



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for farmasi

Ordningen «reseptfri medisin med veiledning» med fokus på Viagra Reseptfri®

- farmasøytens erfaringer, og tanker rundt videreutvikling av ordningen

Catherine Tam Uyen Vo

Masteroppgave i farmasi, mai 2021

© Catherine Tam Uyen Vo

2021

Ordningen «reseptfri medisin med veiledning» med fokus på Viagra Reseptfri®

Catherine Tam Uyen Vo

<https://munin.uit.no>

Trykk: UiT Trykkeriet, UiT Norges arktiske universitet

Arbeids- og forskningsmiljø

Denne masteroppgaven tilhører UiT Norges arktiske universitet, mens resultatene eies av OsloMet Storbyuniversitetet. Dette forskningsprosjektet har fått faglig bidrag fra Apotekforeningen. Prosjektet ble gjennomført i perioden august 2020 til mai 2021.

Veileder:

- Tonje Krogstad, førsteamanuensis, Institutt for naturvitenskapelige helsefag, OsloMet Storbyuniversitetet

Intern kontaktperson:

- Janne Erikke Mjelle, førstelektor og programkoordinator, Institutt for farmasi, UiT Norges arktiske universitet

Samarbeidspartnere:

- Tore Reinholdt, Seniorrådgiver farmasi, Apotekforeningen



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som et avsluttende arbeid av et toårig masterstudium i Farmasi ved UiT Norges arktiske universitet, i perioden august 2020 til juni 2021.

Arbeidet med denne oppgaven har vært utfordrende og krevende, men ikke minst lærerikt. Heldigvis har jeg ikke stått alene i dette arbeidet. Det er mange som jeg ønsker å takke for at jeg nå endelig har kommet i mål.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Tonje Krogstad, ved OsloMet - Storbyuniversitetet, for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger, og ikke minst støtte gjennom perioden. Dette har hatt en stor betydning under arbeidet med masteroppgaven. Uten deg hadde det ikke vært noen oppgave.

Videre vil jeg takke alle informanter som har deltatt, og tatt seg tid til å bli intervjuet. Uten deres opplevelser og erfaringer hadde det ikke vært noe grunnlag for en oppgave. Det er dere som har gjort denne masteroppgaven mulig å gjennomføre.

Jeg vil også takke Tore Reinholdt fra Apotekforeningen for å ha bidratt til rekruttering av informanter. I tillegg vil jeg særlig rette en takk til Apotekforeningen og Folkehelseinstituttet for tilgang av data.

Til slutt vil jeg takke min kjære familie, kjæreste og venner som har støttet meg og motivert meg gjennom hele farmasistudiet.



Catherine Tam Uyen Vo

Oslo, mai 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Apotekbransjen og farmasøytrollen er stadig i endring, og i de siste årene har flere og flere farmasøytiske tjenester blitt implementert i apotek. Dette har ført til større fokus på legemiddelveiledning og formidling av legemiddelinformasjon, samt apotek som et lavterskeltilbud innen helse. I 2018 åpnet Stortinget for å fjerne reseptplikten på enkelte legemidler, slik at de kunne selges reseptfritt med farmasøytisk veiledning (1). Denne ordningen ble kalt *reseptfri medisin med veiledning*. Fra desember 2019 ble Viagra Reseptfri[®] tilgjengelig på apotekene, og er det første legemidlet som godkjennes gjennom denne ordningen (2).

Hensikt: Formålet med studien er å innhente farmasøytens erfaringer rundt Viagra Reseptfri[®] i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og deres tanker rundt videre utvikling av ordningen. Denne kunnskapen kan benyttes til å utvikle ordningen videre.

Materiale og metode: Denne studien ble gjennomført ved hjelp av en kvalitativ forskningsmetode i form av semi-strukturerte fokusgruppeintervju. Det innsamlede datamaterialet fra intervjuene ble transkribert, og deretter analysert ved hjelp av Malteruds systematisk tekstkondensering (STC). Utvalget i studien var apotekfarmasøytter som har utført minst én utlevering av Viagra Reseptfri[®]. Totalt ble det rekruttert 28 apotekfarmasøytter, fordelt på fem fokusgrupper. På grunn av covid-19, ble fokusgruppeintervjuene avholdt virtuelt via videokonferansetjenesten Zoom.

Resultater: Basert på funnene i denne studien var farmasøytene stort sett fornøyd med ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. Opplæringsprogrammet ble utpekt som grundig og informativt. Farmasøytene møtte på ulike kunder med forskjellige kjøpsadferd, bakgrunn og behov, og i ulike alder. Usikkerhet rundt nekting av utlevering, rigid sjekkliste, fremstillingen av ordningen i reklame og media, og kundenes holdninger ble trukket frem som utfordringer knyttet til utlevering av Viagra Reseptfri[®]. Farmasøytene uttrykte et stort ønske om flere legemidler i ordningen. For at ordningen skal lykkes i fremtiden, kreves det optimalisering av sjekklisten, større fokus på legemiddelrådgivning, og en mulig registrering av gjennomførte utleveringer.

Konklusjon: Denne studien har vist at farmasøytter er positive til ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, da det er et viktig og riktig steg i legemiddelpolitikken. Likevel mente farmasøytene at ordningen hadde et stort forbedringspotensial. Klare retningslinjer av utleveringsbestemmelser kan redusere usikkerheten rundt nekting av utlevering. Farmasøytene uttrykte at ordningen heller burde ha et større fokus på å gi kunden tilstrekkelig legemiddelinformasjon for å sikre riktig legemiddelbruk, enn å bruke sjekklisten som en kontrollfunksjon. Det kan være aktuelt å benytte et flytskjema fremfor en sjekkliste, på lik linje som tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. Registrering av utleveringen kan være hensiktsmessig for å avdekke feilbruk, samt synliggjøre farmasøytrollen og apotekets bidrag til riktigere legemiddelbruk. Videre forskning rundt kvaliteten av veiledningen og kundeopplevelsen anbefales.

Tabelliste

Tabell 1 Oversikt over sammensetningen av fokusgruppene.....	25
Tabell 2 Oversikt over informantene basert på bosted	26
Tabell 3 Oversikt over informantene basert på antall utleveringer av Viagra Reseptfri®	26
Tabell 4 Oversikt over apotekkjede informantene representerte.....	26
Tabell 5 Oversikt over informantenes tilbakemeldinger på hvor stor grad de kunne se og høre hverandre under Zoom-møtet.....	27

Figurliste

Figur 1 Helsetrappen	3
Figur 2 Antall apotek og antall innbyggere per apotek i perioden 1995 til 2020.....	4
Figur 3 Antall brukere av reseptpliktig sildenafil i Norge i perioden 2010 til 2020	10
Figur 4 Distribusjon av reseptpliktig sildenafil i ulike aldersgrupper i Norge i 2010 og 2020	10
Figur 5 Sjekkliste for utlevering av Viagra Reseptfri®.....	13
Figur 6 Antall solgte pakninger av Viagra Reseptfri® til norske apotek i perioden desember 2019 til desember 2020.....	14
Figur 7 Skjematisk fremstilling av de ulike trinnene i analyseprosessen.	22
Figur 8 Resultater av analysetrinn 1-4.....	29

Forkortelser

FHI	Folkehelseinstituttet
HOD	Helse- og Omsorgsdepartementet
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LEON	Lavest effektive omsorgsnivå
LUA	Legemidler utenom apotek
NSD	Norsk senter for forskningsdata
SLV	Statens legemiddelverk
STC	Systematisk tekstkondensering
UiO	Universitetet i Oslo
WHO	Verdens helseorganisasjon
NFA	Norsk forening for allmenntmedisin

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Figur og tabell	IV
Forkortelser	V
1 Innledning.....	1
1.1 Apotekbransjen	1
1.1.1 Farmasøytens rolle i apotek.....	2
1.1.2 Apotekets plass i helsetjenesten	3
1.1.3 Apotekets utvikling	3
1.2 Farmasøytiske tjenester i apotek.....	5
1.3 Innføring av farmasøytutlevering.....	6
1.4 Reseptfri medisin med veiledning.....	8
1.5 Forekomst av erektil dysfunksjon.....	8
1.5.1 Viagra®.....	9
1.5.2 Viagra® i andre land	11
1.5.3 Hvorfor reseptfri Viagra®?.....	11
1.5.4 Krav til utlevering av Viagra Reseptfri®	12
1.6 Salg av Viagra Reseptfri® i Norge	14
2 Hensikt	15
3 Metode.....	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Forskningsprosessen.....	16
3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter.....	16
3.2.2 Bruk av Zoom i forskningsintervjuer	17
3.2.3 Utforming av intervjuguide.....	17
3.2.4 Utarbeidelse av nettskjemaene	18
3.2.5 Pilotintervju.....	18
3.2.6 Gjennomføring av fokusgruppeintervju	19
3.2.7 Transkribering og databearbeidelse.....	19
3.2.8 Analyse av data	20
3.3 Forforståelse.....	22
3.4 Forskningsetikk og personvern.....	23
3.5 Godkjenning av studien.....	24

4	Resultater.....	25
4.1	Informantenes bakgrunn.....	25
4.2	Lyd- og videokvalitet av Zoom-møtet.....	27
4.3	Analyserapport.....	27
4.3.1	Trinn 1	27
4.3.2	Trinn 2	28
4.3.3	Trinn 3	28
4.3.4	Trinn 4	28
4.4	Resultater fra fokusgruppeintervjuene	28
4.4.1	Dagens ordning	29
4.4.2	Kundemøtet.....	35
4.4.3	Farmasøytrollen.....	41
4.4.4	Forslag til forbedringer og videreutvikling av ordningen <i>reseptfri medisin med veiledning</i>	45
5	Diskusjon av resultater.....	50
5.1	Dagens ordning	50
5.2	Videre utvikling av ordningen <i>reseptfri medisin med veiledning</i>	55
5.3	Metodediskusjon	59
5.3.1	Fokusgrupper.....	59
5.3.2	Validitet	61
5.3.3	Reliabilitet.....	64
5.3.4	Refleksivitet	66
5.3.5	Generaliserbarhet.....	66
5.4	Videre studier.....	67
6	Konklusjon	68
	Referanseliste	69
	Vedlegg.....	75

1 Innledning

Bakgrunn

I 2018 åpnet Stortinget for å fjerne reseptplikten på enkelte legemidler, slik at de kunne selges reseptfritt med farmasøytisk veiledning (1). Denne ordningen ble kalt *reseptfri medisin med veiledning*. Det innebærer at man på apoteket får en obligatorisk veiledning før utlevering, og dermed trenger man ikke lenger å dra til legen for å få en resept. Formålet med en slik veiledning er å redusere faren for feilbruk og bivirkninger, og bidra til trygg og riktig legemiddelbruk uten legebesøk. Hensikten med denne ordningen er blant annet å redusere ulovlig netthandel av legemidler og øke befolkningens mulighet for egenomsorg, samt få bedre nytte av farmasøytenes kompetanse (3). Fra desember 2019 ble Viagra Reseptfri® tilgjengelig på apotekene, og er det første legemidlet som godkjennes gjennom denne ordningen (2).

Dette er interessant ut i fra profesjonens side, å undersøke hvordan farmasøytisk kompetanse har blitt benyttet og bidratt i denne nye ordningen. Det er også viktig å utforske fra et folkehelseperspektiv for å se om andre legemidler potensielt kan inngå i denne ordningen. Etersom dette er et nytt konsept i Norge, er det viktig å ha en systematisk oppfølging for å sikre at den opprinnelige hensikten blir ivaretatt og for å se om hva som kan forbedres, samt få en grundigere kunnskap om temaet.

1.1 Apotekbransjen

Apoteket er en kompetansebedrift som skal sikre forsvarlig utlevering og bidra til riktig bruk av legemidler gjennom veiledning og farmasøytiske tjenester (4). I tillegg er apotekene pålagt lokalt lagerhold som skal sikre tilgjengeligheten av legemidler og medisinsk utstyr til befolkningen. Apotekloven vektlegger å bevare apotekene som en faghandel, og at det ikke skal utvannes gjennom salg av produkter og tjenester som ikke er medisinsk- og helserelatert fordi det kan redusere kundenes tillit til apotekets faglige kompetanse. Videre stiller også apotekloven krav til at apotekene skal bestå av et tilstrekkelig antall personale med faglig kompetanse for å sikre god kvalitet og sikkerhet i apotekets virksomhet (5).

Fagpersonalet i apotek er bestående av autorisert helsepersonell, hovedsakelig farmasøyter og apotek teknikere (6). Farmasøyt er en fellesbetegnelse for to ulike yrkestitler, reseptarfarmasøyter og provisorfarmasøyter. Reseptarfarmasøyter har en treårig høyere utdanning med bachelorgrad, og provisorfarmasøyter har en femårig høyere utdanning med en mastergrad. Apoteker betegnes som en provisorfarmasøyt, som har det øverste faglige og administrative ansvaret i et apotek. Det er kun autorisert farmasøyt som har rett til selvstendig ekspedering av legemidler etter resept og rekvisisjon. Apotek teknikere har manglende rett til selvstendig reseptekspedisjon, og ved reseptekspedisjon må faglig kontroll foretas av en farmasøyt.

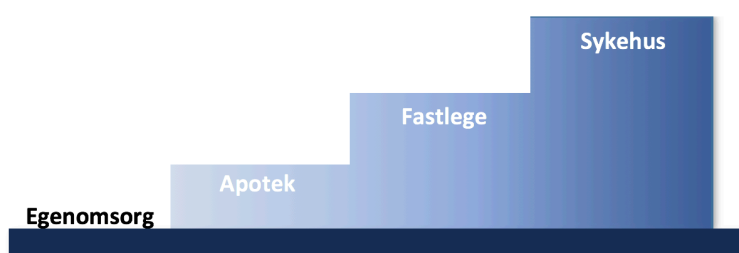
Helsetjenester som apoteket tilbyr er blant annet farmasøytisk tilsyn, vaksinasjon, multidosepakking og utlevering av substitusjonslegemidler i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (4, 7). På apoteket tilbys det også farmasøytiske tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. Disse blir nærmere beskrevet under avsnitt *1.2 Farmasøytiske tjenester i apotek*. I tillegg tilbyr noen apotek også kjedestyrte helsetjenester for å kartlegge sykdomsrisiko i form av føflekkskanning, klamydiatest og tarmkrefttest, bentetthetsmåling, kolesterolmåling, blodsuktermåling, blodtrykksmåling, og røykesluttveiledning (8-11).

1.1.1 Farmasøytens rolle i apotek

Farmasøyter er legemiddeleksperter, og har en unik legemiddelfaglig kompetanse som strekker seg fra forskning via produksjon, distribusjon og til klinisk bruk av legemidler (12). Flertallet av farmasøyter arbeider i apotek, og resterende arbeider i enten sykehus, sykehjem, kommunehelsetjenesten, legemiddelindustrien, forskning og undervisning, eller i offentlig forvaltning (13). Farmasøytisk kunnskap er sentralt i all virksomhet i apotekvesenet (14). Farmasøyter har det overordnede ansvaret for legemiddelutleveringen, hvor dette også innebærer å gi tilstrekkelig og tilpasset legemiddelinformasjon (15). Farmasøyter kontrollerer og kvalitetssikrer rekvirentenes forskrivning, og sørger for at pasientene får de legemidlene som legen har forskrevet. I tillegg gir farmasøyter veiledning og rådgivning om riktig legemiddelbruk. Det er dokumentert at riktig legemiddelbruk er avgjørende for riktig virkning (16). Tallene viser at 30-50% med kronisk sykdom bruker legemidlene sine feil, og det oppstår omtrent 1000 dødsfall i året som skyldes feil legemiddelbruk. I tillegg skyldes omtrent 10% av alle sykehusinnleggelser feil legemiddelbruk og 50% av dem kunne vært unngått.

1.1.2 Apotekets plass i helsetjenesten

Apoteket spiller en viktig rolle i helsetrappen, se figur 1 (17). Helsetrappen er en grafisk fremstilling av koblingen mellom de ulike aktørene i den norske helsetjenesten. I tillegg er den norske helsetjenesten organisert etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON), som innebærer å sikre effektiv utnyttelse av ressurser, både av helsepersonell og penger. Helsetjenestene i apotek gir innhold i apotektrinnet i helsetrappen, hvor det blant annet fanges opp pasienter som ikke har behov for tjenester på et høyere nivå. På denne måten kan apotekene bidra som et lavterskeltilbud under fastlegen for å forebygge unødvendig ressursbruk ved at færre pasienter blir behandlet på et høyere nivå enn nødvendig. Apoteket skal, ved hjelp av helsetjenestene i apotek, identifisere risikogrupper og henvise personer med høy helserisiko oppover i helsetrappen, slik at pasientstrømmen skal komme nedenfra. Videre er det viktig at profesjongrensene respekteres, ettersom dette er en forutsetning for samarbeid. Apoteket skal ikke påta seg legens arbeidsoppgaver, som å stille diagnose eller behandle alvorlige lidelser, men skal heller understøtte påbegynt behandling. I dag forventes det at helsetjenesten i Norge skal stadig yte flere og bedre tjenester, og dermed er den under konstant press.

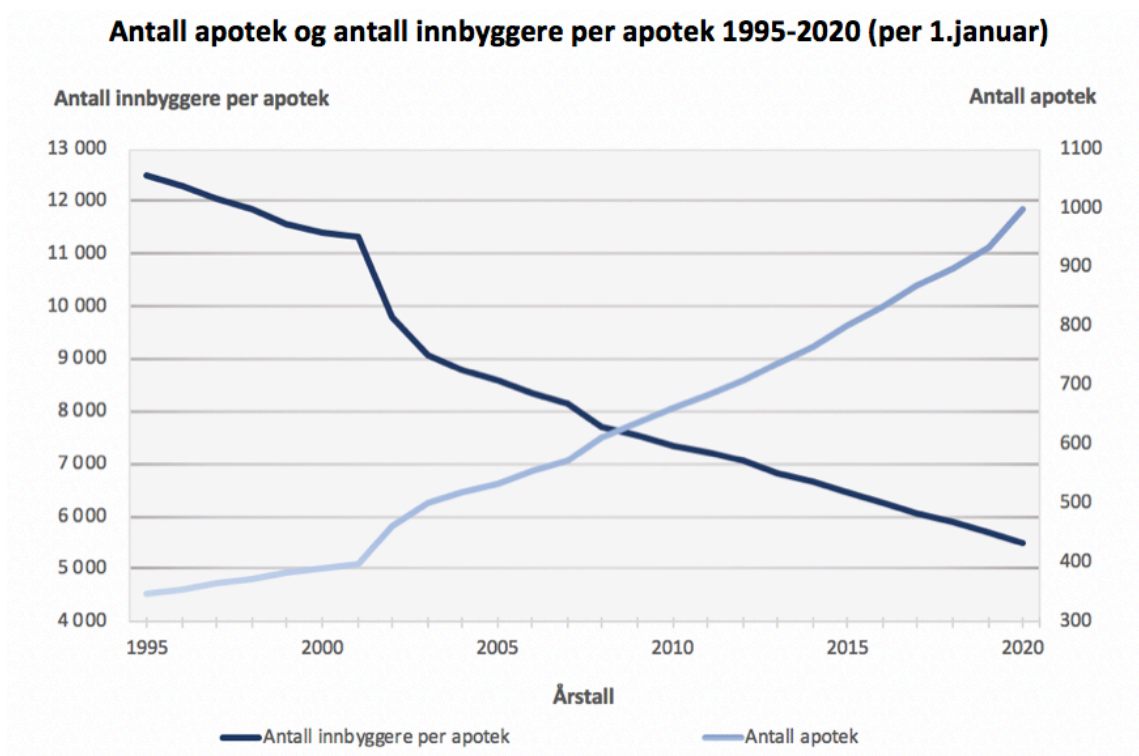


Figur 1: Helsetrappen (17)
Hentet fra Apotekforeningens rapport om helsetjenester i apotek

1.1.3 Apotekets utvikling

I de siste årene har apoteket utviklet seg fra å være et produksjonssted til et lavterskeltilbud innen helse (18). Frem til 2001 var alle apotekene, utenom sykehusapotekene, privateid av enkeltpersoner og organisert som enkeltmannsforetak (19). Da den nye apotekloven trådte i kraft i 2001, ga det betydelige endringer i norsk apotekvesen. Apotekene kunne nå eies av selskaper, og det var tillatt med kjededanning. I tillegg ble det ikke satt begrensninger i antall nye apotek. Det gikk raskt over fra privateide apotek til å bli kjedestyrte apotek som nå kunne eies av blant annet grossister og utenlandske eiere. Apotekene ble etablert i takt med befolkningsbehovet og endring i handlemønsteret, og det ga en økning i antall nye apotek.

Som et resultat av dette, førte det til økt konkurranse mellom kjedene som igjen kunne medføre til lengre åpningstider, bedre service, og lavere priser. I tillegg ble antall innbyggere per apotek betydelig redusert, hvor antall innbyggere per apotek har sunket fra 11 425 innbyggere per apotek i slutten av år 2000 til 5 500 innbyggere per apotek i starten av 2020 (Figur 2)(20). Dette tilsvarer en reduksjon på over 50% i løpet av 20 år. Før apotekloven trådte i kraft var det omkring 400 apotek, og ved utgangen av 2020 er det i underkant av 1000 apotek fordelt over hele landet (20).



Figur 2: Antall apotek og antall innbyggere per apotek i perioden 1995 til 2020 (20)
Hentet fra Apotekforeningen

Apotekene hadde enerett på salg av legemidler frem til 2003 (21). Da LUA-ordningen ble innført fra 1. november 2003, ble det tillatt å selge enkelte reseptfrie legemidler utenfor apotek. Tiltaket skulle bidra til å øke tilgjengeligheten av reseptfrie legemidler, og av den grunn åpnet det for salg i dagligvarebutikker, kiosk og bensinstasjoner. Statistikk fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at salg av reseptfrie legemidler i butikkene fortsetter å øke, hvor økningen de siste årene har vært jevn (22).

I tillegg har det siden 1. januar 2010 vært mulig å kjøpe reseptfrie legemidler og handelsvarer fra norske nettapotek (23). I 2016 ble det lovlig å bestille reseptpliktige legemidler gjennom nettapotek, på denne måten kunne man få tilsendt legemidlene hjem eller på postkontoret. Godkjente nettapotek bidrar til å øke tilgjengeligheten av legemidler og gir mulighet til trygg legemiddelhandel på nett (24). For å sikre at forbrukere får godkjente og trygge legemidler, har disse nettstedene en europeisk logo som et bevis på at de driver lovlig legemiddelsalg.

Det er forventet at profesjonen og bransjen er nødt til å tenke nytt og alternativt, hvor de tradisjonelle farmasøyttoppgavene må endres i takt med utviklingen. Apoteket taper stadig sin markedsandel til nettapotek og i salgssted utenom apotek, og derfor er det viktig at bransjen viser merverdien som ligger i apoteket som en faghandel. I de siste årene har apotekets og farmasøytens rolle blitt utvidet, hvor det har kommet flere farmasøytiske tjenester i apotek slik at farmasøytens kompetanse kan ytterligere tas i bruk (13).

1.2 Farmasøytiske tjenester i apotek

Farmasøytens rolle i helsetjenesten har endret seg betydelig de siste 50 årene, og som i dag fremdeles er under stadig utvikling (18). Fokuset i farmasøytiske miljøer verden over har snudd fra produkt til forbruker, hvor farmasøytiske oppgaver har endret seg fra utvikling og produksjon av legemidler, til å være pasientenes legemiddelrådgivere. Dette fokusskiftet har ført til rask utvikling med stadig nye farmasøytiske tjenester i apotek. Helsedirektoratet definerer farmasøytiske tjenester slik: *“Med farmasøytiske tjenester menes tjenester som krever legemiddelkompetanse og som hovedsakelig utføres av farmasøyter.”* (18).

I Legemiddelmeldingen - *Riktig bruk - bedre helse* (2014-2015), legges det vekt på å styrke apotekenes rolle i helsetjenesten og farmasøytens rådgiverrolle, og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ønsket å utrede muligheten for å innføre standardiserte veiledningstjenester (15). Som et resultat av Legemiddelmeldingen, ble Inhalasjonsveiledning innført som den første offentlige finansierte veiledningstjenesten i apotek. Formålet med Inhalasjonsveiledning er å bidra til økt etterlevelsen av behandlingen og forhindre feilbruk. Riktig inhalasjonsteknikk er avgjørende for å oppnå optimal effekt og en god sykdomskontroll. Det ble gjort en evaluering av tjenesten Inhalasjonsveiledning i norsk apotek, og hensikten med studien var å vurdere pasientenes inhalasjonsteknikk før og etter gjennomført inhalasjonsveiledning i apotek (25). Totalt ble 405 pasienter fra 42 ulike apotek

inkludert i studien, og tilsammen ble 488 inhalasjonsveiledninger vurdert. Før inhalasjonsveiledning var det kun 8% av tilfellene feilfrie og 31% var uten kritisk feil. Etter gjennomført inhalasjonsveiledning ble det observert en reduksjon i feilbruk, hvor 72% av tilfellene var feilfrie og 86% var uten kritisk feil. Det viste seg at det var en statistisk signifikant forskjell i pasientenes inhalasjonsteknikk før og etter gjennomført inhalasjonsveiledning. I følge studien hadde pasientene et svært godt utbytte av tjenesten, og at tjenesten var godt akseptert blant både pasienter og farmasøyter.

I tillegg til Inhalasjonsveiledning, ble Medisinstart innført som en ny standardisert veiledningstjeneste i apotek i 2018 (26). Medisinstart er en oppstartsveiledning, hvor pasienter som starter med blodtrykkssenkende, kolesterolsenkende eller blodfortynnende legemidler får tilbud om veiledningssamtaler med farmasøyter i apotek. I 2015 ble 1480 pasienter inkludert i en randomisert kontrollert studie (27). Pasientene ble tilfeldig delt inn i to grupper, en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. Det ble gitt vanlig oppfølging og informasjon i kontrollgruppen, mens pasientene i intervensjonsgruppen fikk Medisinstart-tjenesten. Resultatene fra Medisinstart-studien var gode, hvor det viste at Medisinstart-tjenesten kan bedre etterlevelsen av behandlingen, særlig blant statinbrukere.

1.3 Innføring av farmasøytutlevering

I 2017 kom HOD med forslag til endringer i apotekforskriften og rekvirerings- og utleveringsforskriften (28). Det ble foreslått å utrede en ordning kalt *farmasøytutlevering*, som innebærer at enkelte reseptfrie legemidler kun kan utleveres av farmasøyt i apotek. Det kan være aktuelt for enkelte reseptfrie legemidler hvor det anses å ha behov for å gi tilstrekkelig informasjon om legemidlets effekt, bivirkning og bruksmåte. I tillegg ble det også foreslått av Statens Legemiddelverk (SLV) at ordningen ikke nødvendigvis måtte ivaretas av en farmasøyt, og begrepet risikominimeringstiltak ble derfor innført. Lovendringene trådte i kraft 1.januar 2018, hvor Stortinget åpnet for å fjerne reseptplikten på enkelte legemidler slik at de kunne selges reseptfritt med obligatorisk veiledning. En ny ordning ble innført, som nå er omtalt som *reseptfri medisin med veiledning* (1). Da lovendringen trådte i kraft så apotekforskriften og rekvirerings- og utleveringsforskriften slik ut:

I forskrift 26. februar 2001 nr. 178 om apotek (apotekforskriften) gjøres følgende endringer:

§ 45 første ledd første punktum skal lyde:

Legemidler som bare kan utleveres mot resept og reseptfrie legemidler som i markedsføringstillatelsen har risikominimeringstiltak knyttet til utleveringen skal ikke plasseres i selvvalgsavdeling

§ 57 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Reseptfrie legemidler som i markedsføringstillatelsen har risikominimeringstiltak knyttet til utleveringen kan ikke selges fra medisinsalg

I forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek gjøres følgende endring:

Ny § 10-5 skal lyde:

§ 10-5. Utlevering av legemidler med risikominimeringstiltak

Reseptfrie legemidler som i markedsføringstillatelsen har risikominimeringstiltak knyttet til utleveringen, kan bare utleveres når risikominimeringstiltaket er utført og oppfylt (29).

Dette vil si at legemidler som er knyttet til ordningen *reseptfri medisin med veiledning* skal ikke være tilgjengelig for kunder i selvvalget. Det skyldes blant annet for å opprettholde diskresjon, og for å gi kunden et tydelig tegn på at for disse legemidlene gjelder det visse krav ved utlevering (30). I tillegg kan legemidler som har risikominimeringstiltak knyttet til seg kun utleveres dersom det har blitt gjort tiltak for å redusere risiko for bivirkninger og dersom kriteriene for utlevering foreligger.

For å få et legemiddel inn i ordningen må legemiddelfirmaene søke om endring fra reseptpliktig til reseptfri status for enkelte legemidler som allerede har markedsføringstillatelse (31). Disse søknadene behandles og godkjennes av SLV.

Om det er påkrevd at farmasøyt forestår legemiddelutleveringen vil være avhengig av informasjonsbehov, -omfang og kompleksitet som er fastsatt i markedsføringstillatelsen og må tilpasses for hvert enkelt legemiddel (30).

1.4 Reseptfri medisin med veiledning

For reseptfrie legemidler med veiledning er apotekene pålagt å gi kunden tilstrekkelig og målrettet informasjon før hver legemiddelutlevering (32). Obligatorisk veiledning før utlevering i apotek vil bidra til å redusere sannsynligheten for feil legemiddelbruk og bivirkninger (3). På denne måten vil flere reseptpliktige legemidler, både for mennesker og dyr, egne seg for å selges reseptfritt (32). Å fjerne reseptplikten på enkelte legemidler slik at det kan selges reseptfritt med veiledning, vil blant annet bidra til å øke befolkningens mulighet for egenomsorg og sikre bedre ressursbruk i primærhelsetjenesten ved å utnytte kompetansen i apotek i større grad, samt avlaste fastlegene. I tillegg til informasjonen som gis, er det andre kilder til informasjon i form av pakningsvedlegg og informasjon utenpå pakningen.

Fra desember 2019 ble Viagra Reseptfri[®] tilgjengelig på apotekene, og er dermed det første legemidlet som godkjennes gjennom ordningen *reseptfri medisin med veiledning* (2). Det innebærer at man på apoteket får en obligatorisk farmasøytisk veiledning ved bruk av en sjekklister før utlevering. På denne måten trenger man ikke lenger å dra til legen for å få en resept (2). I tillegg ble Duraphat[®] (natriumfluorid) høykonsentrert fluorid tannpasta reseptfritt med veiledning i midten av november 2020 (33). På lik linje med Viagra Reseptfri[®], krever det en veiledning ved hjelp av en sjekklister før utlevering. Legemidlet kan utleveres til både voksne og ungdom over 16 år med økt risiko for hull i tennene. Hensikten med veiledningen er å redusere risikoen for feilbruk og bivirkninger, samt gi råd om regelmessige kontroller hos tannlege eller tannpleier.

1.5 Forekomst av erektil dysfunksjon

Ereksjon av penis er definert som en oppsvulming og tilstivning av penis, forårsaket av en relaksasjon av glatt muskulatur og økt blodtilstrømning til svampegemet (34). Ereksjon opptrer som oftest ved seksuell opphisselse og stimulering. Noen menn opplever å ha manglende evne til å oppnå eller opprettholde en ereksjon, og dette betegnes som erektil dysfunksjon (ED), eller impotens. Nivået av testosteron synker med økende alder, og sannsynligheten for å utvikle ereksjonssvikt er dermed større blant eldre (35). I en studie bestående av 1182 norske menn over 40 år, svarte 20% at de opplevde moderat ereksjonssvikt, mens 13% svarte at de opplevde fullstendig fravær av ereksjon (36). I tillegg viser en annen studie at ereksjonssvikt rammer 5% av alle 40-åringene, 10% av 50-åringene og 20-25% av menn over 65 år (37). Det er også antatt at 30-50% av menn med diabetes lider av ereksjonssvikt.

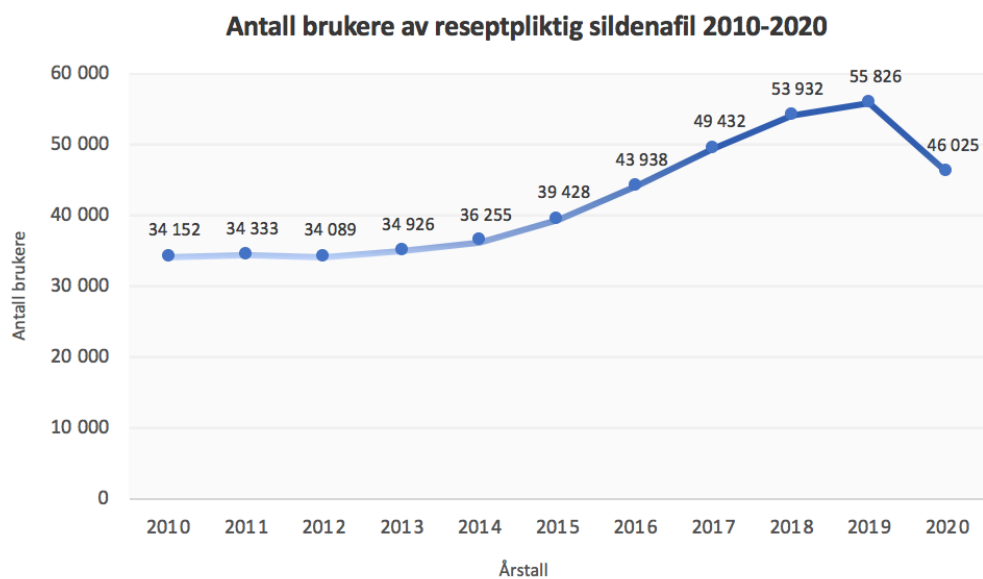
Årsaken til ereksjonssvikt kan være mange, og kan ofte være kompleks (38). Det kan blant annet skyldes psykologiske, hormonelle, nevrofysiologiske, arterielle forstyrrelser, eller en kombinasjon av disse. Andre forhold som kan forårsake ereksjonssvikt er langvarig overdrevent alkoholinntak og røyking, samt kan enkelte legemidler gi ereksjonssvikt som bivirkning. Siden ereksjonssvikt kan forårsakes av mange ulike faktorer, finnes det i dag flere behandlingsmetoder.

1.5.1 Viagra® (sildenafil)

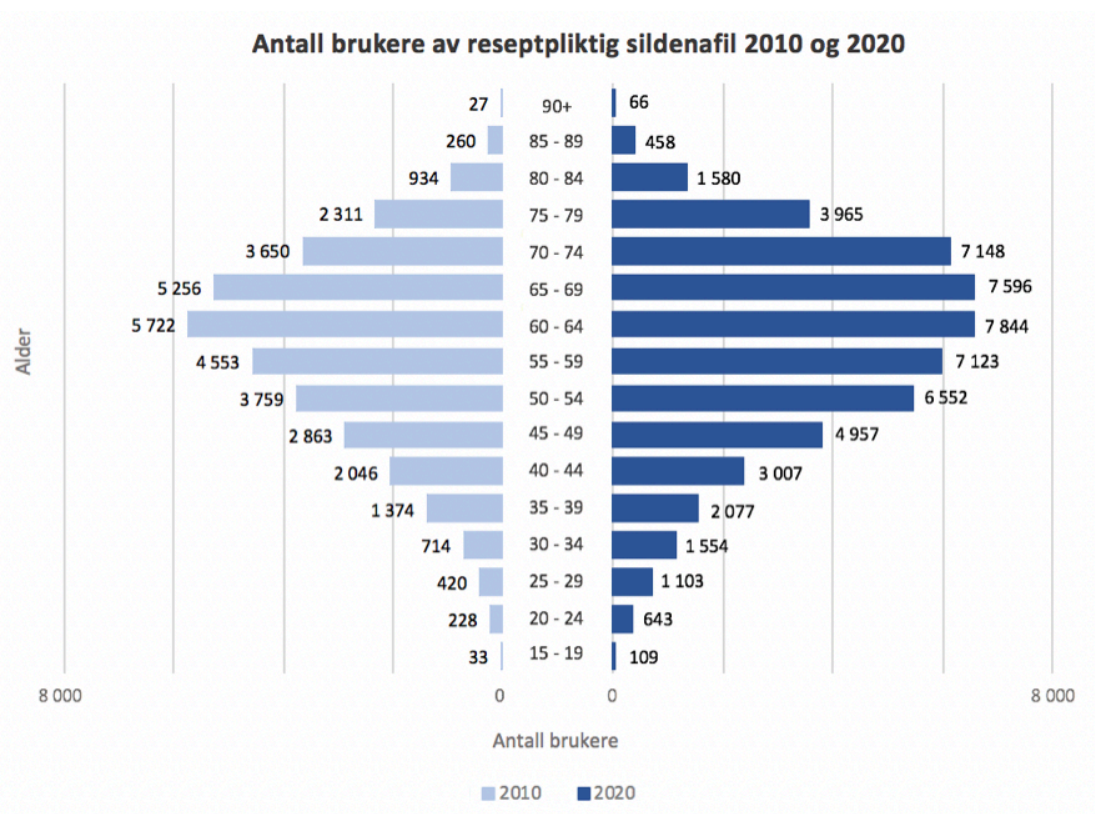
Viagra® er et legemiddel som inneholder virkestoffet sildenafil, og som tilhører legemiddelgruppen fosfodiesterase type 5 (PDE5)-hemmere (39). PDE5-hemmere brukes for behandling av erektil dysfunksjon, og virker ved å utvide blodårene i penis slik at blodtilførselen øker til penis ved seksuell stimulering. Sildenafil ble opprinnelig oppdaget under utvikling av en ny behandling mot hjertekrampe, også kjent som angina pectoris, av det amerikanske legemiddelfirmaet Pfizer på 1980-tallet (40). Under utviklingsprosessen av legemidlet opplevde menn at de fikk en forbedret ereksjon etter inntak av sildenafil. I tillegg brukes sildenafil også til behandling av forhøyet blodtrykk i lungekretsløpet, kalt pulmonal hypertensjon. I 1998 ble Viagra® lansert, og siden da har legemidlet blitt forskrevet til flere millioner menn (41). I tillegg har sildenafil i styrken 50 mg og 100 mg vært studert i over 120 kliniske studier, noe som tilsvarer rundt 14 000 pasientår med brukererfaring.

I følge Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret) har antall brukere av reseptpliktig sildenafil økt fra 34 152 i 2010 til 55 826 i 2019, se Figur 3 (42, 43). Dette tilsvarer en økning på 61%. I perioden 2010-2013 var forbruket av sildenafil stabilt, men i de seks påfølgende årene har forbruket økt betydelig. I 2020 ble forbruket av reseptpliktig sildenafil redusert med ca. 18%. Dette er en naturlig konsekvens av at reseptfritt sildenafil ble tilgjengelige på apotekene i desember 2019 (2). I tillegg var det 3409 menn under 35 år som fikk resept på sildenafil i 2020, noe som er mer enn en fordobling fra ti år tidligere (Figur 4). Likevel gir ikke statistikken fra Reseptregisteret den fullstendige oversikten over antall brukere av legemidlet, da det rapporteres at store mengder sildenafil blir kjøpt ulovlig på nett, samt ulovlig salg mellom privatpersoner. Dette blir nærmere beskrevet under avsnitt

1.5.3 Hvorfor reseptfritt Viagra®?



Figur 3: Antall brukere av reseptpliktig sildenafil i Norge i perioden 2010 til 2020 (42).
Hentet fra Reseptregisteret



Figur 4: Distribusjon av reseptpliktig sildenafil i ulike aldersgrupper i Norge i 2010 og 2020 (42).
Hentet fra Reseptregisteret

1.5.2 Viagra® i andre land

I 2018 ble Viagra® tilgjengelig uten resept i Storbritannia, som i dag er kjent som Viagra Connect® (44). Viagra Connect® selges i kun én styrke på 50 mg og kan fås i pakningsstørrelser på 4 eller 8 tabletter. Før utlevering av Viagra Connect® må farmasøytene benytte seg av en sjekklister for å sikre om at legemidlet er egnet for kunden, og aldersgrensen for å kunne kjøpe er 18 år. Storbritannia er derimot ikke det første landet som fikk Viagra® uten resept.

Allerede i 2014 ble Viagra® tilgjengelig uten resept i New Zealand, og er dermed det første landet med reseptfritt Viagra®. I motsetning til Storbritannia, selges Viagra® i styrkene 25 mg, 50 mg og 100 mg, samt pakningsstørrelser opp til tolv tabletter om gangen. Viagra® kan kun utleveres til menn mellom 35-70 år av farmasøyter som har bestått påkrevd opplæringsprogram som er godkjent av Pharmaceutical Society of New Zealand (45). Farmasøytene er også oppfordret til å informere kundens fastlege om forsyning av legemidlet, med mindre kunden motsier seg. I tillegg til Storbritannia og New Zealand, ble Viagra® reseptfritt i Polen i 2016.

I det samme året som Viagra® ble reseptfritt i Storbritannia, søkte Pfizer det samme i Sverige (46). Søknaden ble raskt avslått av det svenske Legemiddelverket, og begrunnelsen er blant annet at det er uklart om farmasøytens kompetanse er tilstrekkelig nok til å kunne undersøke om pasientene er egnet for behandling, i tillegg er ikke en farmasøyt utdannet til å kunne stille diagnoser.

1.5.3 Hvorfor reseptfritt Viagra®?

Ulovlig import av legemidler og falske legemidler er et stort og stadig økende problem i verden, og det utgjør en stor risiko (47). I en av fire kontrollerte postsendinger fra utlandet blir det funnet ulovlige legemidler, og ofte er det snakk om potensmidler (3). Omkring 8000 legemidler som ble avdekket i post- og kurerforsendelse ble destruert i 2018, og potensmidler avgjorde 30% av disse. I tillegg er det en stor fare for at legemidlene som kjøpes på internett er falske og inneholder ikke det som er angitt. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det anslått at 50% av legemidlene som selges på internett fra ikke godkjente selgere er falske (48). Dette kan bety at legemidlet kan inneholde doser som kan være for lave slik at man ikke oppnår effekt, eller for høye som fører til økt risiko for alvorlige bivirkninger.

I tillegg kan legemidlene inneholde farlige stoffer eller andre virkestoffer enn angitt, hvor dette kan være direkte helseskadelig. I perioden 2017-2019 oppstod det flere hundre dødsfall i Sverige og noen få i Norge som skyldtes falske beroligende og smertestillende tabletter som inneholdt svært giftige stoffer (49).

I 2003 var Viagra® det fjerde mest kjøpte legemidlet over internett (50). I tillegg er Viagra® et legemiddel som er utsatt for forfalskning, og veksten av marked for falske legemidler skyldes delvis dette legemidlet (47). Det er estimert at 2,5 millioner menn i Europa er eksponert for ulovlig Viagra®. For å redusere ulovlig og farlig nettkjøp, samt beskytte den norske befolkningen mot falske legemidler, har myndighetene bestemt å godkjenne Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning* (3). Likevel opplever tollvesenet at antall beslag av ulovlige legemidler bestilt av norske forbrukere på internett øker stadig (51). Frem til august 2020 har ulovlig import av potensmidler økt, hvor det har blitt destruert omtrent 5000 ulovlige legemidler fra utlandet, og potensmidler avgjorde halvparten av dem. Dette tilsvarer nesten tallene for hele 2019.

I tillegg til at Viagra Reseptfri® skal bidra til å redusere ulovlig netthandel, kan det føre til at det blir enklere for menn med ereksjonssvikt å oppsøke hjelp uten å måtte ty til ulovlig import (1). Ereksjonssvikt er et sårt tema og et tabubelagt problem for mange menn. En studie viser at opp til 6 millioner menn i Europa velger å ikke oppsøke legen for behandling av ereksjonssvikt, noe som kan føre til at underliggende hjerte- og karsykdommer ikke blir oppdaget (52). Økt tilgjengelighet av Viagra® kan derfor bidra til at færre menn går rundt med ubehandlet ereksjonssvikt.

1.5.4 Krav til utlevering av Viagra Reseptfri®

Ved kjøp av Viagra Reseptfri®, i fysiske apotek og nettapotek, kreves det at kunden får en obligatorisk farmasøytisk veiledning, samt må kunden være mann over 18 år med impotens (2). Utlevering og veiledning av Viagra Reseptfri® kan kun utføres av en apotekfarmasøyt som har bestått opplæringsmaterieell utarbeidet av Marketing Authorisation Holder (MAH) (53). En farmasøytisk veiledning kan for eksempel skje ansikt til ansikt, via telefon eller chat, avhengig av hvor legemidlet kjøpes (2). Veiledningen innebærer at en apotekfarmasøyt, ved hjelp av en sjekkliste, stiller noen spørsmål om kundenes helse og legemiddelbruk før hver utlevering uten resept. For å kunne få utlevert Viagra Reseptfri® må kriteriene i sjekklisten være oppfylt (Figur 5). Sjekklisten består av syv ja/nei-spørsmål, og dersom kunden svarer ‘ja’ på ett eller flere av spørsmålene, vil de bli anbefalt å kontakte lege.

Hensikten med denne veiledningen er å kartlegge kundenes sykdomsbilde og legemiddelbruk for å sikre at det er trygt for kunden å bruke Viagra Reseptfri[®]. Apoteket er selv ansvarlig for at veiledningen blir gjennomført på en profesjonell måte. I tillegg til sjekklisten, skal råd om riktig legemiddelbruk og oppfølging gis. Det er også viktig å informere kunden om at impotens kan være et tidlig tegn på begynnende hjerte- og karsykdom eller diabetes. Kunden bør derfor ta en helsesjekk hos legen innen seks måneder, selv om de oppfyller alle kriteriene i sjekklisten. Siden utlevering av Viagra Reseptfri[®] ikke blir dokumentert eller registrert i kjernejournalen, bør kunden derfor informere fastlegen om bruken (3).

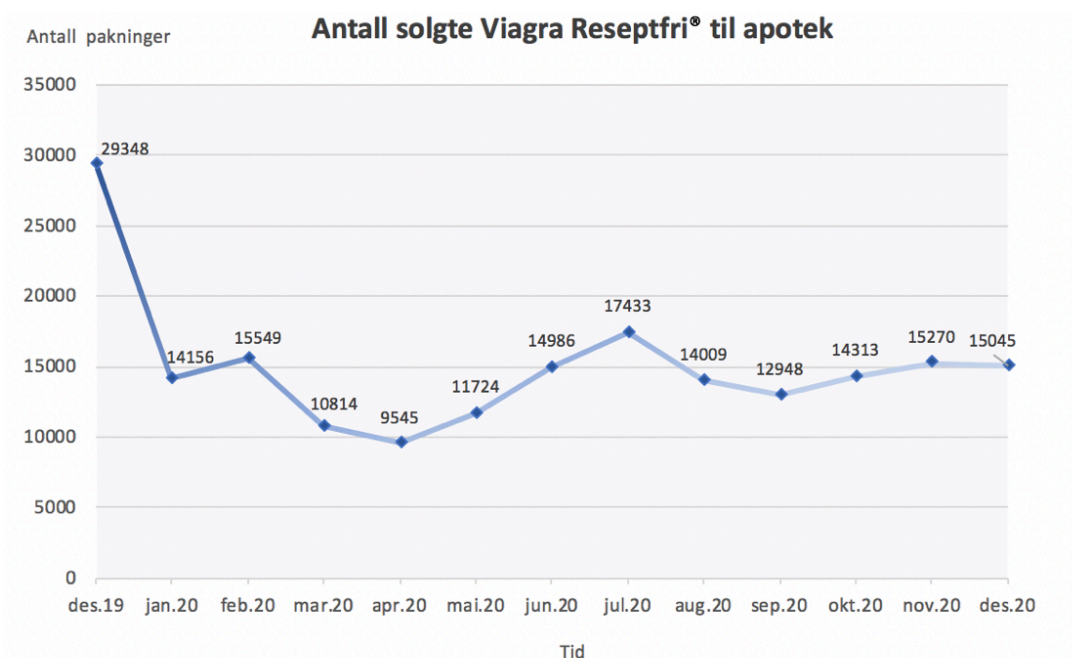
I tillegg reguleres utlevering av Viagra Reseptfri[®] av rekvirerings- og utleveringsforskriften. I følge rekvirerings- og utleveringsforskriften kan apoteket nekte utlevering, dersom det er en grunn til å tro at legemidlet vil bli misbrukt eller utgjøre en fare dersom det blir utlevert. Apoteket kan også nekte dersom kriteriene for utlevering ikke foreligger (2).

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	1. Tar du hjertemedisiner som kalles nitrater? Det finnes hurtigvirkende nitrater mot brystmerter (som f.eks. nitroglyserin spray eller smeltetablett) og langtidsvirkende nitrater som tablett, kapsel eller plaster som brukes regelmessig forebyggende.
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	2. Bruker du rusmidler av typen amylnitritt, også kjent som "poppers"?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	3. Tar du et legemiddel som kalles riociguat (Adempas) mot høyt blodtrykk i lungene?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	4. Tar du et legemiddel som inneholder ritonavir mot hiv-infeksjon?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	5. Har du hatt hjerteinfarkt eller slag de siste 6 månedene?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	6. Har du noen av følgende: Lavt blodtrykk? Høyt blodtrykk som ikke er godt behandlet? Angina (hjertekrampe)? Uregelmessige hjerteslag eller hjertebank (palpitasjoner)?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	7. Har du noen gang hatt synstap på ett øye på grunn av skade på synsnerven eller en arvelig øyesykdom?

Figur 5: Sjekkliste for utlevering av Viagra Reseptfri[®] (2). Hentet fra Legemiddelverket.

1.6 Salg av Viagra Reseptfri® i Norge

Viagra Reseptfri® inneholder 50 mg sildenafil og selges i pakningsstørrelser på fire og åtte tabletter (54). I desember 2019 ble det solgt totalt 29 348 pakker med Viagra Reseptfri® fra legemiddelgrossist til norske apotek, se Figur 6 (55). Sammenlignet med reseptpliktige Viagra®, ble det solgt totalt 18 623 pakker (56). De påfølgende månedene ble det solgt færre pakninger, og siden har salget av Viagra Reseptfri® vært stabilt. I løpet av et år har det blitt solgt totalt i underkant av 200 000 pakninger av Viagra Reseptfri®, noe som tilsvarer ca. 30% av det totale salget av både reseptpliktig og reseptfritt sildenafil målt i doser (definerte døgndoser, DDD) (57).



Figur 6: Antall solgte pakninger av Viagra Reseptfri® til norske apotek i perioden desember 2019 til desember 2020 (55). Hentet fra Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.

2 Hensikt

Hensikten med studien er å kartlegge farmasøytens erfaring med Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning* for å kunne bruke denne kunnskapen til å utvikle ordningen videre.

Følgende forskningsspørsmål har blitt formulert:

⇒ *Hvilke erfaringer har apotekfarmasøyer med Viagra Reseptfri® i ordningen reseptfri medisin med veiledning, og hvordan kan disse erfaringene bidra til videre utvikling av ordningen?*

3 Metode

3.1 Valg av metode

Kvalitativ metode er godt egnet for å innhente menneskers erfaringer, meninger og opplevelser om et bestemt fenomen (58). Fokusgruppeintervjuer er hensiktsmessig å anvende når man ønsker mer kunnskap om felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø hvor mange mennesker samhandler (59). Fokusgruppediskusjoner kan bidra til assosiasjoner og fantasi, og dermed medvirke til å skape fortellinger. Dette kan være aktuelt i forbindelse med å studere erfaringer og synspunkter hos helsepersonell.

I denne studien vil derfor en kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervjuer være godt egnet for å gi svar på hva slags erfaring farmasøytene har til Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning* og deres tanker rundt videreutvikling av ordningen.

3.2 Forskningsprosessen

3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Farmasøytene ble rekruttert fra primærapotek i perioden november - desember 2020.

Kriteriene for å delta i studien var apotekfarmasøyter som hadde utført minst én utlevering av Viagra Reseptfri®. På grunn av covid-19 ble det bestemt at fokusgruppeintervjuene skulle avholdes virtuelt via videokonferansetjenesten Zoom, og dermed ble det valgt å rekruttere blant alle apotekfarmasøyter rundt om i hele landet.

Etter at studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), ble rekrutteringen satt i gang. Apotekforeningen bidro i studien ved å oppmuntre til deltakelse, ved at studien ble presentert i et møte i Apotekforeningens fagutvalg, hvor det sitter fagdirektører fra apotekkjeder, og sykehusapotek, og representanter fra frittstående apotek og nettapotek. Som et resultat, ble studien videreformidlet internt i apotekkjedene; Apotek 1, Vitusapotek og Boots apotek. I tillegg publiserte Apotekforeningen et innlegg om studien på deres egen Facebook-side. Videre ble det skrevet et innlegg som ble publisert i en lukket Facebook-gruppe, bestående av kun farmasøyter og farmasistudenter. Da studien er av begrenset omfang med begrenset tidsramme, ble det også valgt å rekruttere farmasøyter gjennom bekjente. Ved interesse for å delta eller behov for mer informasjon kunne farmasøytene kontakte forskeren via Facebook, telefon eller e-post.

De som var interessert i å delta fikk oversendt et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring med ytterligere informasjon om studien og for å innhente samtykke (Vedlegg 1). Utfylte samtykkeskjema ble overført til en ekstern kryptert minnepenn og oppbevart i en låsbar safe under hele prosjektet. Etter endt prosjekt vil samtykkeskjemaene bli slettet.

3.2.2 Bruk av Zoom i forskningsintervjuer

Det ble fulgt anbefalingene fra UiO om gjennomføring av kvalitative forsknings-intervjuer på Zoom. Før Zoom-møtene ble opprettet, ble det logget inn med OsloMet Feide-brukernavn. Videre ble det benyttet automatisk generert møte-ID med unikt passord for hvert Zoom-møte for å øke sikkerheten. Zoom-møtene ble testet på forhånd for å undersøke om alt fungerte som det skulle, før deltakerne fikk tilsendt en lenke til møtet til avtalt tid. Det ble brukt en venteromfunksjon for å sikre at det var riktige deltakere som ble sluppet inn i møtet.

I forkant av fokusgruppeintervjuet ble det sørget for at informantene hadde kjennskap til Zoom og hvordan de skulle delta i Zoom-møtet. I tillegg fikk deltakerne tilsendt generell informasjon om nødvendige forberedelser før intervjuet, hvor deltakerne måtte forsikre seg at de hadde en mikrofon og et webkamera som fungerte. Deltakerne fikk også beskjed om å være alene under hele intervjuforløpet slik at uvedkommende ikke har innsyn til skjermen, samt bruke hodetelefoner for å sikre at lyd ikke overhøres av uvedkommende. Det ble ikke gjort videoopptak av Zoom-møtene da kun lydopptak anses å være tilstrekkelig.

Lydopptakene fra fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på diktafon fra OsloMet storbyuniversitet. Etter opptak ble lydfilene overført til en ekstern kryptert minnepenn før lydopptakene ble slettet fra diktafonen. Minnepinnen ble oppbevart i låsbar safe under hele prosjektet, og lydfilene vil bli slettet ved prosjektslutt.

3.2.3 Utforming av intervjuguide

Formålet med fokusgruppeintervjuet var å få så detaljert og omfattende informasjon om farmasøytens erfaringer med Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning* som mulig. I og med at semi-strukturert fokusgruppeintervju ble valgt som metode, var det nødvendig å utforme en intervjuguide (Vedlegg 2). Intervjuguiden ble brukt som et hjelpemiddel som strukturerte intervjuet, og som var forberedt i forkant av intervjuene (60). Intervjuguiden bestod av planlagte og relevante temaer som skulle dekkes, med forslag til spørsmål og tilleggsspørsmål. Spørsmålene ble utformet i tråd med studiens hensikt og

forskningsspørsmål, og de ble delt inn følgende kategorier; åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål, nøkkelspørsmål, avsluttende spørsmål og sluttspørsmål. Intervjuguiden ble delt inn i syv hovedtemaer; ordningen, kundegruppe, sjekklisten, registrering, utlevering, opplæring, og farmasøytisk kompetanse. En semi-strukturert intervjuguide ga både moderator og farmasøytene mer fleksibilitet, hvor det ga muligheten til å diskutere eventuelle tema som kunne oppstå under fokusgruppeintervjuet (60).

3.2.4 Utarbeidelse av nettskjemaene

Det ble utarbeidet et nettskjema for å samle inn nødvendig bakgrunnsinformasjon om informantene for studien (Vedlegg 3). Nettskjema levert av Universitetet i Oslo (UiO) ble benyttet. Nettskjemaet omfattet totalt 13 spørsmål og bestod av to ulike deler. Den første delen bestod av ulike bakgrunnsspørsmål om farmasøyten slik som kjønn, alder, bosted, yrkestittel, erfaring i apotek og antall utleverte Viagra Reseptfri[®], mens den andre delen bestod av ulike spørsmål om apoteket slik som kjedetilknnytning, hvilken type apotek, og antall resepter per dag, og antall ansatte.

Det ble også utarbeidet et nettskjema til for å evaluere lyd- og videokvalitet av Zoom-møtene (Vedlegg 4). Dette nettskjemaet omfattet kun tre spørsmål, hvor det ble benyttet en standard 5-punkts Likert-skala rangert fra 1 = svært dårlig til 5 = svært godt, og fra 1 = alltid til 5 = aldri.

3.2.5 Pilotintervju

I forkant av datainnsamlingen ble det utført et pilotintervju i desember 2020.

Pilotintervjuet ble avholdt virtuelt via videokonferansetjenesten Zoom, på samme måte som de resterende fokusgruppeintervjuene. På denne måten fikk moderator en mulighet for tilbakemelding på hvordan intervjusituasjonen via Zoom var for informantene. Videre ble ferdigstilt intervjuguide og nettskjema testet og kvalitetssikret. Målet med pilotintervjuet var også å få trening i rollen som moderator. Dette ga moderator både mer erfaring og et bedre utgangspunkt enn før pilotintervjuet. Samtidig ble lydopptaker testet med tanke på lyd kvalitet og plassering i rommet.

Da ingen betydelige justeringer og endringer av intervjuguiden og nettskjemaet var nødvendig, ble det bestemt å inkludere resultatene fra pilotintervjuet i studien.

3.2.6 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble innledet med at moderator presenterte seg selv, og gjentok formålet med studien og innholdet i informasjonsskrivet som informantene hadde mottatt på forhånd på en forenklet måte (Vedlegg 1). Deltakerne ble også påminnet om at deres samtykke har blitt innsamlet ved at de signerte et samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Deretter ble det informert om lydopptak, intervjuets varighet, håndtering av innsamlet data, anonymitet og konfidensialitet, samt arbeidsoppgavene til moderator og observatør. Det ble også informert om at det ikke blir gjort videoopptak av Zoom-møtet, men kun lydopptak. I tillegg ble det presisert at det ikke finnes noe fasitsvar, og informantene ble oppmuntret til å dele sine erfaringer og diskutere med hverandre. Før intervjuene startet ble informantene tilsendt et nettskjema for å innhente nødvendige bakgrunnsinformasjon (Vedlegg 3). Deretter ble det tatt en kort presentasjonsrunde hvor hver informant fortalte litt om seg selv, om arbeidsplassen sin og hvor lenge de hadde vært i stillingen.

Etter at alle informantene fikk presentert seg ble lydopptaker slått på og fokusgruppeintervjuet ble satt i gang. Under hele intervjuet var moderator hele tiden bevisst på eget kroppsspråk og hvordan ting ble ordlagt for å fremstå mest mulig nøytral. Moderator fulgte en intervjuguide for å gi en god struktur på intervjuet og for å sikre hva som var viktig å få svar på. Avslutningsvis fikk informantene mulighet til å komme med innspill om de følte noe var glemt eller burde ha blitt sagt. I etterkant av fokusgruppeintervjuene ble informantene tilsendt et nettskjema for å evaluere lyd- og videokvaliteten av Zoom-møtet (Vedlegg 4).

Alle fokusgruppeintervjuene ble gjennomført via videokonferansetjenesten Zoom etter arbeidstid. Antall intervju som ble gjennomført var avhengig av om den teoretiske metningen ble oppnådd. Tidsrammen på hvert fokusgruppeintervju var satt til inntil 90 minutter.

3.2.7 Transkribering og databearbeidelse

Transkribering er en nødvendig prosedyre for at intervjusamtalene skal bli mer håndterbare og tilgjengelige for analyse (60). Det innebærer at muntlig intervjusamtale blir transformert til skriftlig tekst. Lydopptak av hvert fokusgruppeintervju ble transkribert rett etter hvert gjennomført intervju, da det fremdeles var ferskt i minne hos moderator. Under transkriberingsprosessen ble lydopptaket avlyttet gjentatte ganger for å sikre at alt som ble sagt under intervjuene ble tatt med. I tillegg ble lydopptakene transkribert ord for ord, med latter, pauser og fyllord, og informantenes utsagn ble omskrevet til bokmål. Hver informant ble anonymisert ved å merke informantene med ‘’Farmasøyt’’ (F) og et tall (F1, F2 osv.).

Transkribering av lydopptakene ble kun utført av samme person, moderator. Etter transkribering ble hvert transkribert intervju gjennomgått på nytt og sjekket opp mot lydopptaket.

3.2.8 Analyse av data

Transkripsjonene fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC), en analysemetode inspirert av Giorgis fenomenologi og senere modifisert av Malterud (61). Denne analysemetoden egner seg for tematisk tverrgående analyser av kvalitative data, hvor utvikling av nye beskrivelser og begreper er sentralt. I følge Giorgi er hensikten med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantenes erfaring innenfor et bestemt område.

Følgende fire trinn ble gjennomført i denne analysemetoden, som utgjør hovedstrukturen i STC:

- 1) Etablere et helhetsinntrykk - fra kaos til temaer
- 2) Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og kategorier
- 3) Kondensering - fra koder til meninger
- 4) Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper (61)

Trinn 1: Etablere et helhetsinntrykk

I første trinn er hensikten å bli kjent med datamaterialet, og her er helheten viktigere enn detaljene (61). Alle transkripsjonene fra hvert fokusgruppeintervju ble lest igjennom gjentatte ganger for å danne et helhetsbilde, og foreløpige temaer som på en eller annen måte representerer problemstillingen ble identifisert. I dette trinnet er det viktig å sette egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side for å være mest mulig nøytral og åpen for hva materialet kan formidle (61).

Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn skal man skille ut det som er relevant og som kan belyse problemstillingen (61). Her ble transkripsjonene systematisk gjennomgått, linje for linje, for å identifisere de meningsbærende enheter. Dette ble gjort i samarbeid med veileder for å se flere nyanser og detaljer som forskeren selv ikke var i stand til å se (61). Meningsbærende enheter er

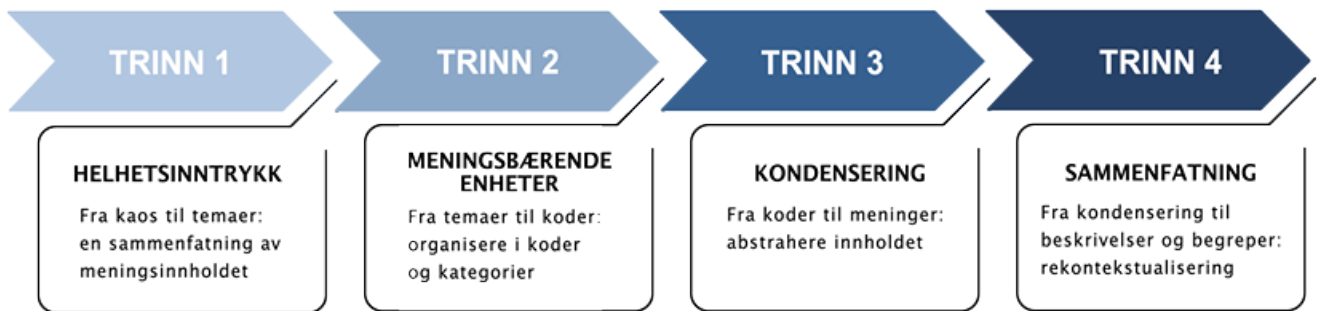
tekstutsagn som sier noe om problemstillingen, og som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra forrige trinn. Disse ble merket med farger etter hvilket tema de tilhørte, og lagret i et eget dokument for bedre oversikt. Deretter ble de meningsbærende enhetene systematisert og sortert, og denne prosessen kalles for koding. På denne måten ble foreløpige temaer fra forrige trinn til kodegrupper. I hver av kodegruppene var det tekstbiter som inneholdt fenomener og begreper som knytter seg til samme tema. Formålet med koding er å avdekke, organisere og redusere de meningsbærende enhetene i teksten slik at videre analyse blir mindre krevende (58).

Trinn 3: Kondensering

I tredje trinn skal man abstrahere meningsinnholdet og kunnskapen som ligger i de etablerte kodene fra andre analysetrinn (58). Det gjøres ved at de tekstelementene som ble identifisert som meningsbærende blir systematisk trukket ut, og sortert i undergrupper eller kategorier. Kodegruppene ble så analysert en etter en, og delt inn i to til tre undergrupper. Videre ble disse undergruppene analysert, og for hver undergruppe ble det lagd et kondensat. Et kondensat er et kunstig sitat som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene (61). Kondensatet gjenforteller og sammenfatter det som befinner seg i den aktuelle undergruppen, og som inkluderer informantenes ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Dette ble brukt som et utgangspunkt for resultatpresentasjonen i analyseprosessens fjerde trinn. Deretter ble det valgt ut et «gullsitat» som på best mulig representerer hver av undergruppene i kodegruppene.

Trinn 4: Sammenfatning

I fjerde trinn ble tekstbitene satt sammen igjen eller rekontekstualisert for å utforme nye begreper og beskrivelser (61). Målet er å sammenfatte teksten slik at det gir en lojal formidling av informantenes meninger. Her ble kondensatene brukt som et utgangspunkt til å lage en analytisk tekst for hver undergruppe og kodegruppe. Det vil si en beskrivelse som sier noe om hva det innsamlede datamaterialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Hver undergruppe fikk hvert sitt avsnitt, med sitater som ble trukket inn. Deretter ble resultatene validert og rekontekstualisert opp mot det empiriske materialet. Gullsitatene ble benyttet som en illustrasjon for hva som blir representert i den analytiske teksten.



Figur 7: Skjematisk fremstilling av de ulike trinnene i analyseprosessen.

3.3 Forforståelse

Som forsker har man med seg en forforståelse. Denne forforståelsen innebærer blant annet hvilke tidligere erfaringer og fagbakgrunnen en har med seg (58). Før intervjuene er det viktig at forskeren kjenner til sin forforståelse og sitt tolkningsmønster, slik at den ikke, eller i minst mulig grad, blir overført i forståelsen av et fenomen.

Min forforståelse har bakgrunn i at jeg er utdannet farmasøyt, og har dermed med meg farmasøytisk forståelse av nytteverdien av tilstrekkelig og tilpasset legemiddelinformasjon, og hvordan det kan medvirke til riktig legemiddelbruk. I tillegg kan min yrkesgruppe betraktes som over gjennomsnittlig engasjert i legemiddelbehandling og -håndtering.

Både veileder og jeg har fullført obligatorisk opplæring og har utlevert Viagra Reseptfri® i apotek, noe som forsterker vår forforståelse av ordningen. For å unngå at denne forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet, har vi vært bevisst å legge vår forforståelse og vår teoretiske bakgrunn til side gjennom alle fasene i prosjektet, fra planlegging til analyse, for at informantenes budskap blir gjenspeilet i informasjonen som fremstilles og fortolkes.

3.4 Forskningsetikk og personvern

Etiske problemstillinger preger hele forløpet i et forskningsprosjekt, og det er derfor viktig å ta hensyn til mulige etiske utfordringer fra prosjektets start til den endelige rapporten (62). I en fokusgruppe er forskeren selv det viktigste redskapet som benyttes for innhenting av kunnskap, og forskerens rolle og arbeid vil være avgjørende for kvaliteten i kvalitativ forskning (60). Gjennom et kvalitativt forskningsintervju får forskeren et innblikk i informantenes erfaringer, synspunkter og holdninger. God kommunikasjon mellom forsker og informant er en forutsetning for at begge parter opplever gjensidig tillit og respekt (61). Forskerens integritet, kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet spiller en avgjørende rolle for at en forsker kan opptre på en moralsk ansvarlig måte (62). Videre har forskeren etisk ansvar å presentere innsamlet datamateriale på en mest mulig nøyaktig og representativ måte (60). I tillegg er det tre etiske hovedpunkter en forsker må ta i betraktning når forskeren utarbeider, gjennomfører og rapporterer et forskningsprosjekt (62). De tre etiske hovedpunktene er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet.

I forkant av fokusgruppeintervjuene fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv med en beskrivelse av forskningsprosjektets formål, samt et samtykkeskjema. I tillegg var alle Zoom-møtene passord beskyttet. All innsamlede datamateriale ble behandlet konfidensielt, og i samsvar med personvernregelverket. Informantenes anonymitet ble ivaretatt ved bruk av forkortelser med henholdsvis F1, F2 osv. Både lydopptakene og samtykkeskjemaene ble oppbevart på en kryptert minnepinne med sikkerhet på 265bit AES, og vil destrueres ved forskningsprosjektets slutt. For å sikre ønsket deltakelse mottok informantene en kompensasjon i form av et gavekort på 300,- kroner. Beløpet ble ansett for å være så lavt at det ikke vil påvirke resultatet.

3.5 Godkjenning av studien

22. oktober 2020 ble prosjektet meldt inn til NSD, oppmeldt som prosjektnummer 233425. Søknaden ble opprinnelig godkjent av NSD 29. oktober 2020. Fokusgruppeintervjuene skulle etter planen bli avholdt fysisk på OsloMet Storbyuniversitetet, men på grunn av covid-19 var det ikke lenger gjennomførbart. Det ble innført strengere smittetiltak i Oslo kommune grunnet økende smittetilfeller. For å overholde smittetiltakene og hindre smittespredning, ble det vurdert at virtuelle fokusgruppeintervjuer via Zoom var den beste løsningen på situasjonen. Av praktiske grunner ble også et papirbasert spørreskjema med samtykkeerklæring omgjort til et elektronisk nettskjema. Det medførte at UiO og Zoom ble lagt inn som eksterne databehandlere. Disse endringene ble meldt inn til NSD 11. november 2020, og etter en ny revidering ble søknaden godkjent 24. november 2020.

For å evaluere lyd- og videokvaliteten av Zoom-møtet, ble det bestemt å utforme et nettskjema angående dette. En ny søknad ble derfor sendt inn for ny revidering 21. desember 2020, og en endelig godkjenning fra NSD ble foretatt 29. desember 2020 (Vedlegg 5). Informantene i pilotintervjuet fikk tilsendt nettskjemaet i etterkant.

Siden prosjektet falt utenfor helseforskningsloven, var det ikke nødvendig å søke om godkjenning av Regional Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

4 Resultater

Totalt ble det gjennomført fem fokusgruppeintervjuer, en gruppe med fire informanter og fire grupper med seks informanter. Det første fokusgruppeintervjuet med fire informanter ble gjennomført i desember 2020, og de resterende fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i januar 2021. Fokusgruppeintervjuene varte mellom 1 time 17 minutter og 1 time 37 minutter.

4.1 Informantenes bakgrunn

Det var totalt 28 informanter som deltok, hvorav 19 kvinner og ni menn. Det var 13 reseptarfarmasøyter, og 15 provisorfarmasøyter, hvorav seks av disse var apotekere. Av disse var den yngste 23 år og den eldste på 62 år. Gjennomsnittlig alder var 35 år. Informantenes arbeidserfaring fra apotek varierte fra 1 år til 39 år, i gjennomsnitt 9,8 år. Fire av informantene hadde jobbet på apotek i mer enn 30 år. Tabell 1 nedenfor viser en oversikt over sammensetningen av fokusgruppene. Tabell 2-4 viser bakgrunnsinformasjon om informantene basert på bosted, apotektilhørighet og antall utleveringer av Viagra Reseptfri®.

Tabell 1: Oversikt over sammensetningen av fokusgruppene

Total (n = 28)	Fokusgruppe A	Fokusgruppe B	Fokusgruppe C	Fokusgruppe D	Fokusgruppe E
<i>Antall informanter</i>	4	6	6	6	6
<i>Alder</i>	23 - 29	23 - 56	23 - 60	24 - 62	28 - 61
<i>Antall år på apotek</i>	1 - 5	1 - 32	1 - 13	1 - 30	2 - 39
<i>Antall provisorfarmasøyter</i>	1	3	3	4	4
<i>Antall reseptarfarmasøyter</i>	3	3	3	2	2
<i>Antall kvinner</i>	4	4	4	4	3
<i>Antall menn</i>	0	2	2	2	3

Tabell 2: Oversikt over informantene basert på bosted

Fylke	Antall informanter
Oslo	8
Viken	8
Innlandet	1
Vestfold og Telemark	1
Vestland	5
Trøndelag	2
Troms og Finnmark	3

Tabell 3: Oversikt over informantene basert på antall utleveringer av Viagra Reseptfri®

Antall utleveringer av Viagra Reseptfri®	Antall informanter
0 - 5	4
6 - 10	2
11 - 20	6
21 - 30	3
> 30	9
Ukjent	4

Tabell 4: Oversikt over apotekkjede informantene representerte

Apotekkjede	Antall informanter
Apotek 1	14
Vitus apotek	9
Boots Apotek	2
Annet	3

4.2 Lyd- og videokvalitet av Zoom-møtet

Lyd- og videokvalitet har en stor betydning for informantenes opplevelse av fokusgruppeintervjuet. Majoriteten av informantene opplevde at lyd- og videokvaliteten var god eller svært god, hvor de både kunne høre og se hverandre godt under hele intervjuforløpet. Likevel opplevde et fåtall av informantene at lyd kvaliteten ikke var av den beste kvaliteten (Tabell 5). Litt over halvparten av informantene opplevde at lyden sjeldent eller aldri hakket under intervjuforløpet.

Tabell 5: Oversikt over informantenes tilbakemeldinger på hvor stor grad de kunne se og høre hverandre under Zoom-møtet, n=24

Kvalitet	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Vet ikke
Lyd	10 (42%)	11 (46%)	2 (8%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Video	11 (46%)	13 (54%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

4.3 Analyserapport

4.3.1 Trinn 1

I første trinn ble transkripsjonene gjennomlest gjentatte ganger for å få et helhetsinntrykk av det innsamlede datamaterialet. Videre ble det identifisert 25 foreløpige temaer i fokusgruppe A, 24 i fokusgruppe B, 22 i fokusgruppe C, 24 i fokusgruppe D, og 23 i fokusgruppe E. For å konkretisere temaer ble alle transkripsjonene gjennomlest på nytt, og det ble til slutt identifisert fire reviderte temaer. Temaene var dagens ordning, kundemøtet, farmasøytrollen, og forslag til endringer og videreutvikling.

4.3.2 Trinn 2

Temaene i forrige analysetrinn dannet grunnlag for kodegrupper. Det ble identifisert flere kodegrupper under hvert tema som belyste ulike sider av problemstillingen. Dette ble utført ved at transkripsjonene ble gjennomgått linje for linje, og deretter ble meningsbærende enheter identifisert, fargekodet og systematisert under hver kodegruppe under temaene fra første trinn.

4.3.3 Trinn 3

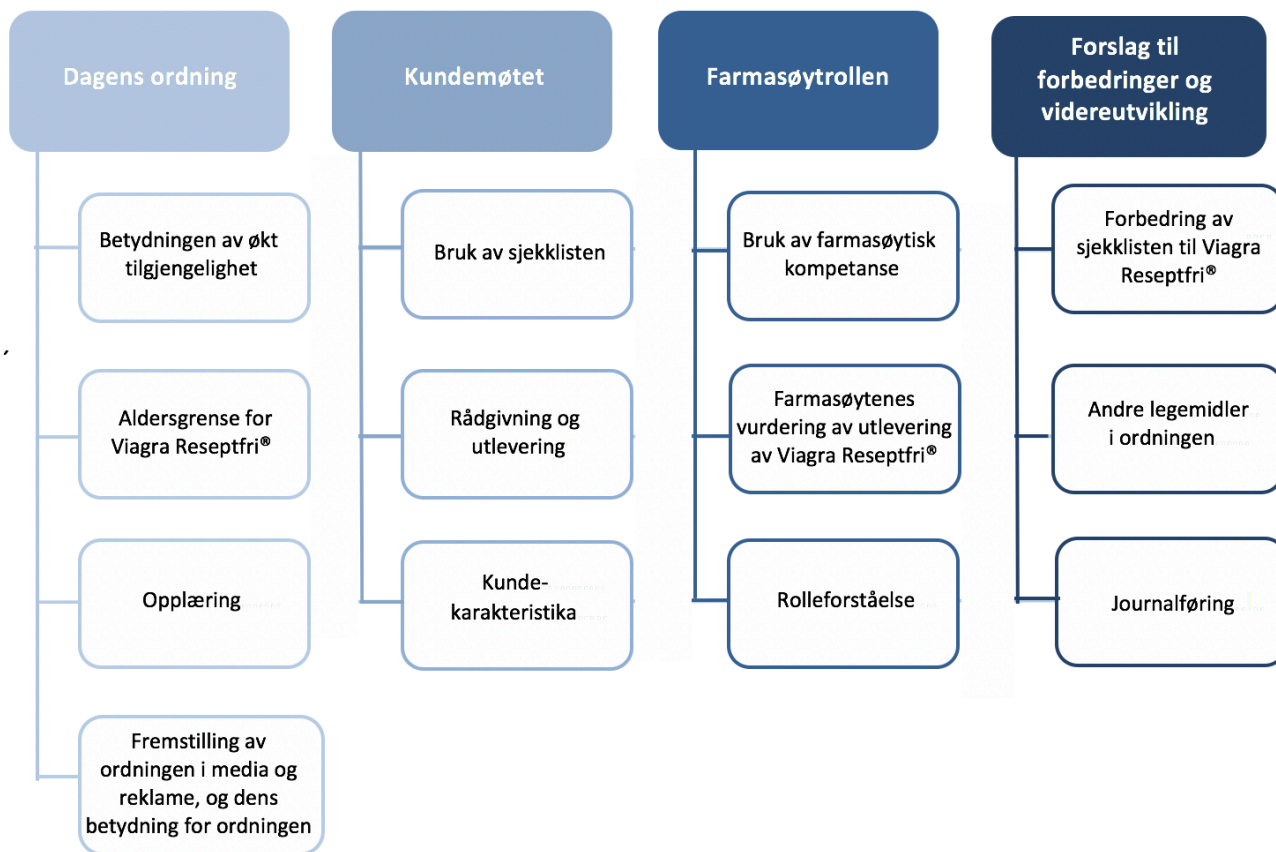
I trinn 3 ble det hentet ut meninger ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen i trinn 2. I dette trinnet ble det også laget et kondensat ved å omsette dem til en mer generell form, som skulle bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Deretter ble det plukket ut gode beskrivende sitater, såkalt gullsitater, som best mulig illustrerte det som var abstrahert. Disse gullsitatene ble brukt som arbeidsnotat for resultatpresentasjon i neste analysetrinn.

4.3.4 Trinn 4

I trinn 4 ble det utført en re-kontekstualisering for bitene fra forrige analysetrinn, og deretter ble bitene fra hvert fokusgruppeintervju sammenslått. Temaene som ble identifisert i første analysetrinn, ble også benyttet som de fire gjeldende hovedkategoriene etter re-kontekstualiseringen. For å belyse resultatene bedre ble det også laget undergrupper.

4.4 Resultater fra fokusgruppeintervjuene

Resultatene ble sammenstilt under hovedkategoriene som ble laget i analysen. Hver hovedkategori omfatter resultater fra det innsamlede datamaterialet, som deretter ble inndelt i ulike underkategorier. Gullsitatene som belyser resultatene, er innhentet fra ulike informanter fra alle fokusgruppeintervjuene.



Figur 8: Resultater av analysestrinn 1-4

4.4.1 Dagens ordning

Betydningen av økt tilgjengelighet

Majoriteten av farmasøytene var bevisste på at ulovlig import og legemiddelforfalskning er et økende problem, og at økt tilgjengelighet av Viagra Reseptfri® som en del av ordningen bidrar til å redusere problemet. Noen av farmasøytene syntes at det var rart at Viagra Reseptfri® er det første legemidlet i ordningen, og mente at det heller skulle vært et annet legemiddel som er mer viktig og nødvendig. Likevel var det legemiddelprodusenten som var først ute med å ta initiativ til å søke om tillatelse, og dermed er Viagra Reseptfri® først i ordningen, påpekte enkelte farmasøyter.

«Det som fungerer bra er at det reduserer det med ulovlig og farlig kjøp over nettet eller reduserer ulovlig kjøp»

Farmasøytene trakk fram at tilgjengeligheten av Viagra Reseptfri® fører til at flere får behandlingen de trenger uten å måtte dra til legen for å skaffe en resept, og på den måten kan det bidra til å avlaste legekantorene. Mange av farmasøytene viste en forståelse for at impotens kan være et sensitivt og tabubelagt tema blant menn, og dette kan dermed begrense informasjon og kommunikasjon. De mente at impotens kan for mange være både flaut og utfordrende å ta opp med legen, og tilgjengeligheten kan derfor oppmuntre impotente menn til å få behandling, samt nå de som er mindre tilbøyelige til å oppsøke hjelp. Noen påpekte at det er viktig å gjøre impotens mindre tabubelagt, slik at terskelen for å snakke om det blir lavere. I tillegg kan dette føre til at man kan få tak i andre underliggende sykdommer som kan ha forårsaket impotens.

«Jeg tenker at det er veldig fint å ha et sånt lavterskeltilbud da, hvor folk kan lett henvise seg til apoteket som har en farmasøyt som har kunnskap til disse tingene ... hvor de slipper å gå til legen og sitte på legekantoret for.. ja.. en eske med Viagra.»

F7

«Det er ikke fordi jeg synes at det er flaut å spørre om du har potensproblemer, men det er fordi jeg føler at det er et veldig personlig spørsmål da som kan være ubehagelig for enkelte å svare på. (...) Det er et spørsmål jeg ikke stiller så veldig mye. Ikke fordi jeg er redd for å stille det men fordi jeg.. ja.. tror at det mange som føler personlig på dette her da.»

F10

Selv om mange trakk fram tilgjengeligheten som noe positivt, mente allikevel enkelte farmasøyter at det også er en negativ konsekvens som følger av dette. De presiserte at det ikke bare vil bli mer tilgjengelig for de som har behov for legemidlet, men også for de som ikke har behov for det. Farmasøytene kunne ikke se bort ifra at tilgjengeligheten kan friste friske og nysgjerrige menn til å eksperimentere med legemidlet. Likevel mente noen at skaden ikke er like stor som å kjøpe legemidler via andre markeder, hvor de kan risikere å få legemidler som enten er uten innhold av virkestoff eller som ikke inneholder det som er oppgitt. De mente derfor at det er tryggere å handle på apoteket, hvor de kan få tilgang til trygge legemidler og få tilstrekkelig legemiddelinformasjon.

«Ikke alltid det som blir solgt på nettet er.. det kan være falske medisiner.. Det er positivt på en måte at vi levere ut medisin som er medisin.»

F15

Et par farmasøyter nevnte også at økt tilgjengelighet av legemidler ved å gjøre de reseptfrie kan føre til at legemidlene ufarliggjøres. De mente at det fort kan føre til misforståelser ved at folk får uheldige signaleffekter om at legemidlene er ufarlige. Mange kunder tenker derfor at de bare kan kjøpe legemidlet hvor som helst og behandle seg selv på feil grunnlag. Andre farmasøyter mente at det er viktig at apoteket understreker dette bedre for å hindre at reseptfrie legemidler ufarliggjøres.

«Det er enkelt å få tak i, men at det gjør det så enklere for folk å tro at reseptfrie legemidler er ufarlige».

F5

Aldersgrense for Viagra Reseptfri®

Det var blandende tilbakemeldinger da farmasøytene ble spurt om 18 år er en passende aldersgrense for kjøp av legemidlet. Noen farmasøyter mente at det kan være fordelaktig å sette en høyere aldersgrense på Viagra Reseptfri®, for det vil tvinge de til å oppsøke legen, samt utelukke unge menn til å eksperimentere med legemidlet. Flere av farmasøytene hadde også opplevd at det har vært tilfeller hvor en del unge menn i alderen 18 - 30 år som ønsker å kjøpe dette legemidlet. Enkelte mente at det er misvisende at legemidlet kan selges til denne aldersgruppen, og begrunnet det med at det er uvanlig at impotens inntreer i så ung alder. Hvis dette var tilfellet, så kan det være lurt å henvise kunden til legen for å kartlegge forekomsten av impotens, påpekte farmasøytene.

«Jeg synes at det er misvisende at det skal være 18 år. For jeg ville heller at det skulle vært 50 år.. som er den.. eller 40 år kanskje da ... For det er den aldersgruppen der det faktisk er litt relevant.»»

F9

«Jeg tenker at det å sette en aldersgrense kan for eksempel også kan være en fordel ved at de unge blir tvunget til å dra til legekantoret da, siden det er jo mer uvanlig at man i ung alder har erektil dysfunksjon også.. og da kan man finne ut om årsaken.»

F14

Likevel mente majoriteten av farmasøytene at aldersgrensen er kurant, da de mente at man på denne alderen er moden nok til å vurdere om de har behov for potensmiddel eller ikke. De nevnte at årsaken til impotens er forskjellig for unge menn, hvor det ofte kan skyldes prestasjonsangst, stress eller andre psykologiske plager. En av farmasøytene mente at det er for langt skritt å mene at ingen under 30 år bør få legemidlet, og dette var flere farmasøyter enige i. I tillegg mente enkelte at det er en passende aldersgrense, da det vil bidra til å forhindre kjøp av legemidlet på nett. Det er bedre at disse unge mennene kjøper legemidlet på apoteket hvor de kan få et trygt legemiddel og tilstrekkelig legemiddelinformasjon, presiserte farmasøytene.

«Impotens kommer av mange årsaker også. Kanskje årsaken er forskjellig for de unge der det kanskje er litt stressrelatert, og de er nye på dette og de årsakene.. men de faktiske fysiske utfordringene kanskje kommer i senere alderen. Så jeg synes også at 18 år er helt kurant»

F17

«Er man 18-20 år og faktisk har potensproblemer så.. men at det eneste virkningen er å gå til legen og få en gjennomgang av hele problematikken. Men å mene at ingen under 30 år bør ikke få dette her.. det synes jeg at det er litt for langt skritt.»

F19

Fremstilling av ordningen i media og reklame, og dens betydning for ordningen

Mange av farmasøytene hadde sett fram til ordningen, men media la fort en demper på gleden. Det kom tydelig fram at farmasøytene ikke var fornøyde med hvordan media hadde fremstilt ordningen. De mente at media hadde fremstilt den uprofesjonelt og useriøst. Flere nevnte en nyhetsartikkel med overskriften «svar nei syv ganger - få Viagra® uten resept» som et eksempel, og som hadde skapt store reaksjoner blant farmasøytene. Det var en stor enighet at nyhetsartikkelen har hatt stor påvirkning på kundemøtene. De mente at dette har oppmuntret kundene til å svare nei på alle syv spørsmål i sjekklista og eksperimentere med legemidlet, uavhengig av om de hadde riktig indikasjon for det eller ikke.

Når en kunde svarer nei på alle spørsmålene på sjekklisten, har farmasøytene følt at de ikke har hatt noe annet valg enn å utlevere selv om de mistenker uærlighet eller feilbruk. Dette har dermed forårsaket at noen av farmasøytene har følt seg maktesløse.

«"Her er spørreskjemaet, les gjennom på forhånd før du går på apoteket". Jeg synes at den biten der er så useriøs og det på en måte ødelegger litt selve ordningen.»

F8

«Det står allerede i avisen hva kundene skal svare på sjekklista, så løpet er kjørt når vi skal bruke dette her.»

F15

I tillegg til nyhetsartikkelen, ble også reklamene for Viagra Reseptfri® i apotekene, sosiale medier og på TV nevnt. Noen var overrasket over hvor mye reklame legemidlet hadde fått. De mente at dette fanger kundenes oppmerksomhet, og denne eksponeringen kan ha skapt nysgjerrighet og gjort at folk har fått et inntrykk at dette er noe de trenger. Et par farmasøyer trakk også fram at TV-reklamen, som er utarbeidet av legemiddelprodusenten Pfizer, har markedsført legemidlet nærmest som en ‘kaninpille’, og ikke et legemiddel mot impotens. Dette har gitt et misvisende og overdrevent bilde av legemidlets medisinske verdi, mente farmasøytene. Andre mente at reklamene hadde et større fokus på å formidle legemidlet som reseptfritt, og at den obligatoriske veiledningen gjennom en farmasøyt ikke fikk en fremtredende plass i reklamene. De påpeker at den obligatoriske veiledningen gjør at dette legemidlet skiller seg fra andre reseptfrie legemidler, og dermed burde det komme tydelig frem at legemidlet kun selges med veiledning. Noen av farmasøytene hadde opplevd at flere kunder ikke var klare over at de måtte gå gjennom en obligatorisk veiledning før utlevering. Farmasøytene mente derfor at reklamene trengte en presisering, og måten ordningen har blitt fremstilt gjennom media og reklame har ført til at de kanskje fikk en dårlig start på ordningen.

«Kanskje de ikke har tenkt på det før, men så plutselig er det markedsført overalt så tenker de kanskje at de har lyst til å prøve.»

F1

«Det har jeg også reagert på i starten, hvor mye reklamemateriell vi har fått på den Viagraen. Det er nesten litt pinlig! Det henger 14 steder i apoteket og utenpå, og i tillegg TV innslagene da, som kanskje gjør at den ordningen som jeg ser på som fin og seriøs blir tatt litt tullete.»

F17

Opplæring

Farmasøytene hadde varierte erfaringer med opplæringen. Mange av farmasøytene var fornøyde med opplæringen som består av et E-læringskurs og en kunnskapstest. De trakk fram at kurset var veldig grundig og informativt, og at kunnskapstesten hadde en passende vanskelighetsgrad. For noen farmasøyter var kunnskapstesten mer krevende enn for andre, hvor de måtte forsøke flere ganger før de bestod. Dette ble ikke nevnt som noe negativt, men heller positivt. Det er et tegn på at opplæringen er av høy standard, og at man ikke kan bestå kunnskapstesten uten å gå gjennom opplæringsmaterialet, mente farmasøytene. Noen få mente også at det var greit med en oppfriskning av opplæringen.

«Den testen var jo ganske krevende og en del lurespørsmål og.. godt nok prøve et par ganger før man bestod haha!»

F14

Selv om opplæringen var grundig følte noen av farmasøytene at den kunnskapen de fikk ut av opplæringen ikke blir videreformidlet til kundene i kundemøtene. Noen få savnet en kommunikasjonsdel for å få en innføring i hvordan de kan legge forholdene til rette for å sikre en god veiledning. De ønsket tips og generelle råd til hvordan de kan veilede og tilnærme seg kundene. En av farmasøytene foreslo at det kunne være lurt å ha en gjennomgang på apoteket slik at man kan bli enige om hvordan veiledningen skal foregå.

«Det var en veldig god repetisjon og veldig grundig kurs, men mye kunnskap som man fikk med selv men uten å formidle det videre»

F16

4.4.2 Kundemøtet

Bruk av sjekklisten

Da farmasøytene fikk spørsmål om hva de synes om sjekklisten var det blandede tilbakemeldinger. Noen av farmasøytene syntes at sjekklisten er et godt hjelpemiddel for å sikre standardisert informasjon uavhengig av hvilken farmasøyt som utleverer legemidlet, slik at man ikke risikerer at informasjonen som blir gitt til kunden blir tilfeldig. I tillegg hadde enkelte farmasøyter forståelse for viktigheten av de valgte spørsmålene i sjekklisten. De mente at det er relevante kontraindikasjoner, og dermed er det ikke tilfeldig hvilket spørsmål som står på sjekklisten. Flere påpeker at de selv ikke hadde kjennskap til kontraindikasjonene på forhånd.

«Hensikten med å ha et skjema er for å sikre at kundene får lik informasjon og lik veiledning»

F19

«Poenget med sjekklista er jo at vi skal stille de kritiske spørsmålene sånn at de ikke skader seg selv»

F13

På motsatt side synes flertallet at sjekklisten ikke var tilstrekkelig, og bruker den kun som et utgangspunkt. De mente at den ikke gir nok informasjon for å kunne vurdere om Viagra Reseptfri® er forenlig med kundens behov og helsetilstand. Enkelte fortalte at de hadde avdekket at legemidlet ikke var egnet for kunden ved å stille andre spørsmål, enn de på sjekklisten. Farmasøytene mente at det er spesielt vanskelig når kundene allerede vet hva de skal svare på spørsmålene, og det burde derfor være flere faktorer å basere seg på. Flere farmasøyter hadde også flere ganger opplevd at kundene svarer nei før de rekker å bli ferdig med å stille spørsmålene. De aller fleste kundene vet hva de skal svare, og dermed er sjekklisten upersonlig, mente et par farmasøyter. En av farmasøytene assosierte ikke sjekklisten som en veiledning, men kalte det heller for et intervju. I tillegg ble sjekklisten beskrevet som både rigid og robotaktig. De påpekte at det er utfordrende å få en naturlig flyt i samtalen dersom sjekklisten følges for slavisk. Mange velger således å stille spørsmål på sin egen måte eller variere spørsmålene. Likevel var det noen få farmasøyter som stiller spørsmålene slik som de er.

«Jeg føler meg litt som en robot når jeg stiller de spørsmålene»

F1

«... før jeg begynner med selve intervjuet da, enn hva jeg skal kalle det, veiledningen.

Så sier de at de svarer nei på alt før jeg allerede har begynt da»

F8

Det ble også nevnt av flere at de syntes at det er rart å gå gjennom sjekklisten på nytt dersom de gjenkjente kunden, og velger heller å spørre kunden om det har vært noe endringer i helsetilstanden og legemiddelbruken siden sist. Et fåtall velger likevel å stille spørsmålene på sjekklisten, uavhengig av om kunden har fått utlevert tidligere eller ikke.

«Standardkunde som kjøper det ofte så istedenfor å gå gjennom hele sjekklista på nytt, så er det bare å spørre 'er det noen endringer i helsetilstanden?''»

F24

Flere av farmasøytene fortalte også at de hadde hatt flere tilfeller hvor kunden ikke forstod enkelte spørsmål på sjekklisten, og særlig ble spørsmålene som omhandler rusmidlet poppers, og Adampas[®] (riociguat), som er et legemiddel mot høyt blodtrykk i lungekretsløpet, trukket fram. De nevnte også at det var noen ganger tydelig at kunden ikke forstod spørsmålene, basert på deres kroppsspråk. Farmasøytene har derfor måttet bruke tid på å forklare eller omformulere spørsmålene for å gjøre de mer forståelig for kunden.

«Man ser det veldig fort på kroppsspråket hvis de ikke forstår spørsmålet»

F2

Enkelte farmasøyter mente at spørsmålene som omhandler hiv-infeksjon og rusmidlet poppers kunne være for intimt og personlig for kunden. De valgte derfor å vende arket mot kunden slik at de kan lese spørsmålene selv, i stedet for å lese spørsmålene høyt, mens andre valgte å gjennomføre utleveringen i informasjonsrommet. Det ble også nevnt av noen farmasøyter at kundene var overrasket over hvor detaljerte og spesifikke spørsmålene var, og syntes at det var uvanlig å bli spurt om. Mange av farmasøytene opplevde at kunder som ønsket å kjøpe legemidlet ofte hadde dårlig tid. Det kan komme av at kundene synes at det er flaut og ubehagelig, og vil ha det unnagjort, mente farmasøytene. Noen få påpekte at de selv synes at det er ubehagelig å stille enkelte spørsmål på sjekklisten, og at det følte overvåkende å stille dem.

«Ofte så føler jeg at de har dårlig tid egentlig bare ... at de enten synes at er flaut å kjøpe eller at de vil bare få det overstått»

F5

Majoriteten av farmasøytene mente at kundene svarer ærlig på spørsmålene på sjekklisten, og velger dermed å stole på kundene. Likevel var det noen farmasøyter som satte et spørsmålstegn ved kundens ærlighet, hvor de mistenker at noen kunder ikke svarer ærlig på spørsmålene. En farmasøyt opplevde at en kunde byttet på et av svarene da han fikk vite at han ikke fikk utlevert Viagra Reseptfri[®] dersom det ble svart ja på et eller flere spørsmål. Noen var også i tvil på om kundene er villige til å svare ja på at de bruker rusmidler siden det er ulovlig. Andre mente at man ikke hadde en kontrollfunksjon på om kunden svarer ærlig eller ikke, og dermed har man ikke noe annet valg enn å stole på at kunden tar de rette valgene knyttet til sitt eget legemiddelbruk.

«Vi kan jo ikke tvinge til de rette svarene fra kunden. Så hele tiden er vi avhengig av at vi spiller på lag, at de også svarer ærlig når vi spør»

F28

«det er veldig tydelig i mange samtaler at de er veldig motivert for å få det og.. er nesten villig til å si hva som helst.. når vi stiller de spørsmålene bare for å få det»

F11

Rådgivning og utlevering

Den obligatoriske veiledningen innebærer ikke kun bruk av sjekklisten, men også faglig rådgivning om legemiddelbruk. Siden de fleste kundene vet hva de skal svare på sjekklisten, var majoriteten av farmasøytene enige at de heller burde fokusere på å gi kunden tilstrekkelig informasjon om legemidlet, og at rådgivningen var den viktigste delen av utleveringen. Samtidig poengterte de at det var viktig å ikke se bort ifra sjekklisten, selv om rådgivningen er hovedfokuset.

«den sjekklista er en minimumsramme og brukes som et utgangspunkt, men det er selve veiledningen som er nøkkelen og kjernen i denne tjenesten»

F18

Når kunden svarte nei på alle spørsmålene på sjekklisten, anbefalte de fleste farmasøytene kunden om å ta en helsesjekk hos fastlegen innen seks måneder for å undersøke om det er noen underliggende årsaker til impotens. Mange nevnte at de også gir informasjon om administrasjon av legemidlet, og oppfordret kunden å lese gjennom pakningsvedlegget nøye før bruk. I tillegg foretrakk noen farmasøyter å legge ved et informasjonskort, et såkalt "kort og godt"-kort, som er ferdig utarbeidet av produsent, for å sikre tilstrekkelig informasjon. For å avdekke om det er klinisk relevante legemiddelinteraksjoner mellom Viagra Reseptfri® og andre legemidler, pleier en av farmasøytene å låne legitimasjon for å gå gjennom kundens faste legemidler.

«Jeg har jo spurt da ... eller jeg spør jo om leg også spør jeg: 'kan jeg sjekke dine resepter for å undersøke om du bruker medisiner som kan kræsje med dette her?''»

F5

Flere av farmasøytene fortalte at de ofte brukte prisforskjellen mellom reseptfri og reseptpliktig Viagra® til å motivere kunden til å oppsøke legen. De nevnte at de pleier å informere kunden om at legemidlet er mulig å få på resept og til en rimeligere pris. En av farmasøytene hadde opplevd at det ble oppdaget andre underliggende sykdommer da kunden valgte å oppsøke legen. Noen få fortalte at de av og til prøver å hindre kunden å kjøpe legemidlet dersom de mistenker bruk utenfor godkjent indikasjon. De nevnte at de da pleier å informere om hva slags bivirkninger legemidlet potensielt kan gi, og håper deretter at kunden ombestemmer seg. Det ble også trukket fram at en av farmasøytene forsøkte å skremme kunden ved å fortelle en skrekkehistorie hvor feilbruk av legemidlet hadde ført til amputasjon av penis.

«Jeg har brukt den høye prisen som et fint argument for å få de til å dra til legen og få det på resept istedenfor ... Så jeg synes egentlig prisen er kanskje stiv, men den er litt nyttig».

F9

«Også kan jeg nevne for eksempel bivirkninger (...) ... at det er noen historier hvor noen måtte ha amputere.»

F5

Noen syntes også at det er fint at ordningen tvinger farmasøytene til å gi rådgivning om riktig legemiddelbruk. Likevel ble det påpekt av en farmasøyt at rådgivningen har en tendens til å bli ulik og av varierende kvalitet. Den kan etter hvert bli mindre utfyllende over tid, og at farmasøytene ikke alltid blir like flinke å gi rådgivning, mente farmasøyten.

«(...) selv om vi har en del ting som vi skal si så.. på femte og sjette gangen så blir det kanskje litt sånn tynt i rekken.. at man ikke alltid blir like flink tenker jeg»

F13

Kundekarakteristika

Farmasøytene møtte på ulike kunder med forskjellige kjøpsadferd, bakgrunn og behov. Nesten alle farmasøytene fortalte at de opplever at noen kunder er mer mottakelig for informasjon og setter pris på veiledningen, mens andre kunder er mer interessert i å få med seg legemidlet enn å få veiledning. Farmasøytene mente dermed at det er varierende grad av hvor mye informasjon kundene er interessert i. De påpekte at det særlig gjaldt kunder som hadde kjøpt legemidlet tidligere, hvor disse kundene ofte er lei av at de må gå gjennom sjekklisten gjentatte ganger. I tillegg hevdet farmasøytene at det er vanskelig å gi veiledning til de kundene som velger å kjøpe Viagra Reseptfri® via nettapoteket. Det begrunnet de med at kundene har allerede betalt for legemidlet og har gått gjennom sjekklisten på internettet, og er derfor ikke interessert i noe annet enn å forlate apoteket.

«Det er varierende grad av hvor mye informasjon eller.. noe i det hele tatt.. folk vil ha da»

F16

«Det føles ut som vedkommende egentlig kommer bare for å kjøpe det og egentlig ikke vil ha de spørsmålene, og da er det begrenset hvor mye av den informasjonen du faktisk eventuelt gir da.. hvis du gir den.. faktisk blir hørt på også.»

F13

Det ble nevnt av en av farmasøytene at det er enkelte kunder som kommer inn på apoteket med en slapp holdning, hvor kunden tar legemidler for gitt uten å tenke over hva slags uheldige konsekvenser det potensielt kan medføre. Noen farmasøyter opplevde også at det er flere kunder som har en misoppfatning på hva Viagra Reseptfri® brukes til. Det er flere kunder som tror at legemidlet brukes mot for tidlig utløsning eller for å kunne holde ut lenger, fortalte farmasøytene. I tillegg påpekte et fåtall at det er noen kunder som ønsker å kjøpe legemidlet fordi de sliter med impotens ved inntak av store mengder alkohol.

«Det er jo en generell liten misoppfatning kanskje av bruken eller indikasjon i forhold til Viagra. (...) De har oppfatning av at hvis du tar dette så holder du ut lenger så er dette mye bedre for deg.»

F10

Enkelte hevdet at det ikke er alle kunder som er opptatt av prisen. Kunden vil heller betale for det lille ekstra enn å dra til legen for å få en resept, påpeker farmasøytene. Det ble også presisert at det også gjaldt kunder som har hatt potensmidler på resept tidligere, hvor de synes at det er mye enklere å kjøpe direkte på apoteket.

«Det er ikke alle som er opptatt av prisen heller. Vi har jo en kunde som kommer regelmessig og kjøper det. Han har jo hatt det på resept før av legen, men noen ganger så sier han at han ikke gidder og at det er lettere å liksom få det hos oss.»

F6

Kundene farmasøytene møtte var også i ulike alder. De fleste opplevde at det er flest middelaldrende menn i alderen 40 - 60 år som kjøper Viagra Reseptfri®, mens enkelte opplevde at det var flest unge menn i alderen 20 - 35 år. Noen av farmasøytene opplevde en blanding av både unge og middelaldrende menn, særlig gjaldt dette farmasøyter som jobber i et senterapotek.

4.4.3 Farmasøytrollen

Bruk av farmasøytisk kompetanse

Farmasøytene hadde delte meninger da de ble spurt om deres farmasøytiske kompetanse blir benyttet i ordningen. Enkelte syntes at de har fått benyttet deres farmasøytisk kompetanse mer aktivt ved å kartlegge om kunden er egnet for bruk av legemidlet, og ved å avdekke potensiell interaksjonsproblematikk. I tillegg påpekte farmasøytene at de også har fått benyttet kompetansen ved å fremme riktig legemiddelbruk, og ved å kommunisere sitt eget fagområde på en forståelig måte. Ordningen følger med et ganske stort ansvar som en farmasøyt, noe en av dem poengterte.

«Vår kompetanse har blitt brukt mer aktivt da, og vi får vise hva vi egentlig er utdannet til. (...) Vi får jo vist hva vi kan og ikke bare en sånn glorifisert butikkmedarbeider.»

F5

«Det har høynet kompetansen. Vi har fått økt vår praktiske kompetanse i å veilede, i å bringe dette budskapet ut til kundene og håndtere disse kundesituasjonene på en eh.. litt annerledes måte enn det kanskje vi hadde gjort ved en vanlig reseptekspedisjon tidligere.»

F18

På den andre siden følte en av farmasøytene at vedkommende ikke hadde brukt sin farmasøytiske kompetanse i det hele tatt. Flertallet påpekte at deres farmasøytiske kompetanse ikke har blitt benyttet i like stor grad sammenlignet med andre tjenester som Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. De mente at de er bundet til sjekklisten med lukkede spørsmål, som begrenser dem til å benytte sin kompetanse ved utlevering. I tillegg mente flere at hvem som helst kan gå gjennom sjekklisten, og dermed trengs det nødvendigvis ikke å være en farmasøyt som står for utleveringen. Dette var det blandede tilbakemeldinger på. Enkelte var enig at det ikke trengs en farmasøyt for å gå gjennom sjekklisten, men presiserte at det heller ikke er tanken bak veiledning med en farmasøyt, men at det skal være en veiledning med et fagnivå som tilsvarer at det er en farmasøyt som skal utføre det. Noen mente også at det ikke er i sjekklisten hvor den farmasøytiske kompetansen blir benyttet, men at det er i rådgivningen etterpå. I tillegg mente andre at det ikke er alle som vet hvordan man håndterer svar og spørsmål fra kunden, og derfor er det viktig at det er en farmasøyt som står for utleveringen.

«For å være helt ærlig så føler jeg ikke at jeg har brukt kompetansen i det hele tatt, for jeg følger bare den sjekklisten og utleverer den. Så jeg stiller jo ikke noe mer enn det som står på lista.»

F4

«Jeg synes kanskje det har vært andre ordninger hvor vi har brukt vår farmasøytiske kompetanse på en bedre måte enn dette.. en sjekkliste ved salg av Viagra. (...) Jeg synes kanskje ikke at det er her vi får vist vår kunnskap i veldig stor grad da. Dette her har vi vært veldig sånn ‘sjekkliste’.»

F10

«Det skal være veiledning og som skal ha det fagnivået at man har valgt at farmasøytene skal gjøre det»

F18

Farmasøytenes vurdering av utlevering av Viagra Reseptfri®

Det var tydelig at farmasøytene hadde varierende terskel for å nekte utlevering. Noen av farmasøytene har vært usikre på om de har lov til å nekte utlevering ettersom Viagra Reseptfri® er et reseptfritt legemiddel. De nevnte at det har særlig vært vanskelig hvor det oppstår situasjoner hvor kunden muligens lyver på spørsmålene eller ikke har indikasjonen for legemidlet. Det har ført til at flere har følt seg presset til å fortsatt utlevere det til kunden. Det var flere av farmasøytene som hadde vært borti den samme problemstillingen.

«Det har vært mange ganger hvor det har fristet å si nei når jeg synes det har vært åpenbart at de kanskje lyver, men jeg tørr jo ikke å si det. For da kaller jeg jo da kunden eller brukeren for en løgner, og det er ikke noe jeg har lyst til.»

F11

Enkelte valgte derimot å nekte utlevering av legemidlet dersom kunden ikke hadde riktig indikasjon. Farmasøytene mente at det går imot legemidlets hensikt, for det skal i utgangspunktet kun utleveres til de som har impotens. Det er mindre skadelig å la være å utlevere enn å utlevere til feil person, påpekte de. De nevnte at de ønsker å representere apotek som en faghandel, og vil dermed ikke at folk skal tro at apotek er en hvilken som helst butikk som selger Viagra Reseptfri®.

*«Jeg har prøvd å sette en lavere terskel for å si nei. For det er så lett å si ‘ja, her kjøp’’
liksom, og det er ikke det signalet jeg har lyst til å sende ut når vi representerer et apotek»*

F9

På andre siden mente flertallet at det er for tynt grunnlag for å nekte utlevering dersom alle kravene for utlevering er oppfylt. Farmasøytene mente at kundene har selv ansvar for hvor ærlige de velger å svare på spørsmålene på sjekklisten. De påpeker at så lenge de avdekker relevante kontraindikasjoner og gir tilstrekkelig informasjon om legemidlet, er jobben deres gjort. I tillegg syntes enkelte at det blir mer subjektiv vurdering enn faglig vurdering dersom de skal nekte utlevering ved mistanke om bruk utenfor indikasjon. De sammenlignet dette med reseptfritt avføringsmiddel og reseptfri allergimedisin, som har en tendens til å bli brukt utenfor indikasjon. Farmasøytene påpeker at det er begrenset hvor mye en farmasøyt får gjort, for til syvende og sist så er det kunden som selv bestemmer om de vil kjøpe legemidlet eller ikke. Dersom kunden velger å kjøpe legemidlet, til tross for deres fraråding og anbefalinger, ligger ikke ansvaret lenger hos farmasøytene, men hos kunden, mente de.

«Vår jobb er egentlig bare å veilede dem. Vi kan ikke nekte dem salg, hvis de vil bruke det og har ikke noen interaksjoner med det da»

F3

«Vi gir i hvert fall informasjon, forklarer folk hvem som er målgruppen, også tenker jeg at det får være bra nok.»

F20

En farmasøyt nevnte at det er stor konkurranse mellom apotek i tettbygde strøk, og kan ikke se bort ifra at apotekets beliggenhet kan påvirke terskelen på å utlevere og dermed redusere kvaliteten på ordningen. Farmasøytene vet at kunden bare kan dra videre til neste apotek dersom det blir nektet utlevering, og dermed føler de seg mer presset til å utlevere, hevdet farmasøyten. Dette var ikke alle enige i, da flere mente at konkurranse innad i apotek ikke skal ha en innvirkning på den faglige vurderingen de tar. Enkelte farmasøyter mente at dersom farmasøyter ikke kan nekte utlevering på grunn av at de skal tenke på økonomi og konkurranse, da kunne det like gjerne vært en maskin som utleverer legemidlet. Det er derfor viktig at farmasøytene viser litt mer tankekraft enn en maskin, påpekte en annen farmasøyt.

«Jeg synes ikke at konkurranse innad apotek skal ha noe innvirkning på den faglige vurderingen vi tar. (...) Jeg synes ikke at man skal basere den faglige vurderingen ut ifra sosial norm og sosial press, og økonomi»

F9

«Hvis vi tenker over økonomi og at vi ikke skal nekte utleveringer fordi vi må tenke på konkurranse, så vil dette etter hvert drepe apotekbransjen vår. Hva er vits med farmasøyter da? Vi kunne likeså gjerne hatt en maskin hvor kunden kan bare svare nei også få utlevert»

F7

Rolleforståelse

Noen av farmasøytene satte også klare skiller mellom sin rolle og legens rolle. Farmasøytene poengterte at farmasøyter er legemiddeleksperter som skal gi rådgivning og kartlegge om legemidlet er trygt for kunden, i motsetning til legene som kartlegger hvorfor legemidlet er egnet for kunden. De mente at farmasøyter ikke skal stille diagnose ved å kartlegge kundens årsak til bruk av legemidlet, og at det heller hadde vært mer relevant ved en farmasøytetrekvirering. Det er en stor forskjell på å være en rekvirent og en farmasøyt, og det er en helt annen rolle enn det farmasøytene er utdannet til. I tillegg vil det vil kreve mer opplæring og trening, presiserte de.

«Det er jo vi farmasøyter som er legemiddeleksperter da»

F3

«Det er jo legen som diagnostiserer. Vi kan jo ikke sette en diagnose.»

F4

«I forhold til hvordan legene gjør, han burde kanskje spørre om den er egnet for deg. (...) Vi bare ja.. sorterer ut de som ikke egner seg (...) ... om legemidlet er ufarlig for dem eller ikke»

F14

4.4.4 Forslag til forbedringer og videreutvikling av ordningen *reseptfri medisin med veiledning*

Forbedring av sjekklisten til Viagra Reseptfri®

Det var en enighet blant farmasøytene at sjekklisten hadde et forbedringspotensial. Siden Viagra Reseptfri® kun skal brukes av menn med impotens, savnet enkelte farmasøyter spørsmål hvor det er mulighet for å avdekke om kunden har impotens eller ikke. Det er et av kriteriene for å kunne få utlevert legemidlet, og dermed bør det være et av spørsmålene på sjekklisten, påpekte de. Noen savnet også en større definisjon på impotens, og begrunnet det med at det er mange som tolker uttrykket forskjellig. En av farmasøytene syntes også at det hadde vært fint med en differensialdiagnostisering for å utelukke andre lidelser eller lignende symptomer.

«Det er jo den indikasjon vi selger Viagra Reseptfri for, og det er jo nesten første spørsmålet vi må stille.»

F6

«Også om.. kanskje ha en.. ah vet ikke.. større definisjon på hva impotens kan være. Det er sikkert mange som tolker det forskjellige liksom (...) Det kunne vært noe sånn derre slags differensialdiagnostisering. Det er mange som tror at det er medisin mot for tidlig utløsning»

F11

Mange farmasøyter syntes at de syv ja/nei-spørsmålene gir mindre flyt i samtalen, og gjør det vanskeligere å kommunisere med kunden. De uttrykte at de heller ønsket at sjekklisten bestod av åpne spørsmål, slik at det gir muligheten for nyanserte svar og dialog med kunden. Flere følte også at de ikke får utnyttet sin farmasøytiske kompetanse ved bruk av en sjekkliste i veiledningen. I stedet for å stille spesifikke og lukkede spørsmål, ble det foreslått å stille et åpent spørsmål om hva slags legemiddel kunden bruker og følgende avdekke klinisk relevante interaksjoner.

«Hadde sikkert vært bedre med noen åpne spørsmål, slik at de kan fortelle mer om sin helse og kanskje også hva årsaken til hvorfor de vil ta det.»

F11

Selv om noen syntes at spørsmålene på sjekklisten avdekker relevante kontraindikasjoner, mente de at sjekklisten likevel kunne optimaliseres. Flere påpekte at spørsmålene bestod av flere faguttrykk som gjør det vanskelig for kunden å forstå. De mente derfor at spørsmålene bør omformuleres slik at det blir mer forståelig for den generelle befolkningen. Et par farmasøyter ønsket at den inneholdt årsak til hvorfor spørsmålene blir stilt. De mente at det kan bidra til at kunden får en større forståelse til alvorligheten og hvorfor spørsmålene stilles, og dermed er det praktisk å ha det tilgjengelig. Enkelte påpeker også at det står lite informasjon om legemiddelets effekt, bivirkninger og bruksmåte på sjekklisten, og de ønsket at den bestod av mer enn de syv spørsmålene. De fortalte at noen farmasøyter har en tendens til å fokusere kun på spørsmålene, og glemmer å gi informasjon om riktig legemiddelbruk. Det hadde derfor vært fint med den liten sjekk av minste standardinformasjon på sjekklisten, mente farmasøytene. En av farmasøytene foreslo å ha en grafisk fremstilling av veiledningsforløpet, såkalt et flytskjema, og det var flere farmasøyter veldig positive til.

«Det kunne ha vært en idé å heller ha et flytskjema, haha! Altså.. hvis sånn - spør om dette her, og hvis sånn spør om dette her.»

F13

Andre legemidler i ordningen

Alle farmasøytene mente at finnes mange potensielle legemidler som kan inngå i ordningen, og at dette var kun starten på en ny ordning. Likevel understreket noen få farmasøyter at den ikke nødvendigvis hadde et like godt potensiale for alle typer legemidler. Majoriteten av farmasøytene påpekte at p-piller kan være en god kandidat dersom det blir utviklet en optimal sjekkliste med relevante spørsmål på lik linje som Viagra Reseptfri®. Enkelte hadde inntrykk av at helsesykepleiere eller jordmødre som forskriver p-piller i liten grad foretar oppfølging, og mente at oppfølgingen som tilbys kan sammenlignes med sjekklisten som apoteket har på Viagra Reseptfri®. Da kan like godt farmasøytene gjøre det, mente de.

«Men jeg har fått inntrykk at det er ikke noe oppfølging hos helsesøster, dem har jo så og si en retningslinje som farmasøytene kunne like gjerne.. (...) Tror ikke det er sånn mer faglig vurdering og individuell vurdering mer enn det skulle vært på et apotek»

F6

Noen av farmasøytene var enige at Kloramfenikol[®] øyendråper til behandling av øyekatarr hadde vært godt egnet i ordningen. De hevdet at de ikke så forskjellen på at farmasøyter skal kunne gjøre det når man enkelt kan ta en telefon til legekantoret og få en resept på legemidlet, uten at legen blir involvert. En farmasøyt nevnte også Fucithalmic[®], som er et annet lokalt antibiotikum mot øyekatarr. Andre reseptpliktige legemidler som også ble nevnt som farmasøytene mente burde inngå i ordningen er Vagifem[®], Calcigran Forte[®], Divisun[®], triptaner, og topikale midler mot akne.

«Altså.. øyendråper for øyekatarr, de aller fleste vet jo man bare ringer til legen så er det eh.. de damene eller kontorpersonalet som gjerne bare overfører en resept sånn at du trækker jo ikke opp på hos legen sånn at det burde kunne egne seg».

F21

Det var flere farmasøyter som tenkte motsatt vei, hvor de mente at det er flere reseptfrie legemidler som heller burde vært reseptfritt med veiledning. Noen av farmasøytene syntes at det var spesielt at både nødprevensjon og Diflucan[®] selges helt reseptfritt uten standardisert informasjon. De mente at disse legemidlene krever ytterligere informasjon for å sikre riktig legemiddelbruk, og egner seg derfor i en slik ordning. I tillegg kan de interagere med en rekke andre legemidler, og det er derfor viktig å identifisere interaksjonsproblematikken, mente farmasøytene. Enkelte fortalte at de opplever at det er flere kvinner som sliter med soppinfeksjon i underlivet, og som stadig kommer på apoteket for å kjøpe en pakke med Diflucan[®]. Dersom legemidlet hadde inngått i ordningen, hadde det vært mulig å avdekke de kvinnene som heller burde oppsøke legen, mente farmasøytene. Flere var også enige om at Voltarol[®] og protonpumpehemmere var legemidler som burde ha vært en del av denne ordningen. De begrunnet det med at disse legemidlene er noe som folk bruker mer enn de egentlig trenger, og som kan være vanskelig å slutte med. I tillegg kan overforbruk av smertestillende midler føre til utvikling av medikamentrelatert hodepine, påpekte en av farmasøytene.

«(...) eller soppinfeksjon i underlivet eller underlivsinfeksjoner generelt. Hvor mange damer er det ikke som sliter med det, og som kommer, og kommer og kommer? Altså sånn.. i stedet for at de hele tiden kommer og kjøper en pakke, så hvis det hadde vært reseptfritt med veiledning så kunne man i det minste silt bort en del av dem som faktisk bør dra til legen.»

F13

«Voltarol er ikke en dum idé! (...) Folk antageligvis bruker litt mer enn det dem egentlig trenger av da ... ehh.. men man jo har det evige problemet med dem som har kronisk hodepine på grunn av for mye bruk av Paracet og diverse»

F16

Journalføring

Ved videre utvikling av ordningen var det blandede formening om journalføring av Viagra Reseptfri® og andre legemidler kunne vært et godt moment å implementere i ordningen. Noen av farmasøytene hadde forståelse for nyttigheten av journalføring, og mente at legemidlet burde journalføres etter hver utlevering. De begrunnet det med at det blir enklere å avdekke eventuelle interaksjoner og misbruk, og kartlegge årsak dersom det skulle oppstå et uhell etter utleveringen. I tillegg mente de at det er positivt at legen får innsyn i bruken av legemidlet dersom kunden skal starte på en ny behandling.

«Ved første øyekast så tenker jeg at det kan være en god idé at vi rekvirerer den som en del av reseptformidleren, sånn at ting kan bli gjort enklere hvis uhellet skal være ute»

F20

«Hvis det kommer til pasientens nytte så er det positivt da. Hvis legene finner sånn for eksempel sånn.. informasjon hvis de skal begynne på en medisin eller nitroglyserin»

F24

På den andre siden mente majoriteten av farmasøytene at en slik journalføring ikke er egnet for denne ordningen. De begrunner det med at det skal være en lavterskel helsetjeneste, og at hele poenget med reseptfrie legemidler er at det ikke skal journalføres. De påpeker at det vil føre til at terskelen for å kjøpe blir høyere, og dermed skremme kundene vekk. I tillegg er det ikke alle kunder som ønsker å ha legemidlet på journalen sin eller at legen skal ha en oversikt over legemiddelbruken, mente farmasøytene. På den andre siden mente enkelte at utleveringen burde registreres på FarmaPro, på lik linje som tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. De påpeker at det er viktig å dokumentere arbeidet farmasøytene gjør slik at farmasøytens rolle blir synliggjort.

«(...) nettopp prinsippet med reseptfri med veiledning at.. at de skal kunne få det reseptfritt og dermed skal det ikke kunne dokumenteres hvem det er til»

F13

«farmasøytisk kompetanse burde bli dokumentert så tenkte jeg i forbindelse med å synliggjøre farmasøytens rolle (...) og da er det kjedelig at sjekklista bare.. ja.. den skal være gjennomgå, det står ingen steder»

F25

5 Diskusjon av resultater

Denne studien har gitt økt kunnskap om farmasøytens erfaringer om ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og farmasøytens tanker rundt videreutvikling av ordningen.

Resultatene fra studien har vist at farmasøytene er positive til ordningen, men likevel mente farmasøytene at ordningen har et stort forbedringspotensial.

5.1 Dagens ordning

Resultatene viser at det var en stor enighet blant farmasøytene at Viagra Reseptfri® som en del av ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, bidrar til å øke tilgjengeligheten av legemidlet. På den måten kan det bidra til at flere impotente menn får den behandlingen de trenger uten å måtte kontakte legen for å få en resept, noe også en britisk prospektiv observasjonsstudie fra 2017 viser. Studien ble utført for å spore menns helseatferd, hvorav deres utnyttelse av helsetjenesten og livskvalitet før og etter at sildenafil ble reseptfritt i 2017 (63). Resultatene viser at økt tilgang til behandling av impotens via apotek er assosiert med høyere antall legebesøk, noe som kan tyde på at kartlegging av underliggende sykdom utført av farmasøyt har nødvendiggjort legebesøk.

Økt tilgjengelighet har ikke bare ført til at det har blitt tilgjengelig for de som har behov for legemidlet, men også tilgjengelig for de som ikke har behov det. Noen av farmasøytene opplever at det er flere kunder som ønsker å kjøpe legemidlet mot for tidlig utløsning og økt prestasjon, noe som er utenfor godkjent indikasjon. Sildenafil benyttes for å få og opprettholde ereksjon og dermed vil det ikke gi effekt på seksualfunksjonen hos menn uten impotens. Studiene viser derimot at legemidlet reduserer tiden mellom en orgasme og en ny ereksjon (64, 65).

På den andre siden har økt tilgjengelighet, som følge av reklassifisering av reseptpliktig legemidler til reseptfrie legemidler, resultert til flere tilfeller av feilbruk. En amerikansk prospektiv studie viser at reseptfritt paracetamol har ført til økte tilfeller av alvorlige levertoksisitet, hvor 40% av innlagte pasienter med akutt leversvikt var paracetamolindusert (66). Økt tilgjengelighet av reseptfrie legemidler øker også sannsynligheten for feildiagnostisering (67). Et reseptfritt legemiddel er ment for å være egnet for selvdagnostisering hvor kunden kan behandle sine plager og symptomer uten å oppsøke legen (68). Selv om et av hovedmålene med reseptfrie legemidler er å gi befolkningen økt mulighet for egenomsorg og kontroll over sin egen legemiddelbruk, krever det at kunden

diagnostiserer tilstanden sin og bruker legemidlet riktig (2, 67). Kundenes evne til å vurdere dette er en kritisk komponent ved bruk av reseptfrie legemidler (67). I Sverige har det vært en 40% økning i antall forgiftninger med paracetamol etter at reseptfrie legemidler ble tilgjengelig utenfor apotek i 2009. Allerede i 2015 besluttet det svenske legemiddelverket derfor å trekke tilbake paracetamol tabletter fra butikkhyllene for å beskytte folkehelsen, og dermed selges det ikke lenger i svenske butikker (69). Det vekker bekymring for at noen kunder, uten tilsyn av helsepersonell, ikke kan bruke reseptfrie legemidler riktig. Det indikerer hvor viktig det er med riktig kommunikasjon, og tilstrekkelig og pasientrettet legemiddelinformasjon, og her har farmasøytene en sentral rolle. Ordningen *reseptfri medisin med veiledning* vil dermed sikre at kundene får tilstrekkelig legemiddelinformasjon for å redusere risikoen for feilbruk av legemidler.

SLV har gitt retningslinjer på hvem som kan utlevere Viagra Reseptfri[®], hvor det er bestemt at legemidlet kun kan utleveres av farmasøyter som har bestått påkrevd opplæringsmateriell. Noen av farmasøytene argumenterte for at apotekteknikere også er egnet til å stå for veiledningen av Viagra Reseptfri[®], da det ikke krever noe særlig farmasøytisk kompetanse for å gå gjennom sjekklister. På den andre siden påpekte flere farmasøyter at bakgrunnen for kravet om veiledning er farmasøytens grunnkompetanse, hvor farmasøytene har den rette grunnkompetansen for å kunne håndtere eventuelle svar og spørsmål fra kunden, og var dermed uenig i at legemidlet skal kunne utleveres av apotekteknikere. I likhet har det vært diskusjoner om apotekteknikere også kan utføre andre apotektenester, som Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. I manualen for tjenesten Inhalasjonsveiledning kan ikke tjenesten utføres av apotekteknikere, men kun av tjenestefarmasøyter som har gjennomført opplæringsprogrammet og fått et signert kompetansebevis av apoteker (70). Farmasiforbundet trekker imidlertid frem at Inhalasjonsveiledning er et eksempel på en tjeneste som apotekteknikere er egnet til å utøve (71). Apotekforeningens fagdirektør uttrykker derimot at spesialisert legemiddelrådgivning er en oppgave for farmasøytene, og mener at Medisinstart er en tjeneste hvor det kreves ytterligere kompetanse enn det man kan tilegne seg gjennom opplæringen.

Ordningen *reseptfri medisin med veiledning* gir muligheten å utnytte farmasøytene kompetanse ved å medvirke til trygg og riktig legemiddelbruk. Dette imøtekommer det som står i Legemiddelmeldingen - *Riktig bruk - bedre helse* fra 2014-2015. Likevel viser denne studien ulikt syn på om den farmasøytiske kompetansen har blitt benyttet i denne ordningen. Flere av farmasøytene sammenlignet ordningen *reseptfri medisin med veiledning* med andre farmasøytiske tjenester i apotek. De mente at de har fått benyttet sin farmasøytiske kompetanse i større grad ved gjennomføring av Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. Videre trakk de fram at de syntes at disse tjenestene, inkludert vaksinasjon i apotek, har vært mer samfunnsnyttige. En av hovedårsakene til at ordningen *reseptfri medisin med veiledning* ble implementert er å bekjempe ulovlig import og falske legemidler, og dermed er tjenesten samfunnsnyttig på en annen måte enn vaksinasjon i apotek. Dette er ikke noe farmasøytene kan bidra med direkte, sammenlignet med vaksinasjon mot covid-19 og influensa, hvor de kan bidra til økt vaksinedekning. I tillegg har koronapandemien ført til to spesielle år, som gjør at det hele bildet med tanke på apotekbesøk ikke viser helt det riktige bildet av hvordan det vanligvis hadde vært.

I Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek fastslås det at «*reseptfrie legemidler som i markedsføringstillatelsen har risikominimeringstiltak knyttet til utleveringen, kan bare utleveres når risikominimeringstiltaket er utført og oppfylt*» (72).

For Viagra Reseptfri® er dette oppfylt når en farmasøyt har gitt veiledning før utlevering av legemidlet. I tillegg kan Viagra Reseptfri® kun utleveres dersom kundene svarer nei på alle spørsmålene på sjekklisten. Dette har vært en utfordring da majoriteten av kundene som ønsker å kjøpe legemidlet kjenner til sjekklisten på forhånd, og vet hva de skal svare på spørsmålene for å få legemidlet utlevert. Bruk av kun en sjekkliste, hvor majoriteten av kundene vet hvordan den skal besvares, gjør at det ikke er en mulighet for individuell, faglig og helhetlig vurdering om kunden er egnet til bruk av legemidlet. Dermed vil dette begrense utnyttelsen av den farmasøytiske kompetansen. Noen av farmasøytene hadde mistanker om at noen kunder svarer uærlig på spørsmålene for å få legemidlet utlevert. En studie i New Zealand fant noe lignende hvor de rapporterte tilfeller hvor kunder løy om sin alder og at de ikke røykte, som forårsaket nekting av utlevering (45).

Dersom farmasøytene møtte på faste kunder eller kunder som har kjøpt legemidlet tidligere, valgte de fleste farmasøytene å spørre om det har vært noen endringer i legemiddelbruken eller helsetilstanden siden sist, fremfor å gå gjennom sjekklisten på nytt. I følge bestemmelsene fra SLV er det et krav å stille alle spørsmålene på sjekklisten for hver utlevering av Viagra Reseptfri®. Denne bestemmelsen kan oppfattes som firkantet, da det er mulig å stille de relevante spørsmålene på andre måter, men likevel kartlegge og avdekke det samme. I tillegg uttrykte enkelte farmasøyter at de kun gikk gjennom sjekklisten uten å gi ytterligere rådgivning om riktig legemiddelbruk. Dette er i strid med apotekets informasjonsplikt som innebærer at apoteket har plikt til å sørge for at kundene får tilstrekkelig legemiddelinformasjon til at det kan brukes korrekt, samt informere om mulige skadelige effekter dersom det mistenkes feilbruk (32). Informasjonsplikten gjelder både reseptpliktige og reseptfrie legemidler, da det er viktig for å øke kundenes etterlevelse av legemiddelbehandlingen.

Flere av farmasøytene hadde en forståelse for at spørsmålene på sjekklisten kunne være sensitive og personlige for mange kunder. De har dermed valgt å ivareta diskresjonen ved å vende arket med spørsmålene i sjekklisten mot kunden fremfor å lese spørsmålene høyt, eller gjennomføre utleveringen på apotekets informasjonsrom. Det er naturlig å tenke seg at det kan være en varierende terskel for å ta informasjonsrommet i bruk, både for kunden og apotekansatte. Apotekloven fastslår at *«apotekets publikumssone skal være entydig avgrenset og egnet til å ivareta publikums behov for diskresjon»* (5). Det er dermed ingen krav om at utlevering av Viagra Reseptfri® skal utføres på et informasjonsrom, så lenge kundens diskresjon blir ivaretatt. I tillegg er det ikke alltid apotekets utforming strekker til for å ivareta diskresjon, hvorav et for lite apotek eller mangel på et informasjonsrom, men med hjelp av apotekpersonalet kan likevel diskresjonen forbedres.

Uklare og vage retningslinjer for når farmasøytene har rett til å nekte utlevering har ført til at noen av farmasøytene har vært usikre på om de kan nekte utlevering av Viagra Reseptfri®. Dette har resultert i at noen farmasøyter har valgt å utlevere legemidlet selv om kunden ikke har en godkjent indikasjon, mens andre valgte å nekte utleveringen. Denne usikkerheten har dermed ført til ulike håndteringer og vurderinger av utleveringen, hvor dette avhenger av farmasøytene vurderingsevne og verdier.

Noen farmasøyter var ekstra opptatt av å utøve sitt yrke med faglig kredibilitet, og ønsker å representere apoteket som en faghandel. De har dermed valgt å stille tilleggsspørsmål utover sjekklisten og påtar seg dermed en større rolle enn det ordningen tillater. Videre var det enkelte farmasøyter som mente at de ikke hadde rett til å nekte utlevering ettersom det er et reseptfritt legemiddel, noe som ikke stemmer. Forskriften om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek fastslår at *«legemiddel som kan utleveres uten resept, må ikke utleveres når det vurderes som sannsynlig at det vil bli misbrukt.»* (72). Begrepet misbruk er noe upresist, og kan dermed være årsaken til denne usikkerheten. Dette indikerer at retningslinjene ikke er klare og presise nok.

Majoriteten av farmasøytene var fornøyde med opplæringen, bestående av et e-læringskurs og en kunnskapstest. Dessverre var det enkelte farmasøyter som mente at den kunnskapen de fikk ut av opplæringen ikke ble benyttet under kundemøtene. Dersom kunnskapen ikke praktiseres eller benyttes regelmessig, kan den bli glemt over tid. Apotekloven fastslår at utdanningen skal vedlikeholdes og oppdateres i nødvendig utstrekning, slik at apotekpersonale holder følge med fagets utvikling, og med kravene og forventningene som stilles til apotekvirksomhet (5). Samtidig slår helsepersonelloven fast at helsepersonell har plikt til å holde seg faglig oppdatert innen eget fagområde (73). Dersom oppfriskning og oppdatering av kunnskap blir prioritert, vil det redusere tilfeller hvor farmasøyter ikke har gitt tilstrekkelig rådgivning, som følge av manglende eller glemt kunnskap.

Media og reklame har blitt brukt for å vekke oppmerksomhet av Viagra Reseptfri®, og kan dermed ha ført til at flere blir eksponert for legemidlet. Kundernes selvdagnostisering og forbrukssvaner blir påvirket av legemiddelreklamer, hvor de kan bli mer nysgjerrige og motivert til å eksperimentere med legemidlet (68). En artikkel fra 2017 tar for seg de viktigste reseptfrie legemidler man bør være oppmerksomme på, blant disse var sildenafil et av de legemidlene med størst potensial for misbruk (74). Flere farmasøyter opplevde at det er mange unge menn som ønsker å kjøpe uten godkjent indikasjon. Det er kjent at media har stor makt i samfunnet og har en påvirkningskraft på mottakers holdninger. Eksempelvis har det vært skrevet mye i norske aviser om legemiddelmangelen i Norge i perioden 2018-2019. Dette resulterte til en medieskapt panikk og desperasjon, hvor apotekene gikk tomme for flere livsviktige medisiner i løpet av året på grunn av hamstring. Mangelsituasjonen eskalerte dermed unødvendig (75).

5.2 Videre utvikling av ordningen *reseptfri medisin med veiledning*

Siden 2018 har Storbritannia hatt en lignende ordning med reseptfritt Viagra med obligatorisk farmasøytisk veiledning (76). Sammenlignet med sjekklisten av Viagra Reseptfri[®], har Storbritannia en mer omfattende sjekkliste bestående av både lukkede og åpne spørsmål, samt spørsmål om indikasjon og kundenes sykehistorie. Basert på funnene i denne studien beskrev mange av farmasøytene sjekklisten av Viagra Reseptfri[®] som rigid, da den kun er bestående av syv ja/nei-spørsmål. Bruk av lukkede spørsmål gir korte svar fra kunden, og egner seg dersom noe konkret skal avdekkes eller bekreftes. Farmasøytene mente at dette hindret dem i å skape en god dialog med kunden, og dermed kan det være et mulig hinder for god veiledning. Farmasøytene uttrykte således at de ønsket åpne spørsmål på sjekklisten slik at kunden kan fortelle fritt om sin egen legemiddelbruk og helsetilstand, og at det da vil være enklere for farmasøytene å avdekke eventuelle kontraindikasjoner og klinisk relevante legemiddelinteraksjoner. Det vil også være enklere for kunden, da flere av farmasøytene opplevde at kunden hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene på sjekklisten. Ved videreutvikling av sjekklisten av Viagra Reseptfri[®] kan innføring av åpne spørsmål være både gunstig og relevant. På den måten kan også den farmasøytiske kompetansen bli benyttet i større grad da farmasøytene får gjort en mer omfattende og helhetlig vurdering om kunden er egnet til bruk av legemidlet. Det vil også være gjeldende for sjekklister av andre fremtidige legemidler som skal inngå i ordningen. Ved videreutvikling av ordningen kan det være fordelaktig å legge større vekt på ulike kundekasustikker som farmasøytene kan møte på under utleveringen i opplæringen. Dette vil bidra til at farmasøytene blir bedre forberedt på eventuelle problemstillinger i et kundemøte.

I tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart blir det benyttet et flytskjema for å vise hvordan tjenesten skal gjennomføres. Enkelte farmasøyter foreslo å bruke et flytskjema, fremfor en sjekkliste, som et hjelpemiddel under utleveringen av Viagra Reseptfri[®] og eventuelt andre fremtidige legemidler i ordningen. Da flytskjema fungerer godt i disse tjenestene skal man ikke se bort ifra at det kan være aktuelt i denne ordningen også.

Impotens er ett av kriteriene for å få kjøpe Viagra Reseptfri[®]. Enkelte farmasøyter mente derfor at det burde være et av de første spørsmålene på sjekklisten for å kartlegge om kunden har riktig indikasjon for bruk. Samtidig skal ikke farmasøyter overta legenes arbeidsoppgaver, ved å stille diagnose som gjøres ved å spørre om kundens seksualfunksjon. I tillegg er Viagra

Reseptfri® et reseptfritt legemiddel som er ment for å være egnet for selvdiagnostisering (68). I dag er det en pågående profesjonskamp mellom farmasøyter og leger, hvor ulike parter har ulike oppfatninger av et potensielt samarbeid og av hverandre. I en rapport utført av Helsedirektoratet i 2020 finner man at farmasøytene opplever at legene har manglende tillit til deres kompetanse, og innser ikke verdien av et mulig samarbeid (77). På den andre siden opplever legene at behandlingen kan bli oppstykket, som kan føre til vanskeligheter med å få en helhetlig forståelse av pasienten dersom deler av behandlingen blir gitt videre til andre helseprofesjoner. Denne profesjonskampen kan skape en hinder for å sikre den beste behandlingen for pasienten. I dag er arbeidsbyrden til legene stor, det burde derfor suppleres med andre helseprofesjoner, herunder farmasøyter. I følge lederen i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), vil ordningen *reseptfri medisin med veiledning* føre til at flere legemidler som i dag er reseptpliktig, utleveres på et svakere faglig grunnlag (78). Videre mener Legeforeningen at ordningen kan svekke pasientsikkerheten hvor det kan føre til mer uhensiktsmessig legemiddelbruk, overbehandling og overmedisinering. Legene er derimot ikke de eneste som har manglende tillit til farmasøytens kompetanse, da det svenske legemiddelverket avsto en lignende ordning på bakgrunn av at farmasøytene ikke har tilstrekkelig kompetanse for å undersøke om pasientene er egnet for legemiddelbehandling (46). Likevel har majoriteten av farmasøytene påtatt seg en større rolle enn det farmasøytene mener som er tiltatt i ordningen, og de begrunner det med å utøve farmasøytisk skjønn.

I Hellas og Spania ble det utført en observasjonsstudie bestående av 451 menn, for å vurdere farmasøytens evne til å oppdage impotens og oppmuntre pasienter til å søke medisinsk hjelp (79). Resultatene viste at farmasøytene var svært nøye med å oppdage impotens hos menn.

I tillegg viste resultatene at halvparten av deltakerne valgte å oppsøke hjelp hos en farmasøyt. En annen spansk observasjonsstudie fant tilsvarende, hvor det viste seg at majoriteten av mennene med impotens uten gyldig resept på sildenafil, valgte apoteket som første helsekontakt for å oppsøke hjelp (80). Dette tyder på at farmasøyter er et viktig første kontaktpunkt for mange menn med impotens som ønsker råd og behandling. Dermed viser det hvor viktig det er at farmasøytene ikke blir brukt som kun en kontrollfunksjon, men også kunne kartlegge riktig indikasjon for bruk av potensmiddel. Ved videre utvikling kan det være hensiktsmessig å ha et større fokus på å gi riktig behandlingsanbefalinger, og tilstrekkelig og tilpasset legemiddelinformasjon.

I denne studien var majoriteten av farmasøytene enige om at det er mange potensielle legemidler som er egnet til å inngå i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og særlig ble kloramfenikol øyendråper nevnt blant en av dem. En studie i Australia viser at farmasøytene var positive til reklassifiseringen av kloramfenikol, ettersom det ga farmasøytene muligheten til en bedre utnyttelse av deres farmasøytiske kompetanse, samt gi kundene tilgang til et bedre behandlingsalternativ (81). Dette gjenspeiler funnene i denne studien. I Storbritannia har kloramfenikol øyendråper vært tilgjengelig som et reseptfritt legemiddel så lenge som siden 2005 (82). Dette ble ansett som en fordel for befolkningen ettersom det øker tilgjengeligheten for en rask og effektiv behandling av øyekatarr, samt reduserer risikoen for spredning av infeksjon. En britisk studie viser at antall resepter på kloramfenikol falt fra 2,3 millioner i 2004 til 1,9 millioner i 2007, noe som tilsvarer en reduksjon på 15,5% etter 3 år. Salget av reseptfritt kloramfenikol fra farmasøyter har derimot fått en økning på 47,8% i løpet av 2005-2007, noe som er en naturlig konsekvens (83). Funnene av en studie som ble gjort i Wales viste tilsvarende, hvor økt tilgjengelighet av kloramfenikol økte det totale salget av antall enheter sammenlignet med før legemidlet ble reseptfritt (84). Studiene tyder på at økt tilgjengelighet av kloramfenikol har økt kundenes mulighet til egenomsorg. På den andre siden er kloramfenikol et antibiotikum, og det bør være en balanse mellom autonomi og folkehelsen. Økt tilgjengelighet av kloramfenikol kan føre til lavere terskel for antibiotikabehandling, da de fleste tilfellene av øyekatarr går over av seg selv (85). Selv om økende bruk av kloramfenikol alene ikke kan ha en negativ innvirkning på folkehelsen med tanke på antibiotika resistens, kan det åpne dører for at flere antibiotika blir reseptfritt i fremtiden.

Det var også en enighet blant farmasøytene at p-piller ville vært egnet som en del av ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. Farmasøytene argumenterte for at p-piller kunne utleveres på lik linje med Viagra Reseptfri® ved bruk av en sjekklister. Videre mente de at farmasøyter er i stand til å ta de samme faglige vurderingene som helsesykepleiere og jordmødre når det gjelder prevensjonsmidler. Likevel mente enkelte farmasøyter at dette kan være utfordrende med tanke på økt risiko for blodpropp ved oppstart, og dermed bør det følges opp av kvalifisert helsepersonell. I motsetning til Norge, er allerede enkelte orale kombinasjonspiller og minipiller klassifisert som reseptfritt legemiddel med veiledning i New Zealand siden 2017 (86). Preparatene kan kun utleveres av en kvalifisert farmasøyt, som har gjennomført og bestått tilleggsopplæring gjennom Pharmaceutical Society. Farmasøytene kan kun utlevere for seks måneder om gangen, og et lignende preparat som kvinnen har fått

forskrevet i løpet av de tre siste årene. I tillegg kan det kun utleveres til kvinner 16 år og oppover (87). Norge kan dermed hente inspirasjon fra New Zealand ved en eventuell reklassifisering av enkelte orale prevensjonsmidler i fremtiden.

Det er ikke bare reseptpliktige legemidler som er egnet til å inngå i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, men også enkelte reseptfrie legemidler. Flertallet av farmasøytene var enige at Diflucan[®], Voltarol[®] og nødprevensjon er aktuelle legemidler som hadde passet i ordningen, og dermed kan ordningen benyttes på forskjellige måter. Både Diflucan[®] og nødprevensjon har en rekke interaksjoner med mange andre legemidler, og i tillegg krever disse ytterligere legemiddelinformasjon om bruk. Det kan derfor være hensiktsmessig med obligatorisk veiledning for å kartlegge eventuelle kliniske relevante interaksjoner, samt sikre at kunden får tilstrekkelig legemiddelinformasjon.

Flere farmasøyter uttrykte at de savnet en form for dokumentasjon av utleveringen, og mente dermed at det kan være aktuelt å journalføre legemidlet slik at legen blir informert. På den måten kan det redusere risikoen for at legene forskriver legemidler som kan interagere med Viagra Reseptfri[®]. I New Zealand er derimot farmasøytene oppfordret til å informere kundens lege, kun ved samtykke fra kunden, om utleveringen av reseptfritt Viagra[®] for å redusere faren for feil legemiddelbruk (88). Som nevnt tidligere, er et av hovedmålene med ordningen å øke befolkningens mulighet for egenomsorg, herunder forebygge sykdom, mestre plager og bestemme over sin egen legemiddelbruk. Dette er dermed selvmotsigende dersom det involveres flere helsepersonell enn nødvendig, ved å eksempelvis informere legen eller journalføre. I tillegg ble ikke ordningen innført for å være en ny reseptkategori, og dermed skal ikke det journalføres (78). Likevel kan utleveringen av Viagra Reseptfri[®] dokumenteres uten å involvere legen. Det kan gjøres ved at utleveringen registreres på kundens personnummer på lik linje med Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. For at farmasøytrollen skal synliggjøres for befolkningen, må farmasøytene arbeid dokumenteres.

5.3 Metodediskusjon

5.3.1 Fokusgrupper

Kvalitativ tilnærming i form av fokusgruppe ble valgt som metode, da det anses som mest hensiktsmessig for å besvare oppgavens forskningsspørsmål. Likevel følger det ulike fordeler og lempes ved bruk av fokusgruppe som datainnsamlingsmetode.

Nedenfor er det listet noen av metodens fordeler og styrker:

1. **Informantene har en større frihetsgrad** (89). I fokusgrupper er det enklere for informantene å unnlate å svare på spørsmål de ikke vil svare på.
2. **Fokusgruppe gir rom for gruppedynamikk**. I fokusgrupper kan informantene samhandle med hverandre og på den måten utvikles det informasjon som normalt ikke ville ha kommet fram i individuelle dybdeintervjuer. Dynamikken i gruppen gjør at temaet belyses fra mange ulike synsvinkler.
3. **Fokusgruppe gjør det mulig å samle mye data på kort tid**. Sammenlignet med andre forskningsmetoder hvor det er ønskelig å innhente deltakernes erfaringer, synspunkter og holdninger, for eksempel individuelle dybdeintervju og spørreskjemaundersøkelser, tar det kort tid å planlegge, gjennomføre og presentere resultatene av en fokusgruppene.
4. **Fokusgruppe er en kostnadseffektiv forskningsmetode**. Kostnadene for å gjennomføre fokusgrupper er liten dersom man sammenligner kostnadene for å arrangere fokusgrupper med hva man får igjen av nyttig kunnskap og informasjon.

Nedenfor er det listet noen av metodens ulemper og svakheter:

1. **Gruppepåvirkningen kan være stor** (90). Det kan føre til at informantene gir avkall på sine egne meninger og synspunkter. I tillegg kan de fremstå som bedre ovenfor de andre informantene og forsker, på den måten kan både troverdigheten og validiteten svekkes.
2. **Resultatene er ikke statistisk representative**. Dynamikken i fokusgruppene avhenger av interaksjonen mellom de som er til stede i gruppene på det angitte tidspunkt. Målet er å få inn flest mulig innspill, ideer og meninger

3. **Uerfaren og uegnet moderator kan føre til store konsekvenser.** En moderator som er uegnet og uerfaren kan føre gruppen i gal retning. Det kan dermed bli vanskelig å analysere resultatene, da det mangler nødvendig datamateriale. Fokusgruppene kan, som følge av dårlig ledelse av moderator, finne og diskutere eget tema og dermed kan det også føre til mangler av datamateriale som skal belyse de viktige forskningsspørsmålene.
4. **Komplekst datamateriale kan bidra til analytiske utfordringer.** Ved bruk av fokusgrupper kan det føre til at det blir innhentet så rikt datamateriale at det kan være vanskelig å analysere og tolke for forskeren (91).

5.3.2 Fokusgruppeintervju via videokonferansetjenesten Zoom

På grunn på covid-19 ble det bestemt å avholde fokusgruppeintervjuene via videokonferansetjenesten Zoom. I en studie fra Australia i 2019 ble det undersøkt muligheten og akseptabiliteten av å benytte Zoom for å innsamle kvalitativt datamateriale innen helsefaglig forskning, samt få en bedre forståelse om Zoom er egnet for kvalitativ og blandede forskningsmetode (92). Resultatene antyder at Zoom er en godt egnet videokonferansetjeneste til å innsamle kvalitativ data sammenlignet med andre tjenester. Det å gjennomføre virtuelle intervjuer fremfor fysiske intervjuer, har sine fordeler og ulemper. Fordelene er at det gir muligheten til å rekruttere deltakere som hadde blitt utelatt dersom det hadde vært et fysisk intervju, særlig deltakere som ikke har tilgang til transport eller har travle dager (92). Deltakerne har dermed en høyere sannsynlighet til å delta i studien, da det er mer fleksibelt og deltakerne kan delta uavhengig hvor de er. Det gir også muligheten til å rekruttere deltakere fra ulike steder i landet som gir et geografisk spredt utvalg. I tillegg er virtuelt intervju kostnadseffektivt, hvor deltakerne kan bli intervjuet rett fra sitt eget hjem, og dermed kreves det ingen reiseutgifter. Ved at fokusgruppeintervjuene utføres på et sted hvor både moderator og informantene er omringet av trygge og avslappende omgivelser, kan det medvirke til mer diskusjon i gruppen. En av de største utfordringene med å gjennomføre et virtuelt intervju er det mellommenneskelige. Mennesker kommuniserer mye med kroppsspråket som gjør at det ikke er alltid like enkelt å fange opp i like stor grad gjennom en skjerm, sammenlignet med ved et fysisk intervju. Det kan også potensielt oppstå tekniske problemer, og distraksjoner i hjemmet som forstyrrer informantene under intervjuet. I tillegg krever det en stabil internettforbindelse for å få en optimal lyd- og videokvalitet.

5.3.3 Validitet

Validitet betyr gyldighet og kommer fra det engelske ordet *validity* (58). Validitet sier noe om hvor godt det innsamlede datamaterialet gjenspeiler virkeligheten av det som er studert, og ofte skiller det mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet sier noe om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det en skal undersøke, mens ekstern validitet sier noe om overførbarheten til studien (61).

Da hensikten var å skape en interaksjon mellom deltakerne rundt erfaringer, synspunkter og tanker rundt ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, ble det valgt å gjennomføre semi-strukturerte fokusgruppeintervju. I fokusgruppeintervjuer er moderator mer styrende enn i et individuelt dybdeintervju, hvor moderator har i oppgave å følge gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til kunnskapsutveksling (61). Moderatoren skal også bidra til at samtalen i størst mulig grad får konkret forankring til det temaet som skal belyses. I tillegg skal moderator sørge for å skape en god gruppedynamikk, hvor alle informantene i gruppen kommer til orde. Gjennom diskusjoner som oppstår under fokusgruppeintervju, beskriver og reflekterer informantene over personlige opplevelser, erfaringer, synspunkter, og holdninger i forhold til et fenomen eller en bestemt situasjon (93). Fokusgruppeintervju ble ansett som den best egnede metoden da det var ønskelig å utnytte denne gruppediskusjonen til å innhente data for å besvare problemstillingen. Ved bruk av individuelle dybdeintervju vil det være fravær av både gruppeinteraksjoner og gruppediskusjoner, og dermed kan det gi andre type data enn målet.

Intervjuguiden og nettskjemaene ble utformet og gjennomarbeidet i tett dialog med veileder, for å sikre at de innhentede datamateriale som svarer på problemstillingen. I et av nettskjemaet ble det benyttet en standard 5-punkts Likert-skala, slik at informantene fikk muligheten til å nyansere svaret sitt som gjenspeiler oppfatningen deres (58). For å redusere risikoen for feilaktig data, ble det valgt å legge til et "vet ikke"-svaralternativ slik at informantene som var usikre eller ikke hadde et svar, kunne velge dette svaralternativet. Under fokusgruppeintervjuene ble intervjuguiden nærmest benyttet som et hjelpemiddel for å lede moderator gjennom intervjuet og holde fokus på det som skal utforskes, og ikke alle spørsmålene på intervjuguiden ble nødvendigvis stilt. Intervjuguiden fungerte godt, hvor den skapte en komfortabel stemning og informantene ble trygge på å dele sine tanker og erfaringer. Det ble lagt vekt på at informantene skulle ha en flytende samtale med hverandre, og ikke stille spørsmålene på rekke og rad slik at de opplevde fokusgruppeintervjuene som et

avhør. I forkant av fokusgruppeintervjuene fikk informantene tilsendt et utfyllende informasjonsskriv som sikret at informantene var forberedt på hva fokusgruppeintervju innebærer og hva som er hensikten med forskningsprosjektet. Dette bidrar til å styrke gyldigheten.

Studien ble forankret hos Apotekforeningen, da dette var viktig med tanke på rekrutteringsprosessen og påliteligheten av studien. Siden studien ikke fikk tilstrekkelig antall informanter gjennom Apotekforeningen sine kanaler, ble det også bestemt å rekruttere via andre kanaler. Av ressursmessige og tidsmessige årsaker ble det derfor bestemt å benytte av ikke-sannsynlighetsutvalg, også kalt for et *bequemmelighetsutvalg*. Dette går ut på at forskeren trekker ut et utvalg som er lettest å få tak i (58). Faren med dette er for øvrig at det fører til et smalere utvalg, enn hvis alle informantene hadde blitt rekruttert via Apotekforeningen sine kanaler. De farmasøytene som ble eksponert for innlegget som ble publisert i et lukket Facebook-gruppe utgjorde *bequemmelighetsutvalget*. Videre ble det også bestemt å rekruttere informanter via *snøballmetoden*. Totalt ble det rekruttert 28 informanter, og blant disse var ni menn og 19 kvinner. Siden dagens profesjon har en overvekt av kvinnelige farmasøyter, anses det ikke som en skjev kjønnsfordeling (94).

Fokusgruppene var homogent inndelt, da informantene har samme yrkesbakgrunn og felles erfaringer, for å få et rikt beskrivende datamateriale som mulig. Ved å benytte homogene grupper førte det til en mer komfortabel gruppedynamikk, hvor det ble lettere for informantene å dele sine erfaringer og synspunkter da alle har lignende bakgrunn (58). I tillegg førte det til at informantene gjenkjente og identifiserte seg med hverandres erfaringer. Majoriteten av informantene representerte Apotek 1, som gjorde at apotekkjeden ble overrepresentert i utvalget. For å kunne utlevere Viagra Reseptfri[®] må alle apotekfarmasøyter gjennom tilsvarende opplæring og prosedyre, uavhengig av hvilken apotekkjede informantene jobber i. Denne skjevheten av kjedetilørighet i utvalget ble derfor ikke ansett å ha en påvirkning på resultatene. I tillegg var det tre av informantene som representerte samme apotek, og det ble derfor sørget for at de ble plassert i hver sin fokusgruppe for å opprettholde homogeniteten i gruppene. Noen av informantene var også kjent for både moderator og observatør fra før, samt var enkelte fra samme eller tidligere kull og utdanningssted som moderator. Da flere innad i fokusgruppene kjente hverandre, så dette ut til å slå positivt ut på dynamikken og flyten i gruppen. Dette skapte også et tryggere miljø hvor informantene snakket mer fritt og var mer komfortable med å dele sine tanker og erfaringer.

I tillegg var ikke informantene redde for å holde tilbake sine meninger, og dermed skapte det gode diskusjoner i gruppen. På en annen side kan dette ha ført til at enkelte informanter i gruppen følte seg litt utenfor, men det ble sørget for at de ble inkludert av moderator under hele intervjuforløpet.

Under fokusgruppeintervjuene opplevdes flere av informantene med stor interesse, stort engasjement, og mye erfaring rundt temaet. Dette styrker uttrykket om at erfaringene og meningene ikke var tildekket, men ekte. Likevel var det noen informanter som snakket mer enn andre, og de ble derfor mindre synlige. Det førte til at ikke alle stemmer kom like tydelig frem. Dette kan skyldes blant annet personlighet, ulikt maktforhold og ulik mengde med erfaring innen tema. To av fokusgruppeintervjuene var preget av at gruppedynamikken ikke var like optimal og at det var mindre flyt i diskusjonen. Det var mer krevende å få disse informantene til å snakke enn de i resterende fokusgruppeintervjuene, og dette kan skyldes ulike faktorer. Det kan blant annet skyldes at de opplevde vanskeligheter med å høre hverandre grunnet dårlig lyd kvalitet. I tillegg fremstod noen av informanter som veldig dominerende og ensidig, som kan ha ført til at noen av informantene ga avkall på sine egne meninger og synspunkter. På den måten kan denne gruppepåvirkningen svekke troverdigheten og validiteten i studien

I denne studien ble det satt som mål å ha fire til seks informanter i hver fokusgruppe, da det er en ideell størrelse ved bruk av et virtuelt fokusgruppeintervju (95). Det er varierende anbefalinger på den ideelle størrelsen for fokusgrupper, og i følge Malterud er fem til åtte informanter et passende antall (59). Det ble foretrukket å ha litt større grupper på minst seks informanter i hver fokusgruppeintervju, da det var et ønske å avdekke en bredde av holdninger, erfaringer, synspunkter og fortolkninger (58). Samtidig var det viktig at fokusgruppene var liten nok til at alle informantene har muligheten til å dele sine erfaringer, men samtidig stor nok til å generere dype diskusjoner. Ved for store fokusgrupper risikerer man at noen informanter kan bli mindre synlige enn andre, eller at moderatoren får vanskeligheter med å styre diskusjonen i ønsket retning. En for liten fokusgruppe, risikerer man en begrensning på hvor mye informasjon som kommer frem, og vanskeligheter med å skape diskusjon mellom informantene.

Hvor mange fokusgruppeintervjuer som skal gjennomføres varierer fra prosjekt til prosjekt, og avhenger av kompleksiteten og fenomenet som forskes på (96). Da innsamlet data fra intervjuene var forholdsvis lik og ytterligere data ikke tilførte ny kunnskap til studien, tydet det på at den teoretiske metningen var oppnådd (61). Det ble derfor besluttet å ikke gjennomføre flere datainnsamlinger etter fem fokusgruppeintervjuer. I etterkant av fokusgruppeintervjuene ble informantene bedt om å evaluere lyd- og videokvalitet av Zoom-møtet for å kartlegge informantenes opplevelse av fokusgruppeintervjuene. Da ikke alle informanter (n = 24) ga tilbakemelding på lyd- og videokvaliteten, kan det gi et feilaktig resultat av evalueringen.

Min rolle som moderator har en sentral faktor som kan bidra til påvirke validiteten i studien. Som moderator fokuserte jeg på å få et mest mulig naturlig preg i fokusgruppeintervjuene, ved å opptre uformelt i både klesvalg, samtale og kroppsspråk. Hensikten var å skape en uformell stemning slik at informantene kunne føle seg avslappet og komfortabel med å delta i gruppesamtalen. I tillegg ble det lagt vekt på å ha gode pauser og gi informantene nok tenketid mellom hvert spørsmål som ble stilt, for å ikke forstyrre informantenes narrative. Som en moderator var det viktig for meg å fremstå mest mulig nøytral til tema som skal belyses. I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det understreket at nikking fra meg ikke signaliserte enighet eller uenighet i informantenes utsagn, men at informantene var hørt. Det ble også informert om at det ikke fantes noe fasitsvar, og dermed var ingen svar og meninger feil. For hvert fokusgruppeintervju som ble gjennomført, ble det lettere og lettere å lede gruppen gjennom intervjuet. I tre av fokusgruppeintervjuene var det svært god flyt i samtalen og diskusjon innad tema gjennom nesten hele intervjuforløpet, og dermed fikk jeg en mindre styrende rolle hvor det ikke var nødvendig å lede gruppen i like stor grad. Selv om jeg var en uerfaren moderator, gikk allikevel alt som planlagt og dermed ble fokusgruppeintervjuene ansett som godt gjennomført.

5.3.4 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet og kommer fra det engelske ordet *reliability* (58). Reliabilitet handler om studien er gjennomført på en faglig og etisk forsvarlig måte, det vil si hvordan datamaterialet i studien er innsamlet, og hvordan det er brukt og bearbeidet. Det dreier også seg om at ulike forskere skal kunne bruke samme metode og få nøyaktig de samme resultatene ved ulike tidspunkter, helt uavhengig av hverandre. Samtidig er det viktig at forskeren skal kunne skille mellom hva som er resultat fra datainnsamlingen og hva som er

egne oppfattelser, samt redegjøre for forforståelsen og hvilke relasjoner de har til deltakerne i studien, da det kan påvirke oppfatning av datamaterialet (62).

For å opprettholde så høy reliabilitet som mulig har innsamlingen av datamateriale blitt utført etter de forskningsetiske prinsippene. Dette innebærer blant annet at jeg som forsker har i forkant av fokusgruppeintervjuene innhentet informert samtykke fra informantene. Videre ble informantenes anonymitet ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen. I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det utført et pilotintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden og nettskjemaene å avdekke eventuelle mangler, samt undersøke om spørsmålene dekker temaet som skal belyses. Videre har gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene og sammensetningen av informantene blitt nøye planlagt. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert de påfølgende dagene etter at hvert intervju ble ferdig. For sikre at alt datamateriale fra fokusgruppeintervjuene ble analysert likt, ble ikke analysen satt i gang før etter alle intervjuene var ferdig. Datamaterialet ble grundig gjennomgått av både meg og veileder etter analysen. I tillegg har jeg jobbet aktivt med å få frem informasjon som gjenspeiler informantenes erfaringer, tanker og synspunkter.

På grunn av covid-19 ble gjennomføring av datainnsamlingen gjort via videokonferansetjenesten Zoom. Gjennomføring av et virtuelt intervju begrenset den ikke-verbale kommunikasjonen og relasjonen mellom moderator og informant, og dermed kan dette påvirke omfanget av data som ble innsamlet. Da informantenes kroppsspråk og ansiktsuttrykk ble mindre synlige, kan informantenes reaksjoner derfor være vanskelige å oppfatte. Noen av fokusgruppeintervjuene var preget av dårlig lyd kvalitet og hakking under deler av intervjuene på grunn av dårlig internettforbindelse. Det kan derfor ikke utelukkes at relevant data kan ha gått tapt, da informantene fikk vanskeligheter med å høre hverandre og dermed kan det hindre både gruppediskusjon og flyt i samtalen. En liten andel av innsamlet data ble ikke inkludert i studien, da deler av lydopptaket ikke kunne transkriberes på grunn av dårlig lyd kvalitet, som skyldes av dårlig internettforbindelse eller mye bakgrunnsstøy. Andelen som ikke ble inkludert ble ansett som lite kritisk og så liten at det ikke vil påvirke resultatet.

Å gjenskape nøyaktige resultater ved utførelse av en identisk studie vil i dette tilfelle ikke være mulig, da gruppedynamikk og informantenes erfaringer vil alltid være i endring. Samtidig vil også moderators rolle endres, i og med at man tilegner seg mer kunnskap om temaet. På grunn av prosessene som er fulgt, anses likevel at studien har en god reliabilitet.

5.3.5 Refleksivitet

Refleksivitet omhandler forskerens evne til å se betydningen av sin egen rolle i alle trinnene av forskningsprosessen, og den forforståelsen som forskeren tar med seg i forskningsprosjektet (97). En forsker skal kunne reflektere over sin egen forskerrolle og hvilke aktuelle problemstillinger som forskeren vil møte på knyttet til denne rollen, og dermed er det viktig å vurdere fordeler og ulemper med forskerens bakgrunn.

Fordelen i denne studien er at forskeren, som en reseptarfarmasøyt, kan ha lettere tilgang til informanter sammenlignet med forskere som ikke har tilknytning til apoteket. Den faglige bakgrunnen og kunnskapen som forskeren har om det temaet som skal forskes på, kan også være en fordel med tanke på utforming av problemstilling og forskningsspørsmål, og utarbeidelse av intervjuguiden. Siden forskeren har en bakgrunn som reseptarfarmasøyt, kan dette hindre informantene til å dele sine erfaringer, meninger og synspunkter, sammenlignet med en forsker uten helsefaglig bakgrunn.

5.3.6 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om hvorvidt resultatene i studien kan være gjeldende og relevant i andre situasjoner (61). Ved bruk av fokusgruppeintervju som forskningsmetode, er ikke hensikten å generalisere resultatene, men å utvide kunnskapen og forståelsen av et fenomen (96). I tillegg var hensikten med metoden å gå i dybden på et tema, og ikke i bredden. Da studien kun tar for seg en liten andel farmasøyter, vil ikke resultatene være statistisk generaliserbare (58).

Funnene i denne studien sier noe om erfaringer og tanker farmasøyter har til Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og hvordan ordningen fungerer i praksis og hvordan ordningen kan forbedres. Utvalget representerer syv ulike fylker; Oslo, Viken, Innlandet, Vestfold og Telemark, Vestland, Trøndelag, og Troms og Finnmark, og er dermed er utvalget geografisk spredt over store deler av Norge. Selv om utvalget har en geografisk spredning, vil det ikke være nok til å påstå at resultatene i denne studien er statistisk generaliserbare. Funnene i denne studien skal derimot kunne gi et grunnlag for videre studier.

5.4 Videre studier

Fokusgruppeintervju kan kombineres med andre forskningsmetoder, på den måten kan relevante begreper og hypoteser identifiseres og utformes. Det er nødvendig med mer forskning for å belyse synspunkter på og erfaringer med ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. For å danne et stort bilde på farmasøytens erfaringer med ordningen, kan man utføre en kvantitativ metode ved bruk av anonyme spørreskjemaundersøkelser.

Det kan også være både interessant og nødvendig å undersøke hva kunder tenker om ordningen og kvaliteten på veiledningen som blir gitt av farmasøyt i apotek, da det kan være en stor forskjell på hvordan farmasøytene tror veiledningen blir gitt og hvordan kunden opplever den. Dette kan undersøkes ved å utføre en kvalitativ eller kvantitativ studie, hvor kunder som har fått obligatorisk veiledning kunne svart på en undersøkelse om deres holdninger til og erfaringer med gjennomført veiledning, enten ved bruk av dybdeintervjuer eller bruk av anonyme spørreskjemaundersøkelser. Dette kan også gjøres ved å utføre en observasjonsstudie i form av en *mystery shopping*-undersøkelse, hvor forskeren opptrer som en helt vanlig kunde i apotek for å undersøke hvordan veiledningen oppfattes fra et kundeperspektiv, samt kartlegge styrker og eventuelle forbedringsmuligheter av ordningen. I tillegg kan det være nødvendig å kartlegge om utleveringskriteriene blir overholdt. Denne metoden har blant annet blitt benyttet i USA i 2016, hvor de utførte en *mystery shopping*-undersøkelse for å undersøke hva slags legemiddelinformasjon som blir gitt av apotekansatte ved salg av reseptfrie legemidler som ibuprofen og nødprevensjonsmidler (98).

Ved videre forskning kan det også være hensiktsmessig å undersøke menns erfaringer med og tanker rundt Viagra Reseptfri® i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og resultater av henvisningene som blir gitt av farmasøytene i apotek. Det kan også være interessant å undersøke effekten av etterspørselen av potensmidler på nett.

Dette vil ikke bare være nødvendig for videreutvikling av ordningen, men også for farmasøytrollen. Det vil styrke farmasøytens legemiddelrådgivning som kan bidra til bedre utnyttelse av farmasøytens kompetanse. I tillegg vil det synliggjøre farmasøytens rolle og verdien av farmasøytisk kompetanse i samfunnet, da det bidrar til riktig legemiddelbruk som fører til bedre etterlevelse av legemiddelbehandling, samt redusere antall sykehusinnleggelses grunnet feilbruk.

6 Konklusjon

Denne studien har gitt økt kunnskap om farmasøytene erfaringer om ordningen *reseptfri medisin med veiledning*, og farmasøytene tanker rundt videreutvikling av ordningen.

Resultatene fra studien har vist at farmasøytene er positive til ordningen, da det er et viktig og riktig steg i legemiddelpolitikken hvor farmasøytene får en større rolle i samfunnet. Likevel mente farmasøytene at ordningen har et stort forbedringspotensial.

Noen farmasøyer var usikre på om de kunne nekte utlevering av Viagra Reseptfri[®], selv om de syv spørsmålene på sjekklisten var besvart med nei. Denne usikkerheten førte til varierende håndteringer og ulik terskel for å utlevere legemidlet. Klare retningslinjer av utleveringsbestemmelser kan redusere usikkerheten rundt nekting av utlevering.

Farmasøytene uttrykte at ordningen heller burde ha et større fokus på å gi kunden tilstrekkelig legemiddelinformasjon for å sikre riktig legemiddelbruk, enn å bruke sjekklisten som en kontrollfunksjon. Flere farmasøyer hadde valgt å stille oppfølgingsspørsmål og bevegde seg fra sjekklisten, da sjekklisten begrenser dialog med kunden og utnyttelsen av deres farmasøytiske kompetanse. Det antyder at sjekklisten alene ikke er tilstrekkelig for å ta en faglig og helhetlig vurdering av egnet bruk, og dermed kan det være relevant å ha mer åpne spørsmål på sjekklisten. Det kan også være aktuelt å benytte et flytskjema fremfor en sjekkliste, på lik linje som tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart.

Hittil er det kun Viagra Reseptfri[®] og Duraphat[®] som er godkjent i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. Mange av farmasøytene foreslo p-piller og kloramfenikol øyendråper som aktuelle legemidler i denne ordningen, noe som allerede selges reseptfritt med veiledning i Storbritannia og New Zealand. Det skal dermed ikke sees bort fra at disse potensielt kan inngå i ordningen i Norge også.

Reseptpliktige legemidler som reklassifiseres til reseptfrie legemidler eller som inngår i ordningen, fører til økt tilgjengelighet og befolkningens mulighet til egenomsorg, noe som også kan forårsake økt feilbruk. Det kan dermed være hensiktsmessig at utleveringene i ordningen blir registrert. Det vil også bidra til å synliggjøre farmasøytrollen, og apotekets bidrag for riktigere legemiddelbruk.

Videre forskning rundt kvaliteten av veiledningen og kundeopplevelsen anbefales.

Referanseliste

1. Steien TR. Nå blir Viagra tilgjengelig reseptfritt på apotek 2019 [cited 2020 9. september]. Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/na-bli-viagra-tilgjengelig-reseptfritt-pa-apotek#:~:text=Ordningen%20med%20reseptfri%20medisin%20med,som%20reseptfri%20medisin%20med%20veiledning.>
2. Krav til utlevering av Viagra Reseptfri (sildenafil) Statens legemiddelverk 2019 [updated 11. mai 2020; cited 2020 9. september]. Available from: <https://legemiddelverket.no/nyheter/krav-til-utlevering-av-viagra-reseptfri-sildenafil#:~:text=For%20%C3%A5%20kunne%20kj%C3%B8pe%20Viagra,f%C3%A5r%20obligatorisk%20veiledning%20av%20farmas%C3%B8yt.>
3. Hortemo S. Viagra Reseptfri (sildenafil) som første reseptfri medisin med veiledning Statens legemiddelverk, 2019 [updated 19. desember 2019; cited 2020 9. september]. Available from: [https://legemiddelverket.no/nyheter/viagra-reseptfri-sildenafil-som-forste-reseptfri-medisin-med-veiledning#:~:text=Viagra%20Reseptfri%20\(sildenafil\)%20blir%20det.tilgjengelig%20i%20apotek%20neste%20%C3%A5r.&text=%E2%80%8BOrdningen%20reseptfri%20medisin%20med,faren%20for%20feilbruk%20og%20bivirkninger](https://legemiddelverket.no/nyheter/viagra-reseptfri-sildenafil-som-forste-reseptfri-medisin-med-veiledning#:~:text=Viagra%20Reseptfri%20(sildenafil)%20blir%20det.tilgjengelig%20i%20apotek%20neste%20%C3%A5r.&text=%E2%80%8BOrdningen%20reseptfri%20medisin%20med,faren%20for%20feilbruk%20og%20bivirkninger)
4. Helse-ogomsorgsdepartementet. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, St.meld. nr. 18. Regjeringen, 2004-2005 [cited 2020, September 10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/01962a4190144c119107ab61ac83a1af/no/pdfs/stm200420050018000dddpdfs.pdf>.
5. Lov om apotek (apotekloven), LOV-2000-06-02-39 (2000).
6. Apotekforeningen. Disse jobber i apoteket Apotekforeningen, [u.d.] [cited 2020 22. oktober]. Available from: <http://www.apotek.no/statistikk/apotekstatistikk/ansatte/ansatte>.
7. Åse V, Apotekforeningen. Nå kan du stikke innom ett av 260 apotek for å ta influensavaksine 2018 [cited 2020 27. oktober]. Available from: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/n%C3%A5-kan-du-stikke-innom-ett-av-260-apotek-for-%C3%A5-ta-influensavaksine>.
8. Helsetjenester Boots; [cited 2020 2. oktober]. Available from: <https://www.boots.no/helsetjenester>.
9. Benskjørhet / Osteoporose Boots; [cited 2020 2. oktober]. Available from: <https://www.boots.no/benskjorhet>.
10. Helsetjenester i Boots apotek: The Boots Company PLC 2015 [cited 2020 2. oktober]. Available from: <http://www.bootsapotek.no/selskap/bootsServices.html>
11. Helsetjenester i apotek: Folkehelseinstituttet; 2014 [cited 2020 2. oktober]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/eldre/helsetjenester-i-apotek/>.
12. Riktige legemidler. Bedre helse - god samfunnsøkonomi. Norges farmaceutiske forening 2016 [cited 2020 22. oktober]
13. Hvor jobber farmasøyten? Norges farmaceutiske forening[u.d.] [cited 2020 22. oktober]. Available from: <https://www.farmaceutene.no/hvor-jobber-farmasoyten#:~:text=Det%20er%20stadig%20flere%20farmas%C3%B8yter,%20forskning%20administrasjon%20eller%20ledelse.>
14. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012) - Utdanning for velferd. Regjeringen 2012 [cited 2020 23. oktober]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>.

15. Helse-ogomsorgsdepartementet. Meld. St. 28 (2014-2015). Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse. Regjeringen 2015 [cited 2020 23. oktober]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
16. Trygg Medisin i finale. Relis 2015 [cited 2020 22. oktober]. Available from: https://relis.no/Aktuelt/Arkiv/2015/Trygg_Medisin_i_finale/.
17. Helsetjenester i apotek - Lavterskel helsetjenester i apotek bedrer folkehelsen. . Apotekforeningen; 2008 [cited 2020 29. oktober].
18. Walter AB, Fredriksen G. Utredning av farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling Helsedirektoratet; 2014 [cited 2020 26. september] Contract No.: IS-0426.
19. Lange MH, Granås AG. Apotekbransjen før og etter ny apoteklov 2003 [cited 2020 23. november]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2003/11/kronikk/apotekbransjen-og-etter-ny-apoteklov>.
20. Andersen H, Fagdirektør, Apotekforeningen. Apotekdekning 2020.
21. Fagområde:, Legemiddelforsyning, Legemiddelovervåkning. Salg utenom apotek (LUA-ordningen) Statens legemiddelverk [u.d.] [cited 2020 28. oktober]. Available from: <https://legemiddelverket.no/import-og-salg/salg-utenom-apotek>.
22. Legemiddelstatistikk. Legemiddelforbruket i Norge 2014-2018 Folkehelseinstituttet 2019 [cited 2020 29. oktober]. Available from: <http://www.legemiddelforbruk.no/>.
23. Apotekforeningen. Legemidler kjøpt via internett eller i utlandet Apotekforeningen [u.d.] [cited 2020 29. oktober]. Available from: <https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2016/8-legemiddelmarkedet/8-5-legemidler-kj%C3%B8pt-via-internett-eller-i-utlandet>
24. Legemiddelverket. Nettapotek. Helse Norge [u.d.] [updated 15. oktober 2018; cited 2020 29. oktober]. Available from: <https://www.helsenorge.no/legemidler/e-resept-og-mine-resepter/nettapotek/>.
25. Ruud KW, Rønningen SW, Faksvåg PK, Ariansen H, Hovland R. Evaluation of a structured pharmacist-led inhalation technique assessment service for patients with asthma and COPD in Norwegian pharmacies. Patient Educ Couns. 2018;101(10):1828-37.
26. Apotekforeningen. Få en god start med hjertemedisinen din. Helse Norge [u.d] [updated 3. august 2018; cited 2020 26. oktober]. Available from: <https://www.helsenorge.no/medisiner/medisinstart/>.
27. Hovland R, Bremer S, Frigaard C, Henjum S, Faksvåg PK, Saether EM, et al. Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies. Int J Pharm Pract. 2020;28(4):337-45.
28. Huse J, Jüse U, Borge M. Høring om at apotek kan utlevere reseptfrie legemidler med risikominimeringstiltak. Statens legemiddelverk 2017 [cited 2020 29. oktober]. Available from: <https://legemiddelverket.no/nyheter/horing-om-at-apotek-kan-utlevere-reseptfrie-legemidler-med-risikominimeringstiltak>.
29. Forskrift om endring i apotekforskriften og forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. , FOR-2017-10-09-1596 (2017).
30. Høringsnotat – Legemidler med risikominimeringstiltak ved utlevering i apotek. Statens legemiddelverk; 2017 [cited 2020 07. november].
31. Ulshagen KM. Farmasøytutlevering i apotek Statens legemiddelverk 2016 [cited 2020 30. oktober]. Available from: <https://legemiddelverket.no/nyheter/farmasoytutlevering-i-apotek>.
32. Reseptfrie legemidler med krav om veiledning: Statens legemiddelverk [u.d.] [cited 2020, September 9]. Available from: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/risikominimeringstiltak/reseptfrie-legemidler-med-krav-om-veiledning>.

33. Fossum GA. Duraphat tannpasta (natriumfluorid) blir reseptfritt med veiledning. Statens legemiddelverk 2020 [cited 2020 2. november]. Available from: <https://legemiddelverket.no/nyheter/duraphat-tannpasta-natriumfluorid-blir-reseptfritt-med-veiledning>.
34. Grünfeld B. Ereksjon. Store medisinske leksikon 2009 [updated 20. februar 2018; cited 2020 30. oktober]. Available from: <https://sml.snl.no/ereksjon>.
35. Gökçe M, Yaman Ö. Erectile dysfunction in the elderly male. Turk J Urol. 2017;43(3):247-51.
36. Vaaler S, Lövkvist H, Svendsen KO, Furuseth K. [Erectile dysfunction among Norwegian men over 40 years of age]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2001;121(1):28-32.
37. Erekttil dysfunksjon - impotens Norsk Helseinformatikk NHI; [u.d.] [updated 23. juli 2020 cited 2020 4. november]. Available from: <https://nhi.no/sykdommer/mann/seksuelle-tema/erekttil-dysfunksjon-impotens/>.
38. Erekttil dysfunksjon Norsk Legemiddelhandbok 2017 [cited 2020 02. november]. Available from: https://www.legemiddelhandboka.no/T13.3.1/Erekttil_dysfunksjon.
39. Viagra Felleskatalogen [u.d.] [updated 14.oktober 2020 cited 2020 4. november]. Available from: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/viagra-pfizer-565179>
40. Ghofrani HA, Osterloh IH, Grimminger F. Sildenafil: from angina to erectile dysfunction to pulmonary hypertension and beyond. Nat Rev Drug Discov. 2006;5(8):689-702.
41. Giuliano F, Jackson G, Montorsi F, Martin-Morales A, Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. Int J Clin Pract. 2010;64(2):240-55.
42. Reseptregisteret. 21_10200_TII utlevering_202104. In: Folkehelseinstituttet, editor. Excel-fil2021.
43. Nasjonal Reseptbasert Legemiddelregister [cited 2020 1. november]. Available from: <http://www.reseptregisteret.no>.
44. MedicinesandHealthcareproductsRegulatoryAgency. MHRA reclassifies Viagra Connect tablets to Pharmacy medicine Government of the United Kingdom 2017 [cited 2020 4. november]. Available from: <https://www.gov.uk/government/news/mhra-reclassifies-viagra-connect-tablets-to-a-pharmacy-medicine>.
45. Braund R, Ratnayake K, Tong K, Song J, Chai S, Gauld N. Pharmacist supply of sildenafil: pharmacists' experiences and perceptions on training and tools for supply. Int J Clin Pharm. 2018;40(3):650-8.
46. Bergeå N. Därför blir sildenafil inte receptfritt i Sverige 2017 [cited 2020 4. november]. Available from: <https://svenskfarmaci.se/lakemedel/darfor-blir-sildenafil-inte-reseptfritt-i-sverige/>.
47. Jackson G, Arver S, Banks I, Stecher VJ. Counterfeit phosphodiesterase type 5 inhibitors pose significant safety risks. Int J Clin Pract. 2010;64(4):497-504.
48. Nye regler for privatimport og destruksjon av legemidler fra 1.oktober. Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [cited 2020 3. november]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-regler-for-privatimport-og-destruksjon-av-legemidler-fra-1.-oktober/id2455161/#:~:text=WHO%20ansl%C3%A5r%20at%2050%20prosent,kan%20de%20v%C3%A6re%20direkte%20helseskedelige>.
49. Askjer S, Robstad FE. 35.000 ulovlige nettbutikker. 2020 [cited 2020 3. november]. Available from: <https://www.tv2.no/a/11604657/>
50. Aronson JK. From prescription-only to over-the-counter medicines ('PoM to P'): time for an intermediate category. British Medical Bulletin. 2009;90(1):63-9.

51. Rognstad HH, Løberg AK. Ulovlig import av potensmidler øker. 2020 [cited 2020 3. oktober]. Available from: <https://www.nrk.no/innlandet/flere-bestiller-ulovlig-potensmidler-som-viagra-fra-utlandet-1.15114621>.
52. Schnetzler G, Banks I, Kirby M, Zou KH, Symonds T. Characteristics, behaviors, and attitudes of men bypassing the healthcare system when obtaining phosphodiesterase type 5 inhibitors. *J Sex Med.* 2010;7(3):1237-46.
53. OTC use in Norway for sildenafil, ATC-code: G04BE03. Statens legemiddelverk; 2019. p. 3.
54. Viagra Reseptfri: Felleskatalogen 2020 [updated 07. januar 2021; cited 2021 2. mai]. Available from: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/viagra-reseptfri-upjohn-eesv-pfizer-667888>.
55. Grossistbasert-legemiddelstatistikk. Utlevering data_G04BE03_utlev.gruppe F.xlsx In: Folkehelseinstituttet, editor. Excel-fil2021.
56. Lysholm BH. Solgte mer Viagra på én måned enn i hele 2019. *vino.* 2020.
57. Reseptfritt salg av legemidler i 2020 [cited 2021 10. mai]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/omsetning-utenom-apotek/reseptfritt-salg-av-legemidler-i-2020/>.
58. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode 4. utgave ed. Oslo Abstrakt forlag AS; 2011.
59. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlag 2012.
60. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju 3. utgave ed. Oslo Gyldendal akademisk 2015
61. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag -. 4. utgave ed. Oslo: Universitetsforlaget 2017.
62. Thagaard T. Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode 4. utgave ed: Fagbokforlaget 2013.
63. Lee LJ, Maguire TA, Maculaitis MC, Emir B, Li VW, Jeffress M, et al. Increasing access to erectile dysfunction treatment via pharmacies to improve healthcare provider visits and quality of life: Results from a prospective real-world observational study in the United Kingdom. *Int J Clin Pract.* 2021;75(4):e13849.
64. Mondaini N, Ponchiotti R, Muir GH, Montorsi F, Di Loro F, Lombardi G, et al. Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time. *Int J Impot Res.* 2003;15(3):225-8.
65. McMahan CG, Stuckey BG, Andersen M, Purvis K, Koppiker N, Haughie S, et al. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. *J Sex Med.* 2005;2(3):368-75.
66. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, Davern TJ, Lalani E, Hynan LS, et al. Acetaminophen-induced acute liver failure: results of a United States multicenter, prospective study. *Hepatology.* 2005;42(6):1364-72.
67. Brass EP. Changing the status of drugs from prescription to over-the-counter availability. *N Engl J Med.* 2001;345(11):810-6.
68. Vennerød AM, Granås AG. Legemidler sml.no: Store medisinsk leksikon; [u.d.] [updated 8. mai 2020; cited 2021 5. mai]. Available from: <https://sml.sn.no/legemidler>
69. Paracetamol-tablettene fjernes fra butikkene i Sverige2015 [cited 2021 1. mai]. Available from: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/nyhet/paracetamol-tablettene-fjernes-fra-butikkene-i-sverige?PID=36826&M=NewsV2&Action=1>
70. Inhalasjonsveiledning i apotek - opplæringsprogram: Apokus; 2016 [
71. Rosmo K. Medisinstart 2018 [cited 2021 6. mai]. Available from: <https://www.parat.com/om-farmasiforbundet-1690-376351/nyheter/medisinstart>.

72. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, FOR-1998-04-27-455, (1998).
73. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64, (1999).
74. Sansgiry SS, Bhansali AH, Bapat SS, Xu Q. Abuse of over-the-counter medicines: a pharmacist's perspective. *Integr Pharm Res Pract.* 2017;6:1-6.
75. Johannessen N, Myrvang SE. Rekordstor legemiddelmangel i Norge: – Ble desperat og fikk panikk 2019 [cited 2021 8. mai]. Available from: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Kv5ge4/rekordstor-legemiddelmangel-i-norge-ble-desperat-og-fikk-panikk>.
76. Robinson J. Sildenafil to be reclassified to P medicine *The Pharmaceutical Journal.* 2017.
77. Economics O. Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter. Helsedirektoratet 2020.
78. Engen ØB. Frykter for pasientsikkerheten 2017 [cited 2021 8. mai]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/06/frykter-for-pasientsikkerheten/>.
79. Martin Morales A, Hatzichristou D, Ramon Lladós J, Pascual Renedo V, Pimenidou A. Community pharmacy detection of erectile dysfunction in men with risk factors or who seek treatment or advice but lack a valid prescription. *J Sex Med.* 2013;10(9):2303-11.
80. Morales AM, Ibáñez J, Machuca M, Pol-Yanguas E, Schnetzler G, Renedo VP. The EPIFARM study: an observational study in 574 community pharmacies in Spain characterizing patient profiles of men asking for erectile dysfunction medication. *J Sex Med.* 2010;7(9):3153-60.
81. Alkhatib L, Parsons R, Czarniak P, Sunderland VB. An evaluation of the reclassification of ophthalmic chloramphenicol for the management of acute bacterial conjunctivitis in community pharmacies in Western Australia. *Int J Pharm Pract.* 2015;23(2):111-20.
82. Scott G. Over the counter chloramphenicol eye drops. *BMJ.* 2010;340:c1016.
83. Davis H, Mant D, Scott C, Lasserson D, Rose PW. Relative impact of clinical evidence and over-the-counter prescribing on topical antibiotic use for acute infective conjunctivitis. *Br J Gen Pract.* 2009;59(569):897-900.
84. Du HC, John DN, Walker R. An investigation of prescription and over-the-counter supply of ophthalmic chloramphenicol in Wales in the 5 years following reclassification. *Int J Pharm Pract.* 2014;22(1):20-7.
85. Misvær N, Nordeng H, Brigtsen AK, Brænd AM, Bekkevold S. Puss i øyet - fordypningsstoff til helsepersonell *Helsebiblioteket.no: Helsebiblioteket; 2017* [
86. [unknown]. Pharmacists in New Zealand can now prescribe the oral contraception pill to women. *The Pharmaceutical Journal.* 2017.
87. Haggan M. NZ Pill Downschedule good news for women, pharmacy AJP [Internet]. 2017 [cited 2021 9. mai]. Available from: <https://ajp.com.au/news/nz-pill-downschedule-good-news-women-pharmacy/>.
88. Torjesen I. New Zealand allows access to sildenafil through pharmacy *The Pharmaceutical Journal.* 2014.
89. Nøtnæs T. Innføring i bruk av fokusgrupper Seksjon for statistiske metoder og standarder [Internet]. 2001 [cited 2021 15. april]. Available from: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200124/notat_200124.pdf.
90. Bjørklund O. Fokusgruppe - Noen metodiske betraktninger 2005 [cited 2021 15. april]:[p. 42–50 pp.]. Available from: <https://www.nofima.no/filearchive/Oddrun%20Bjorklund.pdf>.
91. Leung FH, Savithiri R. Spotlight on focus groups. *Can Fam Physician.* 2009;55(2):218-9.

92. Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, Lawless M. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. . International Journal of Qualitative Methods 2019.
93. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju2009 [cited 2021 31. april]. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/bruk-av-fokusgruppeintervju>.
94. Kvinnelige farmasøyter tetter lønnsgapet Norges Farmaceutiske Forening 2020 [Available from: <https://www.farmaceutene.no/kvinnelige-farmasoyter-tetter-lonnsgapet>].
95. LLC IR. Online versus In-Person Focus Groups greenbook.org: GreenBook Directory; [u.d.] [Available from: <https://www.greenbook.org/marketing-research/Online-Versus-In-Person>].
96. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Sverige: Studentlitteratur 2000.
97. NEM. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag forskningsetikk.no: Den nasjonale forskningsetiske komiteene; 2019 [cited 2021 12. mai]. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
98. Peters J, Desai K, Ricci D, Chen D, Singh M, Chewning B. The power of the patient question: A secret shopper study. Patient Educ Couns. 2016;99(9):1526-33.

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Nettskjema - Bakgrunnsinformasjon

Vedlegg 4 Nettskjema - Evaluering av Zoom-møtet

Vedlegg 5 Vurdering fra NSD

Vedlegg 1: Informasjonsskriv



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Farmasøytens erfaring med ordningen *reseptfri medisin med veiledning*”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente farmasøytens erfaring med ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Catherine Vo. Jeg er masterstudent ved Institutt for farmasi ved UiT Norges arktiske universitet, og skal utføre masteroppgaven min ved OsloMet - storbyuniversitetet. Hensikten er å innhente farmasøytens erfaring med ordningen reseptfri medisin med veiledning. Videre ønsker jeg å bruke denne kunnskapen til å utvikle ordningen videre, slik at farmasøytens kompetanse kan brukes bedre i gjennomføring av utleveringen for å bidra til trygg legemiddelbruk. Ettersom denne ordningen er et nytt konsept i Norge, vil alle erfaringer og tanker du har rundt den, være til stor nytte i studien. Håper at du er villig til å dele din erfaring med meg og mitt prosjekt.

Hva innebærer prosjektet?

I denne studien er det ønsket å utføre et semi-strukturert fokusgruppeintervju med 25-30 apotekfarmasøytter fra ulike apotekkjeder som har utført minst én utlevering av Viagra Reseptfri. Det vil bli utført fokusgruppeintervjuer med 5-7 farmasøytter i hvert intervju. Spørsmålene vil omhandle deres erfaringer rundt ordningen reseptfri medisin med veiledning. I intervjusituasjonen vil det bli tatt lydopptak og notater. På grunn av Covid-19 vil intervjuene foretas digitalt via Zoom. Intervjuene arrangeres følgende datoer i 2021;

- ◆ Torsdager: 7. januar, 14. januar og 21. januar, alle dager kl. 19:00.
- ◆ Mandager: 11. januar og 18. januar, alle dager kl. 19:00.

Intervjuet vil vare i ca. 60-90 minutter. For å takke for din tid vil du få en påskjønnelse i form av et gavekort. Gavekortet overrekkes etter at intervjuet er ferdig.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet - storbyuniversitetet ved veileder førsteamanuensis Tonje Krogstad Seniorrådgiver Tore Reinholdt i Apotekforeningen vil være ressursperson.

Ditt personvern – hvordan oppbevarer og bruker vi dine opplysninger?

All informasjon som oppgis i intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Intervjuet er konfidensielt, og alle personopplysninger vil bli anonymisert, samt behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Det er kun vi som er knyttet til prosjektet som har adgang til personopplysningene og som kan finne tilbake til deg. En digital opptaker vil bli benyttet for å ta opp intervjuet. Lydopptaket oppbevares på en kryptert minnepinne med sikkerhet på 256bit AES. Samtykkeskjema vil oppbevares innelåst i et skap som står i et låst rom. Data på opptakerne vil bli slettet med en gang det er lagt over på kryptert minnepenn. Før dette er gjort oppbevares også disse innelåst. All annen data er beskyttet med passord på privat datamaskin, men personopplysninger vil ikke lagres på datamaskin. Alle personopplysninger slettes ved prosjektets slutt, som etter planen avsluttes sommeren 2021. Når studien publiseres, vil det ikke være mulig å identifisere eller spore deg i resultatene.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet - storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten påfølgende konsekvenser. Alle deltakere kan også på hvilket som helst tidspunkt kreve at de opplysningene de har oppgitt, slettes. Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til prosjektet eller din deltakelse, kan du ta kontakt med:

- ◆ Catherine Vo på e-post: catherinetuv@gmail.com eller på mobil: 900 61 314, eller
- ◆ Min veileder Tonje Krogstad, førsteamanuensis ved OsloMet-storbyuniversitetet, på e-post: tokr@oslomet.no eller telefon: 672 36 234.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, ta kontakt med:

- ◆ NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 555 82 117.

Med vennlig hilsen

Tonje Krogstad
Prosjektansvarlig

Catherine Vo
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om forskningsprosjektet, og jeg er villig til å delta i studien.

Sted og dato

Signatur av prosjektdeltaker

Vedlegg 2 - Intervjuguide

OSLOMET

Intervjuguide - 2020/2021

Grunnleggende informasjon

Presentasjon av moderator og forskningsprosjektet/oppgaven.

Presiserer at informantene anonymiseres og intervjuet holdes konfidensielt.

Spør informantene om de har noen spørsmål før intervjuet starter.

Åpningsspørsmål - bakgrunnsinformasjon

Alle informanter presenterer seg selv

- Kjønn
- Alder
- Hvilken utdanning har dere?
 - Reseptar eller provisor
- Hvilken apotekkjede jobber dere i?
 - Hvilken type apotek (senter, lokalapotek, sykehusapotek etc.)
 - Hvor travelt har dere på apoteket? (ca. antall resepter pr. dag)
- Hvor lenge har dere jobbet i apotek?
- Hvorfor valgte dere å delta i denne forskningsprosjektet?

Introduksjonsspørsmål:

- Hva tenker dere når dere hører reseptfri medisin med veiledning?

Da tenkte jeg å komme med en liten introduksjon og litt bakgrunnsinformasjon, før jeg går videre til de neste spørsmålene.

I en av fire kontrollerte postsendinger finner man ulovlige legemidler, og i mange av tilfellene er det snakk om potensmidler. Ulovlig import og kjøp på nett er et stort problem og det utgjør en stor risiko. I 2018 åpnet Stortinget for at enkelte medisiner kunne selges reseptfritt. Den nye ordningen ble kalt reseptfri medisin med veiledning. Hensikten med denne ordningen var blant annet å redusere nettopp dette slik at det blir enklere å kjøpe trygge produkter i Norge. I tillegg til reduksjon av ulovlig netthandel, bidrar det til at farmasøytene kompetanse kan tas ytterligere i bruk. I 2020 ble Viagra Reseptfri tilgjengelig på apotekene og er det første legemidlet som godkjennes gjennom denne ordningen.

Tema til fokusgruppe diskusjon

Nøkkelspørsmål:

1. Erfaring med salg av Viagra Reseptfri

- Hva slags erfaringer har dere ved salg av Reseptfri Viagra?
 - Hva fungerer bra og hva fungerer dårlig?
 - Har dere opplevd mye salg?
 - Opplever dere mest kjøp via nettapotek eller direkte kjøp på apoteket?

2. Generelt om ordningen “reseptfri medisin med veiledning”

- Hva synes dere om at Viagra (Sildenafil) er det første legemidlet i denne ordningen?
 - Er det noen andre legemidler som dere tenker hadde kunne vært bedre som det første?

I tillegg til Viagra Reseptfri, så ble det i fjor høst bestemt at Duraphat skulle også inngå i ordningen *reseptfri medisin med veiledning*. Reseptfritt Duraphat ble tilgjengelig på apoteket i november, det vil si 11 måneder etter Viagra Reseptfri.

- Hva slags andre legemidler tenker dere kan potensielt inngå i denne ordningen? Har dere noen tanker om det?
- Hva oppfatter dere som de største utfordringene med ordningen?
- Tror du at reseptfritt Viagra har bidratt til økt livskvalitet hos enkelte?

Som noen av dere sikkert vet, så er ikke Norge det ikke det første landet som fikk reseptfritt Viagra, for allerede i 2014 ble Viagra tilgjengelig uten resept i New Zealand. Disse selges til menn i alder 35-70 år, mens i Norge selges det til alle menn over 18 år.

- Hva tenker dere om forskjellen i aldersgrensen? Bør Norge ha en høyere aldersgrense eller fortsette slik som det er nå?

Som nevnt tidligere, er hensikten med ordningen var å blant annet redusere ulovlig netthandel av legemidler. I fjor høst, i august, så la NRK ut en artikkel hvor det stod at ulovlig import av potensmidler har økt etter at Reseptfri Viagra ble tilgjengelig på apotekene, noe som er helt motsatt av hensikten. Siden da har det blitt stoppet cirka 5000 sendinger av ulovlige legemidler i posten, hvor halvparten er potensmidler. Det nærmet seg tallene for hele 2019.

- Hva tenker dere om det? Hva tenker dere årsaken kan være?

3. Kundegruppe

- Hvilken kundegruppe har dere opplevd å utlevere mest Viagra Reseptfri til?
 - Opplever dere noen utfordringer med denne kundegruppen? Eller med andre kundegrupper?
 - Tenker dere at det er noen spesielle hensyn eller ting man må være oppmerksom på når dere utleverer til de ulike kundegruppene?
 - Hvem tenker dere har størst fare for feilbruk/misbruk av legemidlet av de ulike kundegruppene?

4. Sjekkliste

- Hvordan opplever dere sjekklisen?
 - Synes dere at den er tilstrekkelige? Eventuelt hva mangler?
 - Trenger den å bli optimalisert? Eventuelt hva?
 - Synes dere at sjekklisen påvirker arbeidsflyten deres?
- Hvor ofte bruker dere den?
 - Hvis alltid eller ofte; i hvor stor grad bruker dere den?
 - Hvis sjeldent eller aldri; hva er årsaken til det?
- Hvordan synes dere ja/nei spørsmålene fungerer? Er disse tilstrekkelig?
 - Til hvilken grad bruker dere spørsmålene? Leser dere sjekklisen rett av eller endrer dere på rekkefølgen? Stiller dere spørsmålene på en annen måte?
 - Opplever dere noen utfordringer med disse?
 - Bør det gjøres noen forbedringer synes dere? Eventuelt hva?
 - I hvor stor grad føler dere at kundene forstår spørsmålene?
 - Hvor ærlige føler dere at kundene svarer på spørsmålene?
 - Hvordan opplever kundene å svare på spørsmålene i sjekklisen?
 - Går dere gjennom sjekklisen hver gang, selv om kunden har kjøpt det før?
 - Hva tenker dere om det to ulike sjekklister, hvor det er en sjekkliste for førstegangsbrukere og en for andregangsbrukere?

6. Registering

Manglende dokumentasjon av farmasøytens nytteverdi har blitt trukket frem som en utfordring. Det hjelper ikke at farmasøytene som profesjon vet hvilken jobb som gjøres for å sikre riktig legemiddelbruk så lenge det forblir en godt bevart hemmelighet for samfunnet utenfor. Slik som ordningen er nå, ser det ikke ut til at det er en form for dokumentasjon av utlevering av Viagra.

- Burde det være en oversikt over det? Eller en form for dokumentasjon?

Den 2. september besluttet helse- og omsorgsdepartementet at apotekfarmasøyter kunne nå rekvirere enkelte vaksiner mot influensa.

- Hva tenker dere om farmasøytrekvirering av Viagra, i istedenfor reseptfritt Viagra med veiledning? Hva hadde fungert bra eller dårlig? Ulemper og fordeler?

7. Utlevering

- I hvor stor grad føler dere at dere kan nekte en utlevering, selv om kunden oppfyller kravene for kjøp? Har dere opplevd dette før?
- Opplever dere at kunden spør spørsmål under utleveringen?

8. Opplæring

- Hva synes dere E-læringskurset?
 - Er den optimal? Er det noe som mangler?
- Har dere fått noe annen opplæring på apoteket i forbindelse med Viagra Reseptfri enn E-læringskurset? F.eks. Tildelt ulike caser?

9. Farmasøytisk kompetanse

I legemiddelmeldingen fra 2014-2015 ble det lagt frem flere forslag som skulle bidra til å styrke apotekenes rolle i helsetjenesten og farmasøytens rådgiverrolle, deriblant inhalasjonsveiledning og Medisinstart. Denne reseptfrie ordningen er ment til samme formål, men kanskje til og med et steg videre.

- Mener dere at farmasøytisk kompetanse har blitt styrket etter at denne ordningen ble implementert? I så fall i hvor stor grad?
- Hvordan tenker dere at farmasøytisk kompetanse har blitt benyttet i denne ordningen?
- Hvordan har dere brukt deres kompetanse til å fremme riktig legemiddelbruk i denne ordningen?

Avsluttende spørsmål

- Av alt vi har hatt i dag, hva synes dere er viktigst?

Sluttspørsmål

- Er det noen som vil tilføye noe?
- Føler dere at dere har fått sagt alt dere vil si?
- Er det noe som vi ikke har diskutert enda som dere føler er viktig?

Avslutning

Kort oppsummering og takking for deltakelse

Vedlegg 3: Nettskjema - Bakgrunnsinformasjon

Farmasøytens erfaring med ordningen "reseptfri medisin med veiledning"

50 %

SPØRRESKJEMA

Hensikten med dette spørreskjemaet er å samle inn bakgrunnsinformasjon som er nødvendig i studien. Det er derfor ønskelig at du fyller ut dette før du deltar i intervjuet. Du har selvsagt muligheten til å unnele å svare på enkeltspørsmål. Det er midlertidig viktig at du angir ærlige svar. Denne informasjonen vil behandles konfidensielt, samt bli anonymisert og vil derfor ikke være identifiserbar. Det tar ca. 1-2 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Kjønn

Mann

Kvinne

Annet

Hvor gammel er du?

Vennligst oppgi antall år

Hvilket fylke bor du i?

Velg ...



Hvilken yrkestittel har du?

Reseptarfarmasøyt

Provisorfarmasøyt

Apoteker

Hvilken apotekkjede jobber du i?

Apotek 1

Boots

Ditt Apotek

Vitusapotek

Annet

Hvilken type apotek jobber du i?

Senterapotek

Lokalapotek

Sykehusapotek

Annet

Hvor lenge har du jobbet i apotek?

Vennligst oppgi antall år

Hvor mange resepter blir utlevert på apoteket ditt per dag?

1 - 50 stk.

51 - 100 stk.

101 - 150 stk.

151 - 200 stk.

> 200 stk.

Vet ikke

Hvor mange Viagra Reseptfri® har du utlevert?

1 - 5 stk.

6 - 10 stk.

11 - 20 stk.

21 - 30 stk.

> 30 stk.

Vet ikke

[Forrige side](#)

[Send](#)

Vedlegg 4: Nettskjema - Evaluering av Zoom-møtet

Evaluering av Zoom-møte

Obligatoriske felter er merket med denne stjernen *

Lydkvalitet

	Svært dårlig	Dårlig	Verken godt eller dårlig	Godt	Svært godt	Vet ikke
Hvor godt kunne du høre andre deltakere? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Aldri	Sjeldent	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke
I hvor stor grad opplevde du at lyden hakket? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Videokvalitet

	Svært dårlig	Dårlig	Verken godt eller dårlig	Godt	Svært godt	Vet ikke
Hvor godt kunne du se andre deltakere? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Send

Vedlegg 5: Vurdering fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

15.05.2021, 01.22



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Farmasøytens erfaringer med ordningen «reseptfri medisin med veiledning»

Referansenummer

233425

Registrert

20.10.2020 av Catherine Tam Uyen Vo - s313106@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for naturvitenskapelig helsefag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tonje Krogstad , tokr@oslomet.no, tlf: 67236234

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Catherine Tam Uyen Vo , catherinetuv@gmail.com, tlf: 90061314

Prosjektperiode

26.08.2020 - 30.06.2021

Status

29.12.2020 - Vurdert

Vurdering (3)

29.12.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 21.12.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.12.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

24.11.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 11.11.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 24.11.2020. Behandlingen kan fortsette.

Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

29.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

