppen omfatter oppfølgingen totalt tre individuelle samtaler med farmasøyt, hvor farmasøyten på forhånd har utført en legemiddelgjennomgang. Det gis skreddersydd legemiddelinformasjon/-opplæring, både skriftlig og muntlig, og pasientene gis god anledning til å stille spørsmål. Eventuelle legemiddelrelaterte problemer som identifiseres, tas så opp med fastlege eller lege ved UNN for oppklaring/løsning. Kontrollgruppen mottar ingen oppfølging fra farmasøyt. Den ovenfor omtalte studien vil i det følgende omtales som ”paraplyprosjektet”.

For å evaluere effekten av farmasøytens oppfølging i paraplyprosjektet, genereres og analyseres kvantitative data relatert til sekundærprofylakse av hjerte- og karsykdom, for eksempel blodtrykksdata og laboratorieverdier. I den anledning var det også ønskelig å undersøke hvilke erfaringer pasientene i oppfølgingen har og hvilke tanker og meninger de sitter inne med. Dette krever en mer kvalitativ tilnærming. En studie som tar i bruk dybdeintervju som forskningsmetode ble utformet og vil bli beskrevet i denne masteroppgaven. Denne kvalitative studien vil i det følgende omtales som ”Masterprosjektet”.

2. Bakgrunn

2.1 Klinisk farmasi

Klinisk farmasi defineres som aktiviteter og tjenester som bidrar til rasjonell og sikker legemiddelbruk [1-3]. Gjennom en slik praksis tar farmasøyter et direkte ansvar overfor pasienter, og bidrar på den måten til å optimalisere pasientbehandlingen. En hjørnestein i klinisk farmasi er å identifisere, løse og forhindre legemiddel relaterte problemer [4]. (LRP defineres ” A drug-related problem is an event or circumstance involving drug treatment that actually or potentially interferes with the patients experiencing an optimum outcome of medical care [5]. Flere tidligere studier fra England, USA og Australia har vist god effekt av at farmasøyter deltaer i behandlingsteam til pasienter innlagt på sykehus.

Vedrørende farmasøyters anvendelse av kunnskap i en klinisk sammenheng, viser legemiddelmeldingen blant annet til kontaktpunktet for tverretattlig legemiddelinformasjon. Mål for arbeidet i kontaktpunktet er å sikre samarbeid og koordinering i utarbeidelse av offentlig legemiddelinformasjon, og å koordinere formidling av offentlig legemiddelinformasjon [6]. Ifølge kontaktpunktet skal god offentlig legemiddelinformasjon bidra til riktigere legemiddelbruk.

LRP forekommer hyppig, og kan føre til redusert livskvalitet for den enkelte og gi økt sykkelighet og dødelighet [4]. Kliniske farmasøyter kan forebygge, identifisere og løse LRP gjennom samarbeid med annet helsepersonell. Det er dokumentert at intervensjoner fra en klinisk farmasøyt kan forbedre kliniske endepunkter som for eksempel lipid profil, reduksjon i antall reinnleggelser på sykehus og redusere innsidens av hjertesvikt og trombeembolisme [4]. En nylig publisert svensk artikkel dokumenterte at deltakelse av farmasøyter i et tverrfaglig team reduserte dødeligheten blant sykehusinnlagte pasienter som deltok i studien og førte til mindre helseutgifter for samfunnet [7].

Allerede i 1987 dokumenterte en amerikansk studie 12000 dødsfall og 15000 sykehusinnleggelser årlig i USA grunnet LRP. I tillegg var det trolig et betydelig antall urapporterte hendelser [8]. Legemiddelgjennomganger utføres nå ved flere norske

sykehus av tverrfaglige team som består av lege, sykepleier og farmasøyt. Farmasøyten fungerer som rådgiver for behandlende lege. I legemiddelgjennomgangen brukes pasientsamtaler som et klinisk verktøy, journaldatd i tillegg til informasjonsutveksling mellom farmasøyt, lege og sykepleiere. Farmasøytens oppgaver er å avdekke aktuelle og potensielle legemiddelrelaterte problemer i tillegg til omsorgsoppgave.

Fra Norge viser en nylig publisert studie gjennomført ved barneavdelingen ved Rikshospitalet at farmasøyters kunnskap kan utnyttes i form av veiledning, utarbeidelse av retningslinjer og avdekkelse av LRPer. Farmasøytene var involvert i kvalitetssikringen av legemiddelhåndteringen. Totalt ble det intervenert på 103 av totalt 384 pasienter. Et totalt antall av 137 LRP ble identifisert, hvor 73 ble ”tatt til følge”, 39 ble ”tatt til etterretning” og 25 ble ”ikke tatt til følge”. Kategoriene farmasøyten intervenerte hyppigst på var dosering (n=48), legemiddelvalg (n=35) og ”behov for/manglende monitorering” (n=32). Leger og sykepleiere var positive til å inkludere en klinisk farmasøyt i det tverrfaglige teamet. Sju av åtte spurte leger og alle 15 av de spurte sykepleiere oppga at de hadde nytte av postens klinisk farmasøyt [1].

En australsk retrospektiv studie utført på 8 ulike sykehus dokumenterte at farmasøytisk intervensjon reduserte hyppigheten av reinnleggelser [9].

En norsk retrospektiv studie viste at fire av fem pasienter i sykehus har legemiddelrelaterte problemer, og at den enkelte pasienten ofte har flere slike problemer [10].

2.2 Kvalitativ forskningsmetode i et helseperspektiv

Kvalitative forskningsmetoder er hyppig brukt i en rekke ulike fagfelt innenfor helsevesenet [11]. Slike metoder brukes for å få tilgang til erfaringer og opplevelser informantene sitter med. Intervju og deltakende observasjon har vært de to mest brukte metodene i løpet av de siste 20 årene. Et intervju innebærer en samtale mellom to partnere om et tema som er av felles interesse. Det er en bestemt form for menneskelig interaksjon hvor kunnskapen fremkommer gjennom dialog [12]. Observasjon som

innsamlingsmåte innebærer at forskeren observerer og registrerer sosial samhandling eller atferd [12].

Kvalitativ metode skiller seg fra kvantitativ metode ved at den søker å gå i dybden og vektlegger betydning av en hendelse, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og antall [13]. Thagaard sier om kvalitativ forskning ” Karakteristisk for kvalitativ forskning er at vi søker en forståelse av sosiale fenomener, enten ved en nær relasjon til informantene ved intervju eller observasjoner, eller ved analyse av tekster og visuelle uttrykksformer”. Det å oppnå forståelse krever at man går i dybden av fenomenet og søker etter mening, hvilket innebærer en fortolkning av det datamaterialet som blir samlet inn [13]. Gjennomførelse av en kvalitativ undersøkelse innebærer at man står nært det og dem som skal studeres. Ved bruk av kvalitativ metode vil en kunne få muligheten til å få tilgang til informantenes opplevelser og erfaringer.

Ifølge Tornquist [14] er ”målet med kvalitativ metode å komme fram til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av få enheter”. I tillegg egner kvalitativ metode seg godt til studier av temaer hvor det er lite forskning fra før, og hvor det derfor stilles særlig store krav til åpenhet og fleksibilitet. Informasjonsinnhenting ved et intervju kan gi stor fleksibilitet i forhold til en kvantitativ metode. Åpenhet er relatert til å dele tanker og følelser, og kvalitativ metode kan derfor bidra til å bringe frem dybdekunnskap og helhetlig forståelse. Den nære kontakten mellom forsker og informanter er helt avgjørende for å få innsikt i informantenes opplevelser og erfaringer hos informantene. I tillegg egner kvalitative metoder seg godt til å studere personlige og sensitive emner som kan omfatte private forhold i personers liv [13].

Innen helsevitenskap er bruk av kvalitativ metode økende, men den har ikke vært den dominerende forskningsmetode blant farmasøyter. Det er lite vanlig å bruke kvalitative metoder i randomiserte kontrollerte studier [15]. En kvalitativ studie som inkluderte leger og farmasøyter dokumenterte at samarbeid mellom disse yrkesgruppene var vesentlig for optimal pasientbehandling. Studien viste også at det er mer sannsynlig at pasienter møter trygge fagfolk som har bedre kunnskap om den medikamentelle behandlingen hver enkelt får dersom dette samarbeidet eksisterer [16].

Malterud hevder at kvalitative studier bidrar med en bredere forståelse av medisinsk kunnskap. Innen medisinske fagfelt ses fremdeles kvalitativ forskning på med skepsis, da kvalitative data blant annet blir beskyldt for en subjektiv natur og fravær av fakta [17, 18].

2.3 Kvalitative analysemetoder

Det finnes flere metoder for å analysere og tolke tekster fra dybdeintervju. Kvale [12] presenterer for eksempel fem ulike metoder å analysere. Den første metoden kalles Meningsfortetting. Dette medfører en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere formuleringer. Lange setninger komprimeres til kortere setninger, hvor den umiddelbare mening i det som er sagt gjengis med få ord. Den andre metoden kalles Meningskategorisering. Dette medfører at intervjuet kodes i kategorier. Lange uttalelser reduseres til enklere kategorier. Den tredje metoden kalles Narrativ strukturering. Dette innebærer en tidsmessig og sosial organisering av teksten for å få frem meningen med den. Den fjerde metoden er Meningsstolking. Her er målet en dypere og mer eller mindre spekulativ tolkning av teksten. Den femte metoden kalles Meningsgenerering gjennom ad hoc- analyse basert på sunn fornuft. Resultatet med denne analysemetoden kan uttrykkes med ord, tall, figurer eller diagrammer, eller ved en kombinasjon av disse [12].

Det finnes også en metode for analyse som blir kalt for innholdsanalyse [11]. I en innholdsanalyse leses intervjuet flere ganger for å få en god forståelse av innholdet, for deretter å sortere utsagnene i meningsenheter og kategorier. I kvalitativ innholdsanalyse er det viktig å bestemme seg om analysen skal fokusere på manifest eller latent innhold. Dersom teksten beskriver synlige åpenbare forhold, refereres det til manifest innhold. Hvis man skal analysere hva teksten handler om, for å finne en underliggende mening i teksten, refereres det til latent innhold [11].

2.4 Pasientoppfølging og pasienterfaringer

Farmasøytisk pasientoppfølging og pasienters opplevelser av dette er ifølge litteraturen undersøkt og beskrevet ved hjelp av både kvantitative og kvalitative metoder, henholdsvis spørreundersøkelser og intervjuer. Søk etter artikler som omhandler pasienterfaring og pasientoppfølging i Medline identifiserte flere aktuelle studier (Se vedlegg A for søketermer brukt ved søk). Noen av de identifiserte studier er rent kvalitative [19-22], noen er rent kvantitative [23-25], mens andre inneholder både kvalitative og kvantitative elementer [26-28].

I en randomisert kontrollert studie (RCT) (n=463) ble det undersøkt om et samarbeid mellom farmasøyt og lege ga bedre blodtrykkskontroll, bedre livskvalitet og økt tilfredshet for pasientene. Pasientene ble randomiserte til en kontroll gruppe (n=233) og en intervensjonsgruppe (n= 230). Effekten av samarbeidet mellom farmasøyt og lege ble evaluert ved hjelp av blodtrykksmåling og et spørreskjema med seks spørsmål. Forfatterne fant at 62 % av intervensjonsgruppen nådde målet med å redusere blodtrykket, mens tilsvarende for kontrollgruppen var 44 % [23].

Denne studien viste derimot ikke økt livskvalitet eller økt grad av tilfredshet i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. En mulig årsak til dette funnet kan være at det er vanskelig å måle pasienttilfredshet gjennom kun å stille seks spørsmål. En lignende studie, hvor det er brukt intervju i tillegg til spørreskjema, viste økt grad av tilfredshet blant pasientene som fikk oppfølging av farmasøyt [19]. De ulike resultatene i disse to studiene kan være forårsaket av metodevalg eller forskjeller mellom pasientgruppene.

I en kohort studie undersøkte om intervensjon av farmasøyer hadde noe effekt på ukontrollert blodtrykk. Det ble inkludert 51 pasienter med hypertensjon som var 45 år eller eldre og som hadde hatt hypertensjon i opptil tre år. Disse pasientene var invitert til å møte farmasøyten. De snakket om legemidlene, betydningen av mindre stress, vektreduksjon, økt fysisk aktivitet, opplæring for å forstå mer om sykdommen sin. I tillegg ble det om nødvendig gjort endringer i legemiddelbehandlingen for å optimalisere

effekt og minimalisere bivirkninger. Forfatterne brukte en kombinasjon av intervju og spørreundersøkelse for å kartlegge grad av tilfredshet. Studien dokumenterte at 97,5 % av pasientene var ”veldig tilfredse” med tilbudet og 2,5 % var ”tilfredse”. Ingen var misfornøyde med farmasøytisk oppfølging. Denne farmasøytiske oppfølgingen førte også til mindre feilmedisinering blant pasientene [24].

I en annen studie gjennomført på nyretransplanterte pasienter (n=37), var målet å undersøke hvilke effekt involvering av kliniske farmasøyter hadde på legemiddelbehandlingen av disse pasientene. Kliniske farmasøyter skulle gi veiledning og informasjon til pasienter om sykdommen og mulig behandling, og komme med anbefalinger til leger om valg av legemiddelbehandling. Denne studien viste at klinisk trente farmasøyter kunne hjelpe leger i valg av legemiddelbehandling og til å oppdage LRPer. Intervensjonen fra farmasøyten førte også til økt grad av tilfredshet blant pasientene. I tillegg viste også studien at leger var tilfredse med rådene fra de kliniske farmasøytene[25].

I en kvalitativ studie, hvor det ble inkludert ti pasienter, var hensikten å måle grad av tilfredshet blant pasienter med reumatiske lidelser. Her brukte forfatterne en semistrukturert intervjuguide hvor det ble stilt to spørsmål til hver deltaker. Hovedspørsmålene dreide seg om hva pasientene forventet da de besøkte legekontoret for å få legemiddeloppfølging, og hvordan de ønsket at denne oppfølgingen skulle være. Intervjuene varte i 20-30 minutter. Studien viste at flere forhold ved et behandlingsforløp må legges til rette for å øke graden av tilfredshet blant pasienter [20]. Noen aspekter kan ha en negativ effekt på pasienttilfredshet, blant annet manglende samarbeid mellom helsepersonell og pasienter samt dårlig kommunikasjon med pasient [20]. Studien viste at pasienttilfredshet ikke kan måles med stor nøyaktighet uten at viktige forhold rundt omsorg er identifiserte og brukte i aktuelle måleverktøy.

Angående pasienttilfredshet og farmasøytisk oppfølging, er det blant annet gjort en kvalitativ studie i Kuwait hvor målet var å undersøke pasienters mening om farmasøytisk oppfølging. Det var en RCT hvor pasientene ble delt inn i tre grupper, en kontroll gruppe som fikk ordinære farmasøytiske instruksjoner, en gruppe som fikk utdelt brosjyre som handlet om legemiddelbehandling og en siste veiledningsgruppe som fikk en intensiv 10

minutters veiledning om legemidlene sine. Det ble inkludert 50 pasienter i hver gruppe og henholdsvis 17, 29 og 33 pasienter fullførte studien i de tre gruppene. I brosjyregruppen mente ingen det var uten effekt å dele ut brosjyre. Dette samsvarer med funn i en annen studie [29]. Å gi pasienter skriftlig informasjon om legemidlene de bruker, øker pasienttilfredshet og pasientens kunnskap om legemidlene og kan redusere feilmedisinering [29]. I veiledningsgruppen, som kom tilbake etter 6 ukers behandling, var det ingen som mente at deltakelse i denne gruppen var nytteløs. I denne studien ble det brukt både intervju og spørreundersøkelser for å avdekke pasientenes mening om intervensjonen. Forfatterne fant at alle pasientene bortsett fra en var tilfredse, og de så på dette tilbudet som positivt og noe som de kunne tenke seg å fortsette med. Det fremgår ikke av artikkelen hvilken type intervju som er brukt i studien [19].

En kvalitativ studie gjennomført i Sverige, der målet var å undersøke pasienters oppfatninger av utvidet farmasøytisk omsorg (PC) og hvordan dette virket inn på deres subjektive oppfatning av helsetilstand og livskvalitet. Det ble brukt dybdeintervju på 12 informanter som var rekruttert gjennom tre forskjellige apotek. Seks av intervjuene ble gjennomført på apotek, mens de seks andre ble gjort hjemme hos informantene. Alderen til informantene var fra 50 til 84 år og de fleste av dem var gift. Hvert intervju var på cirka 45 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i ettertid. Pasientene beskrev farmasøytisk omsorg som en mulighet til å få kontroll over legemiddelbehandlingen og en måte å få være med på å bestemme behandlingen. Følelse av trygghet og tilfredshet med denne farmasøytiske oppfølgingen var også vektlagt av pasientene. Pasientene ga uttrykk for at de hadde økt kunnskapsnivået om legemidlene sine [22].

I en RCT fra Spania, var målet å undersøke effekten av en opplæringsintervensjon rettet mot pasienter med hjertesvikt (HF). Studien ble gjennomført på 134 pasienter totalt, en intervensjonsgruppe (n= 70) og en kontrollgruppe (n=64). Intervensjonen fra farmasøyten innebar å gi informasjon og råd til pasientene. Et intervju med pasientene den dagen de ble utskrevet fra sykehuset, antydte at informantene hadde fått informasjon om sykdommen, kostholdsutdanning og om legemiddelbehandlingen på et forståelig språk. Det ble også gitt et telefonnummer og navnet på en farmasøyt som pasientene kunne

ringe dersom de lurte på noe om legemidlene og sykdommen. Forfatterne fant økt compliance og færre reinnleggelser i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, noe som førte til høyere forbruk av sykehusressurser av pasientene i kontrollgruppen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene med tanke på livskvalitet, men grad av tilfredshet med omsorg og informasjon var høyere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Til slutt var det høyere antall dødsfall i kontrollgruppen sammenlignet med intervensjonsgruppen [28].

Hjertepasienter er et eksempel på en gruppe pasienter som kan trenge mye oppfølging fra helsepersonell [26]. I en studie blant pasienter med hjertesvikt[26], er det undersøkt hvilken effekt det har å involvere en farmasøyt når det gjelder rådgivning og veiledning om sykdommen og legemiddelbehandlingen. Studien inkluderte 80 pasienter. Det ble brukt et spørreskjema med 10 punkter (ulike påstander) som beskrev hva farmasøyten hadde forklart til pasientene. Pasienten skulle sette en sirkel rundt det punktet eller de punktene som beskrev situasjonen best. Eksempler på slike påstander var: ”farmasøyten forklarte deg hvordan du skulle ta medisinen” eller ”farmasøyten ga deg informasjon slik at du kunne forstå sykdommen din bedre”. Pasientene var fornøyde med dette tilbudet. En begrensning i denne studien var den korte tiden mellom det initiale besøket til klinikken og selve oppfølgingen. Tiden var for kort til å kunne etablere et godt samarbeid slik at en farmasøyt kunne gjennomgå alle forhold av interesse i forhold til legemiddelbehandlingen.

En annen studie undersøkte effekten av å la farmasøyter veilede pasienter om bruk av antibiotika og i tillegg ved å kartlegge hvor tilfredse pasientene var med denne intervensjonen [27]. I studien, som brukte både en kvalitativ og en kvantitativ metode, ble det inkludert 130 pasienter. Denne intervensjonen besto av en samtale på 5 minutter, hvor farmasøyten informerte om antibiotikaresistens, passende bruk av antibiotika og hva man kan gjøre for å redusere problemene med resistens. Resultatet viste at pasientene fikk økt forståelse for antibiotikaresistens og de var tilfredse med å delta i denne intervensjonen. Pasientene ble klar over at dersom det var en viral infeksjon, skulle det ikke behandles med antibiotika, og studien førte også til at forbruket av antibiotika ble lavere.

I en studie fra Polen [21] var målet å kartlegge hva pasienter mener om tilbudet med fastlege, og hvilke erfaringer og opplevelser de har med dette tilbudet. Forfatterne inkluderte 36 pasienter, og de brukte dybdeintervju for å få frem informasjon fra informantene. Forfatterne fant som forventet at det var delte meninger blant informantene om sine fastleger, men det mest interessante ved denne studien er at den har betydelige metodologiske fellestrekk med vårt prosjekt når det gjelder rekruttering, gjennomførelse og analyse.

Felles for studiene [23] og [26] er at begge studiene bærer preg av kvantitativ metode, selv om den sistnevnte [26] også er kvalitativ. I begge studiene er det blitt brukt spørreskjema for å undersøke pasienterfaringer og grad av tilfredshet, men forfatterne finner ulike resultater fra disse to studiene. Økt grad av pasienttilfredshet eller bedre livskvalitet ved involvering av farmasøyt blir ikke oppnådd i den ene studien. Årsaken til det kan være bruk av uegnet metodisk tilnærming til å dokumentere effekten av intervensjonen [23]. I den andre studien ble det dokumentert at intervensjonen fra farmasøyten førte til økt grad av tilfredshet blant pasienter som deltok i studien [26].

De fleste av disse studiene er pasientrettet, og forskerne undersøker effekten av ulike intervensjoner fra farmasøyter. Det er metodologiske svakheter ved en del av disse studiene, det kan være alt fra hva slags metodologisk tilnærming som er brukt til hvordan data er analysert. Dette gjelder ikke minst metodene for å undersøke pasienttilfredshet. Det fremgår av noen artikler at forskerne er mer opptatt av å belyse andre spørsmål enn det å kartlegge pasienttilfredshet. Dette kan være en naturlig følge av valg av primære- og sekundære endepunkter. I en studie er for eksempel målet å redusere blodtrykket det primære endepunktet, og i den forbindelse undersøker man også pasienttilfredshet som et sekundært endepunkt [23].

Det er lite data fra Norge om pasienterfaringer og pasientopplevelser i forbindelse med farmasøytisk oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

2.5 Formål

Med utgangspunkt i litteratursøken, er det identifisert få studier som omhandler farmasøytisk oppfølging av pasienter, og hvordan pasienter opplever et slikt tilbud.

I forhold til paraplyprosjektet, som skal danne grunnlaget for en prosedyre for oppfølging av legemiddelbehandling etter utskrivelse fra sykehus, var det et ønske om at pasientenes erfaringer av oppfølgingen skulle undersøkes nærmere.

Formålet med denne masteroppgaven var dermed å undersøke hvordan pasienter med kronisk hjertesykdom erfarer å være i oppfølging av farmasøyt, samt å undersøke hvilke forhold som i pasientperspektiv er av betydning i en slik oppfølgingen.

3. Metode

3.1 Metodisk tilnærming

Å undersøke pasienters erfaringer med farmasøytisk oppfølging krever en kvalitativ tilnærming [13]. For å få rike beskrivelser av hvordan mennesker erfarer slike forhold, vil dybdeintervju være best egnet som metodisk redskap. Intervjuet vil frembringe tekster for analyse der en hermeneutisk arbeidsmåte kan være fruktbar [30]. Med en hermeneutisk tilnærming menes at man går dypere inn på det som er blitt sagt, og man prøver å finne meningsenheter og strukturer for så å presentere det i form av empirinære overskrifter som gir mening. Hermeneutikken drøfter også problemer knyttet til vilkårene for forståelse og fortolkning og hvordan vi skal oppnå gode fortolkninger.

I arbeidet med dette prosjektet har det vært et mål å tolke de tekster som forelå etter gjennomført intervju med informantene. Denne tolkningsprosessen har vært nødvendig for å forstå innholdet i informantenes fortellinger. Dette kan kalles å være i den hermeneutiske sirkel [30]. En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor forståelsesprosessens hermeneutiske sirkel [12].

Tolkningene av informantenes erfaringer og opplevelser vil bli en vandring mellom deler og helhet for å forsøke å komme frem til en ny helhetsforståelse. Den nye forståelsen er resultat av min forståelse, min tolkning av de utskrevne intervjutekstene, holdt opp mot ulike teoretiske perspektiver og relevant forskning på området.

3.2 Utvalg og inklusjonsprosedyre

Ut fra den tid som var til rådighet for å fullføre denne masteroppgaven, ble det bestemt at det skulle gjennomføres intervjuer med fire pasienter.

Inklusjonskriterier:

- Bosted innenfor Tromsø bys bygrense.

- Allerede inkludert i farmasøytisk oppfølging i paraplyprosjektet og inne til andre eller tredje oppfølgingssamtale med farmasøyt.

I perioden 15. februar 2010 til 10.mars 2010 ble alle aktuelle pasienter forespurt om å delta i studien (Se vedlegg C for inklusjonsprosedyre). For å unngå at for mange svarte ja til deltakelse slik at noen måtte avvises, ble pasientene spurt i flere omganger med to uker mellom hver omgang. På grunn av lav respons ble påminnelse sendt per SMS til de forespurte pasientene. Dette ble gjort kun en gang. Totalt ble ni pasienter spurt om å delta i prosjektet hvorav fem takket ja. En meldte senere avbud grunnet sykdom.

Som beskrevet i inklusjonsprosedyren, fikk pasientene utdelt et informasjonssamtykkeskjema (Se vedlegg D). Skjemaet ble returnert til en av veilederne, men ikke til farmasøyten ansvarlig for pasientoppfølgingen. Dette for å sikre anonymitet. Skjemaet ble videresendt til masterstudenten som selv kontaktet informantene for å avtale tid og sted for intervjuet.

Informantene som ble inkludert i denne studien var alle bosatt i Tromsø by. Det var ingen av dem som var bosatt i landsby. Grunnen til at dette blir trukket inn her, er om dette ville ha noe innvirkning på fortellingene informantene kom med?

Et annet element å nevne i forbindelse med denne masteroppgaven er at masterstudenten hadde kontinuerlig telefonkontakt med informantene slik at de skulle holdes orientert om eventuelle endringer som skulle oppstå.

3.3 Omsorgsperspektivet

Perspektivet på det ”å bli møtt” i helsevesenet er et viktig tema som berører både pasienter og helsepersonell. Omsorgen i sykepleien, men også i andre helseprofesjoner er viktig for pasienter og den vil ha en etisk og en moralsk dimensjon. I følge Kari Martinsen (professor i sykepleievitenskap), må vi med et politisk engasjement kjempe for det hun kaller en omsorgsstat:

”... gjennom solidaritet, gjennom moralsk ansvarlige handlinger, gjennom kamp for større likhet, for felleskap og sosial integrasjon” [31].

Vitenskap og modernitet er kommet for å bli, vi kan ikke dra tilbake til før-moderne tilstand og glemme alt som teknologien har brakt med seg. Men det er viktig å fortsatt ha den omsorg som hver av oss kan trenge å få gjennom helsevesenet. Kari Martinsen kommer med en advarsel til sykepleiere og ellers andre helsepersonell om ikke å ta omsorgen for gitt:

”Moderniteten overser den ”rest” som den rasjonalistiske tenkning ikke griper, og som faktisk er de helt elementære betydningsbærende strukturer ved tilværelsen, det grunnleggende ved livet selv [32].

Et annet viktig element i omsorgen er tillit, som er et helt grunnleggende fundament mellom mennesker. Tillit i omsorgen innebærer noe vesentlig mellom helsepersonell og pasient, hvor pasienten legger noe viktig i livet sitt i dine hender, og dermed vil tillit ha en ekstra betydning. Kari Martinsen kaller tillit et ”uunnværlighetsfenomen”. Det betyr at vi ikke kan tenke oss menneskelig kommunikasjon for eksempel uten tillit [33].

I denne masteroppgaven vil omsorgsbegrepet være relatert til den farmasøytiske oppfølgingen som informantene er en del av. Informantene har erfaringer og meninger om hvordan omsorg blir ivaretatt, både i møte med farmasøyten i paraplyprosjektet samt i helsevesenet for øvrig. Det skal her gjøres et forsøk på at disse meninger og erfaringer skal få tre fram i intervju materialet. For at dette skal være mulig, må det først skapes et tillitsforhold med informantene under intervjuene.

Men hva med tillitsforholdet mellom informantene og farmasøyten som utfører oppfølgingen? Vil dette stå til hinder for at interessant og viktig informasjon ikke kommer frem i lyset? Dette er forsøkt unngått ved at farmasøyten blindes for hvem som deltar. Se også punkt 3. 6 under for mer informasjon om dette.

3.4 Paternalisme versus empowerment

Paternalisme innen helsevesenet handler om legevitenskapens sterke tendens til umyndiggjøring av, eller enveiskommunikasjon overfor, hjelpetrengende mennesker og har lenge vært rådende i helsevesenet [34]. I sterk kontrast står begrepet ”Empowerment”, som i dag brukes mye i pasientveiledning. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som ”en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse” [35]. Etersom det har vist seg vanskelig å oversette begrepet empowerment til et godt dekkende norsk ord, blir det engelske uttrykket fortsatt hyppigst brukt i norsk helsefaglig litteratur [34]. Ideen om empowerment vedrørende folkehelse hevdes å være et oppgjør med paternalisme. Det handler om omfordeling av makt i helsefremmende strategier, hvor man forsøker å nøytralisere krefter som fører til avmakt [36]. Begrepet åpner for at pasienter skal være med å bestemme hvilke valg det skal tas angående deres helsetilstand eller medisinske behandling. Det vil si at man i helsedialogen forsøker å utjevne eller ubetydeliggjøre kunnskaps- og autoritetsgapet som ofte er mellom pasient og helsepersonell [34]. Økt pasientkunnskap, motivering av pasienter samt hjelp til å forberede de rette spørsmålene, er viktige mål som empowerment skal bidra til å nå hos pasientene [37].

I denne studien vil begrepet empowerment være relevant fordi informantene er med i et oppfølgingsprogram hvor farmasøyten gir dem innsikt i deres egen legemiddelbehandling og dermed bruker empowerment aktivt. Fra tidligere studier er det vist at empowerment medfører at pasienter får kontroll over sin egen legemiddelbehandling, hvilket igjen medfører økt følelse av trygghet [22]. Dette vil være interessant å utdype nærmere i løpet av intervju og analyse og det antas at informantene har både erfaringer, meninger og synspunkter på nettopp dette.

Tilsvarende begrepet empowerment, brukes det innen farmasi begrepet concordance. Betydningen av concordance er litt annerledes. I concordance innebærer enighet, avtale eller felles forståelse mellom pasienter og leger, farmasøyter om selve sykdommen, behandlingen, fordeler og ulemper med den foreslåtte behandlingen. Begrepet concordance beskriver utfallet av interaksjonen mellom pasient og kliniker som kan være leger, sykepleiere og farmasøyter [38]. Begrepet concordance er basert på den oppfatningen at konsultasjonen mellom pasienten og kliniker er en ”forhandlingsprosess” hvor begge parter er likeverdige. Dette er for å oppnå en slags allianse som vil slå positivt ut for behandlingsprosessen [38].

I denne studien vil begrepet concordance være relevant fordi at denne studien er rettet mot informanter som er en del av en farmasøytisk oppfølging. I oppfølgingen gir farmasøyten dem innsikt i deres legemiddelbehandling og dermed blir begrepet aktivt brukt. Fordi pasientene og farmasøyten forhandler om en felles forståelse om legemidlene som pasientene bruker. Det blir med andre ord en ”forhandlingsprosess” mellom farmasøyten og pasientene. Det som er interessant å studere ved denne masteroppgaven er denne interaksjonen mellom farmasøyten og pasientene som har foregått.

3.5 Intervjuene

Innen kvalitative intervjuer, benyttes ofte en intervjuguide som er utarbeidet rundt sentrale temaer som velges og som kan knyttes til problemstillingen [39]. Se vedlegg F for intervjuguiden benyttet under intervjuene i denne studien. I det følgende vil arbeidet med intervjuguiden, utprøving av intervjuguide og prøveintervjuer, transkribering og analyse av intervjuene beskrives.

3.5.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Ved utvikling av intervjuguiden ble det tatt utgangspunkt i de spørsmål farmasøyten med ansvar for paraplyprosjektet hadde, og som i første omgang ble organisert under følgende deltema (Se også vedlegg E):

- Trygghet rundt legemiddelbruk
- Kunnskap om legemiddelbehandlingen
- Farmasøytens rolle i det tverrfaglige teamet
- Opplevelse av hvordan tilbudet med farmasøytisk oppfølging fungerer
- Sykdomserfaring relatert til medisinbruk.

Intervjuguiden ble så testet ut i løpet av 2 prøveintervjuer (Se punkt 3.5.2 under for nærmere beskrivelser) for deretter å bli endret (Se på vedlegg F for endelig versjon). Antall spørsmål ble redusert og det ble heller satt opp noen temaer som det kunne være relevant å komme inn på i løpet av intervjuene. Det ble lagt vekt på at informantene skulle få snakke fritt om sine erfaringer og opplevelser av farmasøytisk oppfølging hvor det ble antatt at dette ville medføre at informantene likevel kom til å komme inn på de sentrale temaene/stikkordene. Temaene som ble satt opp var følgende:

- **Kunnskap** om legemidler
- **Trygghet** rundt legemiddelbruk
- **Farmasøytens** rolle i det tverrfaglige teamet
- **Opplevelse** av hvordan tilbudet fungerer

3.5.2. Prøveintervjuene og erfaringer

Det ble i desember 2009 gjennomført to prøveintervjuer hvor to av veilederne fungerte som henholdsvis intervjuobjekt og observatør. På grunn av manglende erfaringer om gjennomførelse av intervju var dette et meget viktig element i intervjuforberedelsene.

Det var på forhånd antatt at intervjuguiden skulle følges slavisk, men gjennomførelse av prøveintervjuene viste tydelig at dette ikke var mulig. Det ble tydeliggjort at en intervjuguide må brukes som en sjekkeliste for å sikre at man i løpet av intervjusituasjonen har kommet inn på temaene som på forhånd var planlagt. Målet med en samtale er blant annet at den skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående

problemstillingen. Det er dermed viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk [30].

I løpet av denne prosessen, kom det frem at ulike strategier er nødvendig under gjennomføring av et intervju. Ulike mennesketyper og ulike situasjoner krever ulik håndtering hvor det kan være nyttig å på forhånd ha utprøvd enkle teknikker og ulike måter å stille spørsmål på.

Et element som kom frem i løpet av prøveintervjuene, var viktigheten av å gå dypere i informantenes svar og utsagn, ikke bare hoppe videre til neste spørsmål. Det ble gitt tilbakemeldinger og tips på hvordan dette kan gjøres, også dersom pasienter sier lite. Det å vise at man er interessert i de besvarelsene man får, gir positivt inntrykk blant informantene. Dette kan enkelt gjøres gjennom for eksempel å stille følgende spørsmål ”Det var interessant det du sa, kan du si noe mer om det?” eller ”Forstår jeg det riktig at du sier...?”. En slik tilnærming er meget viktig i et kvalitativt intervju, da det er nettopp dette som gjør at man kommer dypere i menneskenes erfaringer og meninger. Det er også viktig at informanten får rom til å reflektere over spørsmålene som stilles, kanskje også spørsmål som dukker opp hos dem selv. Tonefallet som brukes under et intervju kan også ha mye å si. Om du bruker et rolig tonefall, vil det være mer behagelig for å få informantene til å snakke. Det er også viktig å bruke verbale og kroppslige respons i samtale med informantene for å få ut best mulig resultat.

Det er ikke uvanlig å møte motgang i gjennomførelsen av intervjuet, det kan være i form av at informantene sier lite eller ikke er villige til å svare på spørsmålene. Dette kan løses ved å bruke spørsmål som vekker interesse hos informantene. I andre situasjoner kan det være behov for avgrensning. Dette kan gjøres ved å ta pauser eller la pasienten snakke ferdig så begynne med nytt tema etterpå, eventuelt nøste tilbake til noe informanten sa tidligere som var interessant.

3.5.3 Gjennomføring av intervjuene

Etter at samtykkeskjema var mottatt, ble informantene kontaktet per telefon av intervjuer for å avtale tid og sted for intervjuene. Vedrørende sted for gjennomføring av intervju sier

Dahlberg at “Det kan være en fordel at intervjuet gjennomføres i informantenes hjem, der det kan føles tryggere og mer komfortabelt” [40]. Dette var så utgangspunktet ved første kontakt med samtlige informanter. Det ble likevel åpnet opp for at informantene selv kunne velge hvor intervjuet skulle finne sted, hvor UIT/UNN også ble nevnt som et alternativ. Til tross for Dahlbergs teori om intervjuer i hjemmet, ønsket samtlige informanter at intervjuene skulle foregå på UNN eller et nærliggende sted. Det ble enighet mellom begge parter at intervjuene skulle foregå på Farmasibygget (IFA), på grunn av nærhet til UNN og at det var lett for informantene å finne frem.

Intervjuene varte mellom 40-60 minutter, og ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene ble gjennomført ved å bruke intervjuguide versjon-2 (Se vedlegg F). Informantene ble navngitt som informant 1, 2, 3 og 4 i intervjurekkefølge.

3.5.4 Veiledning etter første intervju

Etter første intervju og transkribering, ble det holdt veiledermøte og gitt tilbakemelding på hvordan det så ut som at intervjuet hadde gått. Med utgangspunkt i transkriberingen fremkom det blant annet at intervjuer enkelte steder kunne spurt mer inn til det informanten hadde sagt. Andre tips og råd ble også gitt, hvilket så ble tatt med videre i de neste tre intervjuer.

3.5.5 Konsekvenser av at intervjuene ikke ble gjennomført hjemme hos informanter

Etter at det forelå godkjennelse fra REK Nord, ble rekrutteringen startet umiddelbart. Informanter som hadde sendt inn skriftlig samtykke om å delta i prosjektet ble kontaktet per telefon. Informantenes ønske om hvor intervjuet skulle gjennomføres ble tatt hensyn til. Intervjusituasjonen var noe anstrengt i første og andre kontra tredje og fjerde intervju. En mulig årsak til anstrengt intervjusituasjon kan være at begge parter hadde lite erfaring med gjennomføring av intervju. Situasjonen var annerledes rundt det tredje og fjerde intervju i det intervjuer hadde større trygghet for å håndtere intervjusituasjoner på en bedre måte enn tidligere.

3.6 Analyse

3.6.1 Transkribering og vasking av tekst

Intervjuene ble transkribert rett etter at de var gjennomførte. De ble skrevet på bokmål på grunn av at det var lettere å skrive på bokmål enn på dialekter for intervjuer. Først ble det forsøkt å forstå hva disse intervjuene handlet om, deretter ble det prøvd å finne fellestrekk mellom dem. For først når forskeren selv kan systematisere innholdet, kan vi dele den med andre [30]. Det er viktig for intervjuer å tilegne seg et klart bilde av innholdet i intervjuene.

Pasientsitatene fra intervjuene var muntlig preget, og det var i flere tilfeller utfordrende å forstå essensen i en del av dem. Av den grunn ble det bestemt at tekstene skulle språkvaskes ved å fjerne fyllord og tegnsette tekstene. Det er brukt klammeparantes med tre prikker [...] i kapitlet om fremstilling av materialet for å vise at teksten er språkvasket.

3.6.2 Analyse av materialet

Ved analyse av de transkriberte intervjuene ble det tatt utgangspunkt i analysemetoden beskrevet av Graneheim & Lundman [11]. Det fremgår hos disse forfatterne at virkeligheten kan tolkes på mange ulike måter, og forståelsen er avhengig av subjektiv tolking. Dette er noe som vil ha betydning for troverdighet og pålitelighet i kvalitativ analyse. Graneheim & Lundman poengterer også at i kvalitativ forskningsmetode er det viktig å bestemme seg om analysen skal fokusere på manifest eller latent innhold. I dette masterprosjektet brukes det et latent meningsinnhold, siden analysene skal prøve å avdekke en underliggende mening i teksten. Her følger det en kort "skisse" av fremgangsmåten ved meningsanalyse som er inspirert av Graneheim & Lundman:

1. Analyse enhet: Det transkriberte intervjuet ble lest mange ganger for å få helhetsforståelse og markere sentrale meningsbærende setninger.

2. Identifisere meningsbærende enheter: Ut fra innhold, ble teksten delt opp i meningsenheter.

3. Meningsenheter som gikk igjen i alle intervjuene ble så samlet som empirinære overskrifter. Disse ble tolket til å handle om tema relatert til en helhet og til forskningsspørsmålet. Utsagn i enkelte intervju kunne være viktige, og da bli tatt med i fremstillingen av materialet.

3.6.3 Studiens pålitelighet og troverdighet

En intervjusituasjon kan ikke anses som forhåndsdefinert. Definisjon av situasjonen og rolleutforming vil være gjenstand for forhandlinger og omdefineringer [41]. Samtalepartnere forholder seg til hverandre i en fells og etablert kulturell kontrakt. Intervjuer må være åpen for nye tema som måtte dukke opp underveis i intervjuet. Troverdighet til analysen og tolkningen vil være avhengig av intervjuers forståelse, og vil være subjektiv. Det er derfor fare for at viktig datamateriale kan bli utelatt [11]. Det er behov for forståelse og samarbeid mellom forsker og deltaker i kvalitativ forskning, slik at det oppnås en felles forståelse [11]. Det er ikke et poeng i kvalitativ metode å generalisere for å få frem statistiske ”sannheter”.

Det er viktig å være klar over intervjuers påvirkning, gjennom sine spørsmål, væremåte og kroppsspråk [12]. Intervjuer prøvde å være bevisst på dette gjennom intervjuene slik at påvirkningen skulle være minst mulig. Hver enkelt må vurdere om disse resultatene er troverdige og pålitelige. Her kan man også snakke om _”Beateeffekten”_, med det så menes det den effekten farmasøyten som har gjennomført den farmasøytiske oppfølgingen (hun heter Beate til fornavn), har hatt på disse informantene. Man kan stille spørsmål om det er noe som ikke kommer frem i disse intervjuene, på grunn av at informantene er redd for at farmasøyten kommer til å gjenkjenne dem i ettertid? Dette er en reell problemstilling so må vurderes grundig.

3.6.4 Bakgrunn for valg av meningsenheter i analyse

De transkriberte intervjuene var alle på ca. 10 sider, og intervjuer valgte meningsenheter for videre analyse. Grunnlaget for denne vurderingen var at meningsenhetene som skulle representeres, var de mest relevante med tanke på denne studies problemstilling. I tillegg er det fokusert på at ukjente momenter som viste seg i materialet skulle få tre frem. Utvalg av meningsenheter er subjektivt og dermed et uttrykk for tolkning av materialet. Muligheten for at andre ville trukket frem andre elementer er absolutt tilstede, men betydningen av dette er forsøkt minimalisert ved at materialet i ettertid er gjennomgått sammen med hovedveileder og nøye diskutert.

3.7 Å være i eget felt

Det foregår en diskusjon hvorvidt man kan forske i eget felt uten å sperre for et åpent blikk [30]. Noen hevder at å forske i eget felt er en fordel fordi man kjenner til kultur, kontekst og vet hvor nøkkelinformantene befinner seg [40], mens andre hevder at man bør være kjent i feltet som undersøkes, da dette er forutsetning for innsikt [42]. I sitt eget felt kan man lett gå i fellen og bli totalt blindet fordi man kjenner forskningsfeltet godt.

3.8 Menneskene bak fortellingene

Fortellingene kommer fra de fire anonymiserte informantene, og det er ikke hentet noe informasjon fra pasientjournaler. Det er informantenes forståelse av sin helsetilstand som kommer frem i intervjuet og deres erfaringer og opplevelser med farmasøytisk oppfølging. Noen av informantene er fortsatt i arbeid, og noen er pensjonister. De er alle sammen gift og har barn som er godt voksne eller i slutten av tenårene.

3.9 Ethiske betraktninger

Informert samtykke, konfidensialitet og de konsekvenser et intervju kan påføre pasienten er etiske føringer som blir vektlagt av Kvale [12]. Denne masteroppgaven berører pasientene direkte og derfor ble det søkt om godkjenning fra REK (De regionale komiteer

for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) før inklusjon kunne starte (Se vedlegg C). Deltakerne ga skriftlig samtykke. Informasjon eller data fra informantene er blitt lagret på en passordbeskyttet datamaskin slik at ingen enn studenten har hatt tilgang. Både lydopptak og tekstmateriale har blitt oppbevart separat og innlåst i hele prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger er tatt bort fra det transkriberte materialet slik at det ikke skal være mulig å føre noe tilbake til den enkelte. I henhold til inklusjonsprosedyren (Se vedlegg C) hadde den som rekrutterte ikke noen innvirkning på pasientenes avgjørelse om deltakelse, og fikk heller ikke innsyn i hvem som takket ja til deltakelse. Hun informerte dem om prosjektet og leverte samtykkeskjema og ferdig frankert og adressert konvolutt. Hennes videre rolle ved rekrutteringen var dermed over. Pasientene sendte konvolutten til leder for prosjektet på universitetet i Tromsø. På den måten ble det hindret at pasientene følte seg presset til å si ja til å være med på prosjektet.

En av de etiske problemstillingene med dette prosjektet handlet om lagring av prosjektdata. Det er ikke tillatt å lagre prosjektdata på privat PC. Dette ble løst ved at personsensitive prosjektdata kun ble lagret på passordbeskyttet PC på universitetet. En annen etisk problemstilling var at man kunne risikere å få svar fra flere informanter enn det som var mulig å inkludere i studien. Dette ble løst ved at det ble presisert overfor de forespurte at de burde svare hurtig dersom de ønsket å delta, slik at det kunne unngås å forespørre flere enn man ønsket å inkludere. De fem første som sendte svaret sitt, ble kontaktet for å avtale tid for gjennomføring av intervjuet. En tredje problemstilling ved prosjektet var at den kliniske farmasøyten kunne gjenkjenne informantene ut fra ordlyden i de transkriberte intervjuene. Informantene er sløret så godt som mulig, men det er en viss fare for at dette ikke gir full anonymitet.

Pasienter med kronisk hjertesykdom er en sårbar gruppe, og sykdommen kan ha satt sine spor. Disse pasientene skal ofte bruke medikamenter resten av livet, og vil i større eller mindre grad være preget av sin sykdom. Intervjuene som ble gjennomført i løpet av masterprosjektet innebar at pasientene utleverte følelser og tanker til en ukjent person. Det er viktig å påpeke at pasientene la noe viktig i livet sitt i mine hender og dermed ville det hele ha en etisk dimensjon. Dette krevde varsomhet i tilnærmingen ved å begynne intervjuet med åpne spørsmål og begynne samtalen med å presentere seg selv for å vise at

dette ikke var noe farlig. Informantene kan oppleve dette positivt, da det kan være første gangen informantene får mulighet til å si noe om sykdommen sin eller uttrykke sine tanker rundt noe som er så viktig i livet. Dahlberg [40] påpeker: "It is not unusual that interviewees appreciate an interview as the first time that they have had an opportunity to express certain thoughts and ideas that are important to them". Tema for dette intervjuet er blitt bestemt av intervjuer, derfor ble ikke samtalen en "gjensidig" og hverdagslig samtale. Dette medførte dermed et ansvar for intervjuer. Derfor var det viktig at man ikke plutselig gikk over på andre tema som ikke hadde noe med intervjuet å gjøre. Dersom informanten skulle ha behov å snakke med noen i etterkant av intervjuet, ville intervjuer være tilgjengelig for en eventuell samtale. Deltakelse i prosjektet ville ikke ha betydning for behandlingen av den enkelte pasienter.

4. Fremstilling av materialet

4.1 Opplevelser og erfaringer med farmasøytisk oppfølging

4.1.1 Økt kunnskap om sykdommen og legemiddelbruken

“Jeg fikk en forklaring jeg forsto”

Et viktig element i behandling av sykdommer er hvor vidt pasienter har forstått det helsepersonellet har forklart både om sykdommen og legemiddelbehandlingen. Dette gir pasienten innsikt i egen situasjon, og pasienten kan i større grad involveres i egen behandling. Informant 2 beskriver det slik:

”[...] Hun forklarte meg hvorfor jeg putter i meg denne pilla og denne pilla, hvilken virkning pillene har og ikke minst hvilke bivirkninger de kan gi. Dette forklarte hun på en måte som jeg forsto. Det hadde jeg ikke gjort tidligere”

For informant 1 er det av betydning å få informasjon om sykdommen og legemiddelbehandlingen som er så fyldig som mulig, og vedkommende uttrykker dette slik:

”[...] Når man går til lege, får man en resept i hånda og går på apoteket og henter medisinen. Farmasøyten forklarte hva de inneholdt og hva de var godt for”

Det informant 1 sier her kan tolkes som at når vedkommende er hos legen, så får hun ikke så god forklaring eller ikke den forklaringen som var forventet.

For informant 2 er det viktig å få en forklaring som er så detaljert som mulig, og vedkommende gir uttrykk for at han savner den type forklaring hos leger.

”[...] Legene arbeider ikke på den måten. Ikke for å si noe negativt om dem, men jeg får ikke så god informasjon om medisinen. Man er jo interessert i hva man får i seg og hva man svelger ned”.

I følge informant 2 er fremgangsmåten hos legen annerledes enn hos farmasøyten, ”. Det kan tyde på at pasientene setter pris på å få forklaring på hvilke legemidler de spiser og hvorfor.

Informant 3 sier om dette:

“[...] Jeg fikk større forståelse om effekten av de forskjellige tablettene. Det synes jeg var veldig nyttig og lærerikt å få med seg”.

Informant 3 gir uttrykk for å kjenne legemidlene sine bedre nå enn før, og har dermed fått økt kunnskap om medisinbruken. En klinisk trent farmasøyt kan også uttrykke seg om andre viktige elementer som blodtrykksmålinger og kolesterolverdier.

“Vi gikk gjennom, når jeg hadde intervju med farmasøyten, de tablettene jeg har hatt. Hun målte blodtrykk og så på særlig kolesterol fordi at den har gått ganske bra ned fra 6,7 til 4 og nå er den på rundt 2”.

Deltakelse i farmasøytisk oppfølging har vært med å gi mer innsikt om effekt av behandlingen, og som informant 3 påpeker kan en farmasøyt gjennomføre ulike oppgaver innen klinisk praksis. Denne intervensjonen fra farmasøyten har hatt betydning for informant 3 som selv antyder.

“[...] Jeg er blitt mer kjent med hjerte, blodtrykk og kolesterolsenkende medisiner. Jeg kjenner også bedre til bivirkninger av dem. Det har vært veldig bra for mitt vedkommende å få den kunnskapen”.

Informant 4 er begeistret for tilbudet og mener at farmasøyter sitter med kunnskap som kan komme pasienter til gode.

“Jeg stiller meg jo positiv til det fordi jeg ser ikke noe negativt med det. Farmasøyter har jo enorm kunnskap om medisinene og bruken av dem. Det kommer jo pasienten til gode når farmasøyten forklarer om medisinene, og det er jo bare positivt. Jeg synes det er veldig bra at farmasøyter er på avdelinger og forklarer om medisinbruk, for det har dessverre ikke legene tid til”.

Når det gjelder hva farmasøyten hadde å fortelle om, svarer informant 4 slik:

“Hun snakket i hvert fall litt med meg om hvorfor jeg skulle bruke medisinen. Hun var fantastisk flink å fortelle om medisinene mine”.

4.1.2 Tidsbruk hos fastlegen

“Men det er jo rullebåndsindustri det med legegøier. Gang på gang”

Alle informantene hadde formeningar om tidsbruken ved legebesøk. Rullebåndsindustri er et begrep som ble brukt, og som beskriver tidspresset hos legene. Informant 2 ga uttrykk for at han hadde opplevd dette tidspresset, og han beskriver det på denne måten:

“[...] Når du har time hos fastlegen, er det beregnet til 20 minutter, men som regel er du ute etter 10 minutter. Det er rullebåndsindustri det med legegøier. Gang på gang”

Informant 2 uttrykker misnøye over knapphet med tiden hos legen og gir samtidig uttrykk for at dette kan føre til manglende tillit til leger. Informanten presiserer at samtalen med farmasøyten ikke var preget av tidspress. For informant 2 er det av betydning at man kan samtale i ro og mak slik at pasienten får med seg mest mulig.

”[...] Jeg satt og pratet med farmasøyten om plagene i ½ time eller 3 kvarter uten noe tidspress”

Informant 1 uttrykker også misnøye med fastlegen når det gjelder tidsbruken og beskriver situasjonen slik:

“Det som er med disse fastlegene er at dem har altfor lite tid”.

Informant 4 har også opplevd at fastlegene bruker for lite tid og kommer med følgende kommentar.

“[...] Jeg synes farmasøyten tar seg så god tid. Hos legene er det full fart, inn og ut igjen. Jeg føler at farmasøyter er grundige”

Pasientene gir uttrykk for at de ønsker mer tid med fastlegen. De ga også uttrykk for at tiden er så kort at ting ikke blir forklart grundig hos fastlegen, mens farmasøyten er grundig og tar seg den tid som trengs.

4.1.3 Konsekvenser av farmasøytisk oppfølging

“Den tok jeg til frokost med en kopp kaffe om morgenen, men hun sa at den ikke virker hvis du drikker kaffe ved siden av”

For informant 1 er det viktig å få informasjon for å bruke medisinen på riktig måte. Denne informanten har tatt et legemiddel (Calcigran Forte) sammen med kaffe. Vedkommende har ikke hatt kjennskap til at dette legemidlet ikke skal tas i kombinasjon med andre drikker eller mat samtidig, men er blitt klar over det gjennom intervensjon fra farmasøyten. Informanten har også hatt plager i form av gastrointestinale bivirkninger som sure oppstøt med Albyl-E. På grunn av intervensjon fra farmasøyten er dosen av dette legemidlet i samarbeid med legen blitt redusert til halv styrke. Denne intervensjonen har ført til at disse plagene har forsvunnet og pasienten føler seg dermed ivaretatt.

”[...] Jeg har lært noe om Calcigran Forte, den tok jeg til frokost med en kopp kaffe om morgenen, men hun sa at den ikke virker hvis du drikker kaffe ved siden av. Det var jo en lærerik opplysning å få. Jeg hadde også problemer med Albyl-E, for det tok hun affære og ringte legen min sånn at jeg fikk halvert dose på den”.

Informant 2 har også vært plaget med bivirkninger av legemidler og sier han har vært tom for energi, følt seg slapp, trøtt og redusert. De bivirkninger denne informanten beskriver er forenlig med for høy dose av betablokkeren.

”Jeg fikk jo pulsen altfor lavt, det er jo betablokkeren som senker pulsen. Jeg hadde pulsmålinger under 40. Da ble jeg redusert kraftig. Jeg ligger jo på hvilepuls 55 uten medisin, så den ble for lav pulsen, derfor ble jeg helt tom for energi. Jeg hadde ikke lyst på noen ting. I 4-5 tiden om ettermiddagen var dagen slutt for meg og da klarte jeg ikke mer”.

Det var også et annet legemiddel som informant 2 ikke tålte.

”[...] Monoket, langtids nitro, den tålte jeg ikke. Jeg fikk voldsom hodeverk, kvalme og var uvel hele tiden”.

Intervensjonen fra farmasøyten i samarbeid med legen har ført til seponering av legemidler som informanten ikke har tålt og redusering av dose av de han har fått høy dose av.

”[...] Neste gang jeg fikk oppfølging i fra farmasøyten, da hadde jeg vært hos legen og da hadde han ha sagt at de medisinerne som jeg selv sluttet med, de skulle reduseres og noen skulle kuttes. Farmasøyten hadde andre forslag på medisinerne, noen andre jeg burde tatt. De tar jeg jo den dag i dag. Ganske problemfritt”.

Hva disse endringene har ført til for denne informanten, kommer det frem i dette utsagnet.

”[...] Det ser ut som om at jeg tåler det bedre og pulsen er normal. Jeg må nesten gjøre en anstrengelse for å fremkalle svette. Jeg har fortsatt hodeverk, men det er ikke mer enn normalt”.

For informant 3 har denne oppfølgingen ført til at vedkommende har lært mer om legemidlene sine. Denne informanten har vært usikker om når han skulle ta Simvastatin, og svar på dette spørsmålet har vedkommende fått gjennom farmasøytisk oppfølging. Andre spørsmål som er blitt tatt opp i denne oppfølgingen, er deling av tabletter dersom det skal trappes ned.

”[...] Vi fikk pratet om legemidlene og det var nyttig i forhold til når på døgnet jeg burde ta dem. Det ble også tatt opp at den kolesterolsenkende medisinen Simvastatin skulle tas om kvelden, mens de andre legemidlene skulle jeg ta om morgenen”.

Om deling av tabletter, uttrykker informant 3 seg på følgende sett.

”[...] Jeg ble kjent med at man kunne dele en tablett, dersom man begynner å gå fri. Jeg har fått Albyl-E på 160 mg, men skal ha 75 mg, så da kan jeg dele den tablett på 160 mg. Det var jeg ikke klar over før”.

For informant 4 har også intervensjonen fra farmasøyten ført til endring i behandlingen, det har nemlig ført til en dosejustering på et kolesterolsenkende middel.

”[...] Jeg synes det var bra at hun kontaktet fastlegen min og at dosen måtte justeres. Jeg måtte opp i styrke på kolesterolsenkende medisinen”.

“Det er som flo og fjæra”

Dette utsagnet kommer fra informant 2 som mente at deltakelse i denne oppfølgingen har ført til at han har fått seg en lettere hverdag. Denne informanten ga uttrykk for at intervensjonen fra farmasøyten har vært en omveltning og beskriver det slik.

“[...] Jeg er veldig positiv til dette tilbudet, fordi at det har hjulpet meg i min hverdag. Jeg vil påstå at det var veldig vellykket. Fra å ha en hverdag som fungerte dårlig til det å komme tilbake til nesten normal hverdag, det er som flo og fjæra”.

Det blir verdsatt av informant 4 å vite at man kan leve normalt selv om man har hjertesykdom. Denne informanten har følgende å si om det.

“Jeg kunne ringe til henne når som helst! Jeg er veldig opptatt av at hun har fortalt meg at jeg kan leve normalt selv om jeg bruker medisiner”.

For informant 1 er det viktig å ha et godt liv ved siden av at man har en hjertelidelse. For denne informanten har det vært en stor forandring fra å ikke fungere i hverdagen til å oppnå velvære og igjen fungere i hverdagen”.

“[...] Du skal ikke gå og føle deg uvel av disse medisinerne du får, du skal føle velvære og fungere i hverdagen. Det at jeg ble oppfulgt på den måten, var jo helt nytt for meg”.

4.1.4 Trygghet ved farmasøytisk oppfølging

“Jeg følte meg trygg ved å være på denne oppfølgingen”

Å være engstelig for sykdommen sin var noe som kom frem i noen av intervjuene. Informant 4 karakteriserer engstelsen på denne måten.

”Jeg føler at jeg er engstelig ennå, tenk om jeg får et nytt infarkt...”

For informant 4 er det viktig å kjenne til både sykdommen og medikamentene for det kan gi en følelse av trygghet.

“[...] Jeg følte trygghet. Hun fortalte meg om sykdommen min og liksom hvordan dette utarter seg og igjen hvordan medisinene virker. Jeg følte meg trygg ved å være på denne oppfølgingen”.

Å vite at noen stiller opp for deg kan gi trygghet, selv om du ikke benytter muligheten. Det er blitt erfart av informant 4:

”[...] At jeg hadde farmasøyten i bakhodet har klart hjulpet meg i hverdagen, det har blant annet gitt meg trygghet”.

Det trengs nødvendigvis ikke være gjennom svar på det medisinske at man føler seg trygg. Men andre elementer som den samme informanten beskriver nedenfor kan også gi trygghet til pasienten.

”[...] Å vite at det ikke er farlig å springe i trapper og at man kan trene og leve som før, har gitt meg trygghet”

Det å ha en hjertesykdom kan anses for å være noe både stort og ikke minst fremmed ting det kan skje noen, Og det har blant annet informant 1 opplevd og uttrykker seg på følgende måte om:

”(...) Hvis jeg ikke hadde deltatt på denne oppfølgingen, hadde jeg vel ikke følt meg så trygg blant annet. For deltakelse i tilbudet var jo en trygghet for meg, det var jo en fremmed ting å bli hjerteoperert”.

“Hun har passet på meg”

Følelse av det å ha blitt tatt vare på gjennom oppfølging av farmasøyt var et annet tema som kom frem i intervjuet med pasientene. Det var ikke mangel på bekreftelse i intervjuene om det å bli ivaretatt.

Det kan antas at pasientene er fornøyd med deres deltakelse i prosjektet og føler at de har fått den omsorg som det er verdt å uttale seg om. Informant 1 beskriver det slik.

“Fra begynnelsen av har jeg vært positiv, fra første stund hun spurte meg jeg sa ja med en gang og liksom hun har fulgt meg opp. Hun har passet på meg. Jeg føler også det har vært en betryggelse. Jeg har fått lov å komme med spørsmål og hun har svart på en ærlig måte og forklart”.

Informant 1 sitter med en følelse av å bli oversett av helsevesenet, følelse av ikke å bli hørt.

”Hvis jeg ikke hadde fått dette tilbudet, så hadde jeg bare gått for meg selv, jeg har jo klaget i 10 år etter at jeg var operert, og det var ingen som tok signaler”

4.1.5 Det sosiale aspektet

“Det er vel det jeg føler som best - å lufte mine tanker”

For informant 1 er det viktig å ha en samtalepartner for å snakke om legemidlene og sykdommen, også på grunn av det sosiale aspektet. Informant 1 beskriver det på den måten:

“Det er jo blant annet at jeg har fått rett medisin, eller at jeg skal bruke medisinen rett, og at jeg har noen jeg kan prate med, lufte mine tanker og mer kanskje. Det er vel det jeg føler som best - å lufte mine tanker”.

Det viktigste for informant 4 er at denne personen er fagutdannet og kan veilede om både legemidlene og sykdommen. Denne informanten kommer med følgende utsagn:

“[...]Jeg hadde i alle fall et menneske jeg kunne prate med. En som var fagutdannet og var flink å veilede meg om medisinene og sykdommen min”.

4.1.6 Møteplassen med farmasøyten

“Har nok mer igjen av å være fysisk tilstede på et møte”

Informant 2 sier noe om hvor mye kontakt det har vært gjennom telefon med farmasøyten:

”Det var mye kontakt over telefon med farmasøyten etterpå, og det var hun som fulgte opp, ikke jeg”.

På spørsmål om hvorvidt et fysisk møte er å foretrekke fremfor telefonsamtaler sier informant 2:

“[...] Har nok mer igjen av å være fysisk tilstede på et møte. I mitt tilfelle roer det meg ned. Når du står med en telefon i hånda, er du som regel på jobb, ikke sant? Du begynner å tulle med andre ting mens du prater i telefon og du har ikke fokus der det bør være”.

Informant 3 foretrekker også personlig møte med farmasøyten fremfor telefonsamtale og mener at utbyttet ikke blir det samme. Denne informanten har følgende å si på spørsmål om hva vedkommende foretrekker.

“ [...] Du får mer personlig forhold til farmasøyten der du sitter ved bordet og prater med vedkommende. For i en telefonsamtale glemmer du en del spørsmål, men når du drar til en farmasøyt, noterer du en del stikkord du lurer på. Det å snakke i telefon blir litt annerledes, litt mer fjernt”.

4.1.7 Tilfredshet med farmasøytisk oppfølging

“jeg er kjempe fornøyd”

Alle informantene kunne tenke seg å fortsette med oppfølging fra farmasøyten. Informant 1 syntes at det var for kort tid å bare være med på denne oppfølgingen i ett år.

”Det er nesten synd at det bare var ett år”

Informant 1 sitter igjen med en positiv følelse av å ha deltatt i denne oppfølgingen og føler ikke at det har vært bortkastet.

”[...] Jeg synes det er veldig positivt å delta i denne oppfølgingen. Jeg er veldig glad for at jeg ble med på dette. For det første så har jeg veldig sensitiv mage som ikke tåler alt av medisiner, for det andre har farmasøyten rådet meg til å bytte produkter og kommet til bedre resultat”.

Det ser også ut som om denne farmasøytiske intervensjonen har ført til endringer av legemidler, alternativ terapi, og dette er blitt sett på som positivt fra informantenes side.

Informant 2 svarer slik når han får spørsmål om han kan tenke seg å fortsette med dette tilbudet.

”Ja... absolutt, det har vært så bra, jeg har ikke noe negativt å si om det. Jeg er kjempe fornøyd med det. Selvfølgelig - jeg fikk god effekt ut av det og er kjempe happy”.

Et annet sted i intervjuet sier informant 2 noe mer om hvorfor han er fornøyd med tilbudet.

”Jeg synes for mitt tilfelle så har det slått veldig positivt ut, men det er jo at jeg har fått hjelp til å finne de medisinene som jeg tåler og de fungerer jeg greit med”

Informant 4 uttrykker også glede over det å ha deltatt i denne oppfølgingen.

”Jeg var så heldig at jeg kom med i den trekningen og fikk oppfølging”.

4.2 Forslag fra informantene

4.2.1 Organisering av tilbudet

“Å få lagt det inn i hjerteskolen”

Pasienter med etablert hjerte-karsykdommer får tilbud om hjerteskole hvor det holdes foredrag av leger, farmasøyter, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Informant 3 kom med forslaget om å integrere farmasøytisk oppfølging og hjerteskolen. Vedkommende beskriver der slik:

“Jeg tror det (farmasøytisk oppfølging) kan legges i den hjerteskolen, for den hjerteskolen burde vært obligatorisk for alle som skal inn både til stenting og hjerteoperasjon”.

Samme informant mente også at et personlig møte med farmasøyten hadde vært nyttig for pasienter som har hjerte-karsykdommer. Informant 3 beskriver det slik:

“Det burde vært mulighet hvis det var noen som ville ha en personlig samtale med farmasøyten på den hjerteskolen”.

”Ikke være som en selgertype som prøver å presse på, vær litt forsiktig”

Informant 2 nevnte viktigheten med frivillig deltakelse og invitasjon til deltakelse. Pasientens ønsker om integritet var noe som var høyt verdsatt av informantene selv. Informant 2 karakteriserer det slik:

”[...] Jeg forsto vel ikke først hva det gikk ut på dette tilbudet. Det har litt med mental tilstand å gjøre, men fremgangsmåten er viktig om det er fra farmasøyt eller lege hold eller hva det måtte være”.

Informant 2 gir uttrykk for at pasienter ofte er i dårlig humør etter en slik hjerteoperasjon, og derfor er det viktig at fremgangsmåten ikke føles belastende for pasientens del. Informantene gir også uttrykk for at vedkommende blir med på et sånt prosjekt dersom det er ”enkelt” å være med. Denne informanten er bare interessert i å delta dersom det ikke er ”noe som må huskes på”.

”[...] Når du har smerte etter denne utblokkingen, er du i litt dårlig humør, dårlig form. Hadde det vært noe jeg måtte huske på, hadde jeg takket nei til tilbudet. Det var grunnen til at jeg takket ja, at det ikke krevde noe av meg der og da”.

For informant 2 er det viktig at tilbudet ikke føles som et pressende tilbud og at beslutning om deltakelse i prosjektet kan være avhengig av pasientens tilstand etter prosedyren.

“[...] Det var en fin måte å komme med tilbudet på, ikke som en selgertype som liksom prøve å presse deg”.

Informant 3 er også av den samme oppfatning av at det var frivillig deltakelse ved dette prosjektet og vedkommende har heller ikke opplevd noen form for tvang for deltakelse ved tilbudet.

”Jeg følte ikke at hun tvang seg på. Det er viktig å se situasjonen til pasienten an”.

4.2.2 Medikalisering

”Medisinbruken i bedriften Norge er for høy”

Informantene ga uttrykk for at de var imot overdreven bruk av medikamenter. De var kritiske til legemidler og mente at det var overforbruk av legemidler i Norge. De så også på økt medikalisering med økt skepsis. Informant 2 antyder det slik.

”Jeg tror det kan være for mye bruk av medisin, men det har jeg egentlig ment i hele livet, at jeg har vært kritisk til medisiner. Jeg har ikke likt å bruke medisiner fra veldig ung alder”.

Et annet sted i intervjuet sier informant 2 noe om hvordan han mener medisinbruken i Norge er:

”Jeg er overbevisst om at medisinbruken i bedriften Norge er for høy, helt garantert”.

Denne informanten mener det er viktig å være kritisk til for mye bruk av medisiner.

“Jeg har fått et forsterket inntrykk at man ikke trenger å bruke den kraftigste dynamitten for å fungere”.

Informant 2 antyder det er viktig at noen utenforstående kan ta et kritisk blikk på legemiddelbruken. Det denne informanten ber om er en form for ”Second opinion” på legemiddelbruken.

”Som et prosjekt som dette, synes jeg det er helt på sin plass at noen andre enn pasienter kan være litt kritisk til legens dosering av medisiner”.

Informant 2 kommer med et utsagn som antyder viktigheten av den type omsorg

“Jeg tror at en farmasøyt eller hva det måtte være, dere som er litt til side for selve behandlingen, altså for legen, at noen kan hjelpe pasienten til å være litt kritisk til medisinbruken”.

Informant 3 mener også at det er for høyt bruk av medisiner og sier følgende om farmasøytens rolle.

“Ikke minst å få ned tablettbruken og få med seg riktig tablett”.

Denne informanten nevner også kritiske spørsmål i sitt intervju.

“[...] Jeg tror det er viktig at farmasøyten er på banen og stiller kritiske spørsmål om medisiner”.

Når det gjelder informant 1, er vedkommende også kritisk til medisiner og sier at hun aldri har vært for medisiner.

“Jeg har egentlig aldri vært for medisiner. Det er ikke min vane her i livet å gå og spise medisiner, men når man er nødt, så er man nødt og ikke har andre alternativer”.

4.2.3 Samarbeid mellom farmasøyt og andre helsepersonell

”Jeg tror det kan være viktig at farmasøyter er kanskje mer involvert i det medisinske, altså i samarbeid med lege”

Å ha farmasøyter på hjerteavdelinger ses som viktig av informantene. Samarbeid mellom ulike helsepersonellgrupper, spesielt mellom lege og farmasøyt var et tema som var berørt av alle informantene. I følge informantene er det for lite samarbeid mellom leger og farmasøyter, og derfor ble mer samarbeid mellom lege og farmasøyt etterspurt. Informantene mente med andre ord at samarbeidet mellom lege og farmasøyt bør utvides. Informant 2 antyder at den type samarbeid kan føre til mer riktig medisinerings.

”Jeg tror en farmasøyt, som kjenner legemidlene godt, kan bidra til at det blir mer riktig medisinerings”.

Den samme informanten mener også at leger bør samarbeide mer med farmasøyter om det medisinske:

”[...] Det er kanskje ikke nødvendig at farmasøyten har konsultasjon med pasienten på sengepost. Jeg mener leger må samarbeide mer med farmasøyter som også har kunnskap om legemidler”.

Informant 3 antyder også betydningen av eksistens av et bindeledd mellom lege og farmasøyt.

”Jeg tror det er viktig med bindeleddet mellom legen og farmasøyten, og det kan skje gjennom hjerteskenen”.

For informant 3 er samarbeid mellom farmasøyter og annet helsepersonell viktig. Vedkommende kommer med følgende utsagn:

”Jeg synes det er viktig at samarbeidet fortsetter mellom lege, farmasøyt, fysioterapeut og ernæringssekspert. Det er det ikke noe tvil om”.

Denne farmasøytiske oppfølgingen har hatt sin nytte for informant 4 i form av at noen legemidler denne informanten har stått på er blitt seponert, og nye er lagt til i samarbeidet mellom legen og farmasøyten.

”[...] Det var på det møtet på apoteket at en medisin skulle justeres. Hun ringte og snakket med fastlegen og mente at jeg måtte justere på 1 eller 4 legemidler, det husker jeg ikke helt”.

Denne informanten hadde tenkt at denne intervensjonen kommer legen sikkert ikke til å like.

”For jeg tenkte når farmasøyten ringte til legen min at det ikke var så populært”.

Informant 4 tar feil når vedkommende sitter med denne forventningen, for det er noe annet som kommer frem i samtalen mellom legen og informanten.

”[...] Hun snakket med min fastlege. Når jeg kom til fastlegen, så synes han at det var veldig bra at hun hadde tatt kontakt. Fastlegen var takknemlig for at hun gjorde han oppmerksom på det”.

Det viser seg at legen er for samarbeid med farmasøyten og han er til og med imponert over denne intervensjonen. Man kan spekulere i at det bare er antakelse om at leger ikke ønsker samarbeid med farmasøyter.

”Hun er nesten som en liten lege i mine øyne”

Farmasøyten har målt blodtrykk og vurdert blodprøvesvar og hatt samtaler med pasientene angående disse prøvene. Dette ble verdsatt av informantene og de karakteriserte farmasøyten som en lege. Informant 3 har følgende å komme med på spørsmålet om hva denne oppfølgingen dreide seg om.

”Hun er nesten som en lege i mine øyne, hun målte blodtrykket, jeg var inne og tok en blodprøve, men resultatet av den fikk hun ikke til samtalen. Men hun hadde tilgang til verdier fra før når jeg har tatt blodprøver”.

4.2.4 Synliggjøring av farmasøytrollen

”Og kanskje stå litt lengre fremme i et apotek”

Informant 1 har fått mer forståelse om hvilken kunnskap farmasøyter er i stand til å formidle, og anmoder farmasøyter om å være mer tilgjengelige på apoteket. På spørsmålet om hva denne informanten ønsket å si på slutten av dette intervjuet, svarte hun på følgende sett:

”Jeg ønsker at farmasøyter kan være mer tilgjengelig og kanskje stå litt lengre fremme i et apotek”.

Informant 2 mener at et apotek er mer eller mindre en forretning som tilbyr helt andre forhold enn hva vedkommende har fått tilgang til gjennom denne farmasøytiske oppfølgingen. Ulike forhold kan være fasiliteter som finnes i en slik oppfølging, men ikke på et apotek. Det kan tenkes på manglende fasiliteter på apotek for gjennomførelse av en samtale mellom farmasøyt og pasienter. Kompetanse til en klinisk trent farmasøyt kontra den kompetanse en vanlig farmasøyt sitter med på et apotek kan være et annet moment. Her blir spørsmålet om butikk versus omsorg tatt opp. Informant 2 svarer følgende på

spørsmål om forholdene i et apotek sammenlignet med hvordan denne farmasøytiske oppfølgingen var tilrettelagt:

“Det er helt andre forhold ved farmasøytisk oppfølging enn ved apotek”.

5. Diskusjon

Hovedelementer fra intervjuene utgjør essensen i diskusjonen, og i diskusjonen er det forsøkt å løfte disse elementene opp mot tidligere forskning og viktige perspektiver som var relevant i forhold til det foreliggende materialet. Fra intervjuene fremkom elementene som vist i figur 1.1 nedenfor. Størrelsen på boblene i denne figuren reflekterer ikke viktigheten av funnene.

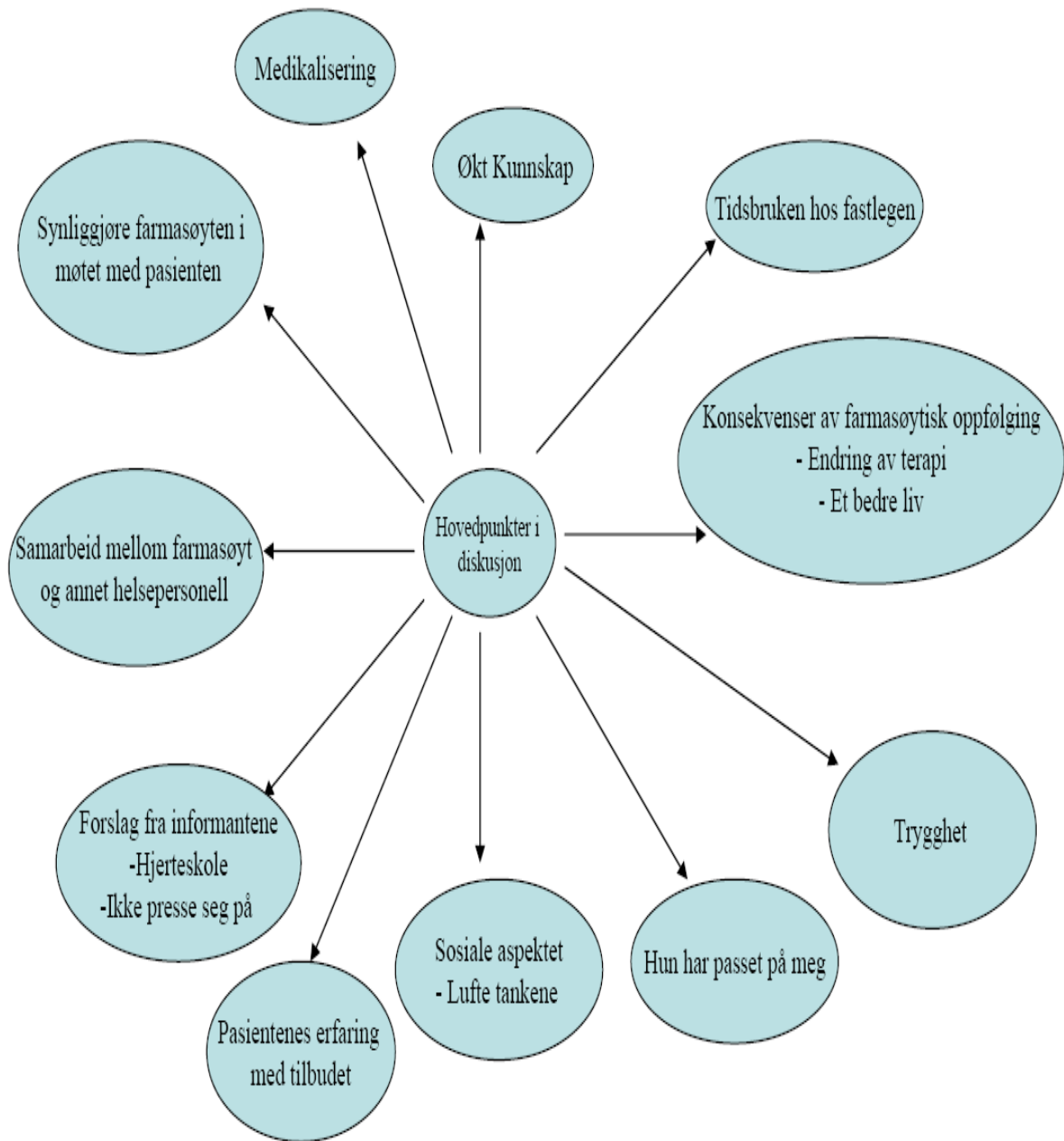
Ved oppstart av masterprosjektet, ble i utgangspunktet arbeidet ut fra fire temaer som det var ønske om å gå i dybden av. De fire temaene fremkommer i den endelige versjonen av intervjuguiden (se vedlegg F) og var følgende:

- Kunnskap om medisiner
- Trygghet rundt legemiddelbruk
- Farmasøytens rolle
- Opplevelse av hvordan tilbudet fungerer

Innen kvalitative dybdeintervjuer, er det viktig å spørre rundt det informantene sier, slik at man ikke bare får svar på det man selv lurte på, men at ukjente dimensjoner også får tre frem. I de fire intervjuene i denne studien, ble det lagt vekt på at informantene skulle få snakke fritt, hvilket også medførte at det kom frem temaer som var forskjellig fra de på forhånd bestemte temaer. Fra de fire temaene det ble tatt utgangspunkt i, uttalte informantene seg mye om temaene kunnskap og trygghet (se punkt 5.1.1 og 5.1.2 nedenfor). Vedrørende farmasøytens rolle hadde informantene meninger om hva farmasøyten kan brukes til samt at samarbeid mellom lege og farmasøyt bør økes (se punkt 5.3 nedenfor). Alle informantene opplevde dette tilbudet som positivt, og det vil i

det følgende bli forsøkt å belyse hvorfor dette var tilfellet. I tillegg kom dimensjoner som tid og omsorg i helsepersonell frem som viktige elementer.

Herunder presenteres de temaer eller hovedpunkter:



Figur 1.1 Oversikt over hovedpunkter i (diskusjon) som informantene formidlet.

5.1 Pasientrelaterte funn

Samtlige informanter var positive til å involvere farmasøyter i rådgivning av pasienter om legemidler. Det samme fremgår også i noen tidligere studier som har undersøkt pasienttilfredshet ved oppfølging, dog ikke bare farmasøytisk oppfølging [19, 22, 24-26, 28]. I henhold til informantenes utsagn kan den positive innstillingen ha flere mulige forklaringer som vil bli presentert og drøftet nedenfor. Se avsnitt 5.1.5 under for oppsummering av de pasientrelaterte funn.

5.1.1 Ny kunnskap om sykdom og behandling

Følelse av å ha lært noe om sykdommen og legemiddelbehandlingen gjennom farmasøytisk oppfølging var momenter som ble framhevet av alle informantene. Dette funnet er i samsvar med funn i en annen svensk studie [22]. Det var mange som uttrykte frustrasjon over for lite informasjon fra fastlegen, og en mulig forklaring kan være for lite tid i møtet med fastlegen. En annen årsak til dette kan være at det finnes et omsorgsbehov blant pasientene som ikke er dekket. Informantene trenger omsorg, kunnskap, opplæring og oppfølging angående sykdommen og legemiddelbehandlingen som ikke er på plass, og de søker etter å få oppfylt dette behovet.

Informant 2 beskriver det slik:

”[...] Legene arbeider ikke på den måten. Ikke for å si noe negativt om dem, men jeg får ikke så god informasjon. Man er jo interessert i hva man får i seg og hva man svelger ned”.

Det er flere aspekter å diskutere om hva som er årsaken til at pasientene var tilfredse med farmasøytisk oppfølging. Informant 2 sitter med følelse av å ha lært noe etter deltakelse i denne studien:

”[...]Hun forklarte meg hvorfor jeg putter i meg denne pillen og denne pillen, hvilken virkning pillene har og ikke minst hvilke bivirkninger de kan gi. Dette forklarte hun på en måte som jeg forsto. Det hadde jeg ikke gjort tidligere”.

Informantene i denne studien ga alle uttrykk for at de hadde fått tilført ny kunnskap om både legemidlene og sykdommen. Man kan spørre om det er vanlig at pasienter ikke får god nok informasjon om hvordan legemidlene virker, hvorfor de er viktige for den enkelte og hva som er viktig å huske på? Kanskje er denne informasjonen gitt, men ikke oppfattet av pasienten. Det kan se ut som at informasjon om sykdom og legemidler kanskje bør formidles til pasientene på andre måter.

I lys av dette kan man rette søkelyset mot farmasøytens kunnskaper om legemidler og hvorvidt denne kunne utnyttes bedre. Det kan kanskje innføres farmasøytisk ”konsultasjoner” med pasientopplæring og pasientinformasjon i etterkant av at nye legemidler skrives ut. For eksempel er det på reumatologiske avdelinger på UNN i dag standard prosedyre at pasienter som starter opp på nye antireumatiske legemidler tilbys informasjon om legemidlet fra farmasøyt. Et slikt tilbud kan kanskje videreutvikles til flere pasientgrupper.

Følelse av det å bli overlatt til seg selv (engstelse) var noe man kunne legge merke til hos informantene. Dette handler kanskje om trygghet. Behovet for trygghet blir ytterligere ivaretatt ved farmasøytisk oppfølging. Informant 1 hadde opplevd å bli oversett av helsevesenet:

”[...]Hvis jeg ikke hadde fått dette tilbudet, så hadde jeg bare gått for meg selv, jeg har jo klaget i 10 år etter at jeg var operert, og det var ingen som signaler”.

Flere av informantene framhever betydningen av følelsen av at det var noen som tok seg tid til å lytte til dem. Informanten kan med andre ord ha fått dekket et omsorgsbehov gjennom at farmasøyten har tatt seg tid til å lytte til det informantene hadde å fortelle.

Omsorgsperspektivet er like viktig nå som før, selv om moderniteten har gjort livet enklere. Den tilfredsheten som kom frem i denne studien kan spores tilbake den omsorg disse informantene har opplevd gjennom å være en del av denne farmasøytisk oppfølgingen. Om viktigheten av omsorg har Martinsen følgende å komme med:

”Moderniteten overser den ”rest” som den rasjonalistiske tenkning ikke griper, og som faktisk er de helt elementære betydningsbærende strukturer ved tilværelsen, det grunnleggende ved livet selv” [32]

5.1.2 Trygghet og omsorg ved farmasøytisk oppfølging

Alle informantene var inne på at de har fått økt trygghet gjennom farmasøytisk oppfølging, men hva er så årsaken til at informantene nå føler seg tryggere enn før de deltok på farmasøytisk oppfølging? Flere årsaker til dette er blitt antydnet. Informant 4 nevnte blant annet at vedkommende er blitt tryggere fordi hun kjenner legemidlene og sykdommen sin bedre:

”[...]Jeg følte trygghet. Hun fortalte meg om sykdommen min og liksom hvordan dette utarter seg og igjen hvordan medisinene virker. Jeg følte meg trygg ved å være på denne oppfølgingen”.

Spørsmålet som vi må ta stilling til er om kunnskap er nødvendig for å føle trygghet? Det å gi pasienter kunnskap om legemidlene og sykdommen kan være et verktøy for å oppnå målene med bedre helse og livskvalitet. Det er derimot viktig å presisere at det ikke er sikkert at pasientene får det gode livet selv om han eller hun får mer kunnskap. Det er viktig at kunnskapen er tilpasset hver pasient og hver situasjon samt at det ikke gis mer informasjon til pasienter enn det som ønskes eller kan tas imot. Allikevel bør pasienters ønske om kunnskap om sin sykdom og sine legemidler absolutt ikke undergraves.

Følelse av å bli passet på kunne man finne hos noen av informantene. Informant 1 karakteriserer det slik:

”Fra begynnelsen av har jeg vært positiv, fra første stund hun spurte meg jeg sa ja med en gang og liksom hun har fulgt meg opp. Hun har passet på meg.”

Tilgjengelighet på telefon var for noen av informantene viktig og ga en følelse av trygghet. Dette er i samsvar med funn fra en annen studie hvor pasientene hadde gitt uttrykk for at de kunne ta kontakt med farmasøyten når de hadde spørsmål og bekymringer om legemidlene [43].

Martinsen tar til orde hvor viktig omsorg i samfunnet er og vektlegger betydningen av å kjempe for å demme opp mot nedprioritering av omsorgen. Hun mener også at vi må kjempe for å etablere en omsorgsstat som vil føre til et mer rettferdig samfunn der omsorgsbehovet til alle blir dekket:

”... gjennom solidaritet, gjennom moralsk ansvarlige handlinger, gjennom kamp for større likhet, for felleskap og sosial integrasjon”[31].

5.1.3 Tidsbruk hos fastlegen

Et annet moment som berøres av informantene er tidsbruken hos fastlegen. Tilfredsheten med farmasøytisk oppfølging kan faktisk ha sammenheng med at farmasøyten bruker mye tid på sine pasienter og at pasientene søker en samtalepartner. Alle informantene var enige i at samtalen med farmasøyten foregikk uten tidsnød, og de hadde mulighet til å fordype seg i det som var av betydning for pasientene. Informant 2 beskriver det slik:

”[...]Jeg satt og pratet med farmasøyten om plagene i ½ time eller 3 kvarter uten noe tidspress”.

Pasientene var kritisk til tidspresset hos fastlegen, og ga klart uttrykk for at de har behov for mere tid i møtet med legen. Begrepet rullebåndsindustri ble brukt av informant 2 for å forklare dette:

”Når du har time hos legen, er det beregnet til 20 minutter, men som regel er du ute etter 10 minutter. Det er rullebåndsindustri det med legegjeier gang på gang”

Kan økt tidsbruk hos legen redusere behovet for nye legetimer, eller kan noe legetid ”erstattes” av farmasøytid? Det kan tenkes at farmasøytiden kan komme i tillegg til legetiden, men farmasøytiden vil ikke være en erstatning av legetiden.

5.1.4 Et bedre liv

”_Et bedre liv”_, ”_et normalt liv”_, ”_en lettere hverdag”_ og ”_en normal hverdag”_ var noen stikkord som ble nevnt for å karakterisere betydningen av den farmasøytiske

oppfølgingen. Informantene har fått et bedre liv, og dette må de ha fått som følge av en del faktorer som har vært på plass i denne oppfølgingen. Viktige faktorer som kan forklare denne fornøydheten kan være tilstrekkelig med tid med farmasøyten, at farmasøyten var hyggelig, empatisk og hjelpsom, engasjementet fra farmasøyten og ikke minst den kunnskap pasientene har fått tilgang til gjennom oppfølgingen. Dersom man skal forsøke å rangere disse elementene etter viktigheten, er det økt kunnskap om legemidlene og sykdommen som er det viktigste. Farmasøytiden uten tidspress vil være på andre plass, deretter kommer personlige trekk ved farmasøyten som vennelig, hjelpsom og empatisk på tredje plass. Helt til slutt vil man finne møteplassen med farmasøyten og tilgjengeligheten av farmasøyten.

Informant 2 har dette å si om endringen av livssituasjonen hans:

”[...]Jeg er veldig positiv til dette tilbudet, fordi at det har hjulpet meg i min hverdag. Jeg vil påstå at det var veldig vellykket. Fra det å ha en hverdag som fungerte dårlig til det å komme tilbake til nesten normal hverdag, det er som flo og fjæra”.

Et annet viktig moment ved denne oppfølgingen er om informantene svarer på en riktig og ærlig måte når de skal fortelle om erfaringer og opplevelser ved farmasøytisk oppfølging? Det kan stilles spørsmål om hvorvidt resultatet er preget av at farmasøyten kommer til å gjenkjenne dem etterpå? Informantene kunne risikere å bli gjenkjent av farmasøyten i ettertid, men det er grunn til å anta at dette ikke ville hatt noen innvirkning på svarene informantene kom med. For det første skal disse informantene ikke møte farmasøyten igjen for oppfølgingstiden er over for alle fire. For det andre er det blitt presisert ovenfor informantene at deres deltakelse ikke vil ha noen effekt på deres videre behandling.

5.1.5 Oppsummering av de pasientrelaterte funn

Det er i avsnitt 5.1.1-5.1.4 beskrevet hvordan flere av informantenes utsagn tyder på at de som pasienter etterlyser både omsorg, kunnskap, opplæring og tid til oppfølging angående deres sykdom og legemiddelbehandling når de blir spurt om å fortelle om den farmasøytiske oppfølgingen de har vært med på. Informantene var positive til at.

farmasøyten ikke hadde opptrådt som en kontrollør, men heller som en person informantene kunne stole på, en som sto dem nær og stilte opp ved behov.

Det sentrale spørsmålet blir så: Er informantene tilfredse på grunn av at farmasøyten har tid, er vennlig og viser empati ovenfor dem eller er det den farmasifaglige gevinsten som gjør dem tilfredse? Hvis farmasøyten ikke var så vennlig og empatisk, eller hadde så god tid, ville pasientene vært like tilfredse? Antakelig ikke. Allikevel fremhever alle informanter verdien av kunnskapen de har tilegnet seg, hvor det også nevnes av en informant at han går velforberedt til møtet med farmasøyten med notater og stikkord. Dette tyder på at informantene har deltatt på farmasøytisk oppfølging med den hensikt å lære noe om sykdommen og legemidlene, ikke bare for å få en samtalepartner.

5.2 Organisatoriske funn

5.2.1 Forutsetning for pasientdeltakelse

Informantene nevner at de kun er interesserte i tilbudet om farmasøytisk oppfølging dersom det stiller små krav til egeninnsats for å være med. Informant 2 sier det slik:

”[...]Når du har smerte etter denne utblokkingen, er du i litt dårlig humør, dårlig form. Hadde det vært noe jeg måtte huske på, hadde jeg takket nei til tilbudet. Det var grunnen til at jeg takket ja, at det ikke krevde noe av meg der og da”.

Å være i dårlig humør eller i dårlig form kan ses som en naturlig reaksjon i sammenheng med en traumatisk opplevelse som for eksempel en utblokking. Derfor er det viktig at man trår varsomt, og at oppfølgingen ikke medfører noe ekstra ”jobb” for pasientene. En informant sa det slik: ”Du må være en god ”pedagog” for å nærme deg en som har vært gjennom alt det der”

Det ser ut som at det er viktig at en slik type oppfølging ikke krever så mye dersom pasientene skal ønske å være med. At det har vært lett å være med på denne oppfølgingen, at det ikke har krevd noe av informantene kan være en medvirkende årsak til informantenes positive holdning til den farmasøytiske oppfølgingen. Dette momentet må allikevel ses i lys av paraplyprosjektet som forskningsprosjekt og dermed et skriftlig

samtykke til å delta samt risikere å komme i en kontrollgruppe. Med en etablert legemiddeloppfølging i en annen sammenheng ville informantene muligvis stillet seg annerledes.

5.2.2 Møteplass med farmasøyten

Av intervjuene fremstår møteplassen med farmasøyten som gunstig og som et viktig organisatorisk element i oppfølgingen. I følge informantene var det viktig å ha samtale på et rolig sted uten tidsnød og uten avbrytelse.

Informantene la vekt på tilgjengeligheten av farmasøyter i form av mulig telefonkontakt, men samtidig mente at de hadde mer utbytte av ansikt til ansikt møte med farmasøyten. De ga uttrykk for at det var en del forstyrrelsesfaktorer ved telefonsamtale som ikke var eller som kunne kontrolleres ved et fysisk møte med farmasøyten. Kanskje har telefonsamtalen et viktig sosialt aspekt, selv om det trolig ikke var det viktigste med denne kontakten. Informant 3 beskriver det slik:

”[...]Du får mer personlig forhold til farmasøyten der du sitter ved bordet og prater med vedkommende. For i en telefonsamtale glemmer du en del spørsmål, men når du drar til en farmasøyt, noterer du en del stikkord du lurere på. Det å snakke i telefon blir litt annerledes, litt mer fjernt”

5.2.3 Oppsummering av organisatoriske funn

I de to forrige avsnittene er det beskrevet hva informantene mente må være på plass i en eventuell farmasøytisk oppfølging. For det første må det være enkelt å bli med og det må være minst mulig ”_å huske på”_. For det andre er møteplassen, og samtalen kan foregå uten tidsnød.

5.3 Forslag fra informantene

Informantene kom i løpet av intervjuene opp med flere forslag for hvordan oppfølgingen kan forbedres. Det ble tatt opp momenter som økt samarbeid mellom lege og farmasøyt, noe som også ble berørt i den opprinnelige intervjuguiden. Men det ble også nevnt andre temaer som var helt nye og uventede, som for eksempel integrering av farmasøytisk oppfølging i hjerteskolen.

5.3.1 Integrering av farmasøytisk oppfølging i hjerteskolen

Et forslag fra en av informantene handlet om å integrere farmasøytisk oppfølging i hjerteskolen. Hjerteskolen er et tilbud fra UNN til alle som har vært gjennom et hjerteinfarkt første gang. Skolen arrangeres over to dager, hvor pasienter får lære om sykdommen sin, om legemidlene generelt (av farmasøyt), lage hjertevennlig mat, deltar i fysisk aktivitet med fysioterapeut samt har konsultasjon med en kardiolog. Pasientene henvises vanligvis til hjerteskolen ved utskrivelse fra UNN og ”skolen” blir gjennomført ca. tre måneder senere. Informant 3 var for mer farmasøytisk oppfølging gjennom denne hjerteskolen i tillegg til det å ha personlig møte med farmasøyten:

”Jeg tror det kan legges mer i den hjerteskolen, for den hjerteskolen burde vært obligatorisk for alle som skal inn både til stenting og hjerteoperasjon”.

Denne informanten vil ha mer av farmasøytisk oppfølging i form av en integrering av den type oppfølging i hjerteskolen. Vedkommende kan også ha som mål å øke det utbytte han har hatt gjennom hjerteskolen for denne informanten gir uttrykk for gjennom intervjuet at han har hatt nytte av hjerteskolen. Men han kan også ha som mål å spare tid gjennom at det kun blir det ene stedet å forholde seg til.

5.3.2 Økt samarbeid mellom lege og farmasøyt

Samarbeid mellom leger og farmasøyter ble spesifikt nevnt av alle fire informantene. Informant 2 mente at dette samarbeidet kommer til gode for pasientene:

”Jeg tror en farmasøyt, som kjenner legemidlene godt, kan bidra til at det blir mer riktig medisinerings”.

På samme måte mente informant 3 at det er viktig med et bindeledd mellom farmasøyster og leger:

”Jeg tror det er viktig med bindeleddet mellom legen og farmasøyten, og det kan skje gjennom hjerteskolene”

Det informantene her sier er i samsvar med funn i en annen studie hvor betydningen av økt samarbeid mellom allmennpraktikere, sykepleiere og farmasøyster ble undersøkt. Forfatterne fant at pasientene med dette samarbeidet fikk mer informasjon og veiledning om legemidler enn uten samarbeid [44].

Informantene hevder at det er lite samarbeid mellom farmasøyster og leger, hvilket leder en direkte til å undre seg over i hvilken grad informantene har grunnlag for å uttale seg om dette. Hva vet informantene om hvilket samarbeid som foregår mellom disse yrkesgruppene hvilken bakgrunn har informantene for å bedømme dette? Det er åpenbart at det foregår et samarbeid mellom disse to yrkesgruppene for eksempel i arbeidet på apotek, men denne type samarbeid er neppe så synlig for pasienter. Dette samarbeidet har også en annen karakter enn det informantene har opplevd gjennom farmasøytisk oppfølging. Informantene tar opp en vesentlig problemstilling når de etterlyser teamarbeid på avdelingen. I andre land som for eksempel USA og Storbritannia er farmasøyster ansatt på sykehusavdelingen og deltar aktivt i legemiddelanbefalinger og – informasjon. I og med at kliniske farmasøyster ikke er så utbredt i Norge, ser heller ikke pasienter den type samarbeid. Men de etterlyser det.

Et spørsmål som skaper stor uenighet er hvorvidt farmasøyster burde arbeide i klinikken. I en nylig publisert studie ble det undersøkt hvorvidt farmasøytens og legers oppfatninger representerte barrierer når det gjelder utvidelse av rollen til farmasøyster i den kliniske legemiddelhåndteringen. Forfatterne fant at oppfatningene var ulike mellom farmasøyt og lege. Det var mer aksept for tekniske roller og mindre aksept for kliniske roller til en farmasøyt fra legene. Legene var ikke enige om å gi mer klinisk ansvar til farmasøyster [45].

Samarbeid mellom leger og farmasøyter vil være til fordel for pasienter. I tillegg kan samarbeid avlaste legene for enkelte oppgaver da farmasøyter sitter med stor kunnskap om legemidler og legemiddelbruk. Kanskje må det en holdningsendring til både hos leger og hos farmasøyter. Farmasøyter er utfordret som helsepersonell til å synliggjøre seg mer og samtidig øke grad av samarbeid med andre helsepersonell [44].

5.3.3 Mer kontakt mellom pasienter og farmasøyt på apotek

Informantene mener at farmasøyter bør være mer tilgjengelige og komme nærmere pasientene på i et vanlig apotek. Det hjelper ikke så mye at farmasøyter har stor kunnskap om legemidler, dersom denne kunnskapen ikke kommer til bruk blant pasientene. Farmasøyter bør bryte de barrierene som står i veien for at pasienter ikke opplever farmasøyter som utilgjengelige i hvertfall på apotek. Det burde kanskje vært mer av det kliniske farmasi på et apotek, dette kan være alt fra legemiddelgjennomganger til individuell opplæring. Men dette vil igjen kreve at farmasøyten er klinisk trent, og det er ikke alle farmasøyter som er det. Her dukker det opp igjen viktigheten av klinisk farmasi som fremdeles er i utvikling i Norge.

5.3.4 Oppsummering av informantenes forslag

Det ble etterlyst av den ene informanten at farmasøyten i større grad burde involveres i hjerteskolen med personlige ”konsultasjoner”. Et annet moment var samarbeid mellom lege og farmasøyt, hvilket kan tyde på at det er det kliniske samarbeidet som etterlyses, også sett i lys av kunnskapen som fremheves som viktig i dette studiet. Mer bruk av farmasøytens kunnskaper i apotek ble også nevnt. Alt i alt ser det ut som at farmasøytens synlighet i sitt fagfelt savnes, også blant pasienter.

5.4 Paternalisme versus empowerment/concordance

Den farmasøytiske oppfølgingen har vært med på å gi alle informantene mer kunnskap. Kunnskapen er ment å gi innsikt i legemidlenes virkninger og bivirkninger for å fremme

riktig legemiddelbruk samt gi grunnlag for å kunne gjenkjenne symptomer hvis noe ikke er riktig.

Informant 2 fortalte at han hadde kuttet en del av legemidlene sine uten å informere verken legen eller farmasøytten, dette fordi han hadde tålt dem dårlig og ikke ville bruke dem lenger. Han sa også det at han ”hele tiden” har vært kritisk til legemidler. På den annen side antyder han at han gjør som han blir fortalt:

”Man er vokst opp i en skole hvor man gjør som man får beskjed om. Får du beskjed om å spise en sitron, så spiser du en sitron”.

Dette utsagnet står klart i kontrast til det den samme informanten forteller om selvseponering av legemidler, hans egen autonome avgjørelse. Med disse motsetningene som bakgrunn kan man trekke inn begrep som paternalisme, empowerment og concordance. I en farmasøytisk sammenheng er begrepet concordance hyppigere brukt enn empowerment. En dypere forståelse for disse begrepene er viktig fordi det danner grunnlaget for den farmasøytiske omsorgen for den enkelte pasienten. Alle pasienter har neppe behov for samme grad av informasjon, men i følge pasientrettighetsloven § 3-2 skal informantenes ønske om hvor mye informasjon det skal gis respekteres [46].

Med paternalisme menes det at helsepersonell avgjør hva som er til pasientens beste. Paternalisme forstås da som å overprøve en annens autonome beslutning av hensyn til denne personens velferd [47]. I motsetning til paternalisme, blir empowerment definert som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse [35]. Empowerment gir i motsetning til paternalisme, pasienter anledning til å delta i de avgjørelser som handler om behandlingen. Man kan tenke på begrep som empowerment og pasientautonomi når denne informant sier at han har kuttet en del medisiner uten at det har vært i samråd med noen. Fra informantens utsagn, kan det antas at han er sterkt påvirket av instruksjonen fra legen, men at han samtidig tilnærmer seg større grad av autonomi gjennom empowerment. Det kan være vanskelig å konkludere om hva som er best for denne pasienten, men det er økende aksept for pasienter i noen tilfeller skal være med å bestemme over sin egen behandling.

Tilsvarende begrepet empowerment brukes det i farmasi begrepet concordance. Dette begrepet er knyttet til prosessen og resultatet av en medisinsk konsultasjon [38]. Under innflytelse av concordance forhandler klinikerens, som i dette tilfellet er farmasøyten, og pasientene om å bli enige vedrørende sykdommen og ellers hvordan legemidlene skal brukes. Dette begrepet står som empowerment også i kontrast til paternalisme. Målet med innføringen av concordance er at pasienten skal være med å bestemme om behandlingen han/hun får i den grad dette lar seg gjøre.

I denne studien fremkom det av informantene at concordance er blitt aktivt brukt i ”forhandlingsprosessen” mellom farmasøyten og pasientene. Dette har ført til endringer i for eksempel legemiddelregimet som har slått ut i positiv retning. Concordance modellen er vist å være et egnet verktøy til å starte pasient konsultasjoner basert på pasienters behov [48] og concordance blir vedsatt av pasienter på grunn av toveis kommunikasjon med helsepersonell, økt informasjon om legemidlene og redusert antall legemidler [49].

I diskusjonen rundt empowerment/concordance, er det viktig å presisere at det ikke er helt sikkert at alle pasienter faktisk vil benytte seg av tilnærmingen empowerment og ta ansvar for deres helse og omsorg [50]. Man kan stille spørsmål om hvorvidt det er mer behov for empowerment/concordance i helsevesenet, men kanskje er det viktigst at det eksisterer en likevekt mellom paternalismen og empowerment/concordance?

Det fremkom i denne studien at pasientene hadde vært under innflytelse av både instruksjoner fra legen og samtidig hadde fått kunnskap som hadde gitt dem en trygghet til å ta egne valg.

6. Konklusjon

Dybde intervju som verktøy og kvalitativ studie som forskningsmetode var en egnet metode for å få frem informantenes erfaringer med farmasøytisk oppfølging.

Alle informantene var positive til den farmasøytiske oppfølgingen, og det er identifisert fire hovedårsaker til dette: økt kunnskap om sykdom og legemiddelbehandling, økt trygghet, ivaretagelse av et omsorgsbehov og romslig med tid hos farmasøyten.

Farmasøytens faglige kunnskap var viktigst for informantene, selv om tidsaspektet og ivaretagelsen av omsorgsbehovet også blir fremhevet.

Samtlige informanter ga uttrykk for at samarbeidet mellom leger og farmasøyter bør styrkes, og at farmasøyter bør bli mer synlige for pasientene i sin yrkesutøvelse i apotek og på sykehusavdelinger.

Utvalget ved denne studien er begrenset ved at det kun var fire informanter som ble inkludert. Alle informantene var hjertepasienter, og funnene kan derfor ikke uten videre ekstrapoleres til andre pasientgrupper.

Som et fremtidig arbeid er det derfor relevant å gjennomføre kvalitative studier på et bredere pasientgrunnlag, både hva angår antall inkluderte og andre pasientgrupper

7. Referanser

1. Kjeldby, C., A. Bjerre, and N. Refsum, [*Clinical pharmacist in a multidisciplinary team in a paediatric department*]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2009. **129**(17): p. 1746-9.
2. American College of Clinical Pharmacy www.accp.com/clinical_pharmacy.php (7.2.2008)
3. European Society of Clinical Pharmacy <http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712> (7.2.2008)
4. Viktil, K.K. and H.S. Blix, *The Impact of Clinical Pharmacists on Drug-Related Problems and Clinical Outcomes*. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology, 2008. **102**(3): p. 275-280.
5. Strand LM, C.R., Morely PC, *Drug-related problems: their structure and function*. 1990
6. Helsedirektoratet, *Kontaktpunkt for tverretattlig legemiddelinformasjon. Legemiddelmelidingen*. 2007
7. Gillespie, U., et al., *A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial*. Arch Intern Med, 2009. **169**(9): p. 894-900.
8. Hepler, C.D. and L.M. Strand, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy, 1990. **47**(3): p. 533-43.
9. Dooley, M.J., et al., *A prospective multicentre study of pharmacist initiated changes to drug therapy and patient management in acute care government funded hospitals*. British Journal of Clinical Pharmacology, 2004. **57**(4): p. 513-521.
10. Blix, H.S., et al., *The majority of hospitalised patients have drug-related problems: results from a prospective study in general hospitals*. European Journal of Clinical Pharmacology, 2004. **60**(9): p. 651-658.
11. Graneheim, U.H. and B. Lundman, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Educ Today, 2004. **24**(2): p. 105-12.
12. Kvale, S., *Det kvalitative forskningsintervju*. 1997, Oslo: Ad notam Gyldendal. 236 s.
13. Thagaard, T., *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 2009, Bergen: Fagbokforl. 250 s.
14. Thornquist, E., *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. 2003, Bergen: Fagbokforl. 244 s.
15. Lewin, S., C. Glenton, and A.D. Oxman, *Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study*. BMJ (British Medical Journal), 2009. **339**(sep10_1): p. b3496-.
16. Montgomery, A.T., et al., *Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views*. Pharm World Sci, 2007. **29**(6): p. 593-602.

17. Malterud, K., *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. Lancet, 2001. **358**(9280): p. 483-8.
18. Malterud, K., *The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers*. Lancet, 2001. **358**(9279): p. 397-400.
19. Al-Saffar, N., et al., *Depressed patients' preferences for education about medications by pharmacists in Kuwait*. Patient Education and Counseling, 2008. **72**(1): p. 94-101.
20. Arthur, V. and C. Clifford, *Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction*. Journal of Clinical Nursing, 2004. **13**(2): p. 234-242.
21. Marcinowicz, L., S. Chlabicz, and R. Grebowski, *Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology*. BMC Health Services Research, 2009. **9**(1): p. 63.
22. Renberg, T., Å.K. Lindblad, and M.P. Tully, *Exploring subjective outcomes perceived by patients receiving a pharmaceutical care service*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2006. **2**(2): p. 212-231.
23. Hunt, J.S., et al., *A randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension*. J Gen Intern Med, 2008. **23**(12): p. 1966-72.
24. Erhun, W.O., E.O. Agbani, and E.E. Bolaji, *Positive benefits of a pharmacist-managed hypertension clinic in Nigeria*. Public Health, 2005. **119**(9): p. 792-798.
25. Wang, H.Y., et al., *Effects of Pharmaceutical Care Intervention by Clinical Pharmacists in Renal Transplant Clinics*. Transplantation Proceedings, 2008. **40**(7): p. 2319-2323.
26. Bucci, C., et al., *Pharmacist's contribution in a heart function clinic: patient perception and medication appropriateness*. Can J Cardiol, 2003. **19**(4): p. 391-6.
27. Rodis, J., et al., *Effects of a pharmacist-initiated educational intervention on patient knowledge about the appropriate use of antibiotics*. Am J Health Syst Pharm, 2004. **61**(13): p. 1385-1389.
28. López Cabezas, C., et al., *Randomized clinical trial of a postdischarge pharmaceutical care program vs. regular follow-up in patients with heart failure*. Farmacia Hospitalaria, 2006. **30**(6): p. 328-342.
29. Gibbs, S., W.E. Waters, and C.F. George, *The benefits of prescription information leaflets (2)*. Br J Clin Pharmacol, 1989. **28**(3): p. 345-51.
30. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2003: Universitetsforlaget, Oslo.
31. Martinsen, K., *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. 1989, Oslo: TANO. 278 s.
32. Martinsen, K., *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. 1993, Oslo: TANO. 190 s.
33. Martinsen, K., *Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring*, in *Moderne omsorgsbilder*. 1990, Gyldendal: Oslo. p. S. 61-97.
34. Andrews, T., *"Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid*. Tidsskrift for Velferdsforskning, 2003; **6**(1): 30-42.
35. *World Health Organization (WHO). Health promotion glossary*.

- Nedlastet 19. mai 2010 fra:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
36. Thesen J, M.K., "Empowerment" og pasientstyrking- et undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Laegeforen, 2001; 121: 1624-28.
 37. Feste, C. and R.M. Anderson, *Empowerment: from philosophy to practice*. Patient Education and Counseling, 1995. **26**(1-3): p. 139-144.
 38. Taylor, K. and G. Harding, *Pharmacy practice*. 2001, London: Taylor & Francis. XVII, 561 s.
 39. Hellevik, O., *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 2002, Oslo: Universitetsforl. 487 s.
 40. Dahlberg, K., N. Drew, and M. Nyström, *Reflective lifeworld research*. 2001, Lund: Studentlitteratur. 259 s.
 41. Kaarhus, R., *Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. Tidsskrift for samfunnsforskning 40:1. . 1999.*
 42. Paulgaard, G., *Feltarbeid i egen kultur- innenfra, utenfra eller begge deler? . Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo: Universitets forlaget, 1997.
 43. Moczygamba, L.R., et al., *Patient satisfaction with a pharmacist-provided telephone medication therapy management program*. Research in Social and Administrative Pharmacy. **In Press, Corrected Proof**.
 44. Lamberts, E.J.F., M.L. Bouvy, and R.P. van Hulten, *The role of the community pharmacist in fulfilling information needs of patients starting oral antidiabetics*. Research in Social and Administrative Pharmacy. **In Press, Corrected Proof**.
 45. Bryant, L.J.M., et al., *General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2009. **5**(4): p. 347-362.
 46. Rett til medvirkning og informasjon. *Pasientrettighetsloven § 3-1*. Nedlastet 22.mai.2010 fra
<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/html/pasientrettigheter/kap3.html>.
 47. Slettebø, Å. and P. Nortvedt, *Etikk for helsefagene*. 2006, Oslo: Gyldendal akademisk. 220 s.
 48. Geurts, M.M.E., et al., *The evaluation of an intervention based on the application of patient self-completion concordance forms in Dutch community pharmacies and the effect on adherence to chronic medication*. Patient Education and Counseling. **78**(1): p. 85-90.
 49. Du Pasquier, S. and P. Aslani, *Concordance-based adherence support service delivery: consumer perspectives*. Pharmacy World & Science, 2008. **30**(6): p. 846-853.
 50. Robinson, A. and R. Thomson, *Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools*. Quality in Health Care, 2001. **10**(suppl 1): p. i34-i38.

8. Vedlegg

A: Litteratursøk

B: Godkjennelse fra REK

C: Inklusjonsprosedyre

D: Pasientsamtykkeskjema

E: Intervjuguide- versjon 1

F: Intervjuguide- versjon 2

Vedlegg A: Litteratursøk

Tabell 1.1: Søketermer som free Text og Mesh terms i Pubmed og ScienceDirect.

Free Text	Mesh terms
<ul style="list-style-type: none">- Clinical pharmacy- Follow-up- Drug related problems- Pharmaceutical care- Pharmacist- Patient experience	<ul style="list-style-type: none">- Patient satisfaction- Qualitative research- Pharmacy service- Patient education- Pharmacists- Patient care management- Disease management

Vedlegg B: Godkjenning fra REK

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:
Lars Småbrekke
lars.smabrekke@uit.no

Dokumentreferanse: 2009/2118-11
Dokumentdato: 29.01.2010

FARMASØYTISK OPPFØLGING AV PASIENTER MED HJERTESYKDOM - EN KVALITATIV STUDIE AV PASIENTENES
ERFARINGER FARMASØYTISK OPPFØLGING AV PASIENTER MED HJERTESYKDOM - EN KVALITATIV STUDIE AV
PASIENTENES ERFARINGER

Vi viser til prosjektleders tilbakemelding av 18.01.2010 med vedlegg.

Etter fullmakt er det fattet slikt

vedtak:
Prosjektet godkjennes.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad. Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjenningen gjelder til 31.12.2010

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Beate Solbakken
Førstekonsulent

Vedlegg C: inklusjonsprosedyre

Hvem inkluderes?

Så snart studentprosjektet er godkjent av REK vil inklusjon til studien starte. Dette påregnes å være i slutten av desember 2009 eller begynnelsen av januar 2010. Informantene vil bli rekruttert fra den allerede pågående studien (paraplyprosjektet, se protokoll) hvor pasienter kommer til Sykehusapoteket Nord, Tromsø for oppfølgingssamtale vedrørende legemidler og legemiddelbruk. I paraplyprosjektet blir pasientene innkalt til samtale på to tidspunkter etter utskrivning fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN); etter 3 måneder og etter 1 år. Inklusjonen til paraplyprosjektet startet opp allerede i februar 2009 og pågår dermed ut februar 2010. Oppfølging vil foregå ut februar 2011. Dermed er det allerede på nåværende tidspunkt pasienter som er inne til samtale etter 3 måneder. 1-årssamtalene er beregnet å starte opp i februar 2010 men kan fremskyves til januar 2009 hvis pasienten selv ønsker det. Det vil kun bli rekruttert blant pasienter som er inne til 3-månederssamtaler og 1-årssamtaler, dette pga at disse allerede har en viss erfaring angående oppfølgingen de får.

Hvem inkluderer?

Informasjonen om studien kommer til bli gitt i forbindelse med oppfølgingssamtalen hos farmasøyt, slik at pasienten får forståelsen av at den nye studien har sammenheng med den de allerede er med i. I tillegg er dette praktisk gjennomførbart når pasienten allerede har en avtale med farmasøyten. MEN; det er av aller største viktighet at pasienten som blir forespurt om deltakelse ikke føler seg presset til å være med i denne nye studien kun fordi han/hun er med i paraplyprosjektet. Det planlegges derfor at informasjon om studien skal skje på en så nøytral måte som mulig.

Hvordan inkluderes det?

Farmasøyten (prosjektadministrator) i paraplyprosjektet vil under eller på slutten av den opprinnelige oppfølgingssamtalen gi informasjon om dette prosjektet og utlevere skriftlig informasjon (pasientinformasjon/samtykkeskjema, se vedlegg D).

Det tenkes at farmasøyten sier følgende:

”Jeg ønsker nå å gi deg informasjon om et masterprosjekt som har sitt utspring i denne studien du allerede er med i. En masterstudent i farmasi ønsker å undersøke hvilken erfaring DU har med den oppfølging du får fra farmasøyt. For å belyse dette vil han gjennomføre dybdeintervjuer med 4-5 av dere som er med i oppfølgingsstudien. Studenten ønsker å komme hjem til deg for å foreta intervjuet som normalt vil vare 1- 1½ time. Hvis du ikke ønsker hjemmebesøk, kan intervjuet også foregå her på UNN eller på Universitetet. Jeg kommer ikke til å få vite hvem som deltar eller hvem som har sier hva. Du får nå et informasjonsskriv hos meg slik at du kan lese nærmere hva studien går ut på. Det er helt frivillig å være med. Hvis du har lyst til å være med, underskriver du skjemaet og postlegger det i vedlagte konvolutt som er ferdig frankert. Svaret vil ikke komme til meg men til studentens veileder på universitetet. For at jeg ikke skal spørre for mange pasienter om de ønsker å delta, er det ønskelig at du svarer så fort som mulig, og ikke senere enn innen 14 dager. Når svaret ditt eventuelt mottas, vil du bli kontaktet av studenten for nærmere avtale av tidspunkt”.

Hvis pasienten skulle ha noen flere spørsmål til studien, vil det henvises til informasjonsskrivet (hvis informasjonen er å finne her). Det påpekes at farmasøyten skal forsøke å være så nøytral som mulig, for ikke å ”presse” pasienten til å delta.

Vedlegg D: Pasientsamtykkeskjema



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*”Farmasøytisk oppfølging av pasienter med hjertesykdom -
en kvalitativ studie av pasientenes erfaringer”*

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som utgjør mitt masterprosjekt i klinisk farmasi. Du er allerede med i en studie hvor du får oppfølging fra klinisk farmasøyt med fokus på legemidler og legemiddelbruk. I denne studien får du oppfølging i ett helt år etter at du ble utskrevet fra hjertemedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Mitt masterprosjekt har sitt utspring i denne studien, og jeg ønsker å vite mer om hvilken **erfaring** og **opplevelse du** har av denne oppfølgingen.

For å belyse dette ønsker jeg å utføre dybdeintervjuer med 4-5 av dere som allerede mottar oppfølgingen fra farmasøyt. Dette vil være åpne samtaler hvor jeg ikke legger så mange føringer, men hvor du får fortelle fritt om dine erfaringer og opplevelse av oppfølgingen.

Hva skjer i studien?

Hvis du samtykker til å delta vil du bli kontaktet av meg for nærmere avtale om tid og sted for intervjuet. Jeg kan komme hjem til deg, men intervjuet kan også foregå på UNN eller på Universitetet hvis du ønsker. Det er beregnet at intervjuet vil vare i 1- 1½ time. Intervjuet vil i sin helhet bli tatt opp på bånd slik at jeg i etterkant kan analysere hva som er blitt sagt. Hvis du under intervjuet skulle ha behov for å ha en liten pause eller skulle ha lyst til å slette noe av det du har sagt, er dette fullt mulig.

OBS! Farmasøyten du mottar oppfølging fra vil ikke få innsyn i hvem som har takket ja til å delta i dette prosjektet.

Hvis du har lyst til å delta, skriver du ditt navn med blokkbokstaver, fyller ut med ditt telefonnummer og underskriver på siste side av dette dokumentet. Arket legger du så i den vedlagte frankerte konvolutten og postlegger denne. Den andre kopien av dette skrivet beholder du selv.

VIKTIG: Av praktiske hensyn må du gjøre dette **innen 14 dager** etter at du har fått denne forespørselen. Hvis ditt samtykke kommer senere enn dette, kan du dessverre risikere å ikke få være med likevel da kun de første 4-5 som melder seg får muligheten.

Mulige fordeler og ulemper

Dette prosjektet vil ikke ha noen direkte fordeler for deg. Men ved å fortelle oss om dine opplevelser og erfaringer vil prosjektet kunne bidra til å utvikle tilbudet om oppfølging av legemiddelbruk.

Prosjektet innebærer heller ingen direkte ulemper for deg. Men om vi i løpet av intervjuet kommer inn på tema som du syntes er vanskelig å snakke om, vil jeg ta hensyn til det

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle samtaler som er tatt opp på bånd vil bli skrevet ned i tekst uten at det knyttes navn til denne teksten. Når prosjektet er avsluttet vil alle båndopptak bli slettet og den nedskrevne teksten vil bli aidentifisert. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker behandlingen din. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder, se informasjon nederst på siden.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av informasjon

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltaker i studien har du rett til å få informasjon om utfallet av studien når den er ferdig.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter at jeg har fått informasjon om studien og er villig til å delta

(Din signatur, sted og dato)

(Ditt navn med blokkbokstaver)

Ditt telefonnummer

Vedlegg E: Intervjuguide- versjon 1

Det er planlagt å gjennomføre et semistrukturert intervju med åpne spørsmål som der det faller seg naturlig i intervjuet blir stilt til pasientene. Her vil jeg innlede samtalen med ”fortell om hvordan du opplever å være i oppfølging fra farmasøyt” eller spørre om hvordan denne oppfølgingen foregår? Kan være et innledende spørsmål jeg stiller pasientene mine, så har jeg deltema (1, 2,3 og 4) som jeg søker å komme inn på underveis. Videre vil jeg påpeke at vi kan ta pause når de vil det. Det blir også informert om at dersom det er noe pasienten vil slette fra båndet så skal man gjøre det og. Målet mitt med å gi disse informasjonene er å gjøre pasienten så trygg som mulig på prosjektet mitt, og at pasientenes ønsker blir ivaretatt dersom det er noe rundt intervjuet. Nedenfor vil jeg prøve å skissere de spørsmål relatert til tre overordnede tema utledet fra mitt forskningsspørsmål som jeg vil prøve å få informanten til å reflektere rundt i intervjuet. Spørsmålene er inndelt i ulike tema. Hvis informantene kommer inn på noe av det jeg er interessert i, vil jeg stoppe opp å be dem snakke litt mer om dette. Til sist i intervjuet vil jeg bruke intervjuguiden som en sjekkeliste for hvorvidt vi har snakket om det jeg ønsket å belyse. På forhånd vil jeg lage en liste over stikkord som jeg kommer til og bruke om tema som jeg vil gjennom. Dette skal jeg ha i tillegg til disse 5 tema fordi at en liste med stikkord vil gjøre at jeg konsentrerer meg mer om de besvarelsene jeg får i stedet for å bruke så mye tid på å lese gjennom spørsmålene. Disse stikkordene kan være: oppfølging, opplevelser og erfaringer, farmasøytens rolle, sykdom og medisiner, nytte, samarbeid, farmasøytens plass, stole på farmasøyten, tilbud, sykdomserfaring, gjort annerledes..etc. Til slutt går jeg gjennom temaene i tilfelle det er noe jeg har glemt å spørre om.

Tema:

1. Trygghet rundt legemiddelbruk
 - Hvordan opplever du å være i oppfølging?
 - Hva betyr det for deg å få oppfølging fra en farmasøyt i din hverdag om sykdommen din og legemidlene dine? Utgjør det noe forskjell?
2. Kunnskap om medisiner.
 - Er du fornøyd med den behandlingen du får nå? Hvordan synes du legemiddelbehandlingen din har vært?

- Har du lært noe nytt om sykdommen din og legemidlene dine siden du startet med oppfølgingen fra farmasøyten?
3. Farmasøytens rolle i det tverrfaglige teamet
 - Får du den informasjonen du trenger i forbindelse med din sykdom og legemidlene?
 - Går du like ofte til en farmasøyt for veiledning og råd som du går til lege?
 - Hva er din holdning til at farmasøyter informerer om legemidler og gir råd?
 - anbefaler du farmasøytisk oppfølging til pasienter med etablert hjertekar sykdom?
 4. Opplevelse av hvordan tilbudet fungerer
 - Er dette tilbudet noe du kunne tenke deg å fortsette med?
 - Har du tanker om noe som kunne være gjort på andre måter i oppfølgingen
 5. Sykdomserfaring relatert til at du bruker medisiner.

Takk for at du var med på prosjektet mitt og jeg er ferdig hvis du ikke har noe ekstra å tilføye.

Vedlegg F: Intervjuguide- versjon 2

Før intervjuet vil det bli informert om følgende punkter:

- Meg selv og hva jeg gjør
- Formålet med undersøkelsen
- Tidsaspekt for intervjuet
- Pauser/drikke
- Ta opp på bånd – start båndopptaker her (så glemmer du det ikke)
- Sletting av data
- Anonymitet / konfidensialitet
- Notater underveis
- Noen tema jeg ønsker å belyse, men det viktigste er at du får snakke fritt. Jeg er interessert i dine erfaringer/opplevelser
- Interesse av det DU opplever, BRA eller MINDRE BRA

ÅPNINGSSPØRSMÅL

Kan du fortelle meg om oppfølgingen du får hos farmasøytene (Beate)?

TEMA

Kunnskap om legemidler

Trygghet rundt legemiddelbruk

Farmasøytens rolle

Opplevelse av tilbudet du mottar

