

Universitetet i Oslo
Farmasøytisk Institutt

Farmasøyten og kunden i direktereseptur

Hovedfagsoppgave i
Samfunnsfarmasi

May-Linn Thomassen

Desember 2005



Forord

Endelig er dagen her da hovedoppgaven er ferdig skrevet. Arbeidet med oppgaven har vært svært lærerikt og interessant, og nå føler jeg meg godt rustet til hverdagen som apotekfarmasøyt.

Denne oppgaven er utført ved avdeling for samfunnsfarmasi, og er en del av min cand. pharm grad ved farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. Mine veiledere har vært apoteker Inger Wabø og professor Else-Lydia Toverud, og jeg vil takke dem for god veiledning, støtte og interessante diskusjoner gjennom dette året.

Videre vil jeg takke alle farmasøytene som deltok i fokusgruppene. Uten dem kunne jeg ikke gjennomført denne studien.

Til slutt vil jeg takke min samboer Eivind Kirkeby for all støtte i dette hovedfagsåret.

Kristiansand, desember 2005.

May-Linn Thomassen

Sammendrag

Apotekene har gjennomgått en stor forandring de siste årene, mange apotek har gått fra å være privateide til å bli kjøpt opp av kjeder. Det har blitt flere mindre enheter hvor effektivisering og rasjonalisering står sentralt. Omtrent samtidig med kjedenes inntog, ble det innført direktereseptur i de fleste apotek.

Denne studien gikk ut på å undersøke hvilke oppfatninger og hensyn som styrer farmasøytens reseptekspedisjon i direktereseptur, og finne ut hvordan de oppfatter egen yrkesrolle i dag. Det er også gjort rede for lovverkets krav til reseptekspedisjonen.

Studien ble utført ved bruk av fokusgrupper, som er en kvalitativ forskningsmetode. Rekruttering av apotek foregikk i perioden desember 2004 til juli 2005. Totalt 16 farmasøytter fra 7 ulike apotek deltok i studien. Fokusgruppene bestod av farmasøytter fra ett apotek, eventuelt to apotek i samme kjede. Det ble totalt utført fire fokusgrupper. Alle de fire apotekkjedene (Apokjeden, Vitusapotek og Alliance) har deltatt i studien.

Resultatene fra denne studien viser at farmasøytene er svært positive til reseptekspedisjon i direktereseptur. De legger vekt på den nære kundekontakten de får, og opplever at den gir gode muligheter for helsefaglig kommunikasjon og økt pasientsikkerhet. Farmasøytene i studien oppfatter at yrkesrollens innhold er rådgivning rundt legemiddelbruk og det å ivareta sikkerheten for pasienten. Farmasøytene opplever at kjedenes inntog i apotekbransjen har ført til effektivisering og mindre tid per resept. De etterlyser mer tid til kommunikasjon med kunden, og opplever at de bruker svært mye tid på generisk bytte i reseptekspedisjonen. Alle apotekkjedene har standard operasjonsprosedyrer (SOP) for reseptekspedisjonen i direktereseptur. De fleste farmasøytene opplever at det ideelle er å kunne konsentrere seg bare om sin kunde i reseptekspedisjonen, og ikke måtte kontrollere apotekteknikere i tillegg.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Apotekvesenet i endring	1
1.1.1	Bakgrunn for ny apoteklov	1
1.1.2	Endringer som følge av ny apoteklov	2
1.2	Farmasøytens yrkesrolle	6
1.2.1	Farmasi som profesjon	6
1.2.2	Farmasøytens ansvar ved reseptekspedisjonen	7
1.2.3	Farmasøytisk skjønn	9
1.2.4	Ny helsepersonellov	11
1.3	Moderne resepthåndtering	15
1.3.1	Fra tradisjonell reseptur til direktereseptur	15
1.3.2	FarmaPro som verktøy i direkteresepturen	16
1.3.3	Reseptekspedisjonen i direktereseptur	18
1.3.4	Refusjonsregler	19
2	HENSIKTEN MED OPPGAVEN	22
3	MATERIALE OG METODE	23
3.1	Materiale	23
3.2	Metode	23
3.2.1	Rekruttering	23
3.2.2	Fokusgrupper	23
3.2.3	Databehandling og analyse	24
4	RESULTATER	25
4.1	Farmasøytens rolle	25
4.1.1	Farmasøytisk skjønn	29
4.1.2	Helsepersonell	31
4.1.3	Informasjon til kunden	36
4.1.4	Reseptfeil og kontakt med legen	38
4.2	Reseptekspedisjonen i direktereseptur	42
4.2.1	Standard operasjonsprosedyrer (SOP)	43
4.2.2	Arbeidsorganisering og samarbeid med kolleger	44
4.2.3	FarmaPro som verktøy i reseptekspedisjonen	47
4.3	Hvilke andre hensyn spiller inn under reseptekspedisjonen.	52
4.3.1	Generisk bytte	52
4.3.2	Refusjonsregler	54
4.3.3	Sikkerhet i direkteresepturen	55
4.3.4	Diskresjon i direkteresepturen	58
4.3.5	Apotekkjeden og dens betydning for farmasøytene	60
5	DISKUSJON	63
5.1	Materialet	63
5.2	Metode	63
5.2.1	Rekrutteringen	64
5.3	Resultater	65
5.3.1	Farmasøytens rolle	65
5.3.2	Reseptekspedisjonen i direktereseptur	73
5.3.3	Hvilke andre hensyn spiller inn under reseptekspedisjonen.	77
6	KONKLUSJON	81
7	REFERANSELISTE	83
8	VEDLEGG	86

1 INNLEDNING

Apotekbransjen har gjennomgått store endringer de siste årene. I 2001 kom den nye apotekloven som blant annet åpnet for generisk bytte og opphevet restriksjonene på eierskap av apotek[1]. Som en følge av dette er det i dag tre store apotekkjeder som kontrollerer størstedelen av apotekene i Norge. Det har også ført til en stor økning av antallet apotek, gjerne mindre enheter, og det har vært en nedbemanning i apotekene. Dette har hatt betydning for hverdagen til apotekansatte farmasøyter. Hovedoppgaven er fremdeles reseptekspedisjon, men den foregår i direktereseptur. Farmasøyten har mye å ta hensyn til i direktereseptur, og det skal gå raskt. Resepten blir ekspedert mens kunden venter. Det er mange lover og regler som styrer farmasøytenes reseptekspedisjon. Farmasøytrollen har endret seg, og det kan være interessant å få vite hvordan farmasøytene oppfatter egen yrkesrolle, og hvordan endringen i apotekvesenet har påvirket dem.

1.1 Apotekvesenet i endring

1.1.1 Bakgrunn for ny apoteklov

Etter at statsbudsjettet i 1996 ble vedtatt, ble det nedsatt to utvalg, Grundutvalget og Strømutvalget. Utvalgene skulle ta for seg henholdsvis prinsippene for trygderefusjon av utgifter til legemidler, og rammevilkårene for omsetning av legemidler. Strømutvalget skulle så videre gi en tilråding til eventuelt nye modeller for omsetning av legemidler. Utvalgene la fram sine innstillinger 30. januar 1997 som henholdsvis NOU 1997:6 «Rammevilkår for omsetning av legemidler. Lønnsomme legemidler» og NOU 1997:7 «Piller, prioritering og politikk. Som en særskilt oppfølging av Strømutvalgets forslag på apoteksektoren utarbeidet Sosial- og helsedepartementet et høringsnotat med forslag til ny apoteklov[2]. Det kom totalt inn 117 høringsuttalelser fra berørte departementer og fagmyndigheter, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, kommunale og fylkeskommunale instanser, profesjons- og interesseorganisasjoner, undervisnings-, forsknings- og utredningsmiljøer, kommersielle enheter i legemiddelmarkedet samt alle landets private og offentlige apotek. Motstanden mot ikke-faglig eierskap var stor i de farmasøytiske miljøer, og det ble hevdet at det ville gå utover kvalitet og sikkerhet[2].

1.1.2 Endringer som følge av ny apoteklov

1.mars 2001 fikk vi den nye apotekloven som medførte store endringer i apotekvesenet. Den største endringen var at restriksjonene på eierskap ble opphevet. Tidligere var det bare farmasøyter som kunne eie apotek. Før 2001 var det 398 apoteker i Norge, hvorav størsteparten var privateide med cand. pharmer som eiere. Den nye loven åpnet for at hvem som helst, bortsett fra leger og legemiddelprodusenter, kan eie apotek. Der er imidlertid bare cand. pharmer som kan bli apotekere, det vil si daglig leder/driftskonsesjonær. Med dette ble et 400 år gammelt monopol opphevet, og man forsøkte å få markedet til å virke ved å legge til rette for konkurranseforhold. Loven åpnet også for fri etablering og lokalisering av apotek, og antallet apotek har økt med 146, en økning på 37 % fra 1.januar 2001. Nytt var også at grossister kunne få eierskap til apotek. Til sammenligning ble det opprettet 5 nye apotek i 2000. Pr. 1. august 2005 er det til sammen 543 apotek i Norge. Av disse er 512 privat eide apotek og 31 er offentlig eide sykehusapotek. På samme tidspunkt er det i gjennomsnitt ca. 8.410 innbyggere per apotek. Ved utgangen av år 2000 var gjennomsnittlig befolkningsgrunnlag pr. apotek 11.280.

Av de 512 privateide apotekene har tre av de store apotekkjedene fullt eierskap for 408 (ca.80 %). De store apotekkjedene har nå (per 17. mars 2005) fullt eierskap for 78 % av Norges 509 apotek. Det er bare de 30 sykehusapotekene som er offentlig eid[3].

Bemanning i apotek

Apoteklovens § 4.3 starter med:

”Apoteket skal ha et faglig personale som i antall og kompetanse er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet på og sikkerhet ved apotekets oppbevaring, tilvirkning, ekspedisjon og utlevering av legemidler.... Minst en person tilhørende apotekets farmasøytiske personale skal være til stede i hele åpningstiden.”

Hva som er tilstrekkelig, er imidlertid en vurderingssak.

Apoteker, cand. pharm. og reseptarer i apotek har fellesbetegnelsen farmasøyt. Apoteker og cand. pharm. har begge 5 ½ års universitetsutdanning. Det ble innført nytt gradssystem i 2003, og tittelen cand. pharm. blir erstattet av graden Master i farmasi. Dette gjelder for studenter som uteksamineres i 2007 eller senere. Reseptarer har 3-årig høgskoleutdanning, og vil etter

innføringen av nytt gradssystem få graden Bachelor i farmasi. Begge disse studiene har en viss tid med praksis i apotek, for cand. pharm. er dette 6 måneder. Det er først i praksistiden man lærer om resepturarbeid. Alle farmasøyter har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon. Apotekteknikerne er den største yrkesgruppen i apotek, og har ikke ekspedisjonsrett. Apotekteknikerutdanningen er 3-årig videregående skole. De har viktige oppgaver i forbindelse med service- og kundekontakt, informasjon til publikum, varebehandling og kontorarbeid[3].

Norges apotekerforening utarbeider statistikker over apotekenes personale, og sammenlignende tall fra 2001-2003 viser en svak økning av totalt ansatte i apotek. Sett i forhold til den store økningen i antall apotek etter den nye apotekloven kom, må det bety flere mindre enheter. Det ser også ut til at det i mindre grad enn før er ansatt cand. pharmer i tillegg til apotekeren. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse har holdt seg uendret på 80 %. Andelen av apotekteknikere av totalt antall ansatte har sunket noe.

Kjededannelse

Det er 3 store utenlandske aktører som nå står for eierskapet av de fleste apotekene i Norge. Myndighetene hadde kanskje tro på at norske aktører skulle komme inn på markedet, men det har ikke skjedd. Kjeden profilerer seg ulikt mot kundene, med virkemidler som farger, logoer, uniformering og fysisk utforming. Hovedbudskapet er likevel det samme: vi er best![4]

I Norge har alle de tre grossistene integrert vertikalt med detaljistene i legemiddelomsetningskjeden. Apokjeden og Allianceapotekene har integrert mot grossistleddet, henholdsvis Tamro og Holtung. NMD integrerte mot detaljistleddet, og betjener nå Vitusapotekene og Ditt apotek. NMD har i tillegg de fleste sykehusapotekene som kunder. Allianceapotekene skilte seg i startfasen fra de andre kjedene i Norge ved at de ikke hadde en egen grossist, men benyttet både NMD og Holtung[5].

Alliance Unichem

Det er 116 Allianceapotek i Norge. Selskapet er Europeisk, og har apotek i Storbritannia, Nederland, Italia og Sveits. Kjeden har utviklet et konsept som kalles ”Hele deg”, for å ivareta de behov de mener kunden har.

Apokjeden

Apokjeden ble stiftet i 1995 av Norges apotekerforening og apotekere, og har 178 Apotek 1- apotek i Norge, og i tillegg deleide apotek og ”medlemmer”. Kjeden eies av den finske legemiddelgrossisten Tamro 45,6 %, Phoenix Apoteker AB 20 prosent, Coop 6-7 prosent og apotekere som eier resten, men er i realiteten styrt av sterke tyske interesser. De profilerer seg under slagordet ”Vår kunnskap - din trygghet”.

Vitusapotek AS

Selskapet ble etablert i 2001, som Norsk Medisinaldepots (NMDs) heleide apotekkjede, og er et datterselskap av Celesio AG. Kjeden eier 114 apotek i Norge. Slagord: Vitusapotek: det beste valget!

Ditt apotek

NMD har også et frivillig kjedetilbud til selvstendige apotekere som ønsker å fortsette å drive og eie eget apotek, og denne kjeden har 83 medlemmer. Blant disse er også landets 30 sykehusapotek Slagordet her er ”Vi gir deg bedre helse”.

Kjedene har noe ulike satsningsområder, men hovedtrekkene er kundeprogrammer som skal gi kundene en følelse av å være viktige. Faste kunder som blir med i slike programmer, får så noen fordeler som rabatter på visse varer, medlemsblad og lignende. Enkelte kjeder tilbyr utvidede tjenester som diabetesscreening og blodtrykksmåling. Man ser også en ny vinkling mot den friske kunde og dennes behov, og dette kan vel sees i sammenheng med nye rammevilkår som gjør inntjeningen så mye bedre på handelsvarer.

Generisk bytte

I § 6-6 i apotekloven åpnes det for generisk bytte.

Generisk bytte vil si at apoteket kan bytte rekvirert legemiddel med et likeverdig eller et parallellimportert legemiddel. Hensikten med ordningen er å bidra til rasjonell legemiddelbruk. Loven pålegger apoteket å informere om billigste alternative legemiddel, og samtidig gi så mye informasjon at pasienten kan vurdere dette. Ordningen omfatter både legemidler på normalresept og de som refunderes av folketrygden. Pasienten kan reservere seg mot bytte, dette skal være et tilbud fra apotekets side. En forskriftsendring fra oktober 2004 medførte at de som ikke vil bytte, selv må betale mellomlegget mellom det preparatet apoteket foreslår bytte til, og det som legen har foreskrevet. Legen kan føre på resepten at

generisk bytte ikke kan foretas. Da blir mellomlegget dekket av trygdekassen. Det skal ligge medisinske årsaker til grunn for dette[6].

Det er Statens legemiddelverk som avgjør hvilke legemidler som er byttbare, og de kriteriene de legger til grunn er følgende:

- inneholder samme virkestoff i samme mengde (ulike salter aksepteres)
- har samme legemiddelform (kapsler og tabletter med rask frisetting av virkestoff regnes som likeverdige)
- har tilsvarende pakningsstørrelse (+/- 20 %)

Statens legemiddelverk har per 1. oktober 2004 oppdatert listen med en del nye legemiddelformer. Følgende legemiddelformer er nå inkludert på byttelisten:

- raskt utløsbare legemidler i fast form (for eksempel tabletter og kapsler)
- legemidler som er i oppløsning ved inntak
- legemidler med modifisert frisetting (for eksempel depot- og enterotabletter)
- enkelte injeksjons- og infusjonspreparater
- legemidler til lokal applikasjon med systemisk effekt (for eksempel neseppray)

Legemiddelverket er ansvarlig for å holde en oppdatert bytteliste tilgjengelig. Den er ordnet etter ATC-systemet, og inneholder legemiddelnavn, produsent/importør, legemiddelform, styrke, varenummer og pakningsstørrelse, men har ikke prisinformasjon.

Listen er ordnet slik at kun legemidler med samme styrke anses egnet for bytte. Listen oppdateres hver måned. Noen legemidler kan være merket med ”begrenset bytte”. Disse kan bare byttes ved oppstart av behandlingen.

Det er i all hovedsak apotekene som har fått oppgaven med å informere folk om ordningen.

Er generisk bytte trygt?

Lang erfaring fra andre land som bruker en slik ordning, viser at det er trygt. Det finnes noen få rapporterte tilfeller av pasienter som reagerer allergisk på ulike hjelpestoffer i tablettene, men det største problemet er at pasientene ikke forstår ordningen. Det kan føre til at de bruker både originalt legemiddel og generikum fordi de har ulike navn. En hovedoppgave fra Farmasøytisk institutt, UiO, viser at generisk substitusjon ikke ser ut til å påvirke pasientenes compliance nevneverdig, men at det kan medføre en viss usikkerhet for pasientene. Med

compliance menes i hvilken grad en pasient følger den legemiddeldoseringen som legen har foreskrevet[7].

1.2 Farmasøytens yrkesrolle

Tradisjonell yrkesrolle

Tradisjonelt sett har yrkesrollen vært knyttet til produksjon, kontroll, og det å skulle kvalitetssikre legemidlet som produkt[8]. Yrkesidentiteten lå i apotekets legemiddelproduksjon. Dette har gradvis blitt overtatt av farmasøytisk industri.

1.2.1 Farmasi som profesjon

Det har vært mange debatter om hva som kjennetegner en profesjon. Grunnelementer i en profesjons egenskaper beskrives av Goode som følgende[9]:

- Spesialisert kunnskap og lang utdanning
- Serviceorientert
- Monopol for praksis
- Selvregulering

Farmasien oppfyller disse kravene. Lang utdanning er nødvendig for å utvikle spesialisert kunnskap. Det er også nødvendig for profesjonell sosialisering, dvs. at studentene utvikler holdninger og oppfatninger som er spesifikke for profesjonen. Lang praksistid i apotek (6 md) er også med på å danne normer (forventet sosial atferd) og verdier som er nødvendig for en profesjon. En konsekvens er at det dannes innlysende sannheter, som for eksempel[10]:

- Farmasøytens skal gi pasienten informasjon om legemidlet for å øke compliance
- Prosedyrer øker kvaliteten på profesjonell service
- Farmasiens framtid ligger i å omfavne nye roller
- De tekniske aspektene ved resephåndtering skal utføres av apoteketeknikere

Profesjonen må være serviceorientert i den forstand at den må handle i allmennhetens interesse, og ikke i egeninteresse siden profesjonen har monopol på praksis. Det har vært en 400-årig praksis at legen som rekvirent ikke skal tjene penger på legemiddelsalg, mens farmasøytens ekspederer og tjerner penger på salget. Det er viktig at allmennheten har tillit til at de blir ekspedert legemidler ut fra et helsemessig fokus, og ikke for at apoteket skal tjene mest mulig.

Selvregulering vil bl.a. si at profesjonen selv bestemmer innhold i utdannelsen.

Det er nødvendig å ha en modellstandard som farmasøytisk praksis kan måles mot, og disse bør hele tiden oppdateres og forbedres[9]. Vi har Bransjestandarder for Apotek – BRA ble våren 2003 vedtatt av NAFs styre, sentralstyret i Norges Farmaceutisk Forening og forbundsstyret i FarmasiForbundet. Bransjestandardene danner basisen for bransjens egen oppfølging av kvaliteten på apotekenes tjenester. Standardene skal uttrykke hva kunder/pasienter, helsevesen og myndigheter kan forvente av apotekene. Bakgrunnen for dette dokumentet er WHO's krav til apotekvirksomhet. BRA-dokumentet fremhever, utdyper eller går utover de minimumskravene som er satt av myndighetene[3].

Apotekboka 2005/2006 inneholder retningslinjer for apotekene i de nordiske land [11]. Disse omfatter blant annet:

- Retningslinjer for pasientsikkerhet
- Retningslinjer for legemiddelprofiler
- Retningslinjer for legemiddelinformasjon og veiledning

1.2.2 Farmasøytens ansvar ved reseptekspedisjonen

Det er bare farmasøytene som har ekspedisjonsrett. Utleveringsforskriften sier i § 5.1:

”Rett til å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon har farmasøyter med ekspedisjonsrett i Norge.”

I Utleveringsforskriftens § 6.1 finner vi kravet om farmasøytikkontroll:

”Enhver resept skal vurderes og godkjennes av farmasøyt.”

Det vil si at enhver resept og rekvisisjon skal vurderes og godkjennes av farmasøyt. I kommentarer til forskriften spesifiseres det at det ikke betyr at resepten kan overprøves med hensyn på de medisinskfaglige vurderinger som ligger til grunn.

Det er farmasøyten som har det juridiske og profesjonelle ansvaret, og det endres ikke av at rekvirenten har gjort feil. I § 7.1 kreves det at resepten påføres pris, dato, apotekets stempel og farmasøytens signatur.

Det farmasøyten skal sjekke ved reseptvurdering er som følger:

- Sjekke at resepten er avfattet i tråd med bestemmelser i Utleveringsforskriften.
- Sjekke at resepten er gyldig og ekte. § 3.4 slår fast at resepten er foreldet hvis den er mer en et år gammel. Dette gjelder ikke hormonelle antikonseptiva, som foreldes etter tre år. § 6.5 sier at legemidler ikke må utleveres dersom det er tvil om resepten er ekte.
- Sjekke at resepten er fullstendig utfylt. Det finnes et grunnkrav i Utleveringsforskriften § 5.1 ”*Resepter og rekvisisjoner skal inneholde alle opplysninger som er nødvendige for å sikre korrekt ekspedisjon og riktig bruk av legemidlene.*” Det blir videre spesifisert hvilke standardopplysninger resepten må ha i kap.4, krav til utfylling av resept i kap.5 og krav til mottak av resept i kap.6.
- Sjekke at dosering, lengde av behandling, doseringsform og administrasjonsvei virker rimelig
- Sjekke at foreskrevet legemiddel virker rimelig i forhold til tidligere og nåværende legemiddelbruk, hvis det finnes informasjon om det.
- Vurdere mulige kontraindikasjoner og interaksjoner
- Sjekke at det angitte refusjonspunktet på blå resept stemmer.

Forskrivningsfeil

Det er vanlig å dele forskrivningsfeil, dvs. feil på resepten, i to kategorier:

1. Ufullstendige detaljer. Det kan være at resepten er mangelfullt utfylt med hensyn på lovverkets krav, manglende styrke, dosering eller doseringsform, manglende mengde legemiddel eller behandlinglengde.
2. Feilaktige detaljer. Dette kan være feil med hensyn på legemiddel, indikasjon, doseringsform, styrke, dosering, mengde, behandlinglengde, dobbelforskrivning, interaksjoner, kontraindikasjoner.

Den første typen feil skal oppdages av farmasøyten, og hun/han må gjøre det som er nødvendig for å rette opp i dette. I mange tilfeller blir det nødvendig å kontakte legen. Den andre typen feil er ikke lett å oppdage, men ved hjelp av apotekenes datasystem FarmaPro,

kan man se om det er endret dosering eller styrke hvis pasienten har fått samme legemiddel tidligere på apoteket[9].

1.2.3 Farmasøytisk skjønn

Dette er en oversettelse fra det engelske "Professional judgement". Dette er basert på kunnskaper og ferdigheter som er esoteriske og ikke kan formuleres fullt ut skriftlig. En måte å definere dette på er gjort av Jamous og Peloille. De beskriver hvordan "professional judgement" baseres på en mye større porsjon av udefinert (indeterminate, I) kunnskap enn teknisk kunnskap (T). Det vil si at farmasøytisk skjønn karakteriseres av en høy I/T ratio. Den udefinerte kunnskapen er personlig, og oppnås gjennom profesjonell erfaring, ikke bare gjennom utdannelsen. For å beholde sin status som profesjon, må både denne esoteriske kunnskapen og profesjonens faglige kunnskap verdsettes høyt av både myndigheter og allmennheten[9].

Evnen til å ta avgjørelser kan sies å være en viktig del av profesjonell kunnskap. I apoteket må farmasøytene ta mange komplekse avgjørelser som baseres på en kombinasjon av kunnskap, farmasøytisk skjønn og "common sense". Det kan ikke lages skriftlige prosedyrer som dekker alle situasjoner, og om man forsøkte det, ville man muligens gjøre det farmasøytiske skjønnet overflødig. Prosedyrer i seg selv kan føre til at de følges slavisk, og at man ikke tenker over det man gjør. Brodie har klassifisert avgjørelsene farmasøyter gjør som

1. Managerial decisions. Disse omhandler personell, fasiliteter, inventar og finansielle avgjørelser.
2. Clinical decisions. Disse er relatert til medisineren av individuelle pasienter.
3. Non-clinical decisions. Dette er tekniske avgjørelser.

Farmasøytens ansvar går ut over korrekt ekspedisjon av legemidler etter resept, til også å unngå uønskede eller negative resultater av legemiddelbehandling. Det vil si at farmasøytene må kunne gjenkjenne potensielle legemiddelrelaterte problemer, og så handle slik at disse unngås[10]. En definisjon på legemiddelrelaterte problemer er som følger: "En hendelse eller et forhold i legemiddelterapien som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt." I svenske apotek brukes klassifiseringssystemer innen legemiddelrelaterte problemer for å måle og dokumentere apotekenes innsats ovenfor kunde/pasienter.

Følgende nærmere definerte kategorier inngår[12]:

- Usikkerhet rundt indikasjon
- Dobbeltforskrivning
- Interaksjoner
- Kontraindikasjon
- Uteblitt/utilstrekkelig effekt
- Bivirkninger
- Underforbruk/overforbruk
- Andre doseringsproblem
- Problemer med å svelge tablett/kapsel
- Vanskelig å åpne pakning
- Andre administrasjonsproblem

Det er likevel ikke klart definert hvordan farmasøytens ansvar er i forhold til disse kategoriene.

Nødekspedisjon

§ 7.3 i Utleveringsforskriften gjør det mulig å ekspedere legemidler en gang etter resept som er i strid med bestemmelsene. Dette gjelder dersom det anses som påkrevd og reseptsteder ikke kan treffes, og det må dokumenteres særskilt i apoteket. Dette kalles nødekspedisjon, og det er farmasøyten som avgjør om dette skal gjøres.

Sikkerhet

Den danske definisjonen på pasientsikkerhet er: ”Sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhøsvæsentens indsatser og ydelser eller mangel på samme”. I legemiddelsammenheng knyttes begrepet pasientsikkerhet til de beslutninger som tas og handlinger som utføres i kjeden fra legens forskrivning til utlevering i apotek til bruk av legemidlet hos pasienten[12]. Farmasøytens ansvar er blant annet å fange opp/gjenkjenne legemiddelrelaterte problemer når det utleveres legemidler fra apoteket, og forhindre disse.

I Apoteklovens § 36 er det et krav om at områder innen internkontrollen som kan medføre økt risiko for pasientens sikkerhet, skal vies særlig oppmerksomhet. I § 37 kreves det at

arbeidsoppgaver som har stor betydning for pasientens sikkerhet, skal dokumenteres skriftlig[1].

En undersøkelse utført på Nykøbing Svane Apotek i Danmark dokumenterer at farmasøytens kontroll av reseptene har betydning for så vel pasientsikkerheten som for pasientenes private økonomi. Denne undersøkelsen viser at det rettes feil ved to prosent av reseptene i forbindelse med apotekets reseptekspedisjon, og at 44 % av feilene som oppdages på apoteket kunne ha påvirket pasientsikkerheten i negativ retning[13].

Informasjon til reseptkunden

I apoteklovens § 6.6 heter det:

”Ved utlevering mot resept skal apoteket bidra til at kunden får tilstrekkelig informasjon om legemidlet til at det kan brukes riktig.”

Utleveringsforskriften sier det samme ved utlevering av reseptpliktige legemidler § 8.2:

”Apoteket skal bidra til at den som mottar legemidler har tilstrekkelige opplysninger om legemidlet til at det kan brukes riktig”.

Dette blir videre presisert i kommentaren til forskriften:

”Apotek har plikt til å informere om legemidler ved salg/utlevering, og således bidra til riktig bruk. Apotek har et særlig ansvar for å utvise faglig skjønn slik at formen og omfanget av informasjonen tilpasses den enkelte kundes behov og ønske.”

Her vektlegges det at faglig skjønn er nødvendig for å vurdere hva slags informasjonsbehov reseptkunden har.

1.2.4 Ny helsepersonellov

Helsepersonelloven med tilhørende forskrifter, trådte i kraft 1. januar 2001, og erstatter ni tidligere lover som regulerte helsepersonell. I tillegg til de helsepersonellgruppene som tidligere var regulert av egne profesjonslover med forskrifter, regulerer den nye helsepersonelloven 11 nye grupper som har rett til autorisasjon på visse vilkår. Blant disse nye var farmasøytter og apotekteknikere. Ufaglærte ansatte i apotek vil også være autorisert

helsepersonell fordi de gir veiledning i forbindelse med bruk av legemidler, og dette faller inn under definisjonen helsehjelp[14].

Bakgrunn for farmasøytens autorisasjon som helsepersonell

Farmasøyter ble først ikke foreslått som autorisert helsepersonellgruppe. Et vesentlig kriterium for å bli autorisert, var knyttet til yrkesrollens innhold.

I høringsnotatet til Helsepersonelloven[15] beskrives farmasøytens yrkesrolle slik:

”Etter gjeldende rett er farmasøyter ikke helsepersonell. Ekspedisjonsretten innebærer kontroll av de resepter som kommer inn til apoteket, og en eventuell korrigering av lege eller tannleges forskrivning av legemidler. I den grad farmasøyter arbeider direkte med pasienter er dette hovedsakelig i forbindelse med informasjon om ulike legemidler når pasienten er ”kunde” på apoteket. Tidligere innebar yrkesrollen at farmasøytene i stor grad tilberedte legemidler, noe som innebar et større direkte ansvar for pasienters sikkerhet. På enkelte sykehus ansettes farmasøyter for å bistå i arbeidet med rutiner for legemiddelhåndtering.”

I forslaget til helsepersonelloven[16] ble det lagt vekt på at mye av farmasøytens arbeid er rent salgsarbeid, og det var begrunnelsen for at farmasøyter ikke ble foreslått til autorisasjon. Pasienten er ikke bare pasient, men også kunde i apoteket.

Det ble likevel lagt vekt på at ekspedisjonsretten innebar et ansvar som hadde betydning for pasientsikkerheten, og at dette burde ha betydning for autorisasjon. På bakgrunn av innspill fra flere høringsinstanser, bl.a. NFF, NAF, Statens Helsetilsyn og flere fylkesleger, ble dette tatt opp til ny vurdering, og departementet endte med å foreslå at farmasøyter skulle autoriseres. Dette ble da begrunnet med:

”Farmasøytens oppgaver m h t til kontroll av legemiddelforskrivning og veiledning om riktig legemiddelbruk overfor pasienter, kan etter departementets oppfatning begrunne autorisasjon for farmasøyter. Spørsmålet må også vurderes i lys av forslag til ny apoteklov, som vil innebære en friere adgang til etablering av apotekvirksomhet og til å drive selvstendig næringsvirksomhet. Dette forslaget vil etter departementets vurdering innebære økt behov for offentlig kontroll av farmasøytens yrkesutøvelse, f eks gjennom en autorisasjonsordning”

I dette dokumentet blir yrkesrollen beskrevet noe annerledes:

”Yrkesrollens innhold: Ekspedisjonsretten innebærer kontroll av de resepter som kommer inn til apoteket, og en eventuell korrigerende av lege eller tannleges forskrivning av legemidler. Ekspedisjonsretten, som enhver farmasøyt i apotek har, er et reelt ansvar som går direkte på pasientsikkerheten. På enkelte sykehus ansettes farmasøyter for å bistå i arbeidet med rutiner for legemiddelbehandling. Farmasøyter gir også veiledning om riktig legemiddelbruk til pasienter/kunder i apotek.”

Det ser ut til at myndighetene besluttet å anse farmasøytrollen som viktig for pasientsikkerheten, ved at farmasøyter vurderer og eventuelt korrigerer resepter, og gir pasientene veiledning om legemiddelbruk. Autorisasjonen blir samtidig begrunnet med at myndighetene har behov for å kontrollere farmasøytens yrkesutøvelse fordi den nye apotekloven ga friere adgang til etablering av apotekvirksomhet og selvstendig næringsvirksomhet. I den første definisjonen av yrkesrollen, beskrives tilberedning av legemidler som det viktigste for pasientsikkerheten.

Taushetsplikt

Som helsepersonell har alle som jobber i apotek taushetsplikt. Det er i helsepersonelloven kapittel 5: Taushetsplikt og opplysningsrett, vi finner dette beskrevet. I § 21 finner vi hovedregelen om taushetsplikt:

”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.”

Det er likevel begrensninger i taushetsplikten, i følge § 21 er det blant annet lov å gi opplysninger videre dersom tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig. I Legemiddelovens § 25 står det at taushetsplikten ikke er til hinder for å gi opplysninger om mulig misbruk av narkotika til Statens helsetilsyn.

Forsvarlighet

Forsvarlighetsbegrepet finner vi i § 4 i Helsepersonelloven[1]:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.”

I merknader til loven i HOD-I-20/2001, presiseres det at forsvarlighetsbegrepet er en rettslig standard. Det vil si at innholdet i begrepet kan variere over tid, med faglig utvikling, endring i verdioppfatninger osv. Det presiseres også at det med kvalifikasjoner menes formelle og reelle kvalifikasjoner, d v s helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring og at forventningene knyttes til hvilke krav som kan stilles til den enkelte autoriserte gruppes utdanning. I lovens forarbeider beskrives yrkesetiske retningslinjer for å være en anvisning for hvordan helsepersonell skal handle i en rekke situasjoner, samt beskrive hva som er god skikk og bruk for de forskjellige profesjoner. Disse vil da kunne være retningsgivende for forsvarlighetsbegrepets innhold. Det presiseres også at selv om en rutine eller praksis er innarbeidet, vil det ikke uten videre bety at den er forsvarlig[15].

Etikkrådet for farmasøyter i Norge ble opprettet i 1999, som et frittstående profesjonsråd som støttes av Norges Farmaceutiske Forening (NFF), Norges Apotekerforening (NAF), og Norsk Farmaceutisk selskap (NFS)[3]. Målsettingen er at alle farmasøyter skal ha yrkesetiske holdninger i sin profesjonelle yrkesutøvelse, og det er utarbeidet et sett med etiske regler. Sett i forhold til forsvarlighetskravet, blir da disse retningsgivende for begrepets innhold.

Reglene er som følger:

Regel nr.1

Farmasøyten skal arbeide for at legemidler fremstilles, distribueres og brukes til gagn for individ og samfunn slik at helse og livskvalitet fremmes. Arbeidet skal preges av respekt for liv og hensyn til individets selvstendighet og integritet.

Regel nr.2

Farmasøyten skal utføre sitt arbeid i henhold til faglige standarder og i overensstemmelse med anerkjente vitenskapelige prinsipper.

Regel nr. 3

Farmasøyten skal gi faglige råd og informasjon om legemidler, og ved veiledning og oppfølging av legemiddelbruk bidra til å løse helseproblemer for den enkelte og for samfunnet.

Regel nr. 4

Farmasøyten skal iaktta taushet om sykdomsforhold og privatliv til brukerne av farmasøytiske tjenester, og respektere retten til diskresjon.

Regel nr. 5

Farmasøyten skal ikke la personlige eller kollegiale hensyn hindre en yrkesutøvelse preget av faglig integritet og profesjonalitet.

Regel nr. 6

Farmasøyten har plikt til å vedlikeholde og oppdatere sine yrkesrelaterte kunnskaper og ferdigheter.

Regel nr. 7

Farmasøyten skal bidra til å utvikle gode samarbeidsforhold.

1.3 Moderne resepthåndtering

1.3.1 Fra tradisjonell reseptur til direktereseptur

Ekspedisjon av reseptpliktige legemidler etter resept og rekvisisjon er hovedoppgaven for farmasøyter i apotek. Tradisjonelt sett har resepten blitt levert inn i apotekskranken til en apotektekniker, og kunden har kommet igjen senere for å hente legemidlet. Flere personer var så involvert i registrering, signering, taksering og eventuell tilberedning av legemidlet[17].

Farmasøyten hadde begrenset kundekontakt. Tidligere var de fleste apotek utstyrt med

laboratorium for tilberedning av legemidler som ikke ble masseprodusert. Dette kalles magistrell tilberedning, og ble utført etter legens oppskrift. I dag er det tilstrekkelig å ha en avtale om tilberedning med et annet apotek eller grossist, noe som ofte betyr lang ventetid for kunden.

Nå er en rekke apotek bygd om fra bakreseptur til direktereseptur, hvor resepten blir ekspedert mens kunden venter ved kassen. Noen apotek fikk direktereseptur før de ble kjedeapotek, men etter at kjedene overtok mange apotek og etablerte en rekke nye, ble dette en standard. Den fysiske utformingen er endret fra en klassisk lang skranke som skilte den delen av apoteket som var publikumsrom fra resten av apoteket, til en åpen løsning med selvvalgsdel hvor kundene selv kan finne handelsvarer og reseptfrie legemidler. Kjedeapotekene er ofte svært like i utformingen av apotekets inventar, og personalet er uniformert karakteristisk for kjeden. Nå er ofte flere direkteresepturkasser plassert i en halvsirkel som skiller publikumsavdelingen fra resten av apoteket. Farmasøytikontrollen kan finne sted inne i lokalet, men siden kunden venter, har farmasøyten en mulighet til å snakke med kunden eller be apotekteknikere formidle informasjon. Farmasøytikontrollen kan og foregå ved at farmasøyten kommer fram til kassen.

1.3.2 FarmaPro som verktøy i direkteresepturen

Alle apotek i Norge bruker programvaren FarmaPro fra NAF Data AS. Dette er en forbedring fra det gamle NAF-I-NETT programmet, og er vindusbasert. Det er en mengde registreringsmuligheter i FarmaPro, og alle arbeidsområder i apoteket inngår i programmet. Her vil jeg ta for meg reseptregistreing[18].

Det første vinduet gir mulighet for å velge standardverdier som resepttype, vanligst er N (normalresept) eller T (blåresept), målform på etikettene, antall etiketter ved generisk bytte og om reseptblankett utleveres. Funksjoner kan velges, bla. reiterasjoner per resept, varetekst som ”Pop up” for valgte varelinjer, pasientoppfølging, strekkodekontroll og varsling om ikke godkjent i farmasøytikontroll. Under Pasientoppfølging er det en egen knapp for detaljer hvor flere muligheter dukker opp:

- Polyfarmasi: her kan man stille inn antall måneder og hvor mange substanser (5.ATC-nivå) pasienten skal ha fått i løpet av disse for at varsling skal komme.

- Nytt preparat: Her kan man stille inn antall måneder og om man ønsker melding om pasienten ikke har fått denne substansen på den tiden.
- Dobbeltforskriving: Kan brukes for å avdekke om kunden har fått foreskrevet flere DDD med samme ATC-kode på 4. nivå innen en angitt periode.
- Ny styrke: Kan avdekke foreskrivingsfeil hos legen, eventuelt hvorvidt kunden har endret styrke på samme substans i forhold til forrige gangs ekspedisjon av samme substans. Her velges også antall måneder.
- Interaksjoner: alle ekspedisjoner innen en valgt periode vurderes. Denne funksjonen er koblet mot interaksjonsdatabasen Druid[19]. Kan stilles inn med hensyn på alvorlighetsgrad, som vurderes slik:

Alvorlighetsgrad 1: Interaksjoner som er av akademisk interesse

Alvorlighetsgrad 2: Ta forholdsregler

Alvorlighetsgrad 3: Bør tas med 2-3 timers mellomrom

Alvorlighetsgrad 4: Bør ikke kombineres

Det er også innstillingsmuligheter ved de enkelte arbeidsstasjonene, hvor man kan stille inn om man ønsker å kunne ta strekkodekontroll og farmasøytikkontroll og hvilken rekkefølge man vil ha disse i. Strekkodekontroll innebærer at pakning og etikett skannes mot hverandre, og mot det farmasøytiken har godkjent for utlevering. Farmasøytikkontroll utføres i et eget vindu som viser hvilke legemidler som er lagt inn fra resepten, samt tekniske data som kundens navn, fødselsdato, bostedskommune og rekvirerende lege. Om man krysser av for farmasøytikkontroll, kan man velge om pasientoppfølging skal vises i reseptvinduet. Her velges også hvilken betalingsmåte man ønsker; kontant, sende eller ordre. Det kan også krysses av for direktereseptur, og da tas reseptene automatisk fra resepturmodul inn i kassemodul. Det er også en funksjon som heter "Vis utleveringskontroll". Denne funksjonen er ikke fullt utviklet enda, men tanken er å lage et informasjonsskriv til kunden. Informasjonen skal kunne genereres fra kjedekontoret og videre kunne redigeres av farmasøyt i farmasøytikkontrollvinduet ved hjelp av en knapp øverst i bildet kalt "Utlever". Det kan

krysses av for operatør-id per resept, da fremkommer alltid spørsmål om operatør-id ved reseptregistrering. Tilgang til Farmasøytikontrollen og muligheten for å overstyre strekkodekontrollen manuelt, kan begrenses ved å definere en brukergruppe for farmasøyter, og så gi de nødvendige rettighetene.

1.3.3 Reseptekspedisjonen i direktereseptur

I Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, heretter kalt Utleveringsforskriften for enkelthets skyld, finner vi i § 1.4

”Apotek skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak og ekspedisjon av resept og rekvisisjon, og som bidrar til forsvarlig utlevering av legemidler.”

Utlevering skal skje nøyaktig etter resepten, men det er også et krav om at farmasøyten skal gjøre en rimelighetsvurdering av forskrivningen [1].

Arbeidet i direktereseptur kan organiseres på ulike måter. Den største forskjellen fra tradisjonell reseptur, er at kunden venter mens resepten blir ekspedert.

En lovendring i utleveringsforskriften åpnet i 1998 for at farmasøytens kvittering kan utelates på legemidlet (etiketten) dersom hensynet til sikker ekspedisjon kan dokumenteres ivaretatt på annen måte. Statens legemiddelverk har vurdert strekkodekontroll å være tilstrekkelig dobbeltkontroll av pakninger og etiketter i FarmaPro[20]. Dette gjør det betydelig enklere, spesielt ved store resepter hvor farmasøyten tidligere måtte kontrollere kanskje 10-15 pakninger. Nå kan farmasøyten konsentrere seg om et skjermbilde. Noe av hensikten bak denne typen resepthåndtering er at farmasøyten får frigitt tid, og får bedre kontakt med pasient/kunde[21].

NFF har utarbeidet en veiviser for organisering av arbeidet i direktereseptur[22]. Her anbefales følgende:

”Resepter bør fortrinnsvis ekspederes av farmasøyt i direktereseptur. Farmasøytens kompetanse kommer best til nytte direkte i kundemøtet.

Direkteresepturen betjenes av farmasøyten alene med maskinell andrekontroll i form av strekkodekontroll. Strekkodekontrollen begrenser muligheten for feil pakning og etikett. Interaksjonsprogram benyttes som supplement til farmasøytens egen vurdering av kombinasjonen av legemidler.

Direkteresepturen kan eventuelt betjenes av en farmasøyt og en apotektekniker som samarbeider om reseptekspedisjonen. Arbeidet kan fordeles ved at farmasøyten mottar resepten og registrerer denne på data. Dette muliggjør en samtidig kontroll mot tidligere ordinasjoner på samme kunde med tanke på interaksjoner osv. Apotekteknikeren plukker frem, påfører etiketter og klargjør preparatet til utleveringen. Denne foretas av farmasøyten etter kontroll. Farmasøyten kan kommunisere med kunden mens apotekteknikeren utfører det tekniske arbeidet.

En tredje versjon av arbeidet i resepturen er samarbeid mellom tre personer i betjening av to direkteresepturer, hvorav én person ved en bakbenk klargjør preparatene til utlevering for de to som betjener direkteresepturen. Her bør fortrinnsvis to farmasøyer betjene resepturen, mens en apotektekniker jobber ved bakbenken."

1.3.4 Refusjonsregler

Blåreseptordningen

Bestemmelser om dekning av utgifter til viktige legemidler ble tatt inn i trygdellovgivningen for ca 50 år siden. Det startet med en prosentvis refusjon av utgifter som oversteg et minstebeløp på 50 kr. En periode fra 1960-1980 dekket trygden utgifter på blå resept fullt ut. Fra 1981 ble det så innført ordning med egenandel igjen. I dag (2005) betaler kunden 36 % av utgiftene til legemidler på blå resept, men maksimalt 490 kr. per uttak. Resten dekkes av trygden. Det er satt et utgiftstak for egenandeler som justeres hvert kalenderår, og hvis dette overskrides, dekkes alle utgifter på blå resept. Barn under 7 år og minstepensjonister er fritatt for å betale egenandel[17].

Refusjonsreglene finner vi i "Blåreseptordningen", eller "Forskrift om stønad til dekning av viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr", etter folketrygdlovens § 5-14. I § 9 finner vi "Sykdomsliste og legemiddelgrupper"[1]. For at det skal kunne gis refusjon ved kjøp av legemidler, må det aktuelle legemidlet tilhøre en av de legemiddelgruppene som står oppført, og være oppført på preparatlisten. Det er også et krav at legemidlet er foreskrevet for behandling av den sykdommen som er nevnt i det korresponderende sykdomspunktet i

sykdomslisten. Hvert sykdomspunkt har merknader som spesifiserer hvilke vilkår som må være oppfylt. Det må også være klart at sykdommen har gått inn i en langvarig fase og at det er behov for langvarig behandling. Det er den forskrivende lege som er ansvarlig for at kravene overholdes. For å holde kostnadene nede, har apoteket kun lov å levere ut legemidler for 3 måneders forbruk om gangen.

Preparatlisten viser hvilke legemidler som kan bli refundert på blå resept, og refusjonsstatusen angis på varenummernivå. FarmaPro oppdateres med nye refusjonsopplysninger hver måned, og det skal ikke være mulig å legge inn et varenummer som ikke er godkjent for refusjon under det punktet legen har skrevet på resepten. For noen preparater er det slik at det kun er bestemte styrker, formuleringer eller pakningsstørrelser som har refusjon. Produsenter og importører må selv søke om refusjon for alle pakninger av sine legemidler. Selv om et originalpreparat har refusjon betyr ikke det nødvendigvis at alle tilsvarende generika og parallellimporterte preparater også har refusjon.

Blåreseptnemnda bistår Statens legemiddelverk med å utforme, utdype og kvalitetssikre grunnlaget for beslutninger om godkjenning av legemidler for pliktmessig refusjon.

Individuell refusjon

Det er også mulig å få refusjon for kostbare legemidler som brukes til behandling av kroniske sykdommer som ikke er nevnt i sykdomslisten (etter § 2), eller til preparater som ikke er oppført i preparatlisten, men brukes til et punkt i sykdomslisten (etter § 10). Søknader må godkjennes av Rikstrygdeverket, og dette kalles da forhåndsgodkjenning.

Bidragsordningen

Folketrygdløven § 5.22 åpner for at det kan gis bidrag til legemidler som ikke dekkes pliktmessig etter § 5.14. Pasienten må betale legemidlet på apoteket og søker trygdekontoret om bidrag på grunnlag av kvitteringer fra apoteket.

Pasienter med langtkommen kreft og immunsvikt får full dekning av utgifter til en del legemidler. Legen skal da ha ført på resepten at det er § 5.22, jf § 9 pkt.9 eller pkt. 38.

APOK-oppgjør

Fra 1.januar 2004 kontrollerer Rikstrygdeverket apotekregninger i et nyutviklet IT-system kalt APOK. Apotekene kontrollerer sine regninger i systemet, opp mot folketrygdens regelverk og et legemiddel- og utstyrsregister hver 14. dag. Dette gjøres før de sendes trygdekontoret[23].

Helseminister Dagfinn Høybråten sier:

”Formålet med APOK er å føre kontroll over oppgjøret av blåresepter og sikre at refusjonene som utbetales er i henhold til regelverket. I den grad APOK har avvist oppgjør fra folketrygden er det fordi oppgjøret ikke har vært i henhold til regelverket for refusjon. Innføringen av APOK er viktig og har vært vellykket både administrativt og teknisk. I den grad ordningen i enkelte tilfeller fører til mindre smidighet enn tidligere, vil disse enkeltsakene konkret bli vurdert etter hvert som de måtte oppstå.

....pasientene skal i minst mulig grad rammes av at legen ikke har fylt ut resepten på en korrekt måte. I de tilfeller hvor bl.a. resepten mangler opplysninger og hvor apoteket ikke kan få tak i legen, kan apoteket foreta nødekspedisjoner for å sikre at pasienten likevel får utlevert legemidlet, jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 7-3. Ifølge Rikstrygdeverket vil refusjoner for nødekspedisjoner være omfattet av APOK, og apotekene vil således sikres refusjon for disse ekspedisjonene[3].

FarmaPro har en egen kontrollknapp for å kontrollere at ekspedisjonen blir godkjent i APOK. Denne kan brukes om man er i tvil.

2 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Det er ikke gjort noen undersøkelser på hvordan farmasøytene selv opplever hverdagen i direktereseptur, og hva den nye lovgivningen har betydd for deres hverdag i apoteket og yrkesrollens innhold. Det er ikke undersøkt hvordan farmasøytene selv definerer sin yrkesrolle i dag (2005).

Med bakgrunn i endringene som apotekene har gjennomgått, ble hensikten med oppgaven å undersøke hvilke oppfatninger og hensyn som styrer farmasøytens reseptekspedisjon i direktereseptur, og finne ut hvordan farmasøytene oppfatter sin egen yrkesrolle.

Lovverket stiller mange krav til farmasøytens reseptekspedisjon. I denne oppgaven blir det også gjort rede for hva lovverket sier om farmasøytens ansvar og plikter i reseptekspedisjonen.

3 MATERIALE OG METODE

3.1 Materiale

Farmasøyter fra syv apotek deltok i undersøkelsen. Alle de tre apotekkjedene (Apokjeden, Vitusapotek og Alliance) har deltatt. Det var totalt 16 deltakere, av disse var den yngste 26 år og de to eldste var 62 år. Gjennomsnittlig alder var 48 år. Det var 15 kvinner og en mann. Seks av farmasøytene hadde reseptarutdannelse, mens 10 var cand. pharm. En hadde i tillegg en doktorgrad. Farmasøytene hadde jobbet i apotek fra ½ år til 35 år, i gjennomsnitt 21 år. Elleve av dem hadde jobbet i 20 år eller mer.

3.2 Metode

3.2.1 Rekruttering

Elleve apotek ble oppringt og apotekeren ble forespurt om han/hun var interessert i å delta i undersøkelsen. Det ble gitt svært kortfattet informasjon om studien i disse telefonsamtalene. Åtte apotekere sa seg villig til å delta, og de fikk da tilsendt et invitasjonsbrev med utfyllende informasjon om bakgrunn for studien, og hvordan fokusgruppene skulle utføres (vedlegg 1). I februar 2005 ble det avholdt en pilotfokusgruppe på et av apotekene. Dette var for å teste intervjuguiden (vedlegg 2) og få trening som moderator. Det var meningen å bruke resultatene fra denne i undersøkelsen. Pilotapoteket hadde en svært uvanlig bemanningssituasjon med tre farmasøyter og bare en apotektekniker, dermed ble det vurdert å være så forskjellig fra vanlig apotekbemanning at det ikke kunne inkluderes i undersøkelsen.

Planen var i utgangspunktet å holde tre fokusgrupper, men etter nøye overveielse ble det bestemt å holde en fjerde for å få med den siste apotekkjeden og øke kvaliteten på undersøkelsen.

Rekrutteringen pågikk fra desember 2004 til juli 2005.

Undersøkelsen ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

3.2.2 Fokusgrupper

I denne undersøkelsen er fokusgrupper brukt som metode. Dette er en kvalitativ metode som egner seg spesielt godt for å belyse deltakernes syn, oppfatninger og holdninger rundt et

emne. Mer utfyllende informasjon om fokusgrupper som metode er lagt ved som vedlegg (vedlegg 3).

Gjennomføring av fokusgruppene i denne undersøkelsen

Fire fokusgrupper ble avholdt totalt, tre på Sørlandet og en i Oslo. To av gruppene bestod av farmasøyter fra to apotek i samme kjede.

Fokusgruppene ble avholdt i løpet av sommeren 2005, og foregikk på spiserommet på de enkelte apotek. Det ble satt fram kaffe og kake. En av veilederne var med som assistent. Moderatoren (jeg) holdt en kort innledning (vedlegg 4) med litt generell informasjon. Det ble levert ut spørreskjemaer med spørsmål om kjønn, alder utdannelse, eksamensår og antall arbeidsår i apotek (vedlegg 5), og disse ble fylt ut før lydbåndet ble slått på. Moderatoren brukte en semistrukturert intervjuguide, og sørget for at alle temaer i denne ble gjennomgått i løpet av tiden som var tilgjengelig. Det var satt av 1 ½ - 2 timer til fokusgruppene, og lydbåndet var på 80 minutter.

3.2.3 Databehandling og analyse

Etter hver fokusgruppe ble båndet hørt på flere ganger, for å få klarhet i hva farmasøytene la vekt på. Det ble også gjort notater om samspillet og flyten i gruppene. Transkriberingen ble påbegynt kort tid etter for å lett kunne skille informantenes stemmer fra hverandre. Det ble transkribert ordrett, muntlig språk fra lydopptaket, men noen av sitatene som gjengis i oppgaven her er omgjort til skriftspråk for at ikke enkeltpersoner med særegen dialekt/talemåte skal kjennes igjen.

Datamaterialet ble kategorisert ved hjelp av dataprogrammet QSR Nudist N4[24]. Dette gjorde det mulig å få oversikt over all informasjonen fokusgruppene gav. Transkripsjonene fra fokusgruppene ble gått gjennom i helhet, og det ble laget kategorier som dekket alt innholdet i disse. De endelige kategoriene ble slik de framkommer under resultatdelen av oppgaven.

Det ble utført en horisontal analyse som innebærer at emner som kommer opp i alle gruppene gjøres rede for.

4 RESULTATER

4.1 Farmasøytens rolle

I denne undersøkelsen legger farmasøytene vekt på at de er siste ledd før pasienten skal begynne å ta legemidlet på egenhånd. Det er enighet i alle fokusgruppene om at det er farmasøytens oppgave å fange opp eventuell usikkerhet hos kunden, og finne ut hva slag informasjon kunden trenger. Dette ansees som viktigere enn farmasøytens kontrollfunksjon. En informant mener det er viktig å signalisere at de er tilgjengelige for spørsmål, og få i gang en dialog med kunden.

”Vi er jo det siste leddet før de skal begynne å ta det på egenhånd.”

”Det føler jeg at du på en måte kan fange opp hvis det er noe problem, at du kan fange opp en usikkerhet hos kunden.”

”Ja vi har jo en kontrollfunksjon hvor du skal fange opp sånt noe.”

”Jo men samtidig nå du nå står ovenfor kunden i direkten og gjør den kontrollen, så må du jo samtidig føle om der er noe usikkerhet som du.... Noe du skal si i tillegg eller spørre om.”

”Ja det føler jeg jo er det viktigste, mer enn det at du tar dobbeltsjekk av legemidlet.”

I alle fokusgruppene kommer det fram at farmasøytene synes det er en fordel med den nære kundekontakten, og mulighetene det gir for å gi direkte informasjon til kunden. De opplever at tiden og kravet til effektivitet er den begrensende faktor. En farmasøyt mener likevel at de gjør en bedre jobb ovenfor kunden nå enn i tradisjonell reseptur. Hun følte at de ble litt dumme av å bare stå bak og kontrollere, og at i dag lærer de mye av å snakke med kunden.

Det er enighet om dette.

”Ja det er jo det at en kommer mye nærmere nå enn det en gjorde før. Og har mulighet til å, ja å komme med den informasjonen som trengs. Men selv om det lissom virker veldig sånn flott og fint, og du står der med kunden, så er det ikke alltid du har tid. Skulle gjerne hatt litt mer tid. Så det er jo mange aspekter med hele greia. Og du, det er jo hele tida det kravet om effektivitet. Som er mye mer liksom hengen over en nå synes jeg enn det det var før.”

Det er enighet i alle fokusgruppene om at farmasøytrollen er helt forskjellig fra før de fikk direktereseptur, og farmasøytene oppfatter den nære kundekontakten som den største endringen. En informant kommenterer at tidligere måtte farmasøyten skrive opp alle

beskjeder og spørsmål, eller gi beskjed videre. Da hadde de ikke kontroll på hva som ble sagt ved utlevering. De skrev en etikett, og regnet med at kunden tok legemidlet slik det stod på etiketten. I dag vet de at det ikke alltid er tilfelle. Flere farmasøyter mener det er mye de kan gjøre for å motivere kunden. Nå har de også mulighet for å følge opp og se om kunden forstår.

”Men jeg vil jo si at det er en helt annen rolle enn før. Helt forskjellig vil jeg si. Du hadde ikke noen kontakt med kunden, du kan ikke spørre om noen ting, du må skrive opp alt du skal spørre om...”

”Den er jo sånn annerledes med at du har jo mye mer direktekontakt med kunden, og det synes jeg jo er blitt en fordel, for det er jo noe med å... tidligere så sto en jo kanskje og fant ut noen feil eller ting som burde sies, også skulle du si det til en som skulle si det til en annen som skulle si det til kunden, og da hadde du jo ikke så mye kontroll på det som ble sagt, og da hadde du ikke mulighet for å følge opp; er dette forstått.”

I en fokusgruppe kommer det fram at farmasøytene føler mange kunder vil ha dem til å være leger, men at de er bevisste på å forklare kundene grensene mellom sin rolle og legens. Det er enighet om at det ikke er riktig å gå inn og ”prøve å bli leger”, selv om de føler at de etter hvert får en del klinisk erfaring som farmasøyter. Noen ganger sier kundene at de stoler mer på farmasøytene enn legen. Farmasøytene i en annen fokusgruppe mener det er viktig å ha kontakt med leger i nærområdet, og få til en god kommunikasjon med dem. Da sender legen flere pasienter til apoteket. De liker også at legene ringer, og ”bruker” dem, og det skjer oftere hvis man blir litt kjent. De etterlyser å ha tid til relasjonsbygging med andre i helsevesenet.

”Ja, jeg må jo bare si at jeg er veldig engstelig for det å bli lege i den rollen. Fordi det er veldig mange som vil ha oss til å være leger. I den kundekontakten. Det syns jeg, at de drar oss nesten inn for å si noe i forhold til hva legen har sagt.Så der vil jeg ikke blande meg. Selv om vi kanskje har en del klinisk erfaring etter hvert som farmasøyter, så syns jeg det er ikke riktig å gå inn og prøve å bli leger. Jeg syns der må man være veldig klar, jeg er farmasøyt, jeg kan om legemidler, men den kliniske siden det er liksom ikke der jeg skal inn. Men det er jo selvfølgelig veldig mye gråsoner her, det er det.”

”Men helt uoppfordra så kommer jo kunder og sier: Jeg stoler mye mer på dere enn på legen.”

Flere av farmasøytene oppfatter at noen kunder stoler veldig på dem som farmasøyter og føler at de kan snakke med dem, mer enn med legen. Dette var ikke alle enige i, en farmasøyt kommenterte at spesielt når det gjaldt generisk bytte stolte nok kundene mest på legen. De tror kundene har større respekt for legen og legens tid, enn de har for farmasøytene. Så er det

viktig å ikke så tvil om legens autoritet, men spille på lag med legen ovenfor kundene så de ikke blir usikre.

”Kanskje føler de også at de, noen av dem føler at de kan snakke med oss. Om legemidler. Mer enn med legen. Mange har sagt det til meg ”det er så greit fordi de har ikke tid, og nå får jeg si jeg hoster så mye...”

”Så har de vel en større respekt for legen enn for oss, at det er ikke så lett lissom å spørre der, og større respekt for legen og legens tid. Det er ikke så farlig med oss! (Latter)”

”Det er jo veldig viktig at ikke du går inn, eller på en måte sår tvil om legens autoritet, ja altså...Det at pasienten stoler på legen. At ikke du går inn og gir inntrykk for pasienten at du lurer på : har legen gjort noe riktig, er det noe galt..ja. Sånn at pasienten begynner å bli usikker.”

”Så jeg syns det er viktig å spille på lag med legen, og at pasienten får inntrykk, eller kunden får inntrykk av at vi er på samme side, vi vil deg vel begge to.”

I en fokusgruppe er det enighet om at de at de er blitt flinkere til å hjelpe kundene med å løse eventuelle problemer, de prøver å sette seg i pasienten eller kundens sted. De synes farmasøyter var mer firkanta i tidligere.

”Kanskje det når en er ute i direkten sjøl, så at en kanskje nå er blitt mye flinkere til å kunne hjelpe. At du setter deg i pasienten eller kundens sted. Og prøver å tenke, du står der og sant, sånn og sånn er det, hvordan kan du hjelpe? At en ikke er sånn gammeldags farmasøyt, sånn det står ikke i reglene, og sånn og sånn, og lissom at du er ikke ute etter å ta noen, du på en måte finner ut hvordan, det er et problem, åssen skal vi løse dette problemet så det blir greit. Og det er en jo ute for hele tida.”

I en fokusgruppe kommer det fram delte meninger med hensyn til om farmasøytrollen er blitt mer slitsom enn før. Den informant som ikke synes det var blitt mer slitsomt, hadde hatt en voldsom arbeidsmengde som alenefarmasøyt på et lite apotek tidligere. Da var det mye bedre nå. Det er likevel enighet i alle gruppene om at arbeidet er mer krevende og utfordrende. En farmasøyt beskriver at man må gjøre ti ting om gangen, og huske at det ikke er rom for å gjøre feil.

”Det er mye mer krevende, og mye mer utfordrende. Mmm.”

”Å så rekker du ikke alt selvfølgelig, for det går jo ikke. Man må gjøre mer samtidig som en øker krava. Det går jo ikke. Det blir jo ganske stressfaktor, det blir mye mer stressende å jobbe nå enn det var for noen år siden. Mer slitsomt.”

”Jeg opplever ikke det altså. Nei, jeg opplever ikke det. Jeg opplever at jeg hadde det veldig stressende før jeg. For det at jeg var alenefarmasøyt veldig mye, på et kjempetravelt apotek. Det var kjempetravelt, og da hadde jeg egentlig lite stimulerende arbeidsoppgaver. For det var farmasøytkontroll heile veien, også ikke noe særlig annet. Så jeg syns at min arbeidshverdag er totalt forandra til det positive.”

”Man må gjøre 10 ting av gangen, og så må man konsentrere seg om mange ting og huske på at man kan ikke gjøre feil, det kan være farlig.”

En farmasøyt synes det var en god tanke at kundene kan bestille time for veiledning, men at det ville kreve at farmasøytene har tid til det og at kunden betalte for tjenesten.

Farmasøytene i en fokusgruppe synes det er spennende at publikum nå ser farmasøyten tydeligere, og tror ikke kundene har forstått at de har gjort en jobb i de bakre regioner tidligere. De mener at kundene får en annen oppfatning av farmasøytens rolle i reseptekspedisjonen. Dette er på et apotek som bruker farmasøytkontrollen i FarmaPro i direkteresepturen.

”Jeg syns jo at det er veldig spennende at publikum nå ser hvilken rolle farmasøyten spiller, i og med at vi kommer ut, for det har jo veldig mange kommentert, ikke sant, av forskjellige som spør om den første har vært under opplæring, åja, det er..”

”Så jeg tror de får en veldig annen oppfatning av vår rolle i en ekspedisjon altså. Og det kan jo være gunstig for vår del.”

En av farmasøytene sier at det er ønskelig å bidra til riktig legemiddelbruk og informere om hvordan legemidlet skal tas og hva som kan forventes av bivirkninger.

”Ja vi vil jo bidra til riktig legemiddelbruk ikke sant? At de da vet hva de kan forvente av bivirkninger, hvordan de skal ta det, tidspunkt, i forhold til mat.”

Flere av farmasøytene nevner at de synes det er viktig å ha gode verktøy å bruke i reseptekspedisjonen, og ha ro i arbeidssituasjonen. De kan føle at ting ikke fungerer hvis de må ha fokuset andre steder enn på det de holder på med.

”At vi har gode verktøy å bruke, og en ro i arbeidssituasjonen, at du ikke har den som hun snakket om at det er mange som venter, at du føler at ikke ting fungerer rundt deg, for at du må ha fokuset andre steder, det er viktig å konsentrere seg om det man holder på med.”

Ved avslutningen i en fokusgruppe, svarte en av farmasøytene på hva hun anså som viktigst i reseptekspedisjonen, som moderatoren ikke hadde vært inne på. Det var det å være medmenneske i farmasøytrollen. Å være en person og ikke en datamaskin, å kunne vise

empati og komme med litt trøst. Hun anså det for å være en del av det å være helsepersonell. De andre var enige at dette var viktig.

”Det er medmennesket. Ja, og det å kunne lytte og bare være medmenneske i situasjoner er forferdelig viktig. Da er du en person. Og ikke en datamaskin. Ikke en robot. Men du er et medmenneske som kan vise empati og sette seg inn, og komme med litt trøst og oppmuntring i hverdagen. Det føler jeg er viktig. Det er litt av helsepersonellet. Ja.”

4.1.1 Farmasøytisk skjønn

”En prøver å tenke litt sjøl ennå da. Selv om vi helst ikke skal det tror jeg.”

De fleste farmasøytene mener det ikke finnes noen definisjon på farmasøytisk skjønn, det er noe individuelt. De synes det har mye med erfaring å gjøre, og det å lære av situasjoner en kommer opp i. *”Det ligger i ryggmargsrefleksen”* sier en farmasøyt. Det kan være viktig å vite når man må være nøyaktig, og når nøyaktigheten ikke spiller så stor rolle. I to av gruppene snakker de om at nyutdannede ringer mer til legen enn farmasøyer med mer erfaring, men de mener det er viktig å ikke gjøre noe hvis man er i tvil. Hvis de kjenner pasienten, og har pasienthistorikken, er det en støtte i beslutningene. I fokusgruppene med mange farmasøyer, legges det vekt på at det er en støtte å kunne spørre kollegene hva de ville gjort, men at man tar beslutningene og ansvaret selv.

”Men ellers så har det jo, sånn farmasøytisk skjønn har jo veldig mye med erfaring å gjøre, ikke sant? Hvor lenge du har jobbet, og hvor ofte kommer du jo opp i de samme situasjonene, så lærer du på en måte litt av det du gjorde sist, og så blir du tryggere og tryggere på det du gjør. Jeg tror veldig mye det asså. For jeg tror det er akkurat som du sier, men hvor ofte ringer du til en lege? Mange ganger så behøver du ikke, kunne du kanskje klare det selv uten å ringe den legen, jeg tror mange nyutdannede de ringer masse, mens når du får litt mer erfaring og skjønner kanskje litt, og ikke er, ja. Derfor så er det veldig forskjellig, opp til en hver farmasøyt. Men jeg synes jo det er riktig, at når man er i tvil, så skal man jo aldri gjøre noe hvis man er i tvil. Jeg synes jo lissom, ikke sant sånn som at etterpå at hvis du har vært i tvil, og så tar du en sjanse, det synes jeg ikke er riktig. Asså du må vite hva du gjør, ikke sant. Ja, og det er veldig forskjellig fra person til person. Bare vi som sitter her, vi vurderer veldig forskjellig, det skal jeg love deg. Derfor så er lissom ikke farmasøytisk skjønn noe sånn fasit. Det er veldig individuelt egentlig.”

Farmasøytene alle gruppene mener det viktigste er at de tenker gjennom og vet hva de gjør og kan stå for det hvis de tøyser lover og regler litt. De synes de blir litt rundere på ting som de ser det kan komme noe positivt ut av, etter hvert som de får lang erfaring. En informant mener det

er viktig å prøve å sette seg inn i kundens situasjon, og tenke hva som er rett å gjøre, og så dokumentere det de gjør.

”Ja, det viktigste føler jeg jo at når det er farmasøytisk skjønn, er at du på en måte, du vet hva du gjør og kan stå for det du har gjort. Så ok, du går på kant med kanskje en regel eller tøyer ting litt, men det er viktig at du har tenkt igjennom det du gjør.”

”Ja, det er det. Og det er jo det at da må du jo bare som du sier, sette deg inn i den andres situasjon, du må tenke hva kan jeg og hva bør jeg og hva er rett å gjøre. Å så gjør du ut i fra det, og så dokumenterer du det.”

En farmasøyt mener det er en lavere terskel for å utvise farmasøytisk skjønn nå som det er blitt rift om kundene.

”Det kommer, holdt jeg på å si, det er vel...Etter hvert som det har blitt mye rift om kunden, så er vel terskelen for å utvise farmasøytisk skjønn blitt ganske mye lavere.” (Latter)

Nødekspedisjon

I alle fokusgruppene kommer det fram at farmasøytene ofte må ordne med nødekspedisjoner fordi de vurderer at pasienten må ha legemidlet, og de får ikke tak i legen,

”Men det er klart en, det blir jo stadig vekk at en må lissom ordne det til på en grei måte, for det at det ikke er mulig å få tak i legen, eller en ser at dette må jo bare pasienten ha.”

I alle gruppene kommer dette opp som en måte å utvise farmasøytisk skjønn på. De ser det an i forhold til hvilke preparat det gjelder, og om kunden kan få tak i legen. Et par av farmasøytene nevner det at noen kunder har lært seg at de kan få nødekspedisjon, og prøver å få det igjen fordi det er lettvindt og de slipper å gå til legen. I en gruppe kom det opp at de kunne ta et gebyr på 75 kroner for nødekspedisjon. Det tok de av de kundene, og da hendte det ofte at de heller ville ordne det selv. I tre av fokusgruppene beskriver farmasøytene at det ofte dreier seg om å prøve å hjelpe folk som er på ferie, og har reist fra legemidlene sine.

”Vi har det sånn at farmasøyten skal avgjøre om det kan tas nødekspedisjon. Det er klart at den teknikeren som eventuelt får problemet, legger kanskje visse føringer; noe lover du og noe..ja. Men de skal spørre en farmasøyt. Så er det klart at..det har lite granne med hva slags preparat...”

”Noen ganger så ser vi jo på kunden at dette her er en lettvindt måte å løse det på, jeg går på apoteket og de hjelper meg. Og så sier du at det koster 75 kroner med en nødekspedisjon. ”Å nei, da kan jeg klare det selv.” Ikke sant? Det skjer faktisk en del.”

Et eksempel kan være å hjelpe turister på ferie, som ikke har tid til å gå på legevakten, med å få tak i noe vanndrivende som er reseptbelagt i Norge. Det kan også være å rette for eksempel antall tabletter eller reiterasjon på resepten hvis legen har skrevet ut for lite legemiddel, eller ekspedere på en Albyl-E resept som er tom.

”Det kan være turister, ikke sant, så er de der i byen i så mange timer, å så trenger de ett eller annet vanndrivende som egentlig er på resept i Norge, å så har de ikke tid til å gå på legevakta. Ikke sant. Da kan du jo hjelpe de. Du kan bruke farmasøytisk skjønn også ta en nødekspedisjon på det. Altså det samme produktet fins i Norge, ikke sant, du må tenke litt.”

Alle farmasøytene er restriktive med vanedannende preparater, det skjer nesten aldri at de tar nødekspedisjon for slike legemidler. Det er helst blodtrykksmedisin som pasienten står fast på. De legger vekt på at hvert enkelt tilfelle må vurderes, og at det ikke kan lages prosedyrer for det. Det kan heller diskuteres med kolleger.

Nødekspedisjoner blir dokumentert i FarmaPro, og det kan kjøres ut rapporter på det.

”Vi legger det inn i FarmaPro på nødekspedisjon, og da kan du kjøre ut, ja du vet jo det; grønne linjer. Det gjorde det jo mye lettere. For det er klart at ellers så, vi begynte jo da det..”

4.1.2 Helsepersonell

Ingen av farmasøytene opplever det som noen stor endring å ha fått autorisasjon som helsepersonell. De fleste sier at de har følt seg som helsevesen hele tida, og tror at apotekteknikerne opplever det mer som en godkjenning, at de er mer verdifulle. De legger også vekt på at apotekteknikerne nå plikter å holde seg faglig oppdatert, og at det ikke er arbeidsplassens oppgave. De er selv ansvarlige. I en gruppe bruker de morgenmøter hver uke for å gi informasjon. Dette fungerer bedre enn lesetid på apoteket.

”Vi har vel egentlig følt oss som helsevesen hele tida.”

”Jeg må si at jeg har ikke følt det noe sånn særlig forskjell med det. Det eneste jeg tror at apotekteknikerne tenker mer på det. Ja”

”Mer en godkjenning, at de er mer verdifulle på en måte.”

”Å på samme måte når det gjelder teknikere, dette med at du må pushe litt på de for at de skal holde seg oppdatert, så har vi heller ikke gått inn for dette med lesetid, for vi føler at det var lite effektivt altså. Så vi kjører mye mer på, altså vi har morgenmøter hver uke der vi på en måte legger opp planen og på en måte gir litt mer kanskje ferdig tygd

informasjon. Med referater fra, og at det tror jeg nok, føler vi i alle fall, gir mer enn at folk skal sette seg ned å lese i en bunke en time hver uke eller no.”

Flere av farmasøytene mener at autorisasjonen gir rettigheter med ansvar, og at de er blitt mer bevisstgjort nå med helsepersonelloven. De får et større behov for å vise ansvar, men tenker ikke noe på det i det daglige.

”Det gir rettigheter med ansvar.”

”Du har jo din utdannelse med dine rettigheter, med dine plikter og med ekspedisjonsretten og alt det, men med det så følger det ansvar, og det tror jeg er blitt mer bevisstgjort nå med helsepersonelloven..... Men sånn til det daglige, så tenker jeg ikke noe på det.”

I en fokusgruppe legger farmasøytene vekt på at de må vise pasientene at de kan stole på dem, og at de samarbeider med legen. De opplever at mange synes apoteket er en butikk.

”Men jeg tror at siden vi er helsepersonell, så må vi altså være litt, vi må vise til pasienten at de kan stole på oss, og at vi kan samarbeide med legen om dem, men at de også respekterer oss på det. For mange, jeg har opplevd før at mange synes vi er egentlig en butikk. Og det er bare litt altså etter hvert at de forstår at kanskje er vi ikke det. Det er litt viktig synes jeg.”

Flere av farmasøytene gav også uttrykk for at det var allright å bli helsepersonell, at det viser at apoteket ikke bare er en butikk, men har betydning for kundens helse. De opplever også at det inspirerer i forhold til farmasi som fag.

”Det betyr at altså det er veldig allright at vi er blitt helsepersonell, at vi ikke er bare sånn butikk, som skal bare lange ut noe varer fram og tilbake. Jeg tror at vi har noe betydning for helse og kunden og ikke bare er butikk. Det synes jeg er kjempeviktig. At vi er helsepersonell. Det betyr også det at du blir inspirert i forhold til fag, og du får forpliktelser også, det der å bruke faget og.”

Forsvarlighetskravet

En av farmasøytene definerer forsvarlighetskravet på følgende måte:

”Det er at rutiner og arbeidsprosesser utføres på en sånn måte at det er, at feil unngås og at ingen kritiske hendelser skjer, og får feil for øvrig på et minimum.”

Dette var de andre i gruppen enige om.

De mener også at det er å følge lover og forskrifter, og legger opp rutiner etter dette. De kan føle at det er på grensen til å være uforsvarlig i perioder med stort tidspress.

”Ja, forsvarlighet. Jeg tenker at det har jo litt med at du følger de lover og forskrifter som fins, og legger opp rutiner som på en måte sikrer at vi kan følge de lovene, at ikke ting går på akkord med de tingene. Og også det som vi nevnte, at vi har da rutiner for rapportering av feil. Og avvik, sånn at vi kan komme tilbake til det og se på ting som går igjen, hvorfor går det igjen, og at du da kan på en måte justere det under veis altså. Eventuelt endre rutiner.”

”Jeg tenker også litt på det i perioder en er veldig pressa, for både tid og bemanning, at lissom oj, voao, jeg håper at alt er gått bra i dag. At en liksom av og til kan få litt sånn støkk innimellom, og at lissom oj, hjelp det gikk vel fort.”

Et par av farmasøytene mener forsvarlighetsbegrepet først og fremst innebærer det å ta vare på helsen til pasienten. På jobb er man profesjonelt helsepersonell, og legger personlige oppfatninger tilside.

”At man først og fremst ivaretar helsen til pasienten, det kommer først. Å så på apoteket er du først profesjonell helsepersonell, og så er du du. Det kommer på annet sted, på jobben. Jeg syns det er, det betyr vel forsvarlig. Fordi jeg kan ikke like den kunden, men han er nå en pasient og jeg er farmasøyt, og jeg skal gjøre alt min beste selv om han har kanskje fornærmet meg eller er sint, og det skjer veldig ofte på apoteket.”

Det kan være vanskelig å gradere forsvarlighetsbegrepet, men en farmasøyt mener det er en magesfølelse de har i seg. Det kan variere fra sted til sted og person til person.

”Så det med å lissom tallfeste forsvarlighet, det er på en måte vi som jobber og har ansvaret som på en måte har den magesfølelsen i oss, for di det kan variere så fra sted til sted og fra person til person, og sånt så. Det er mange ting rundt det med forsvarlighet.”

Etiske betraktninger

Farmasøytene i tre av fokusgruppene er enige om at det hender de ringer legen når de ser en pasient som får vanedannende legemidler fra flere leger, hvis det var en resept på sovemedisin fra en lege den ene dagen, og så en ny neste dag. De sier de sladrer litt, selv om de vet det egentlig skal gå veien om fylkeslegen. Det skjer også at legene ringer og spør om pasientene fikk slike preparater sist. I to av gruppene diskuteres det rundt at hensynet til den enkeltes sikkerhet, om det er ansatte eller kunder i apoteket, går foran hensynet til taushetsplikten. En farmasøyt forteller at hun som regel prøver å unngå å bryte taushetsplikten ved å spørre kunden om det er greit at hun ringer til legen. De andre er enige om at det er en god løsning.

”Også har vi vel også på en måte tatt en kontakt, dette med

ja, ikke flere leger, men at de da på en måte har, ja å var det nå jeg skulle si, jeg tenkte det å bruke flere leger, ja sånn som B-preparater, hvis de har fått sovetabletter i går fra Doktor det og det, så kommer det inn en ny en fra en annen, at du da på en måte også har ringt og sagt at : her fikk han i går. Så vi sladrer litt. Den har vi vel ringt noen ganger.”

”En annen, som kan være et etisk dilemma, er jo disse, altså hvis en lege ringer og lurere på om den pasienten eller kunden han har, har fått noe fra andre leger. Om vi kan gå inn å se. Der har vi jo, der kan du jo si at, kan du jo, har du jo ikke lov til å si det. For dette skal i så fall gå over fylkeslegen.”

”Fordi at vi har jo hatt en person her som har vært veldig voldelig, og som også er pasient, og kunde, og da har jeg vært i kontakt med politiet, og da har også legen vært inne i bildet for å ja, for å oppklare praktiske ting der, og at jeg sikkert da har sagt ting der, informasjon som har skjedd her til legen og så videre, men da synes jeg overordnede hensyn, sikkerhet til andre kunder i apoteket og til situasjonen for øvrig, at jeg da, at man tar sånne, at du gir informasjon som du kanskje ikke skulle da. Så det kan være sånne, man må tenke hva som er overordna, da får det heller stå til om man bryter taushetsplikt hvis det er av hensyn til den enkeltes sikkerhet.”

Det kommer fram i en fokusgruppe at i situasjoner hvor sikkerheten for kunder og ansatte kan være i fare, blir det blir levert ut legemidler til personer som egentlig ikke skulle ha fått fordi de er rusa eller påvirket av alkohol. Det er ofte vanedannende preparater det gjelder. Dette var på et vaktapotek.

”Altså hvis jeg er på vakt, spesielt, ekspederer det glatt. Jeg vil ikke ha trøbbel med noe som helst altså. Og jeg regner som så at kanskje vedkomne får det mye bedre enn å gå ut å lave et helvete ett eller annet sted. Om han ikke gjør det på apoteket, kanskje et ant sted. Så kan si okay, jeg bryter kanskje en etisk regel, men ...

”Og spesielt det har vi vel også diskutert på at hvis folk begynner å bråke litt og du kan ha lyst til å ikke levere det ut, at dette med sikkerhet går, for ansatte, at det teller veldig.”

Farmasøytene i en av fokusgruppene vektlegger at det er viktig at beslutninger de tar ligger innenfor deres kompetanseområde, og at de vet at det er det. Dette snakker de om i forhold til det å ta nødekspedisjon. De sier det kan være et større etisk dilemma å be pasienten vente fra lørdag til mandag for å få behandling, enn å gjøre noe for at han/hun skal få det.

”Og så er det jo de situasjonene hvor du ikke har noen lege å ringe, og det er lørdag klokka to, og pasienten ikke vil få noen behandling hvis ikke du gjør noe, og da er det jo et større etisk dilemma å si at du må

vente til mandag, eller et eller annet. Det er jo, men det må jo være noen innenfor det du kan si noe om. Det må være sånn innen kompetanseområdet å vite at det er der, og at det ikke er at man må på legevakt eller.”

I fokusgruppene kommer det fram ulike syn på om kundene skal ”presses” til generisk bytte. En farmasøyt mener det er viktig at kunden har tro på preparatet på grunn av placeboeffekten. En løsning har vært å ikke ha originalpreparatet på lager, dette fortalte farmasøytene fra et apotek hvor de først hadde vært dårlige til å bytte. Det var press fra kjeden som førte til dette. De fleste farmasøytene føler det er uetisk å presse kundene, og sier at de ikke gjør det.

”Men jeg tar det litt sånn piano. Jeg er ikke sånn at, jeg tror ofte at noen steder at en hører lissom at de føler seg pressa til å bytte. Og det gjør ikke jeg altså. Hvis de føler at de blir dårlig av det andre, så skal ikke jeg si noe, så”

”Det gjør de hos oss også, for du har jo placeboeffekten, hvis ikke de tror på et preparat heller, så får de ja altså, de må jo ha litt tro på det og.”

”Vi var veldig dårlige vi i begynnelsen, for da var det ingen som ville bytte. Så da måtte vi bare kutte ut originalen, og ..”

”Kanskje når vi begynte å presse mer, presse mer med generisk substitusjon. Det syns jeg var litt sånn uetisk. Følte det.”

Alle farmasøytene er opptatt av å bevare diskresjon for kundene. De synes dette er viktig, og forteller at det kan bli litt tett i direkteresepturen på små apotek. En farmasøyt sier det ikke var noe bedre i gamle dager.

”Vi er i alle fall, vi snakker om det og vi er opptatt av det.

”Veldig viktig. Det er jo det. Det tror jeg, tror kanskje det kunne vært bedre på mange steder, for det er så små, på små apotek, det blir jo veldig tett på hverandre i direkteresepturen ja. Selv om det var jo ikke noe bedre i gamledager.”

I en fokusgruppe kommer det fram at farmasøytene ikke orker å være ”politi” ovenfor legen, hvis de ser at det er skrevet ut noe de tror ikke stemmer overens med refusjonsreglene.

”Åsså får de herre på 70 og 80 år det på det punktet, og du vet at dette er bare tøys. Der orker ikke e å være politi, orker ikke ringe til legen å si unnskyld meg, men dette, skal det stemme. Det gidder jeg ikke, det får være hans samvittighet altså. Det kan jeg ikke bruke tid til.

En farmasøyt kommenterer at det kan være vanskelig å drive med mersalg på apoteket. Det må gjøres på en veldig riktig måte. De andre i gruppen var enige i dette.

”Det blir jo målt på mersalg, og det er ikke alltid det er så lett på et apotek altså. Eller, da skal man gjør det på en veldig riktig måte. Når man skal prøve å selge mer.”

4.1.3 Informasjon til kunden

Flere av farmasøytene tar opp at det er viktig å bruke resepten til samtale med kunden, og få med tilleggsopplysninger som legen har glemt på etikettmerkingen. De trener seg og kursenes i å få til dialog med kundene, og stille de rette spørsmålene.

”Vi lærer oss jo og kurser oss jo og i det å ha dialog med kunden, for hvis du går tilbake til før FarmaPro tida, så hadde vi jo ikke noe særlig kommunikasjon med kunden. Det har det jo blitt mer av etter hvert, og vi trener oss jo, farmasøytene trener seg jo til å snakke med kunden. Og det å kunne stille de rette spørsmålene for å komme i dialog.”

To farmasøyster snakker om at å se an hva kundene skal ha, mener det kan være lurt å spørre kundene om det er noe de ønsker å spørre om, for å unngå at de skal få spørsmål om det samme hvis de stadig kommer og henter de samme legemidlene. De kan også spørre kunden om legen har gitt informasjon, og så spørre om de trenger mer veiledning. Noen ganger vil kundene ha det, og andre ganger er det greit.

”Ja det kommer jo veldig an på hva det er de skal ha, vi må jo se an, ikke sant, og det er jo noe med at hvis de stadig vekk kommer og får de samme medisinene, så kan de jo bli spurt det samme spørsmålet, altså av og til har jeg tenkt at kanskje en skal spør om det er noe de ønsker å spørre om, altså snu littegrann på det og ikke ta samme tiraden som de kanskje har fått mange ganger før.”

”Også pleier jeg å spørre, har legen vist deg åssen du skal bruke dette? Har du fått informasjon fra legen om dette? Å da hvis de svarer ja da, ja var det greit, trenger du noe mer veiledning eller noe sånn. Å noen ganger så vil de gjerne ha, og noen ganger så er det greit.”

Det kommer fram i fokusgruppene at alle farmasøytene mener noe av det viktigste er det å informere om hvordan legemidlene skal tas, om det er med mat eller uten mat, om tablettene må svelges hele, og om de kan tygges. En informant mener det kan bli mye hvis kunden har ti preparater, og da er det om å gjøre å få med mye informasjon på etiketten. Flere farmasøyster tar opp at det er viktig å informere om dosering, og å forsikre seg om at de vet hvordan

hjelpemidler brukes, for eksempel en turbohaler. Det er mye tilleggsinformasjon som ikke er lett tilgjengelig for kunden hvis de ikke leser pakningsvedlegget, og dette er viktig å få med.

”Egentlig hvordan medisinen skal tas, fordi alt fra tabletter til kapsler til entero og depot, og med mat, uten mat, svelges hele, kan tygges, ikke tygges, altså det er jo så mye. Så de kan jo bli hjernevaska da før de går ut, hvis de har en ti preparater, men det er om å gjøre å få mye av det på etiketten da, svelges hele, eller omrystes og”

”Jeg holdt på å si, først og fremst selvfølgelig dosering, og at en forsikrer seg om at de vet hvordan en turbohaler virker og at de..., men vel så viktig at du får med Doxylin med sol og vern, med munnskylling på Flutide og all den tilleggsinformasjonen som ikke nødvendigvis står veldig lett tilgjengelig hvis ikke de er veldig entusiastiske og leser pakningsvedlegget.”

”Hvis det er penicillin eller antibiotika, så er det nesten automatisk: med eller uten mat, eller ikke sol, eller ikke jern, og det er sånn en regner med at ikke folk har så kjempe peiling på.”

Det er enighet i fokusgruppene om at det er farmasøytene som gir informasjon ut over det vanlige, mens vanlige tilleggsopplysninger, som for eksempel at legemidlet skal tas med eller uten mat, gir apotekteknikerne også.

”Ja, mest farmasøyten. Hvis det er utover det som er det alminnelige. Men altså vanlig tilleggsopplysninger om det skal tas med eller uten mat, det gjør jo teknikerne og.”

I en fokusgruppe tas det opp at det er viktig å gi kunden en forståelse for hvordan de skal øke doseringen på en tablettkur, og farmasøytene tror det kan være lettere for kunden å gjøre det riktig hvis de forstår hvorfor de skal gjøre det slik.

”Hvis det er på en måte noen vanskeligheter med en tablettkur at du skal på en måte dosere, ha en lavere dose fra begynnelsen, og så gå over, at de får forståelse for åssen de egentlig skal gjør det, for der på en måte føler jeg at det er en del av feilmedisineringen kan komme inn.”

”Mmm, og kanskje forklare litt hvorfor. Det er lettere å gjøre det riktig hvis de vet hvorfor de skal gjøre det på en bestemt måte.”

Farmasøytene opplever at kundene er veldig forskjellige, det er ikke lett å plassere dem i grupper. Det viktige er å finne ut hva den enkelte trenger, og da trenger en tid til å prate. Tidspresset og køen av kunder gjør dette vanskelig. Dette er det enighet om i alle gruppene. Flere farmsøyter tror enkelte kunder bare ønsker å få legemidlene og komme seg raskt ut av apoteket.

”Jeg tror kunder er, kunder er jo veldig forskjellige, altså det er jo det der med at å forsøke å finne ut av hva den enkelte trenger. Det er ikke noe sånn at du tror du kan si det og dermed så er det greit. Å da må du ha littegrann tid til å snakke littegrann med de. Sette i gang en samtale også for å fange opp det. Og det er liksom ikke sånn at du har sagt de tre linjene å så er det greit for alle. Kanskje noen ikke behøver noe, kanskje noen behøver mer, men du må snakke med de for å finne det ut, og ...”

”Og da er det jo det tidspresset der og du ser okey, plutselig så var det et behov, også passer det litt ubeleilig i forhold til den køen. Og da blir den køen stressa (latter) Men så vil du jo gjerne at du gjør det ekstra, og at de skal få den informasjonen og den ekstra tilleggsytelsen. Ja.”

”Noen ganger er det veldig viktig å få det fort og komme seg ut.”

Et par av farmasøytene er opptatt av at kundene setter pris på at de tar seg litt ekstra tid når de blir ekspedert, men at de ikke har så mye tålmodighet når andre kunder blir ekspedert. De tror det er viktig å konsentrere seg om den kunden de ekspederer, og ikke de andre rundt.

”Og så tror jeg at de setter pris på at vi tar oss litt tid, altså god tid med kunden, de ønsker nok å komme fort, og bli ekspedert, men når vi da først har kunden der, så tror jeg de ønsker å bruke litt tid altså, at du har tid til å på en måte...”

”... at vi tar det med ro og konsentrerer oss om den kunden og ikke det andre rundt. Så: bare kunden, og det kunden har behov for.”

4.1.4 Reseptfeil og kontakt med legen

Alle farmasøytene prøver å kontakte legen hvis de fanger opp at kunden får ny styrke på et preparat, og kunden selv ikke vet hva som er riktig. De snakker først med pasienten, og ofte vet de da hva de skal ha. Pasienthistorikken i FarmaPro er til hjelp, men de sier at de ikke stoler på at en endring er feil, fordi legen kan ha endret dosen. På den annen side kan det forekomme feil fra legens side.

”Ja, det er jo spesielt hvis det er, har fått kanskje en ny styrke på en medisin, og så fikk de en annen styrke hele tiden, og så har ikke pasienten fått beskjed at det er noen endring. Sånne ting. Det er ...”

”Det kan jo være styrke, ja...for eksempel at det står at de tidligere har fått 5 mg, og nå står det 10 mg. Er det bevisst, er det ikke...”

”Ja, endra styrke uten at pasienten har fått beskjed om det. Ikke sant, da er det jo, tror vi jo av og til at det kan være en misforståelse.”

De ringer også hvis de er i tvil om doseringen er riktig, og hvis den er endret uten at kunden vet om det. Det kan være vanskelig å få tak i legen, hvis det ikke er sent på dagen. En farmasøyt uttrykker at hun synes det er morsomt å finne ut mye selv, for så å kunne diskutere med legen.

”Først og fremst snakker du med pasienten litt, som regel vet de egentlig ikke, og de har ikke engang snakket med legen. Også er det to muligheter. Du kan se på historikken, men det kan du ikke stole på alltid, fordi det er mulig at legen har bestemt å endre på noe, eller det er en spesiell grunn til at dosering er endret, å så kontakter du legen på telefon, men det er nesten umulig, eller via faks, og så kommer pasienten igjen. For jeg pleier å ringe til legen, men nå har jeg lært at det tar, altså det tar tid. Med mindre det er litt senere om dagen. Også diskutere med legen litt. Jeg syns det er veldig gøy å finne ut alt av ting selv og, i mellomtida hvis du får sjansen, også når legen svarer så kan du, så spør han ”hvorfør har du kontaktet meg, så forklarer du og så kan du snakke med legen litt om det. Kanskje ha noen forslag.”

I en fokusgruppe kommer det fram at det er reseptforfalskning de ringer mest om. Da får de positive tilbakemeldinger fra legen.

”Ja, og så er det i forbindelse med mistanke om forfalskning av resepter og, da ringer vi til legen, og da er det jo alltid bare positive tilbakemeldinger på det, for det er det jo kanskje”

”Det er kanskje det vi ringer mest på. Ja, når jeg begynner å tenke på hva vi ringer mest på, så er det jo kanskje det, i det siste i alle fall.”

I en fokusgruppe legger farmasøytene vekt på at det er viktig å snakke med kolleger når det gjelder usikkerheter på resepter. Nye ansatte i apoteket kjenner ikke kundene, og da kan det være at kollegene kjenner den kunden veldig godt, og det er unødvendig å kontakte legen. I denne gruppen la de vekt på at de prøvde å unngå å ringe legen, fordi det tar mye tid, de kommer ofte ikke fram på telefonen, og de opplever at legene kan bli veldig irriterte.

”Nei altså jeg syns jo å det er viktig å, viktig dette at vi kollegaer snakker sammen, når det er noe vi lurar på når det gjelder usikkerheter med resepter. For det at noen av oss er mer erfarne enn andre, og kanskje det er en som er ny, eller nesten ny, får en resept, og så er det en kunde som har gått her hos oss i alle år, og som vi andre kjenner veldig godt, og da kan det jo være unødvendig å ta kontakt med legen, da er det noe vi vet og bare sier at jammen det må jo være sånn og sånn og, ikke minst det altså. Også er det det at hvis en prøver å ringe til legen så tar det veldig mye, lang tid, og vi kommer som regel ikke frem, og de blir veldig irriterte når vi ringer og avbryter de midt i konsultasjoner og sånt. Sånn at vi prøver å unngå å ringe altså.”

Slik var det ikke i en annen fokusgruppe, der hadde farmasøytene god tilgjengelighet til legekantorene og kjente legene, så de kunne gi beskjed i ettertid hvis de gjorde noen endringer.

”Så er vi jo heldige å ha godt kommunikasjonsnett til legene her oppe, god tilgjengelighet til legekantorene, at vi har den muligheten, hvis det er noe som, de er jo veldig fleksible til å....Hvis det er noe.”

”Vi sender jo ei melding i ettertid vi, hvis vi har gjort noe endringer. Det er... Men det er jo litt spesielt fordi vi kjenner de og har jevnlig møter med de, og ofte er det noen problemer som går igjen i en periode, eller, og da er det bare å ...”

Farmasøytene kontakter også legen hvis FarmaPro varsler om interaksjoner. I noen tilfeller opplever de da at legen går tilbake på forskrivningen, og selv vil ta kontakt med pasienten. Det er ofte interaksjon mellom Marevan og NSAID` s de ringer om, men da er det sjeldent legen går tilbake på det.

”Ja interaksjoner, det var gjerne det, og da tok vi kontakt med legen. Og det var flere ganger vi gikk tilbake på den forskrivninga altså. Så der var det utrolig nyttig altså.”

”Og da var det jo med en gang at legen sa: ikke noen ting, jeg tar direkte kontakt med pasienten.”

”Men stort sett, selv om det er en ganske grov interaksjon, hvis det er, eller det er jo veldig ofte det er Marevan og Nsaids vi ringer på, men stort sett da så :Nei, det går greit, det er så kort, vi tar sjansen på det, og det er veldig sjeldent en gjør noe voldsomt med det. Det må jeg jo si.”

Farmasøytene i en fokusgruppe forteller at de vet at de egentlig ikke skal endre noe på resepten, men det gjør de i visse tilfeller fordi det er så tidkrevende å kontakte legen. De mente det egentlig var sånn at resepten skulle sendes tilbake til legen, men det synes de er vanskelig, spesielt hvis det gjelder gamle mennesker som har vansker med å gå. Det kan være hvis det er skrevet feil i forhold til refusjonspunktet, eller at legen har glemt å påføre P-resept for en pasient som alltid har fått det som P-resept tidligere.

”Nei. En ting er for eksempel hvis det er feil på en blåresept, som du ser at det er heilt opplagt at de har skrevet dette feil i forhold til et av de store hovedpunktene, så, du ringer ikke legen for det, ikke sant, du ser jo og retter punktet og ferdig med det.”

”Det var jo ett eller annet nå, hvis det sto noe feil på en

blåresespt, så skulle du bare sende den tilbake til legen, og ikke påføre punktet.”

”Nei for så lenge de har glemt å skrive på paragrafer på resepten, og du ser at de har fått det på P-resept hele veien før, så, da må man jo egentlig ringe legen, for man har ikke lov å overføre det til en P-resept uten å ha det godkjent da. Men det ligger jo i kortene at legen har, at det er en forglemmelse. Så det tar jo tid.”

En farmasøyt kommenterte at de som lager reglene, ikke er ute og ser hvordan hverdagen er.

”Nei, ikke sant, men de er ikke ute i hverdagen, en må bruke hue litt. Vi skal nesten ikke få lov til å bruke hodet lenger.”

Farmasøytene i en fokusgruppe forteller at legene reordinerer også resepter i sitt datasystem, og da kan det ofte bli feil. Det er også slik at kontorpersonalet sitter og skriver resepter, og så skriver legene under i full fart. Det kan være kaos på legekantoret, legen er på ferie, og farmasøytene mener de må kunne bruke sitt skjønn til å rette opp slike ting.

”Legene hos oss driver med mye reekspedering av resepter de og altså.”

”Ja, og det gjør de. Og da blir det ofte galt. Også er det noen kontorsøster som sitter og skriver, og så skriver legen under i full fart. Også ser de ikke på det de skriver under på og sånn. Så det og mener jeg, det å rette opp åpenbare feil, kan en jo gjør, og bruke sitt farmasøytiske skjønn.”

”Å hvis en da ringer til legen så får en da, ”Åh nei” så er det kontordama som har fylt ut den resepten, for legen er på ferie. ”Åja, å var det ikke sånn pasienten skulle ha”, og så å hjelp lissom, har kontordama.....Å så viser det seg at det er jo kaos på legekantoret og. Da kan du like godt gjør det sjøl. (latter) Off, nei. En får seg noen sånne aha-opplevelser noen ganger.”

Et par av farmasøytene opplever at det ikke er så greit å blande seg inn i legens forskrivning. Det liker ikke legene. Det kom fram et eksempel på hvordan en farmasøyt hadde fått legen til å gå tilbake på doseringen av et legemiddel, fordi hun mente det var feil. Så legene reagerer forskjellig.

”Det tror jeg er veldig greit. Men his du begynner å gå litt inn på forskrivningen, så tror jeg ikke alltid det er like greit.”

”Neida, for det er klart det liker de ikke. Du må vite hva du skal pirke i for noe.”

”Jeg har også opplevd det, og da visst jeg at det var en som, det var Daonil, ikke sant, du skal ta to morgen og en kveld, og han sa en morgen

og to kveld, og så, hva sa du lissom, en morgen og to kveld, var det det du sa? Ja. Ja, er du sikker på ikke du mener omvendt da? Nei, sa han. Og da nei så søren om jeg skal gi meg lissom. For det atte det ville, ja, så jeg stod på det. Ja vel er det en ny praksis nå da? Å så stoppa han opp og tenkte, å ja nei det skal være to morgen og en kveld. Så lissom det er litt forskjellig, egentlig litt forskjellig på det der hvordan de...”

En farmasøyt tar opp at de håndterer også reseptfeil litt avhengig av hvilken lege det gjelder, selv om de ikke synes det burde være sånn. De andre i fokusgruppen er enige om at de gjør det.

”Men det som er littegrann, som jeg tar meg sjøl i, er at terskelen e littegrann, altså det er forskjellig etter hvilken lege det gjelder. Sånn bør det ikke være, men sånn er vi bare lavt.”

En annen farmasøyt sier det er litt mer press på dette med å kontakte legen nå enn det var før de fikk direktereseptur; da kunden kom igjen senere.

”... for da står kunden der, og en hakke tid å stå å vente i det uendelige, og det er kanskje kø bak, og det er en helt annen sånn tidssituasjon når du står der med kunden, enn når du har resepten og kunden kommer igjen. Så det er litt mer press på det.. Opplever jeg.”

4.2 Reseptekspedisjonen i direktereseptur

Farmasøytene i alle fokusgruppene gir uttrykk for at direkteresepturen kunne være svært travel, avhengig av bemanning og kundetilstrømning. Det kan være slitsomt og krevende å stå der en hel dag.

”Veldig krevende, både faglig og interaksjon med folk. Det krever mye. Det er ikke bare å ekspedere resepter og si det du kan om legemidlene.”

”Men sånn som, hvis du snakker om hverdagen, så er det jo egentlig et veldig trøkk, for du har både kunder nærme deg hele tiden, og stadig lissom nye, og stadig nye problemstillinger.”

En informant gir uttrykk for at store resepter er det slitsomt å ta i direkteresepturen, og at det ofte er mange spørsmål knyttet til disse, og derfor en fordel å ta dem framme framfor å ta de med bak. De fleste farmasøytene forteller at de opplever et press fra kundene som venter, og føler at de må ”skyndte” seg. Da kan det være vanskelig å gi den servicen de ønsker å gi.

”Alt skal liksom skje så veldig fort, og kundene har dårlig tid. Og det kan gå litt ut over konsentrasjonsevnen noen ganger når det er mange som står på vent og det er mange som maser foran og bak.”

”Det er bare det at du føler at det tar lang tid lissom. Du må skynde deg. ”

En farmasøyt sier at det er forskjell på å gjøre det raskt og å gjøre det godt. De må konsentrere seg om mange ting på en gang, og må huske at de ikke kan gjøre feil.

Alle farmasøytene er enige om at kundekontakten de får i direktereseptur, er svært viktig. De opplever at det øker sikkerheten og er givende og utfordrende. Kundekontakten gjør det lett å få avklart ting der og da, og det gjør at kunden slipper å vente så mye. Det er lettere å gi informasjon, da de kan gi den direkte til kunden.

”Nei, jeg må jo si det er absolutt det, den store fordelene med direktereseptur, det er akkurat den kontrollen og den der kontakten med kunden: Den er helt fantastisk altså. Det er den, for det at du får, som du også sier, du får mange ting der og da. Før når vi tok i mot resepten og hadde dem på bakrommet, å så skulle du begynne, å så begynner du å ja, skulle hun ha det eller skulle hun ha det, alt det der får du klart opp der og da. Så det er veldig viktig.”

”Men sånn som det der med at de, altså når du er i direkten så får du informert bedre til kundene. Men så, men du kan ikke få plukka ut akkurat de kundene som trenger det, for det blir littegrann tilfeldigheter med trafikk og tid og om du må løpe over til hverandre ikke sant. For det sånn ideelt sett så burde du jo kunne bruke tid på de du merker trenger tid. Også burde du ta fort de som ikke”

Flere av farmasøytene legger vekt på at det er givende å jobbe i direktereseptur, men også utfordrende, fordi mange spørsmål må tas på sparket. Det gjør at de legger mer vekt på kunnskap. En farmasøyt la vekt på at det var lærerikt å snakke med kunden, og nevnte bivirkninger som et eksempel. Det ble oppfattet som en fordel at man slapp å rydde vekk resepten og så finne den fram igjen. I tre av fokusgruppene ble det lagt vekt på at det ideelle var å bare konsentrere seg om sin egen kunde når de sto i direktereseptur, og slippe å kontrollere teknikere ved siden av.

”Å så er det jo forskjell om man står der og kan konsentrere seg bare om sin egen kunde, eller om man skal på en måte kontrollere de andre samtidig.”

4.2.1 Standard operasjonsprosedyrer (SOP)

Alle fokusgruppene, dvs. alle apotekkjedene har skriftlige standard operasjonsprosedyrer for reseptekspedisjonen i direktereseptur. Disse prosedyrene er det så rom for å tilpasse lokalt på apoteket. Noen har også prosedyrer som er laget lokalt fra før kjeden kom inn i bildet. Alle gir

uttrykk for at de nye prosedyrene fra kjeden ikke er så forskjellig fra hvordan de arbeidet fra før.

”De lager jo i det store og hele, eller akkurat det på direkteresepturen så har de jo lavd i forbindelse med den her nye farmasøytikontrollen, også strekkodekontroll og alt det, så har de jo lavd fra kjeden i forbindelse med rekkefølgen en skal gjøre ting. Men du må jo tilpasse det litt da lokalt, der og da, altså du...”

”Men en står selvfølgelig fritt til å tilpasse det lokalt da. Hvis det er noe som, ja. Men det ligger maler og en kjedestandard som skal være som et minimum.”

Prosedyrene kan si noe om i hvilken rekkefølge ting skal gjøres, og beskrivelser for hva som skal sjekkes hvis resepten ekspederes i direktereseptur, og hva som skal sjekkes hvis den gjøres i stand utenom. Alle gruppene benytter seg av strekkodekontroll, men bare tre av gruppene har tatt i bruk farmasøytikontroll i FarmaPro. I en gruppe kommer det fram at kjeden har prosedyre for enkeltkontroll når farmasøyten ekspederer i direktereseptur, dvs. at farmasøyten leverer direkte ut til kunden etter å ha tatt strekkodekontroll. Det er bemanningen som avgjør hvordan arbeidet organiseres, derfor kan ikke prosedyrene følges alltid.

” Ja, og en har jo kun en viss bemanning å ta av, så det blir jo lissom å finne ut åssen skal vi utnytte dette best mulig hos oss. Å gjøre det mest mulig riktig og effektivt. Det er jo det som blir problemet. Det føler jeg i alle fall her. At å følge de prosedyrene med at vi skal stå der og vente på å ta en kontroll, det går bare ikke her.”

4.2.2 Arbeidsorganisering og samarbeid med kolleger.

To av fokusgruppene hadde farmasøyter fra store apotek, og den ene av disse gruppene tilstrebet å ha tre-fire farmasøyter fast i direktereseptur. De så det som en fordel å kunne svare direkte på spørsmål i direkteresepturen, og følte at arbeidssituasjonen ble rolig og fin. Dette er hvis de slipper å kontrollere teknikere ved siden av.

”Nei, det er altså, selvfølgelig skal vi ha dette med dobbeltkontroll, men når vi har strekkodekontroll og det vi har, så er det jo egentlig veldig fint å ha farmasøyter i direkteresepturen. Altså det går best på den måten. Istedenfor at en hele tiden må overlappe og, det blir mye mer urolig når noen, ikke sant, ”nå er jeg ferdig, kan du komme hit” ”kom hit til meg”, og så når det står farmasøyter, vi har fire direkteresepturer, og det står fire farmasøyter der, det er en veldig rolig, fin arbeidssituasjon altså, det er det. Det er jo selvfølgelig synd kanskje for teknikerne mange ganger akkurat det, for det atte de, det er jo ikke det atte, de skriver jo like fort som oss, og gjør like mye jobb, men det er akkurat det der at vi må ha den siste kontrollen. Som gjør det litt

mer, ja det blir litt mer urolig av det altså, det gjør det.”

De legger vekt på at det gjorde det lettere å holde konsentrasjonen hvis de kan konsentrere seg om sin kunde. Det er også de andre gruppene inne på.

”Du får, du blir ikke avbrutt hele tiden, og konsentrasjonen er mye lettere å holde. For det er det en resept av gangen, og ikke liksom ...hele tiden.”

”Å så er det jo forskjell om man står der og kan konsentrere seg bare om sin egen kunde, eller om man skal på en måte kontrollere de andre samtidig.

”Om man er stasjonær eller flaksende?! (Latter) Rett og slett!”

I to av fokusgruppene er det flere som har erfaring med å være alenefarmasøyt. Da organiseres arbeidet på forskjellig måte etter hva som er hensiktsmessig. Hvis det er mange resepter som kommer direkte fra legesenter, jobber farmasøyten bak.

” Hvis vi er, jeg holdt på å si vi er jo ganske ofte bare en farmasøyt ute hos oss, og da holder vi oss egentlig faktisk den dagen stort sett bak, for det nytter ikke å være foran i direkteresepturen hvis det er en telefon, hvis det er....”

Ellers står farmasøyten i direkteresepturen og ekspederer kunder samtidig som hun/han kontrollerer reseptene apotekteknikerne gjør klar. Da må hun/han unnskyldte seg ovenfor sin kunde på en høflig måte, og så foreta kontroll hos en annen kunde. Dette opplever farmasøytene som dårlig service, og føler da at de ikke får konsentrert seg om noen av kundene. De opplever at dette kan gå ut over selve kontrollen, men føler seg likevel tryggere på at kunden får det han skal ha av informasjon sammenlignet med hvordan det var i tradisjonell reseptur.

”Men det er klart, det er en utfordring altså det å klare å holde på med tre ekspedisjoner samtidig egentlig. Du holder på med din egen kunde, også har du en tekniker på den sida og en tekniker på den sida som står der og skal ha en kontroll, også må du på et vis unnskyldte det ovenfor din kunde, jeg må ta en kontroll her og så må du ta en kontroll der, også må du tilbake til din kunde, også skal du på en høflig og hyggelig og allright måte så kunden ikke blir fornærma. Også skal du samtidig si de riktige tingene på de riktige plassene. (latter) Så det er klart...”

”Men jeg syns samtidig at det er, jeg føler meg på et vis vel så trygg nå på at kunden har fått den informasjonen han skal ha, som det jeg hadde før, når jeg satt bak og kontrollerte, og en annen satt det på plass i hylla, og en tredje leverte det ut, og du måtte skrive noen beskjeder på noen lapper, at husk å si det og sånn, ikke sant, det var jo ganske mange som var inne på den der resepten i løpet av, så sånn sett så føler jeg du har

mer kontroll på et vis, det er gjerne bare deg sjøl, eller kanskje som har vært borti det. ”

Det er i flere fokusgrupper enighet om at det er betryggende og støttende å ha flere farmasøyter rundt seg. De spør ofte kollegene om de er enige i avgjørelser de tar, og opplever et godt samarbeid med kollegene.

”Vi spør jo ofte hverandre. Ja, det er veldig godt. Fordi vi er så mange, så kan jeg gå til både en og to og tre andre og spørre ”Hva ville du gjort? Hva gjør vi her? Er vi enige eller? Det er veldig betryggende.”

”Jeg opplever et veldig godt samarbeid med farmasøytene her på apoteket, og det støtter meg veldig godt i hverdagen, og er veldig verdifullt.”

”Og det er klart at er du i tvil, så er det jo ofte en, bortsett fra vakter og sånn, så er det jo mer enn en farmasøyt, og da er det jo lett å spør en kollega: Å syns du? Skal vi gjøre det i dette tilfellet? Å da er det egentlig veldig godt å ikke være aleine.”

I to av fokusgruppene kommer det fram at det vanligste er at apotekteknikerne tar i mot og registrerer resepten, og at farmasøyten kontrollerer resepten og eventuelt snakker med kunden mens teknikeren plukker fram legemidlene. Så tar apotektekniker og klistrer på etiketter og bruker strekkodekontroll. Det skjer imidlertid ofte at farmasøyten også tar hele reseptekspedisjonen.

”Der står vel egentlig det, altså, det blir jo veldig at en tekniker tar jo i mot, og registrerer, og mens teknikeren plukker, så tar jo vi farmasøytkontrollen. Også tar, sånn gjør dere jo hos dere og, ikke sant, så det blir jo da at de klistrer på og tar strekkodekontrollen før de leverer ut. Men da kan, når vi snakker med kunden der og da, mens de plukker fram, så kan jo vi snakke litt med de. Det blir jo sånn hos dere og. Men på et lite apotek altså, så må vi jo være litt fleksible, vi må jo lissom være over alt, og av og til så tar vi hele veien.”

I tre av gruppene diskuteres det rundt hva apotektekniker skal gi av informasjon til kunden, og hva som er farmasøytens område. Ingen av gruppene har klare prosedyrer for dette, og de mener at det kunne vært nyttig.

”Ja, men da må du vite hva de, ikke sant, jeg tror det er veldig viktig på apoteket å vite hva, at det er klart hva de sier og hva farmasøyten sier, sånn at ikke farmasøyten tror at teknikeren har sagt ting der også teknikerne oppfatter det som ikke det er sitt ansvar, også blir det ikke sagt noe. ”

”Nei, det vi på en måte kanskje ikke har fått til, men det kan vel å ha noe med våre rutiner å gjøre, men det er egentlig hva teknikerens og

farmasøytens oppgave er i ekspedisjonen, for du kan si at teknikeren, hvis du da står og tar imot kunden, og ekspederer det direkte, så er det jo i FarmaPro ligger der jo en del sånne PopUps som vi sier.”

”Husk på det, og husk på det, og om det er gyldig resept. Og når du da tar kontroller, så er det du som farmasøyt da skal lure på om alt er greit, så er det litt hva....hvordan skal vi skille, hva skal vi si? Skal vi da bare bruke tiden til å, hvis det nå er mer som kommer opp fra kunden, eller skal vi forsikre oss om at de har sagt disse tingene. Men det har jo noe med vår arbeidsorganisering å gjøre. Så det må vi jobbe litt med.”

En farmasøyt mener at det er det tekniske tingene apotekteknikerne skal informere om. Det er enighet om at de er flinke til dette, og at det er dette som gjør at ekspedisjonen i direktereseptur kan gå så fort med bare en farmasøyt.

”Det som jeg syns teknikerne skal alltid kunne gi teknisk informasjon, ikke sant, hvordan de bruker en inhalator, hvordan de skal gjøre, sånn altså, rent sånn teknisk, det skal de kunne si.”

I en annen gruppe legges det vekt på at de fleste apotekteknikere har mye kunnskap, men at man må vurdere hvem en jobber sammen med. Noen kan bli for ”selvstendige”, og ikke skille klart mellom sitt ansvarsområde og farmasøytens.

”Og de fleste teknikerne de har kunnskap. Og de, det er noen av dem som er veldig flinke på det området, men stort sett jeg syns når det gjelder farmasøytiske ting, virkelig farmasøytiske ting, så er de, de skal komme til oss farmasøyster. Og det var noen få ganger det skjedde at det var en som ikke gjorde, ja jeg har snakket med....”

4.2.3 FarmaPro som verktøy i reseptekspedisjonen

Alle fokusgruppene vektlegger at FarmaPro er et helt nødvendig verktøy som er helt avgjørende for reseptekspedisjonen i direktereseptur. Pasienthistorikken er viktig for å fange opp endringer i dosering, og vurdere om det er en feil fra legens side. Den er også viktig for å få i gang en dialog med kunden. Strekkodekontroll og farmasøytkontroll er en del av kvalitetskontrollen. I en fokusgruppe kommer det fram at de har prosedyrer for nødekspedisjon og hvordan det skal dokumenteres i Farmapro.

”Men FarmaPro en er jo et hjelpemiddel i å kunne se historikken, så du ser jo hva de har fått før, og da vil du fort oppdage hvis kunden får en ny styrke enn han har fått før, også kan du snakke med kunden om det, og se, åja du har fått en ny styrke, så sier den kunden, ja. Jeg hadde jo just en for ti minutt siden, i det, ja det var ikke nok med den styrken jeg gikk på så derfor så valgte legen å prøve ut nå en høyere styrke. Så du ser historikken. Og da er det et hjelpemiddel til å få en dialog med kunden.”

”Ja. Ellers så er det jo ...historikken du kan, og ellers så har vi jo farmapro så har vi jo dette med kvalitetskontrollen, dette med strekkodekontrollen og farmasøytikontrollen.”

I en fokusgruppe er ikke farmasøytikontrollen tatt i bruk i FarmaPro. Der ser ikke farmasøyten pasienthistorikk og eventuelle varslinger hvis det er teknikeren som registrerer resepten.

” Men altså i det du taster inn fødselsdatoen og går inn i starten av reseptregistreringen, så har du også mulighet for å fange opp hva de fikk sist, og det er jo ofte at legen skriver feil styrke og feil preparat, og at de har fått to preparater i samme ATC- gruppe og sånne ting, det skjer hele tiden hver dag. Og det, som farmasøyt så får du da fanget opp det. Når du registrerer selv da. Eller så må du på en måte gå tilbake og ut igjen, og det blir det jo ikke tid til. Sånn å se om de har, hvis det er teknikere som har registrert det.”

En farmasøyt vektlegger det at du har mange muligheter i skjermbildet når du står med farmasøytikontrollen, og lett kan nå andre ressurser som websider for å sjekke hjelpestoffer og annet som kundene lurere på. Dette gjør det lettere å konsentrere seg om kunden.

”Og det også at du veldig lett kan gå over til Website, det og få se Felleskatalogteksten hvis du vil kjøre ut noe, og du kan gå til den her, hva heter det, SPCen ja. For å se på hjelpestoffer og så videre hvis det er noe kunden lurere på. Så det, du har mens du står og ekspederer, så har du mye mer muligheter med skjermen der. Sånn at du på en måte kan konsentrere deg om kunden.”

Det kommer fram i flere fokusgrupper at farmasøytene synes FarmaPro har mange

”tastetrykk”, og at det gjør at fokuset lett kan bli rettet mot skjermen og ikke mot kunden..

”Vi taster og vi taster, og det må se ganske mystisk ut for den som står på andre sida og ser åssen vi står og diller for å komme gjennom alt mulig.”

”Farmasøytikontrollen er jo også sånn at når du kommer da fram og skal kontrollere, så er det jo skjermen du kommer og kontrollerer.”

”Du prøver kanskje å nikke litt når du kommer ut, eller går, men det er jo skjermen du må sitte å se på hele tida. For å se. Det er jo der kontrollen er. Så det...”

I to av gruppene etterlyses det en kobling mellom datasystemene mellom apotek, slik at en kunne få en fullstendig oversikt over kundenes legemiddelbruk i FarmaPro.

”Men vi har jo også dette her med å kunne ha mulighet til å gå inn på andre apotek, ikke sant, at en kunne ha, pasienten kommer og ”jammen jeg

har jo fått det på det apoteket, dere kan jo bare lissom”, nei det kan vi ikke. Ikke sant? Så men jeg vet ikke om det er noe som kommer eller om det er lov, men det er klart det kunne jo vært en hjelp.”

”Ja men det som er litt trist, er jo at når en først har det, at en ikke kan se hos hverandre, sånne kunder som shopper litt rundt ville en jo hatt mye større...”

De fleste farmasøytene ønsker mer opplæring i FarmaPro, og mener det er mange muligheter i programmet som ikke blir utnyttet fordi de ikke kjenner til dem, og at det er dette som begrenser nytten av FarmaPro. Det er også mange ”hurtigtaster” som kan gjøre reseptekspedisjonen raskere hvis man lærer seg å bruke dem. De tror mange bruker det mer tungvint enn nødvendig, og at jo dårligere de er i data, jo mer tungvint blir det. De ser ikke noen andre begrensninger med FarmaPro.

”Der er jo veldig mange fordeler i det, men mange funksjoner som ikke er tatt i bruk, og som en savner litt ordentlig opplæring i vil jeg si.”

”De hurtigtastene, det er jo kjempebra når man først kommer inn i det. Men det tar jo tid.”

”Det som også er, eller som kanskje er min begrensning, det er at det ligger vanvittig mye redskap i det FarmaPro som jeg ikke klarer å håndtere, det ligger masse informasjon der som jeg ikke vet helt åssen jeg skal få ut. En som kan bruke FarmaPro til fingerspissene, den kan jo få ut alvide verden på den.”

”Altså jeg føler at FarmaPro har mange flere muligheter enn vi egentlig benytter oss av, og det er veldig, og at mange kanskje bruker FarmaPro mye mer tungvint enn de hadde behovd, fordi det er en del enkle ting som de ikke vet om, og det er, jo dårligere vi er i data, jo mer tungvint er det. Jeg merker sjøl også at jeg gjør tungt, sikkert gjør det mye mer tungvint enn jeg hadde behovd.”

I en fokusgruppe diskuterte farmasøytene reekspedering av resepter i FarmaPro. Dette opplever de som veldig greit med store resepter, men de føler at det er lett å gjøre feil hvis det er lagt inn feil første gang resepten ble registrert. Reekspedering skal være en ny kontroll som skal være like effektiv.

”Spesielt de svære resepter, det er deilig når man kan reekspedere. Ja det er det.”

” Ja altså, når folk kommer med resepter, og vi ser på resepten at de har vært hos oss før, og at det er lagt inn sånn og sånn, så og da ser vi jo,

ja da tar vi jo bare og reekspederer. Men det er klart det at hvis det var riktig gangen før, så blir det jo riktig denne gangen og, hvis det var feil gangen før, så kan det bli feil denne gangen og. Men det er jo egentlig, reekspedering skal jo altså være en ny kontroll da, en skal jo kontrollere like effektivt, like nøyaktig mener jeg, selv om man reekspederer.”

Farmasøytene har delte meninger om pop-upsene i Farmapro. Det er positivt at de minner en på informasjon som skal gis, men flere av farmasøytene synes det er litt for mange av dem. Det er negativt. De kan også forbedres. Flere av farmasøytene sier at det blir lett å bare trykke dem vekk uten å lese hva som står der hvis det er for mange. De får det inn i fingrene. Farmasøytene trykker lettere vekk de som ikke sier noe ”farlig”, som for eksempel interaksjoner.

”De er jo fine, men det kan bli litt mye og, at jeg, at man bare trykker seg gjennom kanskje uten å lese hva som står der. ”

”Jeg innrømmer at jeg gjør også, med mindre det er noe farlig, interaksjoner og sånt.”

”Ja, men problemet er jo bare den dagen du har fått i fingrene at du ska ta den vekk, og bare”

Et par farmasøyter tar opp at de har vært dårlige til å si i fra om dette med munntørighet før disse pop-upsene kom. De synes det er viktig, men problemet er at de blir lei av det når de går der en hel dag. En farmasøyt forteller at informasjonen skal komme opp på alle apotek i landet, for at kundene skal få lik informasjon uansett hvilket apotek de går på. Det er for å standardisere og for å gi en minsteinformasjon, og det er enighet om at dette er bra.

”På samme tid så er det jo greit, for det med akkurat munntørighet er jo en veldig god ting, tror jeg, for der har vi vært dårlige til å si fra om, og at mange kunder har slitt for det at du, ja med tannrâte og sânnne ting fordi ikke vi har vært flinke nok til å tenke på at det er medisinen som gir tørr munn. Så den syns jeg er viktig. Det som er problemet med de, er at du blir litt lei av de når du går der en hel dag.”

” Ja, de kan forbedres. Det kan de. Det syns jeg. Det kan bli litt mye og av og til. Men det er i alle fall at det kjem en pop-up på dataen om en informasjon som bør gis. Og det skal være en informasjon som gis på alle apotek i landet. Ikke sant, så de får lik informasjon om et legemiddel samme hva slags apotek de kommer på. Så det er for å standardisere, og for å gi en minste informasjon. Så det er jo veldig bra”

I alle fokusgruppene kommer det opp at apotekene bruker innstilling på alvorlighetsgrad 4 under interaksjoner. Farmasøytene i en av gruppene har hatt interaksjonskurs, og ser nå særlig på kolesterolsenkende midler. En farmasøyt er ikke fornøyd med interaksjonsprogrammet i FarmaPro, og ønsker at det skal forbedres.

”Ja. Det er jo i..... da, har hatt et sånt kurs, interaksjonskurs, i samarbeid med en Molden, dere kjenner kanskje til han? Så vi har jo lagt inn med sånne CYP-hemmere, når de kommer opp, og jeg har jo vært med på en sånn undersøkelse nå i vår. Så vi ser jo litt på det, så ja, særlig om sånne kolesterolsenkende midler da. Har vi jo nettopp tatt med, når de for eksempel får Erytromycin og går på Simvastatin, og serlig når det er noen nye som kommer inn. Det er vi jo opptatt med ja. En viss grad. Åsså har vi den laveste graden på den Druid inne, og det med interaksjons, ja den alvorlighetsgrad 4, ja.”

”Bare på nivå 4, den alvorligste”

”Ja, jeg syns også det at det kunne vært bedre, holdt jeg på å si, litt bedre utarbeidet. Enn det det er. Du vet av og til, i hastighet og når en har liten tid, så er det jo kanskje sånne ting som en skulle hatt tid til å sjekke litt nøyere.”

”Det skjer jo av og til, altså jeg hadde en betablokker, og så fikk jeg opp farlighetsgrad 4, og så hadde de brukt da Isoptin innen tre måneder, hvor du da går inn og spør om bruker du de framdeles det, og så sier hun ja hun gjør jo det. Og du snakker da, du må jo snakke med legen, har du gjort det, jeg mener det kan jo glippe for de og. Jeg tror sånn i Nederland så har de sånn interaksjonssted og der kommer liksom litt mer, litt hva du gjør, og litt mer nyanser, sånn, litt bedre.”

I en fokusgruppe vektlegges det at FarmaPro gjør det lettere å registrere feil og hvem som har gjort dem, så det kan spores. Man kan også ta ut rapporter over feilekspederinger siste måneden.

”Men synsingen, eller det vi har vært gjennom, har snakket om at vi føler, er jo at det blir riktigere, og du har jo på en måte, kan se hvilken tekniker og hvilken farmasøyt som har det, så du kan på en måte spore det også, hvis det skulle.... Og en kan jo også ta ut rapporter for å se på en måte den siste månen, hva som har vært gjort av feil og alle feilene var gjort av meg for eksempel, så må en kanskje inn å sjekke: hva er galt? (Latter) Ja. Trenger jeg mer opplæring?”

4.3 Hvilke andre hensyn spiller inn under reseptekspedisjonen.

4.3.1 Generisk bytte

Generisk bytte er et emne farmasøytene snakker mye om i alle fokusgruppene. Alle er enige om at generisk bytte er svært tidkrevende og slitsomt, og at tiden de bruker på dette, godt kunne vært brukt på for eksempel informasjon til kunden. De fleste er oppgitt over at staten gav farmasøytene hele jobben med å få kundene med på dette, og føler at legene slipper billig unna og motarbeider ordningen. Et par farmasøyter liker ikke å si at generiske legemidler er 100 % tilsvarende originalen, da de ikke anser det for å være helt riktig med hensyn på at det kan være noe ulik biotilgjengelighet. Flere farmasøytene sier at de likevel forstår ordningen, fordi den har ført til at prisene på originalpreparater har gått ned.

”Forferdelig tidkrevende og veldig mye lagt på apotekleddet som helt sikkert kunne ha vært gjort enklere hvis en hadde gått på legene som førsteinstans. Men folk begynner jo å bli vant med det, men det har jo vært et slit.

”Egentlig så er jeg ordentlig forbanna, at vi har i Norge, sånn som det der at de gav så lite opplysning på forhånd hva dette her dreide seg om, og gav all jobben til apotekene, uten å kreve noe av legene, og du ble jo rett og slett motarbeida av legene som sa at det var bare tøys det der med bytte. Så du måtte slite, ikke nok med at du måtte overtale de pasientene, så må du da slite med legene i tillegg.”

”Det er egentlig et merarbeid som staten trer ned over hodene på oss farmasøyter.”

”Altså det å gå der og krekes med de der, det syns jeg vi brukte masse tid på, det kunne vi godt ha unnvært. Og det bruker en jo masse tid på som man kunne brukt til informasjon til pasienten. Fordi du får jo ikke beholde, altså du har kommet gjennom hele den pakka med generisk bytte, så kan du være sikker på at da har du ikke noe mer, da har du brukt den tida du skal og vel så det, da gidder de ikke høre på mer. Så du tar mye verdifull tid fra annet. Det er jo en ting. En annen ting er jo om det at de er sikre på at generisk bytte, når du står der og sier at det er akkurat hundre prosent, men om du da er sikker på at det er hundre prosent. Det er jeg egentlig ikke, altså jeg føler meg ikke helt vel bestandig, for det at man må nødvendigvis ha littegranne biotilgjengelighets.....Altså du vet at skal det være maken, skal det være innen åtti prosent, det er ikke helt hundre prosent, så jeg føler meg ikke helt...bestandig, men..”

”Vi måtte dra lasset heilt aleine, men så skjønner jeg jo det at, jeg skjønner jo for så vidt hele det med generisk bytte, for di at prisene på originalpreparatene har jo gått utrolig mye ned. ”

I to av fokusgruppene har farmasøytene en opplevelse av at legene ikke har forstått ordningen, og at de gir beskjeder til pasientene som ikke kan følges opp på apoteket fordi det ikke er ført på resepten.

Farmasøytene kan ikke skrive at legen har reservert seg når han ikke har skrevet det på resepten. Da må kunden betale mellomlegget, og dette skjønner de ofte ikke hvis de har frikort.

”Så opplever jeg art en del leger lissom ikke har skjønt pointet i det hele tatt, ”Jeg har bestemt at du skal få det”, ikke sant, uten at det er mer begrunnet eller at legen har gitt seg tid til å virkelig å forklare dette her. Har ikke tid, bare si på apoteket at du skal ha det.”

”Og det er bare å skyve problemet over på oss fordi han mener det ikke medisinsk, men når han sier det sånn til sin pasient, så kommer de til oss og sier at det er ”legen sa at jeg skulle ha...” Men da kan ikke vi gjøre det om, for trygdekontoret, at legen har reservert seg, når ikke han har skrevet det på resepten. Da må de betale mellomlegget. Og da vil den diskusjonen komme. ”Jammen, jeg har frikort!” Ja.”

”Der har jeg et hjertesukk. Vist, tenk så mye enklere hverdagen vår hadde blitt vist legen kunne si til pasienten: ”Når du kommer på apoteket, så kan det være at de spør deg om du vil ha noe ant, og det er heilt greit!” Tenk hvis legen hadde sagt det.”

Det kommer fram i fokusgruppene at flere av farmasøytene er bekymret for hvilke følger dette har for legemiddelbruken til eldre mennesker. De tror det blir for mye å holde styr på for kunden, spesielt hvis de får flere ulike generika med forskjellige navn.

”Så er det det at vi har så mange gamle kunder som bruker så mange forskjellige medisiner, og så når de, de har egentlig nok med å holde styr på de forskjellige tingene de bruker, og så skal de ha da ulike navn innen de forskjellige typene, og så blir det jo veldig komplisert da.”

”Men det er også det med generika, at hadde du hatt et alternativ, men når du har hvert fall fire forskjellige Enalapril og fem forskjellige Simvastatin, så hender det jo at vi har forskjellig, ikke det at de må bytte fra Zocor til Simvastatin, men de får forskjellige Simvastatin fra gang til gang.”

”Der er fordeler og ulemper, men spesielt eldre mennesker, føler jeg, og spesielt folk som har flere preparater, der syns jeg det er vanskelig. Å prøve å bytte. Og når de da skal bytte flere enn ett for eksempel, og kanskje da kan risikere å komme igjen en stund senere, så kan det være tomt, utsolgt.. ”

”Det er jo mange ganger du lur på, klarer de dette her, da, og men jeg tror ikke legene vil gi fra seg den makten. Det tror jeg ikke.”

Farmasøytene i en av fokusgruppene ønsker selv å kunne reservere kunden mot generisk bytte, hvis de tror kunden ikke klarer å holde styr på det. Det kommer fram at en farmasøyt er bekymret for om noen farmasøyter da vil motsette seg bytte for å slippe diskusjonen med kunden, men de mener det kunne løses ved journalføring. I to av gruppene kommer det opp at farmasøytene synes generisk forskrivning vil være en god løsning.

”Nei, det er jo som vi snakker om, å tid skal farmasøyten kunne motsette seg generisk bytte? Skal vi få lov til det?”

”Skulle egentlig ønske at det var generisk forskrivning. At rett og slett at det var det. Så da slapp du diskusjonen.”

”Men nå skal de vel, det er jo snakk om at de skal bli pålagt generisk forskrivning, at de skriver generisk navn da.”

”Da vil det vel kanskje ofte bli sånn at noen reserverer seg hele tiden, for de gidder ikke ta den, orker ikke den diskusjonen med kundene.”

”Det måtte jo journalføres da hele tiden”

4.3.2 Refusjonsregler

I alle fokusgruppene legger farmasøytene vekt på at refusjonsreglene er viktige, fordi de kan være avgjørende for om apoteket får dekket utleggene sine for legemidlene på blå-resept. APOK nevnes i tre av fokusgruppene, og det er enighet om at dette systemet gjør det enklere, fordi du kan sjekke spesifikke varenummer direkte opp mot APOK når du legger inn resepten i FarmaPro.

”Men jeg synes også det har blitt mye bedre enn det var før, for nå har vi APOK, dette oppgjørssystemet mellom Trygdekontor og apotek, og der er det, det er helt presist. Det er det varenummeret som dekkes dersom legen har, eller at hjemmelen er i orden. Og da er det ikke noen diskusjon. Før så var det mer: Ja jeg tar det på det punktet, og liksom. Spesielt med sykepleieartikler, da kunne du på en måte bare.”

”Å hoja! Nå har vi jo fått APOK, og elektronisk kontroll, så nå er det jo bare å, den er relativt flittig i bruk den APOK-knappen i FarmaPro, for å sjekke om det går igjennom. Så det...”

”Men jeg vil jo si at de refusjonsreglene er jo blitt viktigere og viktigere. For det er plutselig veldig mange penger en får avkortet oppgjør på hvis ikke det er i orden.”

Et par farmasøyter synes også det gjør det hele mer firkantet, og at det ikke er rom for farmasøytisk skjønn lenger når det gjelder refusjonsregler og generisk bytte. De må følge reglene, men kommer alltid i sånne situasjoner hvor de har lyst til å gå utenom fordi det er fornuftig å gjøre det.

”Da brukte vi farmasøytisk skjønn da. (latter!!!) Etter hvert kan vi ikke det.”

”Vi må følge regelen altså. Vi kan ikke si ”pytt, vi gjør det denne gangen”, det går ikke lenger. Og det gjør jo at det er ting som vi med farmasøytisk skjønn var ting som vi kunne tillate tidligere, som ikke går. Altså folk som ikke tåler farvestoff i Marevan, jeg mener Marevan er jo Marevan. Men nå må de altså søke Trygdekontoret for refusjon. Så det har gjort at det har blitt litt mer firkanta syns vi. På en del ting.”

”Hvis vi kan følge reglene, så, og gjør det, så går det jo glatt. Men du kommer alltid i sånne tilfeller hvor dufår lyst til å gå litt utenom fordi du ser at det er fornuftig å gjøre det.”

4.3.3 Sikkerhet i direkteresepturen

Farmasøytene i alle fokusgruppene er opptatt av sikkerhet, og det er enighet om at dette er noe av det viktigste i reseptekspedisjonen. Dette er noe de snakker mye om i tre av fokusgruppene. Det de legger i begrepet sikkerhet er at det blir riktig legemiddel i forhold til det som står på resepten, til riktig person. De føler det er viktig at kunden blir fornøyd med servicen de gir, og har skjønt det som blir sagt og går hjem og tar legemidlene riktig. De vil at kunden skal føle at de har gjort sitt beste.

”Sikkerhet er jo absolutt noe av det viktigste. Det er jo det vi bestreber. Riktig medisin til riktig person.”

”At du kan la dem gå med en følelse av at nå har du gjort ditt beste. At de fikk den informasjonen de skal få. Fordi det er din jobb til slutt.”

”Ja, sikkerhet i følge reseptekspedisjonen er jo at det blir riktig preparat i følge det som står på resepten, og at vi på en måte forvisser oss om at kunden kan bruke det og ta det på riktig måte.

”Ja, og det kan og være administrasjonsmåte, altså noen ting, altså, må du fortelle at denne her tablett må du faktisk svelge, du skal ikke bruke den andre steder. For eksempel, for eksempel Dalacin da, mot soppinfeksjon, den skal ikke puttes inn i skjeden. Noen kan tro at det er den veien det skal. Men å sette riktig bruk.”

I en fokusgruppe snakker de om at de tar det opp dette med sikkerhet på farmasøyt møter, og prøver å lage en kultur rundt det å prate om sikkerhet. De ønsker at hele organisasjonen skal ha det fokuset, og prøver å lære seg å se de øyeblikkene som er strategiske i forhold til sikkerhet. Hvis det kan skje noe galt med en pasient, og det er deres feil, så må alt annet vike for det. På dette apoteket mener farmasøytene at klimaet for kommunikasjon er viktig for

resepsikkerheten. De opplever at konsentrasjonen de mobiliserer til resepter, er ulik alt ettersom det er til barn eller voksne.

”Det er klart at fokuset og konsentrasjonen må nødvendig vis være en helt annen, når det er barn eller når det er Olga Olsen født i 1910 og skal ha 20 Paralgin Forte, det er.. Så det du mobiliserer lissom til hver resept, det er jo lissom helt forskjellig.”

Farmasøytene i den samme fokusgruppen forteller at de har et prosjekt i kjeden hvor de måler feilekspedisjoner, og sender inn halvårslige rapporter over typer og konsekvenser. De rapporterer også oppfølging rundt hver pasient og hvilke tiltak som blir gjort.

Feilekspedisjoner definerer de ut fra sikkerhetsbegrepet som feil på etikett, feil pakning, feil lege, feil person, feil antall, feil styrke, feil preparat.

”Det er satt i gang ett nytt sånn prosjekt i at de måler feilekspedisjoner, antall hver måned, og så sender vi halvårslige rapporter over typer og konsekvenser. Og oppfølging rundt de enkelte pasientene, og oversikt over tiltak vi har gjort. For å redusere det, og vi har jo også det fra før av i kvalitetssystemet vårt, at vi skal registrere feilekspedisjoner, men nå er det på en måte en ekstra oppfølging fra hovedkontorets side da. Det er jo både, det er mange kriterier for hva som ligger i en feilekspedisjon, så i forhold til begrepet sikkerhet så er det jo alle de kriteriene som definerer en feilekspedisjon ut fra, både feil på etikett, feil pakning, feil person, feil antall, feil styrke, feil preparat, feil lege. Det er jo egentlig masse der ja, det er ... Også den der, ja den oppfølgingen etterpå, ja har det vært, bør det rapporteres, og når skal det rapporteres, og ...”

De fleste farmasøytene opplever ikke så ofte at det skjer feilekspedisjoner, og tror ikke det skjer så mange ganger. I to av fokusgruppene er farmasøytene ikke sikre på om det er fordi de ikke er så flinke til å skrive ned feilene, eller om det er lite feil. Ved alvorlige feilutleveringer skal det rapporteres på et skjema, det er felles for alle gruppene. En farmasøyt sier at de må være veldig aktive for å få alle til å skrive ned egne feil, og at hun ikke har lyst til det. En farmasøyt nevner at det er forskjell på alvorlighetsgraden av feil, det er ikke så alvorlig for eksempel at navnet er skrevet feil og at du ikke finner legemidlet på plassen det skal ligge. Feilutleveringer og feildoseringer er derimot alvorlige.

”Om det er fordi ikke vi er flinke til å skrive ned våre egne feil, eller om det er fordi vi gjør så lite feil, jeg tør ikke si helt. Altså jeg tror ikke vi gjør mye feil, men jeg er ikke helt sikker på om alle skriver, det blir liksom, jeg tror det må bli en sånn, litt sånn, du må være veldig aktiv for å få de til å skrive ned når det har vært feil. Og så har du ikke lyst til det.”

”Men der går vi jo inn, også skriver skjema hvis vi virkelig har hatt

en alvorlig feilutlevering.”

”Men så er det jo klart at det er ulike alvorlighetsgrader av det. Du kan jo ha skrevet navnet feil, for eksempel, eller at du ikke finner et preparat på den plassen det skulle ligge, men du finner det at annet sted, ja som på en måte ikke hadde vært så alvorlig, men så er det jo andre ting, med feilutleveringer og feildoseringer. ”

En farmasøyt tar opp at det kan være noe underrapportering av avvik, fordi det er lett å glemme å skrive det opp i en travel hverdag. Derfor er nok det som blir rapportert, for lavt.

”Også etter det så har...å en del av det blir jo avviks rapportering, som det heter. Det er...vi underrapporterer nok litt, vi gjør det. For det er lett å tenke på at hver gang vi har...at dette burde du ha skrevet ned, og så får en ikke gjort det i en travel hverdag, så det vi rapporterer er nok for lavt i forhold til hva det blir av feil.”

I en fokusgruppe snakker farmasøytene om at det er viktig å ha gode oppslagsverk for å få innsikt i de mange bruksanvisningene som ikke følger anbefalingene i Felleskatalogen. De mener slike oppslagsverk støtter opp om ekspedisjonen. Det er enighet om at sikkerheten er bedre i apotekene nå enn før, fordi alt de gjør blir dokumentert. Før skrev de pasientetikettene på skrivemaskin og de hadde ikke noen dokumentasjon på hva som ble gjort. I dag finnes det mange gode verktøy.

”Å ha gode oppslagsverk er jo og godt i en sånn reseptekspedisjon, for å kunne dokumentere eller få liksom innsikt i at det er masse bruksanvisninger som er utenom Felleskatalogen og om at det har vært gitt, og det er, ja det støtter jo opp om ekspedisjonen.”

”Jeg syns det er mye bedre å jobbe i apotek nå enn før. Sånn i forhold til at vi dokumenterer alt vi gjør. Ikke sant sånn før så skrev de jo på skrivemaskin og alt sto, en visste ikke hva en hadde gjort eller noen ting, men nå er det, ja nå har vi så mye gode verktøy.

Farmasøytene snakket en del om compliance i en av fokusgruppene. Det var spesielt en pasienthistorie som hadde skremt dem i forhold til dårlig compliance.

”Samtidig så er det jo compliance dårlig, 60 %. Forleden dag så var det noen som skremte meg. Det var en mann som fortalte han gikk på Simvastatin, og så i jula så hadde han spist masse feit mat, og for å kompensere for det, så hadde han tatt 8 Simvastatintabletter og blitt lagt inn på Ullevål, hadde ligge der i tre uker, men han hadde fått leverskader, det hadde ikke gått ut over muskler og sånn.”

I to av fokusgruppene kommer det opp et eksempel på hvor sikkerheten kan være utsatt i reseptekspedisjonen. Det er ved ekspedisjon av et legemiddel hvor strekkodekontrollen ikke fungerer. Da må det tas manuell dobbeltkontroll, og da må farmasøyten vite det. I en annen gruppe nevnes det at det er viktig at etikettene festes på pakningene før strekkodekontrollen tas.

”Jeg kan ta et eksempel på det som jeg kom på nå. Det kan være i den tekniske kontrollen som er i våre datasystem, så har vi en strekkodekontroll. Hvis der er et legemiddel som den strekkodekontrollen ikke fungerer som han skal på. Det er enkelte pakker virker rett og slett ikke, og da må du ta en manuell kontroll på det. Og da må du hvis ikke teknikeren har tatt den, så må du ta en manuell kontroll. Og da gjør jeg det.”

4.3.4 Diskresjon i direkteresepturen

I to av fokusgruppene kommer det fram at det kan være stressende hvis kunder som venter på tur ikke respekterer avstand og stiller seg opp ved siden av i de som blir ekspedert. Dette er de andre enige i, og de opplever at en del eldre mennesker gjerne vil hegne om sitt, og ikke vise andre at de får vanedannende preparater. Det kan også ha med trygghet å gjøre, at ingen vet hva de har i posen når de kommer ut fra apoteket. En farmasøyt forteller om en situasjon hvor både hun og kunden hun ekspederte, ble stresset av at kunden bak ikke respekterte avstanden.

”Men det som ofte kan være stressende er hvis de som venter på tur stiller seg oppi de som du driver og ekspederer. Altså de hvis de ikke respekterer den avstanden, for det blir jo diskresjon, og det går jo litt på forsvarlighet. Fordi du har en del eldre mennesker som gjerne vil hegne om sitt, og de skal i hvert fall ikke vise noen at de får B-preparater, og sånne ting. Og det har jo noe med de, tenker trygghet når de kommer ut med posen sin, og i hvert fall skakke naboen vite at de tar valium, men det er noe vi må respektere, og da er det vår plikt å si i fra til den om står bak. Jeg hadde en her som dagen, han sto så ved siden av min kunde at jeg trodde det var far og sønn, så jeg spurte han eldste litt, eller jeg spurte: ”Er dere i følge?” ”Nei!!” sa han jeg han som jeg ekspederte. Og han eldre sa: ”Det er jeg som har 206” sa han, ikke sant. ”Ja, men da, unnskyld meg, da må jeg bare ekspedere ferdig han, så hvis du trekker deg litt tilbake.” Og så gjorde han ikke det. Så ”Da må jeg nesten be deg gå ut på siden av der.” Så tok han og marsjerte rett ut av apoteket. Men altså, for det stresser ikke bare oss opp, men det stresser kanskje også opp den kunden vi ekspederer, og da får du ikke den dialogen du vil, for di da skal de ikke snakke om inkontinensen sin og da skal de ikke, for det er ofte det at det er mange på innsiden av søylene.”

Flere av farmasøytene er bekymret for at kunden ikke tør å spørre om ting når det står så mange andre kunder rundt og venter på tur. Det er uenighet om diskresjonen blir ivaretatt i

direktereseptur. En farmasøyt mener diskresjonen ble bedre enn forventet. En annen farmasøyt har fått tilbakemeldinger fra kunder om at det blir for nært.

”Men da er det ikke sikkert folk tør å spørre heller, for de føler det står så mange rundt, og henger over ryggen og venter på tur.”

”Ja ikke sant. Og noen ganger føler jeg også at diskresjonen ikke er helt ivaretatt med den type direktereseptur som vi har her og nå. I og med at det er så åpent rundt hele veien.”

”Vet ikke om jeg er enig, for akkurat det med diskresjonen synes jeg ble bedre enn forventet, med at de står så pass nærme, jeg føler du har så pass god avstand til kunden ved siden av, og hvis en ikke da prater veldig høyt eller hoper det opp med masse preparater som folk kan se, så synes ikke jeg akkurat at diskresjonen er så gal.

”Nei, men vi har fått noen tilbakemeldinger på det, at det er veldig nært.”

I alle fokusgruppene kommer det fram at apotekene har informasjons-rom som brukes hvis kundene ønsker å snakke om sensitive ting.

En farmasøyt forteller at hvis det er spesielle ting som skal ekspederes, tar de det ofte med bak, og eventuelt putter det i en pose før de tar det med ut. De lærer seg diskre teknikker etter hvert.

”Også er vi jo litt sånn påpasselige hvis det er noe litt sånn sensitivt, at vi tar de inn på inforommet hvis det er noe de ønsker å spørre om.”

”Ja, vi har og plass mellom hver direktereseptur, og er det ting, altså veldig spesielle ting, så tar vi det ofte med oss bak. Og tar kontrollen bak, og tar farmasøytkontrollen bak, og eventuelt putter det i en pose før vi tar det med ut.”

”Å det, du altså du gjør det på sånn en måte at du gjør det, du plukker, holdt jeg på å si, altså du gjør det på sånn en måte at du skjuler det egentlig hele veien, egentlig, til disken, å der er det bare opp med posen og inn med det. Så du lærer deg diskre teknikker rett og slett.”

I en fokusgruppe snakker farmasøytene om at tidligere kunne teknikerne komme med mange esker til farmasøyten som stod og ekspederte en annen kunde. Da måtte farmasøyten gjemme dette bak kassen eller holde det under disken for å ivareta diskresjonen.

”Og nå ble det bedre med farmasøytkontroll. Det er farmasøyten som beveger seg, teknikeren kommer bak, men før, jeg husker det var slik at en tekniker kom løpende, og så hadde han esker, eller flere esker, også stod farmasøyten og hadde en annen pasient, og holdet på med den resepten, så da måtte farmasøyten gjemme resepten bak kassen eller”

En farmasøyt opplever at kundene ikke synes det er flaut å kjøpe bleier, men prøver likevel å putte de kjøpt i poser. Viagra derimot tror hun mange er flau for å kjøpe, og derfor viktig å behandle med diskresjon.

En annen synes det er viktig å tenke litt over dette med diskresjon fordi de selv blir så vandt til å levere ut alle slags legemidler.

”Altså jeg opplever det for eksempel når jeg selger bleier, jeg opplever ikke at veldig, veldig, nesten aldri at de synes det er flaut å kjøpe bleier. Jeg opplever ikke det at det er noe sånn spesielt flaut, men jeg prøver jo alltid å putte ned i poser veldig fort, og sånn og noen ganger er det jo veldig store greier da. Men det synes jeg ikke de er flau for lenger. Men Viagra synes jeg jo det er viktig å behandle med diskresjon. For det er jo klart at det er mange som er flau for det.”

”Der tror jeg vi bør stoppe opp å tenke noen ganger, fordi vi er jo så vandt til å levere ut B-preparater, vant til å levere ut alt det herre, Viagra, altså at vi kanskje ikke tenker over at kunden synes det er flauere enn det vi gjør.”

4.3.5 Apotekkjeden og dens betydning for farmasøytene

I en fokusgruppe forteller en farmasøyt om hvordan det var å gå fra å eie apoteket, til så å gå over til å bli kjøpt opp av kjeden. Hun opplever et press fra kjeden, og blir målt på generisk bytte, mersalg, og hvor mange kunder de har. Så får de lister over hvilke apotek i kjeden som er flinkest. I starten brydde de seg ikke så mye med det, men da kom de nederst på disse listene. Hun ble pålagt fra kjeden å skrive ut slike lister og henge de opp så de ansatte kunne se dem. Da gikk det bedre igjen.

”Jo men vi blir veldig presset fra kjeden. Vi ville løyet hvis vi hadde sagt noe annet. Det gjør man. Og i begynnelsen i hvert fall sånn for meg da, som først hadde eid, det var jo ikke så lenge jeg hadde eid det selv da, det var bare et par år, men lissom, det ble en veldig stor forandring altså. Å bli en kjede. Det gikk liksom litt tid før det gikk opp for meg og. Jeg tenkte jeg kunne jukse litt og lure litt unna og sånn jeg, men det (Latter) det kunne jeg ikke. Det blir veldig, for di vi blir målt på tall og de måler oss på alle mulige måter, ikke sant? De måler oss for hvor mye generisk, prosenter vi har, de måler oss på mersalg, det måler oss på hvor mange kunder vi har. Vi blir målt og målt og målt. Og det er sånne lister, hvem er flinkest i klassen, og nå har vi jo vært nederst. Nå begynner vi å lissom komme litt opp da. Og jeg ser jo, dette har jo veldig mye med den som er leder på apoteket, asså ikke sant, hvis ikke du er flink og følger med, så gjør ikke de andre det heller. Du må lissom sette orden. Det gikk en stund hvor jeg ikke brød meg så mye om dette her, men så var vi jo nederst på alle lister, vi var jo det. Da jeg begynte å sette opp tall, og alt dette vet du, jeg ble pålagt å gjøre vet du, så gjorde det jo noe med oss.

Farmasøytene i denne fokusgruppen opplever det som en støtte å ha en stor organisasjon i ryggen. De forteller at kjeden skal gjøre en del av det daglige arbeidet, og overtar enkelte kontoroppgaver.

Flere av informantene er oppgitt over effektiviseringskravet, at lønnsprosenten blir redusert, og de blir færre ansatte på apoteket. De får mindre tid å bruke på hver resept, og det stilles store krav til effektivitet. Det er enighet om at dette går ut over kundekontakten.

”Så er det støtte å ha en så stor organisasjon i ryggen. Ja de fleste tingene, man må ikke tenke ut alle prosesser selv, og mmm. Det er jo ikke rasjonelt lissom at så mange apotek skal sitte og finne på alt mulig rart. Det blir jo mer og mer at de overtar flere og flere ting sånn i forhold til kontor og sånne ting da.”

”Det er meningen at kjeden skal gjøre en del av den daglige jobben vår.”

”Ja, ja men så reduserer de personalprosenten, også, selv om det nå blir bedre tilgang til farmasøyter, så blir vi færre ansatte. Totalt sett, og vi får mindre tid på hver resept. Fordi at, og det er klart, det går ut over den kundekontakten, fordi vi gjør det fortere. Det stilles større krav til effektivitet, og det er ikke alltid det passer å være så veldig effektiv når du ekspederer gamle damer og kunder med veldig mye, og ...”

En farmasøyt er oppgitt over at det blir vanskelig å styre tiden selv, og har en følelse av å bare skuffe unna oppgaver som kommer fra kjeden. Dette oppleves negativt.

”Veldig mye på kort tid. Og du rekker nesten ikke å styre tida di. Kanskje du har lyst til å planlegge å gjøre visse ting sjøl. Det blir liksom sånn ping pong med alle andre oppgaver som faller ned, og kunder, og du lissom, du driver og skuffer hele tida da, istedenfor å få satt seg ned og få organisert ordentlig.”

I to av fokusgruppene uttrykker farmasøytene at det er fint å få proffe informasjonshefter og brosjyrer fra kjeden. På et apotek laget de slikt selv tidligere, og ønsket da at NAF skulle ta over litt av det arbeidet.

”Men de gjør jo mye bra for oss med alle disse heftene, alle disse Informasjonsheftene...”

”Så må jeg jo også si at en god del av dette med informasjonsmateriell, i forbindelse med kampanjer, det at du kan stille ut, har vi jo egentlig alltid ønsket. Og tegnet og malt og klipt.. ”

”Sånt har jo alltid vært hjemmelagd. Så det er litt gøy å få en del proffe ting. Så kan du jo si at noen ganger kan det jo ta over litt, men

vi har jo alltid ønsket at NAF på en måte kunne ta fatt i og gjøre noe, så ikke alle satt på hver sin tue og lagte brosjyrer. Så det har vi jo fått. Så det er klart at..”

Farmasøytene i flere av fokusgruppene opplever at apotekene er blitt mer like og jevnere på kvalitet etter de ble kjøpt opp av kjedene. De mener noen har tapt på det, og noen har vunnet på det. Kvalitetskontroll og HMS-arbeid er sider som er blitt styrket. Et par farmasøyter uttrykker at det føles som de er blitt mer ”butikk” på grunn av vareutvalget kjeden vil ha i selvvalgsavdelingen.

”Derfor sier jeg det at veldig mye forskjellig, fordi apotekene var veldig forskjellig. At de er blitt mer like nå. Og noen her kunne veldig på det, og andre har kanskje heller tapt litt på det.

”Altså det er jo litt med kanskje att apotekene har blitt noe mer like enn før. I hvert fall innenfor samme kjede. For før så var det jo veldig opp og ned, at det satt den enkelte apoteker rundt forbi. Nå kommer det jo fra kjeden, en god del ting, selvfølgelig du kan si på godt og vondt, men allikevel, du får det litt mer strømlinjeformet kanskje.”

”Vi har jo for eksempel tatt fatt i dette som kvalitetskontrollen, som kanskje var veldig ulik. Og HMS- arbeid som blir tatt fatt i.”

”På grunn av kjeden, så er det jo veldig, blitt mye mere butikk føles det som. Mye mer sånn som går på selvvalgsvare, det å tjene på det der...”

En farmasøyt kommenterer at kurs er noe som er blitt lett tilgjengelig. Dette oppleves som positivt. Kjedene har bra tilbud, systematisk opplæring og intranett med kurs. Ofte så er det likevel ikke tid til dette, det må gjøres på fritida.

”En annen ting som jeg synes er bra, det er helt over til noe annet da, men med at det er blitt kjeder, og kurstilbud da, for der begynner det å bli bra. Syns jeg. Lett tilgjengelig.”

”Ja, både intranett og kjede-dager og i det hele tatt. Jada, det er mer, det er blitt mer systematisk opplæring. Internopplæring. Og det er jo veldig bra med kurs som alle kan, de som ikke kan reise, de kan ha anledning til å gå inn på intranettet og ta kurs der. Men jeg opplever jo at det blir ikke tid til det. Det blir ikke tid til, det må gjøres på fritida.”

5 DISKUSJON

5.1 *Materialet*

Da temaet for denne undersøkelsen var blant annet å finne ut hvilke oppfatninger og hensyn som styrer farmasøytens reseptekspedisjon i direktereseptur, og å se på hvordan endringene i apotekvesenet har påvirket farmasøytens yrkesrolle, var det naturlig å bruke farmasøyter ansatt i apotek. Det var ønskelig med erfarne farmasøyter, men det var ikke et krav for å delta.

5.2 *Metode*

Fokusgrupper er ideelle for å undersøke menneskers erfaringer, meninger og oppfatninger, spesielt om sensitive temaer. Sett i forhold til hensikten med denne undersøkelsen, ble fokusgrupper vurdert å være den metoden som best ville fange opp ulike syn og meninger. I forhold til å bruke for eksempel et spørreskjema, får man også med informasjon som man på forhånd ikke har tenkt på. Det ble brukt grupper som allerede eksisterte, dvs. farmasøyter på en arbeidsplass. De kjenner hverandre, og det er i den settingen de normalt diskuterer slike temaer som tas opp i undersøkelsen. Dette ble vurdert som mer gunstig enn å bruke blandede grupper med farmasøyter fra flere apotekkjeder. Denne teorien ble også testet ut under pilotfokusgruppen, hvor farmasøytene ble spurt om de ville snakke åpent om disse emnene hvis de satt i en blandet gruppe. Dette svarte de negativt på, men det ble ikke klargjort om det var på grunn av blanding med en annen kjede, eller at det da kanskje blir fremmede folk.

En ulempe med metoden, er at dataene må samles der og da, forskeren har sjelden mulighet til komme tilbake til de originale fokusgruppene for å samle mer data for å undersøke nye hypoteser. Det er likevel større sjanse for å få til det når man bruker allerede eksisterende grupper.

Siden gruppene er så like i sammensetning, er det fornuftig å bruke en horisontell analyse som innebærer at resultater fra alle fokusgruppene framstilles samtidig. Det er også en beskrivende analyse, som benytter rådata (informantenes eksakte utsagn) som grunnlag for en oppsummerende beskrivelse, og så brukes et mindre antall illustrerende sitater fra rådataene (se resultater). De oppsummerende beskrivelsene er ikke er fri for tolkende innslag,

siden det er forskeren som velger hva som beskrives og hvordan det beskrives. Dette er resultater av bevisste eller ubevisste valg.

Det er viktig å huske at resultatene fra fokusgruppene er kvalitative, det vil si at de er ikke statistisk generaliserbare, og man kan dermed ikke trekke konklusjoner på større populasjoner. Man skal derfor være forsiktig med å anvende tall i analysen[25].

Validitet og reliabilitet

Validitet kan også kalles troverdighet. Det vil påvirke validiteten i negativ retning hvis informantene ikke sier hva de tenker på grunn av gruppepress. Enkelte kan overdrive for å gjøre inntrykk på de andre deltakerne, mens andre bare sier det som er sosialt akseptert. Det vil øke validiteten å holde fokusgruppen på et sted deltakerne føler seg hjemme, for eksempel på arbeidsplassen deres. Ved å bruke allerede eksisterende sosiale enheter hvor deltakerne interagerer og tanker og ideer diskuteres og modifiseres, kan man si at man får en bedre validitet enn ved for eksempel enkeltintervjuer[25].

Apotekeren ble også invitert til å delta, dette ble ikke sett på som en trussel for validiteten fordi apotekeren i dag ikke er eier av apoteket og "sjef" på samme måte som før kjedene kom. En innvending mot dette kan være at farmasøytene ikke tør å uttrykke hva de egentlig mener. På et apotek jobber alle farmasøytene så tett sammen at det er sannsynlig at de vet på forhånd hva de andre mener rundt mange av emnene som tas opp i undersøkelsen. Mange av emnene er det naturlig at farmasøytene har diskutert seg i mellom tidligere.

Mennesker har en tendens til å se og høre bare det som bekrefter egne synspunkter, og derfor er det viktig for reliabiliteten at analysen kan verifiseres. Reliabiliteten øker ved at samme moderator leder og transkriberer alle fokusgruppene som inngår i en studie. Det er gjort i denne undersøkelsen.

5.2.1 Rekrutteringen

Rekrutteringen startet med telefonoppringning til en del apotek på Sørlandet. De ble valgt ut i tilfeldig rekkefølge. Rekrutteringen av apotek til den siste fokusgruppen foregikk blant Osloapotek innen en kjede som ikke var blitt med tidligere. De fleste apotekerne var svært positive, og ønsket å delta. Det at nesten alle (72%) ønsket å delta, taler til undersøkelsens fordel, både ved at farmasøytene ønsket å være med og uttrykke sine meninger, og at

validiteten blir bedre. Hovedgrunnen til ikke å delta var mangel på farmasøyter og lite tid til overs.

5.3 Resultater

5.3.1 Farmasøytens rolle

Farmasøytene i alle fokusgruppene er opptatt av sikkerhet, og synes dette er et viktig aspekt ved reseptekspedisjonen. De oppfatter det som sin oppgave å ivareta sikkerheten. Det de legger i begrepet sikkerhet er at det blir riktig legemiddel i forhold til det som står på resepten, til riktig person. Det er ikke rom for feil, det er farmasøytens ansvar å ekspedere rett medisin til rett pasient. Dette ansvaret omfatter også en vurdering av resepten og informasjon til kunden[9]. Det ligger en konflikt i det at i farmasøytrollen er det ikke rom for å gjøre feil når man ekspederer resepter, samtidig er det en nødvendighet å være svært effektiv. En farmasøyt i undersøkelsen sier at det føles som ting ikke fungerer når fokuset må være andre steder enn på det man holder på med, og at det er viktig å ha ro i arbeidssituasjonen. En engelsk undersøkelse på pasientsikkerhet har vist at når farmasøytene opplever distraksjoner, stress og stor arbeidsmengde, er dette faktorer som bidrar til feilutleveringer[26].

Alle farmasøytene i undersøkelsen anser det som sin oppgave å ha en dialog med kunden. De ønsker å fange opp usikkerhet hos pasienten, gi informasjon om bruk av legemidlene og være tilgjengelige for spørsmål. Rollen som ”rådgiver” oppfatter de som krevende fordi det stiller store faglige krav, men den er også stimulerende, lærerik og utfordrende. Da overgangen til kjededrift og overgangen til direktereseptur kom omtrent samtidig, er det vanskelig å si hva som påvirker hva når det gjelder farmasøytrollen, men det er klart at direkteresepturen gjør kommunikasjon med kunden enklere enn det var tidligere i tradisjonell reseptur.

Det var uenighet om farmasøytrollen er blitt mer slitsom enn før. Det er forskjellige oppfatninger hos farmasøytene, og det kan komme av at de er ulike personlighetstyper. Den nye rollen kan være utfordrende for visse personlighetstyper. En artikkel av Christine Nimmo og Ross W. Holland, beskriver undersøkelser som viser at farmasøyter har en dominant personlighetstype med sterk ansvarsfølelse og samvittighet. De er praktiske og logiske, og hver 5. farmasøyt har en form for sosial angst. Det legges vekt på at mange farmasøyter trenger tid for å omstille seg sosialt til endringene[27].

Det er liten tid og kravet til effektivitet som er den begrensende faktor for farmasøytens dialog med pasienter. Farmasøytene ønsker å få mer tid til slik dialog, de føler det å motivere kundene og forklare hvorfor de skal gjøre noe på en bestemt måte, er med på å øke pasientenes compliance. De bruker begrepet compliance, men det kan oppfattes som de da mener concordance, som ikke bare innebærer å få pasienten til å følge legens forskrivning, men også forstå og være enig i at behandlingen er til det beste for helsen deres. Dialog med helsepersonell er essensielt for å oppnå concordance[28]. En farmasøyt synes det var en god tanke at kundene kan bestille time for veiledning med farmasøyt, men at det ville kreve at farmasøytene har tid til det og at kunden betalte for tjenesten.

Farmasøytene setter klare skiller mellom sin rolle og legens rolle, og er bevisste på å forklare pasientene dette. Det er viktig for å bevare et godt samarbeid med legene, og for at pasienten skal forstå at det er legemidler og bruken av disse som er farmasøytens ekspertise. Det ligger en interessekonflikt i dette med at farmasøytene er helsepersonell og gir kunden råd i forhold til legemidler, samtidig som apoteket tjener penger på legemiddelsalget. I etikkreglene for farmasøyt står det i regel nr 3: *Farmasøyten skal bidra til å gi råd og informasjon om legemidler, og ved veiledning og oppfølging av legemiddelbruk bidra til å løse helseproblemer for den enkelte og for samfunnet.* Det bør være overordnet hensynet til apotekets økonomi. Disse aspektene kommer også inn i forbindelse med såkalt ”mersalg”, som innebærer å forsøke å selge noe ekstra som kan settes i forbindelse med det kunden kjøper. Et eksempel kan være forsøk på å selge saltvannsspray og papirlommetørkler til en kunde som kjøper slimhinneavsvellende nesespray. Det var denne konflikten mellom helse og økonomi som sto sentralt da det ble vurdert om farmasøytene skulle få autorisasjon som helsepersonell i den nye helsepersonelloven. Kevin Taylor og Geoffrey Harding skriver i sin bok *Pharmacy Practice*[9] at undersøkelser tyder på at apotekere lettere anbefaler tilleggsprodukter til kunder enn farmasøytene som er ansatt i vanlig stilling og ikke har økonomisk ansvar på samme nivå. Det virker umulig å unngå konflikten mellom profesjonell altruisme og kommersiell interesse.

En undersøkelse viser at enkelte allmennpraktikere i England ser farmasøytens nye rolle som en trussel mot egen autonomi og kontroll[29]. Det er et krav i helsepersonelloven til forsvarlig yrkesutøvelse, som innebærer å kjenne egne kvalifikasjoner, og å vite når en pasient skal henvises videre[14]. I følge gjeldende undersøkelse er ikke farmasøytene like bevisst på

dette kravet i helsepersonelloven, men de er likevel opptatt av å ikke gå utover sitt kompetanseområde.

I merknader til helsepersonelloven sies det at pasientens behov kan tilsi at flere fagpersoner samarbeider for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Farmasøytene etterlyser mer tid til relasjonsbygging med andre aktører i helsevesenet, og ønsker at legene skal bli flinkere til å bruke farmasøytens kompetanse.

Enkelte farmasøyter oppfatter at kunder føler at de kan snakke med dem, mer enn med legen. De tror kundene har større respekt for legen og legens tid, enn de har for farmasøytene. Det kan sees som en profesjonaliseringsstrategi at farmasøytene er lett tilgjengelig for spørsmål og rådgivning, samtidig kan det føre til en devaluering av farmasøytens tid og ekspertise[30].

I en fokusgruppe mener deltakerne at de er blitt flinkere til å hjelpe kundene med å løse eventuelle problemer, det er da ofte problemer med feilaktig eller ufullstendig utfylte resepter og nødekspedisjoner det gjelder. De prøver å sette seg i pasienten eller kundens sted, og gjøre det de kan. Dette var annerledes i tradisjonell reseptur, det var lettere å være firkanta på lover og regler når de ikke møtte pasienten ansikt til ansikt. Det var nok mindre forpliktende. Dette er i overensstemmelse med filosofen Emmanuel Levinas nærhetsetikk, som beskriver hvordan moral ikke eksisterer i jeget eller i det andre mennesket, men i møtet mellom to mennesker. Moralen er en appell som fra den annens ansikt tiltaler eller befaler jeget til å ta ansvar. Kort sagt, man blir berørt av å se den andres ansikt, og dette skjer ved en slags substitusjon hvor man gjenkjenner noe i ansiktet[31].

Farmasøytene i en fokusgruppe snakker om det at publikum ser farmasøyten tydeligere nå som farmasøyt kontrollen brukes i FarmaPro. De mener at kundene får en ny oppfatning av farmasøytens rolle i reseptekspedisjonen, og at de kanskje ikke har tenkt over farmasøytens rolle tidligere. Det virker som om farmasøytene i denne fokusgruppen synes dette er positivt, de ønsker å bli sett. Dette er et apotek som bruker farmasøyt kontrollen i direkteresepturen. Det pågår en diskusjon i fagmiljøet rundt farmasøyt kontroll i FarmaPro og hvordan den brukes på best måte. Farmasøytens rolle i reseptekspedisjonen er nødvendigvis ikke viktig for kundene, men synliggjøring kan ha betydning for allmennhetens aksept av farmasifaget som profesjon, da opprettholdelse av profesjonell status må sees på som en dynamisk prosess som involverer allmennheten, staten og yrkesgruppen[9].

Farmasøytisk skjønn

Farmasøytene mener det ikke finnes noen definisjon på farmasøytisk skjønn, men at det er individuelt og har med erfaring å gjøre. De tror nyutdannede ringer mer til legen enn farmasøyter med mer erfaring. Det er i overensstemmelse med beskrivelsen til Jamous og Peloille (1970), som beskriver det som en stor del udefinert kunnskap (I), og en mindre del teknisk kunnskap (T). Farmasøytisk skjønn består da av en høy (I)/(T) ratio. Udefinert kunnskap oppnås gjennom profesjonell yrkesutøvelse, og vokser med erfaring[9]. Ut fra denne definisjonen, har nyutdannede farmasøyter ikke rukket å utvikle sitt farmasøytiske skjønn, og har ikke den samme sikkerheten og troen på at de beslutningene de tar, er riktige.

Farmasøytene mener at de blir litt rundere i kantene etter hvert som de får lang erfaring. Spesielt i tilfeller hvor utfallet av de beslutningene de tar blir positivt for pasienten. Dette stemmer overens med en engelsk undersøkelse som viser farmasøytene bedømmer hvor alvorlig avvik fra prosedyrer er, sett i forhold til om utfallet for pasienten blir godt eller dårlig[26]. De prøver å sette seg inn i den andres situasjon, det vil si at de bruker sine empatiske evner, for å prøve å sette seg inn i pasientens situasjon. Det er nødvendig for å prøve å forstå tanker og følelser pasienten har.

En farmasøyt mener det er en lavere terskel for å utvise farmasøytisk skjønn nå som det er blitt rift om kundene. Det er blitt stor konkurranse i apotekbransjen, og det er kanskje blitt slik at apotekene er blitt mer avhengig av fornøyde kunder enn de var før kjededannelsen og den store veksten i antall apotek. Dette kan være en grunn til at farmasøytene strekker seg litt lenger for å tilfredsstille kundene. Nødekspedisjoner kan ligge i et grenseland her, det bør være en faglig vurdering som ligger til grunn, ikke et ønske om å få fornøyde kunder.

En undersøkelse utført av Norsk Gallup, Apotekbarometeret, med 1007 respondenter, viser at god kundeservice er viktigst for valg av apotek. Det er likevel 3 av 5 som ikke aner hvilken kjede apoteket deres tilhører. I en tidligere undersøkelse var det apoteket beliggenhet som var avgjørende for kundenes valg av apotek[32].

Reseptfeil og kontakt med legen

Det kommer fram i alle fokusgruppene at farmasøytene prøver ofte å kontakte legen hvis de fanger opp at kunden får ny styrke på et preparat, og pasienten selv ikke vet hva som er riktig. Det samme gjelder om doseringen er endret uten at pasienten vet om det. Dette kan være feilaktige detaljer på resepten, som ikke ville blitt fanget opp dersom man ikke hadde en kundehistorikk. FarmaPro vil varsle om slike tilfeller automatisk. Farmasøytene kontakter også legen hvis FarmaPro varsler om interaksjoner. I noen tilfeller opplever de da at legen går tilbake på forskrivningen, og selv vil ta kontakt med pasienten. Det er ofte interaksjon mellom Marevan og NSAID`'s de ringer om, men da er det sjelden legen går tilbake på det. En undersøkelse om storforbrukere av legemidler slår fast at interaksjonen mellom NSAID`'s og warfarin (Marevan) er det aller vanligste, og at samarbeid mellom lege og farmasøyt er viktig for å kvalitetssikringen av pasientens legemiddelbruk. Datasystemet er et viktig redskap i denne sammenheng[33]. Det er likevel viktig å se at datasystemets rolle er å støtte farmasøytens input, ikke erstatte den. Farmasøyten må evaluere hver enkelt situasjon, og ta en profesjonell avgjørelse[9].

Det er forskjell på hvor god tilgjengelighet farmasøytene har til legene. Apotek som er i nærheten av legekontor, ser ut til å ha enklere for å nå fram til legene, og noen ganger sier de bare fra i ettertid hvilke endringer som er gjort. Noen farmasøyter opplever at det er vanskelig og tidkrevende å kontakte legen.

Farmasøytene er bevisste på at de egentlig ikke skal endre noe på resepten, men det gjør de i visse tilfeller fordi det er så tidkrevende å kontakte legen. En farmasøyt kommenterte at de som lager reglene, ikke er ute og ser hvordan hverdagen er, og at det er lite rom for "å bruke hodet" lenger. Det var enighet om dette i fokusgruppen, og at de likevel bruker sitt farmasøytiske skjønn, og gjør endringer, fordi de synes det er det mest hensynsfulle ovenfor pasientene. Det kom fram at de vet at det ofte er kontorpersonele som skriver ute resepter. Det gjør terskelen enda høyere for å sende pasienten ut med beskjed om å gå til legen og få rettet resepten.

I en fokusgruppe er det enighet om at direkteresepturen gjør at farmasøytene føler sterkere tidspress i forhold til å kontakte legen, og det kan i seg selv være en årsak til at de ikke gjør det. Dette kan være uheldig sett i forhold til forsvarlighetskravet. De beskriver at det er vanskelig å stå i telefonen hvis apotekteknikere venter på kontroll og en lang kø av kunder står og ser på. Da var det lettere før i tradisjonell reseptur.

Helsepersonell

Ingen av farmasøytene opplever det som noen stor endring å ha fått autorisasjon som helsepersonell. De har følt seg som helsevesen hele tida. Derfor er det viktig at myndighetene har akseptert og på et vis godkjent at farmasøyter og apotek teknikere i apotek har stor betydning for pasienters helse og sikkerhet, og gitt dem autorisasjon som helsepersonell. Farmasøytene mener det gir dem rettigheter med ansvar, og at de er blitt mer bevisstgjort på sitt ansvar etter de ble autorisert helsepersonell.

Flere farmasøytene opplever at mange kunder ser på apoteket som en butikk. Autorisasjonen slår fast at apoteket ikke bare driver med salg, men at personalet og deres atferd har betydning for kundens helse. De synes det at de er blitt helsepersonell, er inspirerende i forhold til farmasi som fag. Flere av farmasøytene er opptatt av å vise kundene at de kan stole på dem, og at de samarbeider med legen. En farmasøyt vektlegger at det er viktig å vise kundene at de er helsepersonell og ikke bare butikkmedarbeidere, og kobler forsvarlighetskravet til det å ha kundens helse i fokus og ikke apotekets økonomi. Det er viktig at kundene har tillit til farmasøytene som helsepersonell, og Apotekbarometeret viser at folk faktisk har større tillit til apotekene enn til legekantorene.

Forsvarlighetskravet

De fleste farmasøytene i fokusgruppene synes det kan være vanskelig å gradere forsvarlighetsbegrepet, men de mener det er en magefølelse de har i seg. Det kan variere fra sted til sted og person til person. Det er jo også slik det beskrives i merknader til helsepersonelloven. Begrepetts innhold kan variere med faglig utvikling og verdioppfatning. Et viktig punkt er forsvarlig yrkesutøvelse. Dette skal gi forutsigbarhet for pasienter med hensyn på innholdet i yrkesutøvelsen, og krever at helsepersonell holder seg innenfor sine kvalifikasjoner. Med kvalifikasjoner siktes det til formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring [14]. Det kan ligge en konflikt i forholdet mellom forsvarlighet og farmasøytisk skjønn. Det vil da være viktig å være bevisst på at utøvelse av farmasøytisk skjønn ikke fører til at farmasøyten går utover sine faglige kvalifikasjoner. Formelle kvalifikasjoner er knyttet til utdannelsens innhold, og vil nemlig ikke øke med lang arbeidserfaring. Lovverket skiller likevel mellom formelle og reelle kvalifikasjoner, sistnevnte øker med økende erfaring. I en av fokusgruppene snakker farmasøytene om at det er viktig å bare ta avgjørelser som de vet ligger innen deres kompetanseområde, og henvise til for eksempel legevakt hvis de tror det er nødvendig. Da oppfyller de kravet til forsvarlig yrkesutøvelse.

De fleste farmasøytene setter mer eller mindre likhetstegn mellom forsvarlighet og sikkerhet. De mener også at det er å følge lover og forskrifter, og legger opp rutiner etter dette. De kan føle at det er på grensen til å være uforsvarlig i perioder med stort tidspress.

Forsvarlig virksomhet innebærer at helsetjenesten som tilbys må være forsvarlig og at arbeidsgiver har en plikt til å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige[14].

Etiske betraktninger

I farmasøytens hverdag oppstår det ofte etiske dilemmaer. Det innebærer et vanskelig valg mellom to handlinger som begge er riktige sett fra et etisk ståsted, men hvor bare ett av alternativene kan velges. Det kan være særlig vanskelig dersom beslutningene kan komme i konflikt med juridiske bestemmelser[8]. Det er særlig forholdet til taushetspliktbestemmelsen som er framtrepende her.

I flere av fokusgruppene kommer det fram at farmasøytene ringer legen når de ser en pasient som får vanedannende legemidler fra flere leger, hvis det var en resept på sovemedisin fra en lege den ene dagen, og så en ny neste dag. De svarer også på spørsmål fra legene. En farmasøyt sier de "sladrer" litt, selv om de vet det egentlig skal gå veien om fylkeslegen. Farmasøytene er bevisste på at de har taushetsplikt, men de går utenom den i visse tilfeller hvor de vurderer det som nødvendig. Det kommer ikke fram hva slags refleksjoner som ligger forut for disse avgjørelsene, derfor kan det være vanskelig å si om det gjøres for ofte.

Etikkreglene for farmasøytter går ut over den juridiske taushetsplikten farmasøytene er underlagt i sitt arbeidsforhold og som helsepersonell. Ved interessekonflikt mellom den enkelte og samfunnet skal farmasøyten etter beste evne veie de ulike hensyn mot hverandre. Hvis taushetsplikten settes til side, skal hensyn til individets interesser og integritet veie tungt. Her ligger det en normkonflikt mellom hensynet til individets integritet og hva som er til det beste for samfunnet i forhold til et eventuelt misbruk.

I noen tilfeller spør farmasøytene kunden om det er greit at de bringer opplysninger videre til legen eller andre, og på den måten unngår de å bryte taushetsplikten.

Farmasøytene er opptatt av å bevare diskresjon for kundene, og synes det kan bli litt tett i direkteresepturen på små apotek. Alle mennesker har en privat sfære der de setter grenser mot innsyn fra andre, og hos de fleste vil egen helse og sykdom høre til denne private sfære. Flere

studier på apotek har vist at kundene stiller flere spørsmål, husker mer av den informasjonen som blir gitt og følger legemiddelbehandlingen bedre om de opplever at diskresjonsbehovet blir ivaretatt under samtale med farmasøyt [34]. Farmasøytene opplever at en del eldre mennesker gjerne vil hegne om sitt, og ikke vise andre at de får for eksempel vanedannende legemidler. Farmasøytene sier de lærer seg diskre teknikker etter hvert, og tar ofte ting med seg bak i apoteket og putter det i en pose før de kommer ut med det.

Fokusgruppene har forskjellige syn på om kundene skal "presses" til generisk bytte. De fleste føler det er uetisk å presse kundene. Her ligger det en normkonflikt mellom individ og samfunn, i og med at samfunnet vil spare utgifter til legemidler, ved at enkeltindividet selv må betale mellomlegget mellom originalt legemiddel og generikum. Det kan også være slik at apotekkjeden har gunstige avtaler på generiske preparater, og at farmasøytene derfor prøver å presse kunden. Noen apotek velger den løsningen å ikke ha originalpreparatet på lager. Statens legemiddelverk har presisert at kundene skal ha anledning til å reservere seg mot generisk bytte[6]. De må da betale mellomlegget i pris mellom generisk preparat og originalpreparat. Hvis apoteket ikke har originalpreparatet på lager, kan det sannsynligvis skaffes til dagen etter. Kunden må da komme igjen for å få det, så det er en måte å presse kunden på.

Kommunikasjon med kunden i direktereseptur

Farmasøytene mener det er viktig å bruke resepten til samtale med kunden. FarmaPro og kundehistorikken er et godt hjelpemiddel hvis kunden har brukt apoteket tidligere. Det gjør det lettere å starte en samtale rundt kundens legemiddelbruk når farmasøytene lett kan se tidligere ekspedisjoner på skjermen. De trener seg og kurses i å få til dialog med kundene, og stille de rette spørsmålene. Farmasøytene opplever at kundene er veldig forskjellige, og det viktig å finne ut hva den enkelte trenger. I følge farmasøytene er mulighetene for helsefaglig kommunikasjon begrenset i visse situasjoner. Tidspresset og køen av kunder kan gjøre det vanskelig, og kundene kan stå tett rundt direkteresepturen. Noen av farmasøytene opplever at enkelte kunder lar være å spørre om ting fordi de ikke føler diskresjonen er ivaretatt. Det er likevel ikke enighet om dette blant farmasøytene

Det kommer fram i fokusgruppene at farmasøytene mener noe av det viktigste er det å informere om hvordan legemidlene skal brukes. De prøver å få ekstra tileggsopplysninger på etiketten, spesielt hvis pasienten skal ha mange legemidler. Det er også viktig å informere om

dosering, og å forsikre seg om at de vet hvordan hjelpemidler brukes, for eksempel en turbohaler. Det er mye tilleggsinformasjon som ikke er lett tilgjengelig for kunden hvis de ikke leser pakningsvedlegget, og dette er viktig å få med.

Farmasøytene mener det er viktig å gi kunden en forståelse for hvordan de skal bruke legemidlene, og de tror det kan være lettere for kunden å gjøre det riktig hvis de forstår hvorfor de skal gjøre det slik. Dette stemmer overens med concordance-prisippet, pasientene må vite hvordan og hvorfor de skal bruke legemidlene, de må forstå det på sitt språk, ikke bare få et enveis foredrag fra farmasøyten. Det er til sist pasienten som bestemmer seg for å ta legemidlene eller ikke. Dialog er viktig, og farmasøyten må stille de kritiske spørsmålene for å prøve å forstå pasientens oppfatninger om legemidlene. Hvis pasientene føler at deres perspektiv blir lyttet til og forstått, tar de mer ansvar for egen helse[35].

5.3.2 Reseptekspedisjonen i direktereseptur

Farmasøytene gir uttrykk for at direkteresepturen kunne være svært travel, avhengig av bemanning og kundetilstrømning. Det kan være slitsomt og krevende å stå der en hel dag. De gir uttrykk for at store resepter er det slitsomt å ta i direkteresepturen. Det virker som det er tidspresst og det at kundene står og ser på og venter, som stresser farmasøytene. Da kan det være vanskelig å gi den servicen de ønsker å gi. Det er ofte mange spørsmål knyttet til store resepter, så det er likevel en fordel å ta dem i direkteresepturen. FarmaPro er et nyttig redskap for å fange opp eventuelle problemer som interaksjoner og dobbeltforskrivning på slike store resepter. Når farmasøyten har kunden foran seg, kan eventuelle spørsmål tas der og da.

Farmasøytene legger vekt på at kundekontakten de får i direktereseptur, er svært viktig. De opplever at det øker sikkerheten og er givende og utfordrende. Kundekontakten gjør det lett å få avklart ting der og da, og det gjør at kunden slipper å vente så mye. Det er lettere å gi informasjon, da de kan gi den direkte til kunden. Stort sett virker farmasøytene svært fornøyd med direkteresepturen, og ser mulighetene som ligger der for økt sikkerhet og rådgivning og informasjon til kundene. De fleste synes det er utfordrende, og de legger vekt på faglig kunnskap fordi de ofte må svare på spørsmål der og da. Farmasøyter må være effektive "self-learners" for å holde tritt med stadig forandring og utvikling både i apotekene og på legemiddelsiden[9]. Det er også viktig at de bruker produsentuavhengige kilder til dette. En farmasøyt sier at hun ofte ringer til RELIS (RegionaltLegemiddelInformasjonsSamarbeid)

hvis det er ting hun lurer på. RELIS er en offentlig finansiert tjeneste for helsepersonell i Norge, og er etablert i alle helseregionene[36].

Standard operasjonsprosedyrer (SOP)

Alle fokusgruppene, dvs. alle apotekkjedene har skriftlige standard operasjonsprosedyrer for reseptekspedisjonen i direktereseptur. Disse prosedyrene er det så rom for å tilpasse lokalt på apoteket. Prosedyrene kan si noe om i hvilken rekkefølge ting skal gjøres, og ha beskrivelser for hva som skal sjekkes hvis resepten ekspederes i direktereseptur, og hva som skal sjekkes hvis den gjøres i stand utenom. Det er et behov for prosedyrer og standarder som man kan måle praksis opp mot. Det kan likevel sees som en fare for profesjonen da overregulering i form av detaljerte retningslinjer kan sies å gjøre farmasøytisk skjønn overflødig. Hvis man slavisk følger prosedyrer, er det en fare for at man ikke tenker over det de sier, og om de er oppdaterte. De må tolkes, og der ligger behovet for farmasøytisk skjønn[9].

Alle gruppene benytter seg av strekkodekontroll, men bare tre av gruppene har tatt i bruk farmasøytisk kontroll i FarmaPro. I en gruppe kommer det fram at kjeden har prosedyre for enkeltkontroll når farmasøyten ekspederer i direktereseptur, dvs. at farmasøyten leverer direkte ut til kunden etter å ha tatt strekkodekontroll. Det er bemanningen som avgjør hvordan arbeidet organiseres, derfor kan ikke prosedyrene følges alltid. En engelsk undersøkelse slår fast at det ikke er noen fast fordeling av farmasøyter og apotekteknikere i apotek, og at SOPer derfor må være så fleksible at de kan reflektere praksis og dermed forhindre at apotekene ikke følger skriftlige prosedyrer[26].

Arbeidsorganisering og samarbeid med kolleger.

Det kan se ut som det bare er de store apotekene som har farmasøyter fast i direktereseptur. To av gruppene hadde farmasøyter fra store apotek, og den ene av disse gruppene tilstrebet å ha så mange som tre-fire farmasøyter fast i direktereseptur. De opplevde at dette gjorde arbeidssituasjonen rolig og fin.

I tre av fokusgruppene ble det lagt vekt på at det ideelle var å bare konsentrere seg om sin egen kunde når de sto i direktereseptur, og slippe å kontrollere teknikere ved siden av. Da klarer de å konsentrere seg bedre. Ellers står farmasøyten i direkteresepturen og ekspederer kunder samtidig som hun/han kontrollerer reseptene apotekteknikerne gjør klar. Da må hun/han unnskyldes seg ovenfor sin kunde på en høflig måte, og så foreta kontroll hos en annen kunde. Dette opplever farmasøytene som dårlig service, og føler da at de ikke får

konsentrert seg om noen av kundene. De opplever at dette kan gå ut over selve kontrollen. Dette kan virke som en vanskelig situasjon for helsefaglig kommunikasjon.

I Finland brukes det bare farmasøyter i direkteresepturen. Det forenkler kommunikasjonen og gjør det lettere å få oversikt over hva slags informasjon kunden behøver. Dette er også den løsningen som anbefales som førstevalg av NFF, fordi de mener farmasøytens kompetanse kommer best til nytte i møte med kunden.[22].

I tre av gruppene diskuteres det rundt hva apotekteknikeren skal gi av informasjon til kunden, og hva som er farmasøytens område. Ingen av gruppene har klare prosedyrer for dette, og de sier at det kunne vært nyttig. Dette kan være problematisk når farmasøyten kommer for å kontrollere en resept som apotekteknikeren har registrert og klargjort i direktereseptur. Det er en risiko for at kunden ikke får den informasjonen som er nødvendig, og det kan nok være nyttig å sette fokus på dette internt i apotekene. Dette er i samsvar med en artikkel fra Apoforsk, som sier: ”Farmasøytisk etterkontroll” av teknikere i direktereseptur har også uheldige sider da en tredje person som ikke har fulgt dialogen kommer og ”blander seg inn”. Slik intervensjon er egnet til å skape forvirring hos kunden. Klare retningslinjer om hvilken informasjon som skal gis vil redusere behovet for intervensjon i teknikerens kundebehandling”[37].

FarmaPro som verktøy i reseptekspedisjonen

Alle fokusgruppene vektlegger at FarmaPro er et helt nødvendig verktøy som er helt avgjørende for reseptekspedisjonen i direktereseptur. Pasienthistorikken er viktig for å fange opp endringer i dosering, og vurdere om det er en feil fra legens side. Den er også viktig for å få i gang en dialog med kunden. Strekkodekontroll og farmasøytikkontroll er en del av kvalitetskontrollen.

Farmasøytene i en fokusgruppe vektlegger det at du har mange muligheter i skjermbildet når du står med farmasøytikkontrollen, og lett kan nå andre ressurser som websider for å sjekke hjelpestoffer og annet som kundene lurer på. Dette gjør det lettere å konsentrere seg om kunden. Samtidig synes farmasøytene at FarmaPro har veldig mange ”tastetrykk”, og at det gjør at fokuset lett kan bli rettet mot skjermen og ikke mot kunden. Da kan FarmaPro etter min mening samtidig være en barriere mot helsefaglig kommunikasjon.

I to av gruppene etterlyses det en kobling mellom datasystemene i ulike apotek, slik at en kunne få en fullstendig oversikt over kundenes legemiddelbruk i FarmaPro. Farmasøytene mener oppfølgingen av kundens legemiddelbruk ville blitt bedre. Det er kravet om taushetsplikt som står i veien for dette. Det kan se ut som om farmasøytene har et sterkt behov for kontroll. Paternalistisk atferd vil si å handle på vegne av en annen person med fokus på hva som er til det beste for denne[9].

De fleste farmasøytene ønsker mer opplæring i FarmaPro, og mener det er mange muligheter i programmet som ikke blir utnyttet fordi de ikke kjenner til dem, og at det er dette som begrenser nytten av FarmaPro.

Apotekene bruker innstilling på alvorlighetsgrad 4 under interaksjoner. Det vil si at legemidlene ikke bør kombineres. Det kan være en farmakodynamisk interaksjon som kan gi alvorlige konsekvenser, som for eksempel en uforutsigbar økning i blødningsrisiko, eller en farmakokinetisk interaksjon som gir enten kraftig økning eller kraftig nedsatt konsentrasjon av et av legemidlene[19]. De bruker ikke de lavere nivåene fordi det da kommer opp så mange varslinger av interaksjoner som ikke er alvorlige. Farmasøytene er ikke like fornøyd med interaksjonsprogrammet i FarmaPro, og ønsker at det skal forbedres.

Det er viktig å se på FarmaPro som et informasjonsverktøy som kan lette farmasøytens arbeid i direkte resepturen. For eksempel interaksjonsprogrammet må sees på som et supplement til farmasøytens egen vurdering av kombinasjonen av legemidler. Farmasøytene anser pop-upsene i farmapro for å være fine påminnere om informasjon. Det er likevel viktig å se at de ikke kan erstatte farmasøytens input i reseptekspedisjonen, og at de er et hjelpemiddel for farmasøytene når de skal vurdere hva slags informasjonsbehov kunden har. Farmasøytene ønsker ikke for mange slike pop-ups, da er det lett å bare trykke dem vekk.

Alle ekspedisjoner blir dokumentert i FarmaPro. Det er også mulig å se hvem som har ekspedert resepten og hvilken farmasøyt den er kontrollert av. Dette er viktig for å ivareta sikkerheten i reseptekspedisjonen.

5.3.3 Hvilke andre hensyn spiller inn under reseptekspedisjonen.

Generisk bytte

Farmasøytene snakker mye om generisk bytte i fokusgruppene. Det er enighet om at generisk bytte er svært tidkrevende og slitsomt, og at tiden de bruker på dette, godt kunne vært brukt på for eksempel informasjon til kunden. De er oppgitt over at staten gav farmasøytene hele jobben med å få kundene med på dette, og føler at legene slipper billig unna og motarbeider ordningen.

En artikkel av Ingrid M Høie i Tidsskrift for den Norske Lægeforening, beskriver hvordan legene mister sin suverene makt til å alltid bestemme hvilket legemiddel pasienten skal ha. Artikkelen heter "Generisk bytte - mer makt til farmasøytene." Her siteres Steinar Madsen fra Statens legemiddelverk på at innsparinger av refusjonsutgifter for helsemyndighetene ikke er avgjørende i første omgang, men at det er bedre ressursbruk på apotekene som er målet[38]. Det virker ikke som om farmasøytene i undersøkelsen synes det er fornuftig ressursbruk.

Det kommer fram i flere av fokusgruppene at farmasøytene er bekymret for hvilke følger dette har for legemiddelbruken til eldre mennesker. De tror det blir for mye å holde styr på for kunden, spesielt hvis de får flere ulike generika med forskjellige navn.

Farmasøytene i en av fokusgruppene ønsker selv å kunne reservere kunden mot generisk bytte, hvis de tror kunden ikke klarer å holde styr på det. Det kommer fram at de likevel er bekymret for om noen farmasøyter da vil motsette seg bytte for å slippe diskusjonen med kunden, men de mener det kunne løses ved journalføring. NFF har sendt en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet hvor de ber om at også farmasøyter kan motsette seg generisk bytte[22]. Her presiseres det også at en slik ordning må følges av journalplikt. Flere av farmasøytene mener det også kunne vært bra om legene ble pålagt generisk forskrivning.

Refusjonsregler

Refusjonsregler er ikke noe farmasøytene bruker så mye tid på, men de er opptatt at det blir riktig. Er det ikke det, risikerer apoteket å ikke få igjen sine utlegg på blå-resept. I dag er det lett å kontrollere om de enkelte legemidlene blir godkjent via APOK, fordi dette er knyttet til spesifikke varenummer.

En farmasøyt uttrykker at det ikke er rom for farmasøytisk skjønn lenger, og opplever at det gjør det hele mer firkantet. Dette er i samsvar med en rapport fra helsedepartementet om blåreseptordningen, som viser at tre av fire apotek er enig i at regelverket er helt- eller nokså stivbent[39]. De må følge reglene, men kommer alltid i sånne situasjoner hvor de har lyst til å gå utenom fordi det er fornuftig å gjøre det. Dette kan sees på som et behov for kontroll, men også et resultat av en presset situasjon mellom kundens forventninger og refusjonsreglens krav. Som tidligere nevnt, kan det i møtet med kunden ansikt til ansikt være vanskelig for farmasøytene å ikke vurdere det moralske ansvaret ovenfor kunden som viktigst. Som Levinas sa: Moralen er en appell som fra den annens ansikt tiltaler eller befaler jeget til å ta ansvar[31].

Sikkerhet i direkteresepturen

I en fokusgruppe kommer det fram at farmasøytene opplever reseptekspedisjonen som sikrere i dag. Det er mye på grunn av pasienthistorikken i FarmaPro, men også det at alt de gjør i forbindelse med reseptekspedisjonen blir dokumentert. Det virker likevel som om det er en oppfatning som deles av farmasøytene i de andre gruppene, selv om de ikke uttrykker dette direkte.

En dansk undersøkelse viser at selv om resepten formelt sett er i orden, så kan farmasøyter oppfange alarmsignaler i dialog med kunden, og avdekke legemiddelrelaterte problemer som har betydning for pasientsikkerheten[40]. Det kan være grunnlag for å si at farmasøytens rolle i direktereseptur øker pasientsikkerheten, noe som var myndighetenes begrunnelse for autorisasjon som helsepersonell.

I en fokusgruppe forteller farmasøytene at de prøver å lage en kultur rundt det å prate om sikkerhet. De ønsker at hele organisasjonen skal ha det fokuset, og prøver å lære seg å se de øyeblikkene som er strategiske i forhold til sikkerhet. De mener at miljøet for kommunikasjon er viktig for reseptsikkerheten. En undersøkelse på pasientsikkerhet utført av universitetet i Manchester, viser at apotekansatte ofte prøver å skjule feilekspedisjoner hvis apoteket har et miljø preget av beskyldninger ("blame-culture")[26].

Farmasøytene opplever ikke så ofte at det skjer feilekspedisjoner, og tror ikke det er så vanlig. De er ikke sikre på om det er fordi de ikke er så flinke til å skrive ned feilene, eller om det er lite feil. Ved alvorlige feilutleveringer skal det rapporteres på et skjema, det er felles for alle gruppene. En farmasøyt sier at de må være veldig aktive for å få alle til å skrive ned egne feil,

og at hun ikke har lyst til det. I en gruppe tror farmasøytene at det kan være noe underrapportering av feil, fordi det er lett å glemme å skrive det opp i en travel hverdag. Derfor er nok det som blir rapportert, for lavt. Dette er i samsvar undersøkelsen på pasientsikkerhet nevnt ovenfor, som viser at underrapportering av slike feil er et stort problem. Dette gjør at man kan stille spørsmålstegn ved reliabiliteten til slike feilrapporteringsskjemaer og hva man faktisk kan lære av rapporterte feilekspedisjoner. Undersøkelsen viser at på 10 000 ekspederte legemidler, er det 22 nesten - feil, og 4 feilekspedisjoner. Barrierer mot rapportering av feilekspedisjoner kan være liten tid, komplekse rapporteringssystemer, det å få skylden for hendelsen og usikkerhet på hvilke konsekvenser slik rapportering gir. Undersøkelsen sier også at farmasøytene vurderer om pasienten vil klage på hendelsen utenfor apotekets vegger når de bestemmer seg for eventuelt å rapportere feil[26].

I en av fokusgruppene kommer det opp et eksempel på hvor sikkerheten kan være utsatt i reseptekspedisjonen. Det er ved ekspedisjon av et legemiddel hvor strekkodekontrollen ikke fungerer. Da må det tas manuell dobbeltkontroll, og da må farmasøyten vite det. I en annen gruppe nevnes det at det er viktig at etikettene festes på pakningene før strekkodekontrollen tas. Det er derfor viktig å innarbeide prosedyrer for at dette skal gjøres i riktig rekkefølge.

Apotekkjeden og dens betydning for farmasøyten

I en fokusgruppe forteller en farmasøyt om hvordan det var å gå fra å eie apoteket, til så å gå over til å bli kjøpt opp av en av de store apotekkjedene. Hun opplever et stort press fra kjeden, og blir målt på generisk bytte, mersalg, og hvor mange kunder de har. Tall fra disse målingene samles i lister som viser hvilke apotek i kjeden som er ”flinkest”. Hennes apotek var nederst på disse listene til hun ble pålagt fra kjeden å ta utskrifter med disse tallene, og henge de opp så de ansatte kunne se dem. Da gikk det bedre igjen. Det ser ut som om kjeden skaper et konkurransepreget miljø, og at det kan motivere farmasøytene til å prøve å bli mer effektive på disse områdene. Det er en fare for at farmasøytene havner i en interessekonflikt mellom lojalitet til kunden og lojalitet til kjeden, i resepturen kan det spesielt gjelde generisk bytte.

Farmasøytene i alle fokusgruppene opplever at de har lite tid til det de anser som viktig, som for eksempel kundedialog og informasjon. De føler de har liten kontroll over egen tidsbruk, de må få unna oppgaver som apoteket blir pålagt fra kjeden, og i en fokusgruppe synes de det er lite rom for å gjennomføre egne ideer.

I en fokusgruppe blir det beskrevet som en støtte å ha en stor organisasjon i ryggen. Farmasøytene forteller at kjeden skal gjøre en del av det daglige arbeidet, og overtar enkelte kontoroppgaver. Samtidig blir lønnsprosenten redusert, og de blir færre ansatte på apoteket. De får mindre tid å bruke på hver resept, og det stilles store krav til effektivitet. Dette går ut over kundekontakten. Det kan være et tankekors at apotekene er lovpålagt å gi reseptkundene nok informasjon om legemidler til at de kan brukes riktig, mens kjeden har utført en nedbemanning i apotekene som gjør at farmasøytene får mindre tid per reseptkunde. De er ansvarlige for informasjonen som gis, og i direkteresepturen er det ikke klare retningslinjer for hva slags informasjon apotekteknikeren skal gi, og hva som er farmasøytens oppgave.

6 KONKLUSJON

Det kommer fram i fokusgruppene at farmasøytene oppfatning av egen yrkesrolle er at farmasøytene skal gi informasjon rundt legemidlene, fange opp eventuelle legemiddelrelaterte problemer og ivareta sikkerheten for pasienten. Farmasøytene har alltid sett på seg selv som en del av helsevesenet, så da de fikk autorisasjon som helsepersonell ble det som en bekreftelse av deres egen oppfatning av yrkesrollen.

Alle farmasøytene er svært positive til reseptekspedisjon i direktereseptur. Det er da særlig den nære kundekontakten mellom farmasøyt og kunde i direktereseptur som de synes er viktig, og de ser på dette som den største forskjellen fra tiden før direktereseptur. De opplever at det bedrer pasientsikkerheten.

Dataprogrammet FarmaPro beskrives som et uunnværlig verktøy i direkteresepturen. Det gir mulighet for å se kundens legemiddelhistorikk på apoteket, noe som er et godt utgangspunkt for helsefaglig kommunikasjon. Samtidig krever FarmaPro at farmasøytene er fokusert mot dataskjermen og tastaturet en del av tiden, og ikke mot kunden. Det kan da oppfattes som en barriere mot kommunikasjon.

Farmasøytene synes de bruker mest tid på generisk bytte i reseptekspedisjonen. Denne tiden ville de heller brukt på informasjon rundt legemiddelbruk. De opplever også at generisk bytte kan være en fare for pasientsikkerheten, og etterlyser retten til å reservere enkelte av sine kunder mot dette.

I denne undersøkelsen så oppfatter farmasøytene at kjedenes inntog i apotekbransjen har ført til nedbemanning i apotekene, og farmasøytene har nå mindre tid per resept. Farmasøytene i fokusgruppene etterlyser mer tid til kommunikasjon med kunden i direkteresepturen, de opplever hverdagen som svært travel.

Alle apotekkjedene har skriftlige prosedyrer for hvordan arbeidet skal organiseres i direktereseptur. Farmasøytens arbeid i direktereseptur er avhengig av det enkelte apoteks bemanningssituasjon. De fleste farmasøytene synes det ideelle er å kunne konsentrere seg bare om sin egen kunde i direkteresepturen, og ikke måtte kontrollere apotek teknikere samtidig. Dette gjør det lettere å vurdere kundens informasjonsbehov, enn hvis farmasøytene

kommer inn som en tredjepart i reseptekspedisjonen. Apoteket som brukte tre-fire farmasøyter i direktereseptur, var mest fornøyd med arbeidssituasjonen. En del av farmasøytens arbeid blir da av teknisk art, men det kan være nødvendig for å holde i gang en dialog med kunden, og finne ut hva slags informasjonsbehov kunden har.

7 REFERANSELISTE

1. Norges apotekerforening, *Norsk Apoteklovgivning*. 2001/2002.
2. *Odelstingsproposisjon nr.29 1998-99*
<http://www.odin.dep.no/hd/norsk/dok/regpubl/otprp>.
3. Norges apotekerforening
www.apotek.no.
4. Lindstad, S., *Profilerer seg for framtiden*. Norges Apotekerforenings Tidsskrift, 2004. **03**: p. 112-113.
5. Hagelia Lange, M. and A.G. Granås, *Apotekbransjen før og etter ny apoteklov*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2003. **22**(123): p. 3248-50.
6. Statens Legemiddelverk
www.legemiddelverket.no
7. Røise, A.K., *Generisk substitusjon-konsekvenser for compliance ved legemiddelbruk. Hovedfagsoppgave ved avdeling for samfunnsfarmasi, Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo; 2004*.
8. Bjerke, M., *Farmasøytens yrkesutøvelse. Diskusjonsnotat*. Norges Farmasøytiske Forening, 2004.
9. Taylor, K. and G. Harding, *Pharmacy Practice*. 2001, New York.
10. Harding, G. and K. Taylor, *The sosial context of pharmacy*. The Pharmaceutical Journal, 2002. **269**: p. 395-397.
11. Norges apotekerforening, *Apotekboka 2005/2006*. 2005, Oslo.
12. Berg, C. and T. Reinholdt, *Begreper og definisjoner*. Norges Apotekerforenings Tidsskrift, 2004(23): p. 144-145.
13. Danmarks apotekerforening
www.apotekerforeningen.dk
14. Sosial- og helsedepartementet, *Lov om helsepersonell m.v Rundskriv I-20/2001*.
15. Sosial- og helsedepartementet, *Høringsnotat. Lov om helsepersonell m.v 1997*
www.odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/hoeringsnotate.
16. Sosial- og helsedepartementet, *Odelstingsproposisjon 13, 1998-99 Om lov om helsepersonell*.
www.odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/otprp.

17. Wabø, I., *Resepturarbeid*. 1998, Nesbru: Vett & Viten.
18. Røysing, L., *Resepturinnstillinger*. 2004.
19. Druid
www.interaksjoner.no.
20. Huse, J. and B. Abotnes, *Statens Legemiddelverk om Vitusapoteks reseptrutiner*. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2005(10): p. 26-27.
21. Rotvik, I.M., *Nye rutiner for resepthåndtering*. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 2005(4).
22. Norges Farmasøytiske Forenings hjemmesider
www.farmaceutene.no
23. Rikstrygdeverket, *Kontrollerer apotekregninger elektronisk*
www.trygdeetaten.no
24. QSR International, *N4 Classic: Software for qualitative data analysis*.
25. Wibeck, V., *Fokusgrupper*. 2000, Lund.
26. Ashcroft, D., et al., *Patient safety in community pharmacy: Understanding errors and managing risks*. Manchester 1824, 2005.
27. Nimmo, C. and R.W. Holland, *Transitions in pharmacy practice, part 4: Can a leopard change its spots?* Am J Health-Syst Pharm, 1999. **56**: p. 2458-2462.
28. Standards, I.P.F.S.o.P., *How pharmacists can encourage adherence for long-time treatments for chronic conditions*. The Pharmaceutical Journal, 2003. **271**: p. 513-514.
29. Edmunds, J. and M.W. Calnan, *The reprofessionalisation of community pharmacy. An exploration of attitudes toward extended roles of community pharmacists among pharmacists and general Practitioners in the UK*. Sosial science and medicin, 2001. **53**: p. 943-955.
30. Harding, G. and K. Taylor, *Power, status and pharmacy*. The Pharmaceutical Journal, 2002. **269**: p. 440-442.
31. Tønnesen, T., *Møtet med den andre*, in *Filologen*. 1999, Historisk-filosofisk fakultetstidsskrifts nettsider.
www.hf.uio.no/ff/Filologen/main
32. Gallup, T., *Apotekbarometeret. Nordmenns holdinger og adferd i et deregulert apotekmarked*. 2005.
33. Melby, K.S. and C. Berg, *Storforbrukere av legemidler sett fra apotekfarmasøytens ståsted*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2004. **23**(124): p. 3069-3071.

34. Ryssdal, A.B., *Apoteket som rådgiver: Hva mener reseptkunden? Prosjektoppgave ved videreutdanning i apotekfarmasi for farmasøytiske Kandidater*. Universitetet i Oslo.
35. Watson, C., *How concordance and patient-empowerment challenge pharmacy*. The Pharmaceutical Journal, 2003. **271**: p. 494.
36. RegionaltLegemiddelInformasjonsSamarbeid (RELIS)
www.relis.no
37. www.apoforsk.no
38. Høie, I.M., *Generisk bytte-mer makt til farmasøytene*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2001. **121**: p. 736-737.
39. Næs, I., *Informasjon og kontroll i blåreseptordningen*. 2004, Rapport fra Helsedepartementet.
40. Jensen, M.N.B. and M. Gram-Hansen, *Kundedialogen gjør en forskel*. Farmaci, 2005. **9**: p. 22-23.
41. Litosseliti, L., *Using focus groups in reasearch*. 2003, London: MPG Books Ltd. 97.
42. Barbour, R.S. and J. Kitzinger, *Developing Focus Group Reaserch*. 2 ed. 1999, London: SAGE.
43. Kvale, S., *Det kvalitative forskningsintervju*. 1997, Norway: Gyldendal AS.

8 VEDLEGG

- 1. Invitasjonsbrev**
- 2. Intervjuguide**
- 3. Fokusgrupper som metode**
- 4. Innledning til fokusgruppene**
- 5. Spørreskjema**

Invitasjonsbrev

Til farmasøyter ved Apotek

Jeg er hovedfagsstudent ved Avdeling for samfunnsfarmasi, Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. Mine veiledere er apoteker Inger Wabø og professor Else Lydia Toverud. Oppgaven jeg jobber med heter ”Farmasøyten og kunden i direktereseptur”, og den skal baseres på intervjuundersøkelse i fokusgrupper (samtalegrupper). Jeg henviser til tidligere telefonsamtale hvor apotekeren var interessert i å delta i undersøkelsen, og inviterer nå apotekets farmasøyter til å delta siden det er deres erfaringer fra arbeid i direktereseptur jeg ønsker å få nyttig kunnskap fra.

Bakgrunnen for studien

I løpet av få år er mange apotek bygget om fra tradisjonell bakreseptur til direktereseptur. Farmasøytens yrkesrolle har samtidig endret seg. I denne studien ønsker vi å undersøke hvilke oppfatninger og hensyn som styrer farmasøytens reseptekspedisjon i direktereseptur.

En fokusgruppe er en samtalegruppe som må bestå av tre eller flere farmasøyter. Jeg har laget en intervjuguide som dekker de emnene jeg håper vi kan diskutere. Samtalene tas opp på lydbånd, og vil så transkriberes og brukes i oppgaven. Fokusgruppen vil bli avholdt på apoteket (dato og klokkeslett), og vil vare ca 1 ½ time. Det er selvfølgelig frivillig å delta, og det er anledning til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke være mulig å tilbakeføre opplysninger i sluttrapporten til enkeltpersoner. Lydbåndene blir slettet ved prosjektslutt, 01.12.05.

Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

Jeg håper så mange som mulig vil delta i fokusgruppen, og at dere vil få et faglig utbytte av samtalene. Som en kompensasjon for tidsbruk får deltagerne et gavekort på 250 kroner. Hvis det kun er 1 eller 2 farmasøyter på deres apotek som kan tenke seg å delta, kan det være aktuelt å lage en gruppe med farmasøyter fra et annet apotek i samme kjede.

Skulle dere ha noen spørsmål, er det bare å kontakte meg på mobil: 47016564, eller e-post: maylinnt@gmail.com.

Vennlig hilsen
May-Linn Thomassen
Hovedfagsstudent

Veiledere: Inger Wabø, cand. pharm.
Else-Lydia Toverud, professor

Intervjuguide

Hvordan opplever dere hverdagen i direkteresepturen?

- Har dere skriftlige prosedyrer? Hvis ja, er de felles for apotekkjeden?
- Hvor viktig er FarmaPro i direkteresepturen?
- I hvilken grad opplever dere å ha kontroll over arbeidssituasjonen i direktereseptur?

Hva er viktig for dere når dere ekspederer resepter?

- Hvor viktig er sikkerhet? Hva legger dere i begrepet sikkerhet?
- Hvordan håndterer dere feil/uklarheter på en resept?
- Hvor viktig er refusjonsreglene?
- Hvor viktig er generisk bytte?
- Opplever dere begrensninger ved Farmapro?

Hva oppfatter dere som farmasøytens rolle sett i forhold til reseptkunden?

- Er farmasøytrollen annerledes i direktereseptur enn i tradisjonell reseptur?
- Hvis ja, hvordan har den endret seg?
- Hva betyr det for dere å være helsepersonell?
- Hva synes dere det er viktigst å informere kunder om?
- Hvem gir informasjonen?
- Hvordan håndterer dere legemiddelinteraksjoner i direktereseptur?
- Hva legger dere i lovverkets krav til forsvarlighet?
- Hvilke hensyn spiller inn i forhold til lovverket for øvrig?
- På hvilken måte utviser dere farmasøytisk skjønn?
- Hvordan håndterer dere nødekspedisjoner?

På hvilken måte spiller hensyn til kunden inn ved reseptekspedisjonen?

- Hva tror dere er viktig for kunden?
- Er det forskjell på ulike kundegrupper? (unge/eldre, menn/kvinner)
- Hvor viktig mener dere det er med diskresjon?

På hvilken måte spiller hensynet til legen inn?

- Hvor ofte konfererer dere med legen?
- Hva konfererer dere med legen om?
- Hva hindrer dere eventuelt i å kontakte legen?

Hvordan spiller interne hensyn inn i reseptekspedisjonen?

- Hvordan påvirkes reseptekspedisjonen av samarbeidet med kolleger?
- På hvilken måte fordeles oppgaver mellom farmasøyt og tekniker?
- Hvordan påvirker hensynet til kjeden (eier)?
- Er det andre faktorer dere føler dere må ta hensyn til?

Oppsummering

- Moderatoren inviterer assistentmoderatoren til å gi en kort oppsummering av fokusgruppeintervjuet.
- Synes dere at oppsummeringen er dekkende? Er det noe dere vil tilføye eller korrigere?
- Har assistentmoderatoren noen tilleggsspørsmål?
- Hvis dere tenker gjennom alt vi har diskutert, hva synes dere er det viktigste?

Fokusgrupper som metode

Hva er fokusgrupper

Morgan har gitt følgende definisjon av fokusgrupper:

”Fokusgrupper er en forskningsmetode der data samles inn gjennom gruppeinteraksjon rundt et emne som bestemmes av forskeren.” [25].

Det er en kvalitativ metode som i økende grad blir brukt som alternativ til individuelle intervjuer i forskning på helserelaterte problemstillinger. Fokusgrupper er små, strukturerte grupper med utvalgte deltagere, og ledes av en moderator. De samles i et gitt tidsrom og er fokusert rundt samtaler om et utvalgt emne. Gruppeinteraksjoner og gruppedynamikk spiller en stor rolle, og interaksjonen mellom deltakerne blir også en del av forskningsdataene. Fokusgrupper ansees for å være nyttige hvis man ønsker å undersøke deltakernes syn, holdninger, oppfatninger, responser, motivasjon og mening rundt et emne[41]. Man får informasjon om menneskers liv, erfaringer og bekymringer, og en god fokusgruppe kan gi svar på hva som er sentralt ved et tema, og hvor engasjerte deltagerne er rundt et aktuelt tema. Metoden gir den kontekst og dybde som forskeren trenger for å få en dypere forståelse av hva som ligger bak menneskers tanker og erfaringer. Den gir også mulighet for tolkning av hvorfor ting er som de er[25].

Det er flere teorier om det ideelle antall deltagere, Wibek [25] anbefaler mellom fire og seks. Små grupper ansees å være best for komplekse og følelsesladde temaer. Det anbefales også å holde minimum tre grupper. Det kan være en fordel å bruke allerede eksisterende grupper, som for eksempel kolleger på en arbeidsplass. Det er fordi dette er den normale settingen hvor de diskuterer temaer. Det kan også være lettere for deltakerne å snakke med hverandre[42].

En fordel med fokusgrupper er at de gir et stort datamateriale med ulike perspektiver på et emne gjennom gruppeinteraksjon. Man har mulighet for undersøke nyanser og følge opp med ”probing”[41]

Fokusgrupper skiller seg fra tradisjonelle gruppeintervjuer ved at deltagerne så fritt som mulig skal diskutere med hverandre, og ikke med moderatoren.[25]

Fokusgrupper i praksis

Rent praktisk handler arbeidet med fokusgrupper om å rekruttere egnede grupper, utarbeide en intervjuguide, lede gruppene, ta opp diskusjonen på lydbånd, transkribere diskusjonen og så analysere den[25].

Intervjuguiden inneholder emnene som skal tas opp i fokusgruppen, og den kan enten inneholde helt konkrete spørsmål, bare forslag til spørsmål under et emne, eller bare være en liste over aktuelle temaer. Det er viktig å prioritere åpne spørsmål i et fokusgruppeintervju, da dette oppmuntrer til spontane svar, og lar deltakerne sette egne ord på sine syn og oppfatninger rundt temaet. I de beste fokusgruppene, snakker deltakerne med hverandre og ikke til moderatoren[43].

Fokusgrupper ledes av en moderator med en godt planlagt og gjennomarbeidet intervjuguide med åpne spørsmål. Moderatorens rolle blir å introdusere emner fra intervjuguiden, og følge opp svar og bidrag fra informantene. Slik blir moderatoren nøkkelen til forskningens mål. Moderatoren skal også oppmuntre alle til å delta i diskusjonen, og få fram at alle syn er like viktige. Moderatoren bør snakke gruppens språk, lytte aktivt og svare nøytralt på spørsmål. Fleksibilitet er viktig da grupper kan være forskjellige og det kan være nødvendig å stille spørsmål i en gruppe som ikke stilles i en annen. Ofte brukes en assistent som har ansvaret for lydopptaket og tar notater for å lette transkriberingen[25].

Det skilles mellom strukturerte og ustrukturerte grupper. I de strukturerte gruppene vil moderatoren lede deltakerne igjennom alle temaene som intervjuguiden inneholder. Dette er i motsetning til ustrukturerte grupper, hvor det legges mer vekt på å styre gruppedynamikken, og deltakerne snakker mer fritt[25].

Innledning til fokusgruppene

Jeg vil starte med å ønske velkommen til fokusgruppeintervju. Vi setter stor pris på at dere tar dere tid til å bli med. Dere må bare forsyne dere med kake og kaffe.

Jeg heter May-Linn Thomassen og tar hovedfag ved Avdeling for Samfunnsfarmasi på FI. Med meg er min veileder Inger Wabø, som er apoteker på Stokke apotek.

Mange av dere har sikkert jobbet i apotek i mange år, og har opplevd mange endringer i underveis. Den største endringen er vel likevel skjedd etter den nye apotekloven kom i 2001. Kjededannelse og direktereseptur er noen nøkkelord.

I denne undersøkelsen ønsker jeg å få høre om deres erfaringer og tanker rundt temaet "farmasøyten og kunden i direktereseptur", som er tittelen på hovedoppgaven. Vi vil snakke om reseptekspedering, hvordan den foregår, og hva som er viktig for dere. Jeg håper dere vil snakke fritt og åpent om både positive og negative sider, og minner om at vi har taushetsplikt. Det er absolutt ikke meningen å "henge noen ut". Det er ingen rette eller gale svar i denne sammenhengen, og alle synspunkter er like verdifulle. Jeg er her for å lære av deres erfaringer.

Samtalen tas opp på bånd, og jeg vil kjenne igjen stemmene deres, men ingen navn blir gjengitt i rapporten. Det er bare jeg som hører på lydbåndene, og de blir slettet ved hovedoppgavens slutt.

Jeg har en intervjuguide foran meg her, men jeg har ikke tenkt å følge den slavisk. Den er mer som en huskeliste for meg selv. Min rolle blir å introdusere temaer som dere skal diskutere, og komme med spørsmål. Jeg håper dere er aktive og diskuterer dere i mellom, jeg skal ikke delta i diskusjonen. Det er fint om dere snakker en av gangen, så jeg ikke går glipp av noe når jeg skal transkribere opptakene senere.

Inger vil sitte og høre på diskusjonen og ta notater. Hun skal heller ikke delta i diskusjonen, men kan stille oppklarende spørsmål ved behov. Helt til slutt vil hun gi en kort oppsummering av diskusjonen, for å høre om dere synes vi har dekket alt som er viktig innenfor emnet. Vi starter nå ved å dele ut et lite spørreskjema. Det er bare for å få litt bakgrunnsdata til undersøkelsen.

Da er vi vel klare til å starte dette gruppeintervjuet. Mikrofonen får fint med seg vanlig lydnivå på samtalen, men det er fint å unngå for mye klirring med kopper og tallerkener da det forstyrrer litt.

SETT PÅ MINIDISK OG MIKROFON

Vedlegg 5

Spørreskjema

Kjønn:

Alder:

Utdannelse:

Eksamensår:

Hvor mange år har du jobbet i apotek: