

Ørjansen, Beate Cathrin

# Deltageres erfaringer med informasjonen om legemiddelbruk på pasientopplæringskurs ved to norske sykehus - en kvalitativ studie

Masteroppgave i Farmasi

Veileder: Steinsbekk, Aslak

September 2019



Ørjansen, Beate Cathrin

**Deltageres erfaringer med  
informasjonen om legemiddelbruk på  
pasientopplæringskurs ved to norske  
sykehus  
– en kvalitativ studie**

Masteroppgave i Farmasi  
Veileder: Steinsbekk, Aslak  
September 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for klinisk og molekylær medisin



# Sammendrag

## Bakgrunn

Pårørende-og pasientopplæring er en av sykehusenes fire arbeidsoppgaver og tilbys ved sykehus over hele landet. Dette er et tilbud for mennesker med langvarige sykdommer eller kroniske lidelser. Ulike lærings-og mestringssentre, knyttet til sykehusene, har tilbud innen både psykisk og somatisk helse. For at pasienten skal lære hvordan de skal mestre hverdagen med kronisk sykdom på best mulig måte, er det etter hvert flere tilbud om ulike former for opplæring.

Hensikten med studien var å høre om deltageres erfaringer med informasjonen om legemiddelbruk ved norske sykehus.

## Metoder

Det ble gjennomført en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer av pasienter som deltok på pasientopplæringskurs. Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Utvalget av informanter til denne studien er personer som har deltatt på pasient- og pårørendeopplæring på et hjertekurs på Kongsberg sykehus, og på et diabeteskurs ved Ringerike sykehus. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering.

## Resultater

Totalt ble det gjennomført 10 intervjuer, 5 kvinner og 5 menn i alderen 54-79 år.

Det var ulike holdninger til bruk av legemidler blant deltagerne, og det var flere ting som påvirket holdningene til å ta legemidler. De fleste deltagerne fortalte at informasjonen de fikk om legemidler på kurset var viktig for de, og engasjerende foredragsholdere gjorde informasjonen lærerik og interessant. De aller fleste fortalte at de ikke har brukt informasjonen de fikk om legemidler til noe konkret i dagliglivet, men flere sa at kunnskapen de har fått etter kurset har ført til at de sitter igjen med en trygghet de ikke hadde tidligere. Flere av deltagerne fortalte at de hadde vært mye usikre før kurset, men at mye av usikkerheten var borte etter kurset. Flere av deltagerne sa at det var kostholdet som tar størst fokus i hverdagen, for der føler de at de kan påvirke mest selv. Deltagerne fortalte at de var klar over at det ofte var en sammenheng mellom kostholdet og medisinerforbruk. Dette var spesielt for deltagerne på diabeteskurset.

## Konklusjon

Resultatene fra studien viste at de fleste av deltagerne synes informasjonen om legemidler og legemiddelbruk var både lærerik og viktig for dem, selv om de ikke hadde brukt den til noe konkret i dagliglivet. Informasjonen de fikk bidro til at de i etterkant av kurset følte seg mye tryggere enn før kurset siden de da visste mer om hvorfor de måtte ta medisiner og hvordan virkningen av medisinen var.

# Abstract

## **Background**

Relatives and patient training are one of the hospitals' four work tasks and is offered by hospitals across the country. This is an offer for people with long-term illnesses or chronic illnesses. Different learning and coping centers, linked to the hospitals, have offerings within both mental and somatic health. In order for the patient to learn how to master the everyday life with chronic illness in the best possible way, there are several offers for different forms of training.

The purpose of the study was to hear about the participants' experiences with the information on drug use at Norwegian hospitals.

## **Methods**

A qualitative study was conducted with semi-structured interviews of patients attending patient training courses. The study is approved by the Norwegian Center for Research Data (NSD). The sample of informants for this study are persons who have participated in patient and relatives training at a heart rate course at Kongsberg Hospital, and at a diabetes course at Ringerike Hospital. The interviews were transcribed and then analyzed using Malterud's method of systematic text condensation.

## **Results**

In total, 10 interviews were conducted, 5 women and 5 men aged 54-79.

There were different attitudes to the use of medicines among the participants, and there were several things that influenced attitudes to taking drugs. Most participants said that the information they received about drugs on the course was important to them, and engaging speakers made the information educational and interesting. Most participants said that they did not use the information they received about medicines for anything specific in daily life, but several said that the knowledge they gained after the course has left them more secure than before. Several of the participants stated that they had been much uncertain before the course started, but that much of the uncertainty was gone after the course. Several of the participants said that it was the diet that took the most focus in everyday life, because there they felt that they could influence most themselves. Participants stated that they were aware that there was often a connection between diet and medication consumption. This was especially true for participants in the diabetes course.

## **Conclusion**

The results of the study showed that most of the participants found the information about drugs and drug use was both educational and important for them, even though they had not used it for anything specific in daily life. The information they received helped them feel much safer after the course than before the course since they knew more about why they had to take medication and what the effect of the medicine was.

# Forord

To lærerike år nærmer seg slutten, og det er mange tanker og minner som dukker opp når dette skrives. Studiet har, i likhet med mange fotballkamper, vært en følelsesmessig berg-og dalbane. Jeg har følt på frustrasjon og mestringsfølelse, usikkerhet og selvsikkerhet, pur glede og lett depresjon.

Takk til veilederen min Aslak Steinsbekk, som helt sikkert har fått sin tålmodighet satt på prøve noen ganger. Du har flere ganger ledet meg på riktig vei når jeg har stått fast, og kommet med gode råd og tilbakemeldinger.

Noen som fortjener en ekstra takk, og som gjorde det mulig å gjennomføre studiet er min nærmeste familie. Samboeren min Geir har vært en supermann hele veien. Med ekstra jobb, oppfølging av unger og med ansvar for alt praktisk hjemme, er jeg han evig takknemlig. Geir stilte også opp som korrekturleser, og bisto med teknisk hjelp. Barna mine Kristoffer, Andreas og Maren har hjulpet til, og latt mamma sitte i fred når det har vært nødvendig. Mammaen min har vært barnepike og hjulpet til når det har vært behov. Med andre ord er det på grunn av dere jeg sitter her og skriver dette nå.

En stor takk må også rettes til Borghild Kristin Hollerud ved Ringerike sykehus og Nina Jellum Helgerud ved Kongsberg sykehus, for tilrettelegging og hjelp både før, under og etter kursene jeg fikk være med på hos dere.

Ikke minst tusen takk til alle deltagerne som stilte opp og svarte velvillig på alt jeg lurte på.





# Innhold

Figurer.....	xi
Tabeller .....	xi
1 Innledning .....	12
1.1 Pasientopplæring og kronisk sykdom .....	12
1.1.1 Kroniske sykdommer .....	12
1.1.2 Diabetes.....	13
1.1.3 Hjertesykdommer.....	13
1.2 Legemiddelbruk.....	15
1.2.1 Aldersfordeling og kostnader.....	15
1.2.2 Offentlige dokumenter.....	16
1.3 Pasientopplæring og legemiddelbruk.....	17
1.3.1 Etterlevelse .....	17
1.4 Mål .....	18
2 Metode.....	19
2.1 Design .....	19
2.2 Etikk og personvern .....	19
2.3 Utvalg og rekruttering .....	19
2.4 Hjertekurs på Kongsberg sykehus .....	20
2.5 Diabeteskurs på Ringerike sykehus .....	21
2.6 Innsamling av datamaterialet .....	22
2.7 Intervjuguide .....	22
2.8 Analyse av data .....	23
3 Resultat .....	25
3.1 Holdning til legemidler.....	26
3.1.1 Unngår helst medisiner hvis mulig .....	26
3.1.2 Bekymring for bivirkninger.....	26
3.1.3 Tillit til lege og apotek.....	27
3.2 Viktig med informasjon om legemidler på kurset. ....	28
3.2.1 Ønsker å vite hvordan legemidler virker .....	28
3.2.2 Engasjerende foredragsholdere og skriftlig informasjon er viktig .....	28
3.2.3 Ikke behov for å diskutere legemidler med andre.....	29
3.2.4 Generisk bytte byr på utfordringer.....	29
3.3 Mer opptatt av kosthold enn legemidler .....	29
3.3.1 Kostholdet er noe de kan påvirke selv .....	29
3.3.2 Sammenheng mellom kosthold og medisinforbruk .....	30

3.4 Mindre skyldfølelse og mer trygghet i hverdagen.....	30
3.4.1 Følelse av at sykdommen er selvpåført.....	30
3.4.2 Mye usikkerhet før kurset.....	30
3.4.3 Kunnskap gir økt trygghet.....	31
4 Drøfting.....	32
4.1 Metodedrøfting.....	32
4.1.1 Forforståelse.....	32
4.1.2 Refleksivitet.....	32
4.1.3 Generaliserbarhet.....	32
4.1.4 Kvalitative studier.....	33
4.1.5 Intervjuguiden.....	33
4.1.6 Intervju.....	33
4.1.7 Validitet.....	34
4.1.8 Transkribering.....	34
4.1.9 Valg av analysemetode.....	34
4.2 Resultatdrøfting.....	35
4.2.1 Bør det gis informasjon om legemidler på kurs?.....	35
4.2.2 Hva er en god måte å formidle legemidler på?.....	38
4.2.3 Hva er deltagerne opptatt av å lære om?.....	39
5 Konklusjon.....	41
Referanse.....	42
Vedlegg.....	46

# Figurer

Figur 1.1 Faktorer som kan påvirke manglende etterlevelse av legemiddelbehandling... 18

# Tabeller

Tabell 1.1 Oversikt over utlevering av legemidler fra apotek i 2017..... 16

Tabell 3.1 Bakgrunnsinformasjon på deltagerne på kursene. .... 25

Tabell 3.2 Endelige kategorier etter rekontekstualisering ..... 26

# 1 Innledning

## 1.1 Pasientopplæring og kronisk sykdom

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusenes fire arbeidsoppgaver og tilbys ved sykehus over hele landet (1). Dette gjøres ved å tilby opplæring og ulike kurs som tar sikte på å finne gode metoder for mestring i hverdagen for den enkelte pasient. Ulike lærings- og mestringssentre, knyttet til sykehusene, har tilbud innen både psykisk og somatisk helse. Innholdet i kursene vil variere, og kan omhandle blant annet medisinske, praktiske eller følelsesmessige forhold.

Ifølge en artikkel i sykepleien.no, så satser helsemyndighetene både i Europa og Norge på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud (2). Målet med disse kursene er og bedre etterlevelsen av behandlingen og for å øke mestringskompetansen. Artikkelen skrev også at en kanadisk tverrsnittstudie av pasienter med diabetes viser at det er signifikante forskjeller blant de som deltar på disse kursene og de som ikke deltar. Forskjellene er relatert til sosioøkonomiske faktorer, og det er høyere deltagelse på kurs hos personer med høyere sosioøkonomisk status, som for eksempel høy utdanning. I Norge ser man generelt mindre bruk av helsetjenester hos de med lav sosioøkonomisk status, men det er ingen studier som har sett på sammenhengen med det og deltagelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.

### 1.1.1 Kroniske sykdommer

Når sykdommen er langvarig, kalles den kronisk (3). Akutte sykdommer er motsatt og de går gjerne raskt over. For å sette et skille sier man gjerne at hvis sykdommen strekker seg over et halvt år, er den kronisk. På verdensbasis er kroniske sykdommer den vanligste årsaken til uførhet og død (4). For å oppnå best mulig livskvalitet og helseutfall i tillegg til kostnadseffektiv behandling er det viktig å ha en god prosedyre som blir fulgt opp. Dette krever ofte at man har en langsiktig plan. Ifølge en liste fra Statistisk sentralbyrå er det disse kroniske sykdommene som har høyest forekomst: hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus, reumatiske sykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom KOLS og hypotyreose (lavt stoffskifte) (5).

Når man lever med langvarige helseutfordringer er det mange aspekter rundt som kan forverre situasjonen og gi redusert livskvalitet (1). For at pasienten skal lære hvordan de skal mestre hverdagen med kronisk sykdom på best mulig måte, er det etter hvert flere tilbud om ulike former for opplæring. Pasienter med kroniske smerter uttrykker et ønske om å forstå sin tilstand og lære strategier for å kunne klare seg best mulig selv (6).

### 1.1.2 Diabetes

Diabetes type 1 og diabetes type 2 er de to hovedtypene av diabetes. Siden dette er to ulike sykdommer krever de til dels ulik behandling (7).

Diabetes type 1 oppstår oftest hos barn og unge. Sykdommen oppstår fordi bukspyttkjertelen slutter å produsere insulin, og behandlingen vil være å tilføre kroppen insulin (8).

Diabetes type 2 oppstår som regel hos voksne, og skyldes dels at insulinet virker for dårlig, og dels nedsatt insulinproduksjon (9). Behandlingen vil hovedsakelig være kosthold, trim og tablettbehandling. I Norge er det rundt 200 000 som har denne sykdommen og for hver 100 som har diagnosen regner man med at det er mellom 50-100 som har sykdommen, men ikke har fått den påvist.

God behandling og jevnlig kontroll, kan forebygge og forsinke komplikasjoner, men det er viktig at det settes inn tiltak fra et tidlig tidspunkt (10).

Vanlige komplikasjoner:

- Kardiovaskulære sykdommer (hjerteinfarkt og hjerneslag)
- Nevropati
- Øyesykdommer
- Føtter (komplikasjoner i foten)
- Nyreskade
- Tenner og tannkjøtt sykdommer
- Ereksjonssvikt

Diabetes er en av verdens mest utbredte og alvorlige ikke-smittsomme sykdom (11). Sykdommens natur og dens komplikasjoner gjør det til en kostbar sykdom, og kan blant annet føre til funksjonshemminger og for tidlig død. Et godt regulert blodsukker er forebyggende for utviklingen av senkomplikasjoner som kardiovaskulære sykdommer (12) og diabetesspesifikk retinopati (13).

Risikofaktorer for å utvikle diabetes:

- Lite mosjon
- Overvekt
- Høyt blodtrykk
- Høyt kolesterol
- Graviditet
- Arvelighet
- Familier med afrikansk, karibisk eller sørasiatisk genetisk bakgrunn

Det er ikke alle som utvikler diabetes som er utrente og overvektige, men dette er de viktigste årsakene for å utvikle sykdommen (10).

### 1.1.3 Hjertesykdommer

Hjertesykdom skyldes forandringer i hjertets egne blodkar eller i hjertet, og er en sykkelig tilstand (14). Hvis du får hjertesykdom som barn eller ung voksen er sykdommen gjerne medfødt. Når du kommer i 40-årsalderen øker hyppigheten av hjertesykdommer.

Ulike hjerte- og karsykdommer:

- Angina pectoris (hjertekrampe)
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Hjertesvikt
- Atrieflimmer

Omtrent 1,1 million nordmenn bruker legemidler for å forebygge eller behandle hjerte-og karsykdommer, og omlag 515 000 personer tok i 2016 kontakt med legevakt eller fastlege på grunn av hjerte-og karsykdom (15). Samme året ble 67 000 personer behandlet av spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette er fordelt på personer med hjertekrampe, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag, hvorav antall tilfeller av hjertekrampe og hjerteinfarkt er størst og er på cirka 40 000 personer. På verdensbasis er det hjerte-og karsykdommer som er den største dødsårsaken, og 31% av alle dødsfall er forårsaket av dette (16). I 2016 estimerte Verdens helseorganisasjon (WHO) at 17,9 millioner døde av hjerte-og karsykdommer.

De største risikofaktorene for å utvikle hjerte-og karsykdommer er:

- Røyking
- Lav fysisk aktivitet
- Høyt forbruk av alkohol
- Høyt kolesterol
- Høyt blodtrykk
- Diabetes
- Overvekt
- Høy alder
- Mannlig kjønn

En person som har flere risikofaktorer er mer utsatt for å utvikle hjerte-og karsykdommer (16).

Medisiner er viktig for å forebygge og behandle hjerte-og karsykdommer, i tillegg til sunne levevaner som for eksempel sunt kosthold og mosjon (17). WHO har satt seg mål om å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-og karsykdommer, kronisk lungesykdom, diabetes og kreft. Målet er å redusere disse sykdommene med 25 prosent innen 2015 (15). Disse mål har også Norge bestemt seg for å slutte seg til.

## 1.2 Legemiddelbruk

Riktig legemiddelbruk innebærer at pasienten får «riktig diagnose og terapi, riktig virkestoff og dose, forsvarlig kombinasjon av virkestoff, oppfølging av effekt og bivirkninger, opplæring i legemiddelbruk og opplæring til mestring av egen sykdom» (18).

Mye har skjedd de siste tiårene når det gjelder utvikling av nye legemidler, og det er kommet flere nye legemiddelgrupper på markedet. Dette er, i tillegg til at befolkningen blir eldre, noen av forklaringene på hvorfor legemiddelbruken i befolkningen har økt. Utviklingen av nye behandlingsformer utvikler seg raskt, og vil ha en spennende framtid i tillegg til at den også har en rik historie (19). Livskvaliteten til de som lider av ulike sykdommer er forbedret, og effektive legemidler er en av årsakene til at levealderen øker.

Tall fra reseptregisteret viser at legemiddelbruken er størst hos eldre over 65 år (20). Tall viser også at 28% av legemiddelbrukerne over 65 år brukte 10 eller flere legemidler, og 67% brukte 5 eller flere legemidler. Disse tallene viser bare de friskeste eldre siden tall fra de som ikke er hjemmeboende vises.

Hovedformålet med behandlingen av personer med diabetes er å redusere sykdomsrelaterte problemer. Dette inkluderer blant annet hjerneslag, hjerteinfarkt, nevropati og retinopati. En tidlig diagnose av sykdommen kan forhindre påfølgende komplikasjoner som gjør diabetes til en dyr sykdom for samfunnet.

### 1.2.1 Aldersfordeling og kostnader

69,8% av den norske befolkningen hentet i 2017 legemidler på resept minst en gang i løpet av året (21). Det er store forskjeller i de ulike aldersgrupper. Fra tabellen under leser man at færrest legemidler hentes det i aldersgruppen 5-9 år (ca 38,7%), mens i aldersgruppen 75-84 år er det rett i overkant av 95%. I gjennomsnitt vil dette si at vi brukte legemidler for 5076 kroner hver i 2017. De under 67 år brukte legemidler for 2940 kroner, og de over 67 år brukte for 8490 kroner (22). Av de 5076 kronene som vi brukte på legemidler, betalte vi i underkant av 1300 kroner fra egen lomme. Det offentlige betalte 19,9 milliarder kroner til legemidler i 2017, noe som tilsvarer 73% av utgiftene. Dette omfatter både uttak av legemidler på resept og innkjøp til blant annet institusjoner og sykehus. Daglig tar hver nordmann 1,5 medisindoser i gjennomsnitt hver dag, og ifølge apotekforeningen er dette en økning på antall døgndoser på under to prosent fra 2016. I løpet av de siste 10 siste årene, har forbruket av legemidler pr. innbygger økt med cirka ti prosent. De over 67 år bruker i gjennomsnitt fire legemiddeldoser daglig. En av årsakene til at vi ser en økende bruk av legemidler er at det blir flere eldre.

<b>2017</b>	<b>Alle aldre</b>	<b>69,8 %</b>
	0 – 4 år	52,6 %
	5 – 9 år	38,7 %
	10 – 14 år	40,4 %
	15 – 19 år	61,6 %
	20 – 24 år	66,7 %
	25 – 29 år	66,2 %
	30 – 34 år	65,0 %
	35 – 39 år	66,2 %
	40 – 44 år	68,7 %
	45 – 49 år	72,1 %
	50 – 54 år	76,7 %
	55 – 59 år	81,0 %
	60 – 64 år	86,0 %
	65 – 69 år	90,0 %
	70 – 74 år	93,2 %
	75 – 79 år	95,0 %
	80 – 84 år	95,0 %
	85 – 89 år	92,4 %
	90+ år	82,9 %

**Tabell 1.1 Oversikt over utlevering av legemidler fra apotek i 2017.**

### 1.2.2 Offentlige dokumenter

Det har kommet flere dokumenter fra myndighetene som omhandler riktig legemiddelbruk (23, s. 45). Stortingsmelding 18, 2004-2005, Legemiddelmeldingen "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk", gir ifølge forfatterne av boka et mer helhetlig bilde av legemiddelfeltet enn tilsvarende dokumenter. Denne stortingsmeldingen hadde fokus riktig legemiddelbruk, og pekte også på at det kan forekomme feil i alle ledd i håndteringen av legemidler. Det ble i samme melding estimert at ineffektiv og feilaktig bruk av legemidler koster samfunnet 5 milliarder kroner i året. I årene som fulgte ble Legemiddelmeldingen fulgt opp med flere dokumenter og utredninger som beskriver behovet for å bedre legemiddelbruk. Noen flere dokumenter som har hatt legemiddelbruk i fokus:

- Melding til Stortinget 16, 2010-2011, Nasjonal helse-og omsorgsplan 2011-2015
  - Tverrfaglig samarbeid om pasientens legemiddelbruk
- Melding til Stortinget 10, 2012-2013, God kvalitet – trygge tjenester
  - Bedre kvalitet i pasientenes legemiddelbruk
- Melding til Stortinget 28, 2014-2015
  - Legemiddelmeldingen "Riktig bruk-bedre helse"



## 1.3 Pasientopplæring og legemiddelbruk

Siden det er flere forhold som har innflytelse på etterlevelsen kan det også være nødvendig med en tverrfaglig tilnærming for å gjøre framskritt på dette området. En studie som evaluerte effekten av pasientopplæring på pasienter med allergisk rhinitt, kunne vise til at gruppen der pasientene fikk opplæring sammen med medisiner hadde en mer positiv holdning til behandlingen enn kontrollgruppen som kun fikk medisiner (24). De hadde også gjennomgående bedre symptomlindring etter behandling. Både gjennomsnittstiden på behandlingen og kostnadene var signifikant lavere enn hos kontrollgruppen som ikke hadde opplæring.

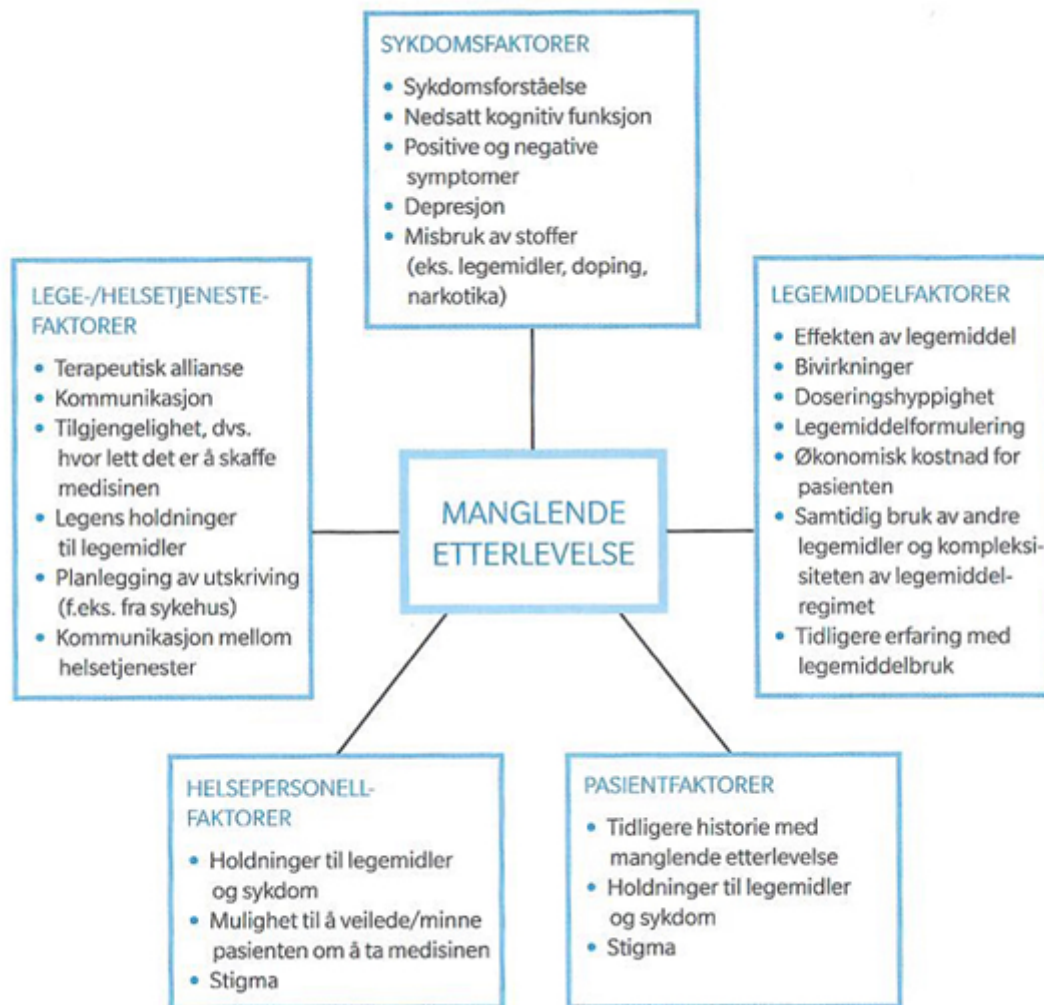
Det er ikke entydige bevis for at pasientopplæring har en utelukkende positiv effekt på legemiddelbruken hos den enkelte pasient (25). Pasientopplæringen økte i enkelte studier kunnskapen om legemidlet, men forbedret ikke etterlevelsen. Det ser ut til at mange studier ser på etterlevelsen, og mindre på sikker bruk, informert beslutningstaking og generell tilfredshet med bruk og effekt av legemidlene. Disse faktorene er sannsynligvis like viktige som etterlevelse. Det er derfor viktig med kunnskap om hvordan pasientene som har deltatt på pasientopplæring på sykehuset opplever informasjonen om legemiddelbruk og hvordan de bruker denne kunnskapen i dagliglivet.

### 1.3.1 Etterlevelse

Etterlevelse er et sammensatt begrep, men brukes gjerne for å beskrive i hvilken grad legens anbefalinger om legemidler blir fulgt. Det kan også være å følge en helsearbeiders anbefalinger når det gjelder livsstilsendringer, følge en diett eller utføre andre oppgaver som er nødvendig for å ha kontroll over sykdommen (26).

Omtrent halvparten av reseptene som blir skrevet ut mot kroniske sykdommer, blir brukt som foreskrevet (27). Dette støttes også av WHO sin rapport fra 2003. For at man kan si at man har et akseptabelt behandlingsregime, bør man ha oppnådd minimum 80% etterlevelse (23, s. 99). En oversiktsartikkel fra 2012 viser at etterlevelsen er på 60-90% hvis sykdommen gir symptomer som for eksempel smerter (28). Ved forebyggende behandling der tilstandene er symptomfrie, for eksempel høye kolesterolverdier, var etterlevelsen 30-60%.

Det er både et samfunnsproblem og et problem for den enkeltes helse at etterlevelsen på legemidler kun er på omtrent 50% (26). Dårlig etterlevelse av legemidlene vil føre til at sykdommen ikke blir optimalt behandlet og kan gi dårligere livskvalitet. Det finnes mange effektive behandlinger mot kroniske sykdommer, men det er allikevel et stykke igjen før man når de behandlingsmålene man anser bør være oppnåelige (27). Dette mener man delvis skyldes at pasientene ikke overholder behandlingen som er foreskrevet. Følgende er flere dødsfall i året, og koster samfunnet store summer. Det fører også til medisinske og psykososiale komplikasjoner ved sykdommer og reduserer livskvaliteten til pasientene. (26). Når man ser på disse konsekvensene vil dette vanskeliggjøre helsevesenets arbeid med å nå helsemål for befolkningen.



**Figur 1.1 Faktorer som kan påvirke manglende etterlevelse av legemiddelbehandling**

Gjengitt med tillatelse fra boken Klinisk farmasi, 2017.

## 1.4 Mål

Målet med studien var å se på deltageres erfaringer med informasjonen om legemidler på pasientopplæringskurs ved norske sykehus.

Det er ikke studier å finne på pasienters syn på informasjonen om legemiddelbruk på pasientopplæringskurs, så det er derfor behov for mer kunnskap på dette området.

Det finnes derimot en rekke studier som har sett på pasienters erfaringer med deltagelse i slike kurs. Deltakerne i en studie sier at de vurderte gruppelederens kompetanse som viktigst for å sikre kvaliteten på opplæringen, og de forventet at informasjonen var oppdatert (29). En annen studie viser til at deltagerne verdsetter muligheten til å møte "folk som dem selv" (30).

## 2 Metode

### 2.1 Design

Det ble gjennomført en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju. Når man ønsker å beskrive menneskers erfaringer og opplevelse bruker man en kvalitativ forskningsmetode, og derfor er dette brukt i denne studien (31). Semi-strukturerte intervju foregår ved at intervjueren introduserer tema som informantene snakker fritt ut fra, og hvor det introduseres forhåndsbestemte tema som informantene ikke selv kommer inn på. (32, s. 133).

### 2.2 Etikk og personvern

Prosjektbeskrivelsen ble først framlagt for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsarbeid (REK). REK fant ut at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Siden formålet ikke primært er å skaffe til veie ny kunnskap om medisin og helse, men heller undersøke hvordan pasienter oppfatter informasjonen om legemiddelbruk og hvordan informasjonen brukes i dagliglivet. Prosjektet kunne derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Siden jeg skulle ta lydopptak av intervjuene måtte studien søkes om hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD vurderte at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet, ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning, ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering, ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning, ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet. NSD vurderte at behandlingen av personopplysninger vil være i samsvar med personvernlovgivningen, og ble på dette grunnlaget godkjent.

Lydopptaket ble gjort på min private mobil som har tastelås som slår seg på etter kort tid. Etter at intervjuet var gjennomført ble lydfilen overført til en ekstern enhet og deretter fjernet fra mobilen. Den eksterne enheten med lydfiler ble oppbevart i et låsbart skap, sammen med de underskrevne samtykkeerklæringene og transkript. Kontaktinformasjon som navn, telefonnummer og e-post ble makulert etter at intervjuene var over, og var oppbevart innelåst fram til intervjuene startet.

### 2.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget av informanter til denne studien er personer som har deltatt på pasient- og pårørendeopplæring ved et norsk sykehus, og mottatt informasjon om legemiddelbruk.

Jeg tok kontakt med Lærings- og mestringssentere (LMS) ved Kongsberg sykehus, Drammen sykehus, Ringerike sykehus og Bærum sykehus. Kongsberg sykehus tilbød

meg et hjertekurs som jeg takket ja til å være med på, og jeg var også med på et diabeteskurs på Ringerike sykehus. På kursene introduserte jeg meg selv og informerte om studien. Jeg la vekt på at jeg var forsker utenifra og kun skulle observere. Dette for at ikke informantene skulle holde igjen på det de sier fordi de tenkte på at jeg skulle si det videre. Mot slutten av kursene delte jeg ut et informasjonsskriv og noterte navn og telefonnummer til de som var interessert i å delta. Dette for å avtale tid til intervju etter noen uker. Informantene etter hjertekurset ble intervjuet 8-9 uker etter kurset og informantene etter Diabeteskurset ble intervjuet 15-16 uker etter kurset.

## 2.4 Hjertekurs på Kongsberg sykehus

Høsten 2018 ble det arrangert et to dagers hjertekurs av LMS i Kongsberg. Der var det lagt opp et variert innhold som tok for seg ulike aspekt av det å leve med hjertesykdom. Til sammen 14 personer var med på kurset, hvorav en pårørende og en støttekontakt. Jeg deltok kun på første dagen siden det var da informasjonen om legemidler ble gitt, og med tanke på min studie var innlegget om legemidler mest interessant for meg.

Kardiologen som holdt foredraget om legemidler, hadde først et foredrag om hva hjertesykdom er. Dette var viktig for å få litt grunnleggende informasjon før informasjonen om legemidlene. Det var satt av tre kvarter på slutten av første dag til informasjon om legemidler. På grunn av forsinkelser ble denne tiden kortet ned litt. Kardiologen fortalte kort om de forskjellige gruppene med legemidler som i hovedsak brukes mot hjertesykdom, og litt om bivirkningene rundt disse.

Legemiddelgruppene som ble snakket om var: betablokkere, blodfortynnende, ACE-hemmere, statiner, nitroglycerin og vanddrivende. Under presentasjonen ble det brukt powerpoint og legen svarte på spørsmål underveis. Presentasjonen startet med litt refleksjon rundt legemiddelbruk og etterlevelse, og resultatene fra noen undersøkelser om dette ble lagt fram. De beste resultatene fra undersøkelsene viste at åtte av ti tar medisinene som de skal. De dårligste resultatene viste at åtte av ti ikke tar de som det skal. Det ble også snakket litt om mulige årsaker til at man ikke tar legemidlene som forskrevet fra legen. Noen av årsakene som ble nevnt:

- Pakningen kan være vanskelig å åpne
- Tablettene er vanskelig å svelge
- Tablettene er vanskelig å dele
- Tablettene smaker vondt
- Jeg er redd for bivirkninger
- Jeg er redd for å bli avhengig
- Jeg får ubehagelige bivirkninger
- Medisinene er dyre
- De hjelper ikke likevel

Når kardiologen spurte, var det ingen på kurset som sa de ikke tok legemidlene som forskrevet av lege, eller som sa de tok de på andre måter. Det ble derfor ingen videre diskusjoner rundt dette.

Han gikk så over til å snakke om legemidlene som blir brukt ved hjerteproblemer. Virkningsmekanismen ble ikke så grundig forklart, men det ble snakket en del om ulike bivirkninger som kan oppstå ved bruk av de ulike legemiddelgruppene. Generelt kan man si at bivirkningene ofte er verst, og kan være en plage den første tiden, men vil i mange

tilfeller avta etter hvert. Hvis man etter noen uker fortsatt har plager eller mistanke om at ubehag skyldes bivirkninger av legemidler, skal man oppsøke lege.

Kardiologen snakket om disse legemidlene:

**Betablokkere** virker blant annet mot høyt blodtrykk og hjerterytmeforstyrrelser ved å senke blodtrykk og puls.

**Antitrombotiske legemidler** kalles ofte blodfortynnende, men dette er misvisende siden man egentlig snakker om legemidler som på ulike vis reduserer blodets evne til å koagulere (33). Disse legemidlene skal forhindre at det dannes blodpropper.

**ACE-hemmere** reduserer høyt blodtrykk ved å utvide blodårene.

**Statiner** er kolesterolsenkende legemidler som reduserer kolesterolnivået i blodet.

**Nitroglyserin** er et hurtigvirkende nitrat, og brukes oftest mot hjertekrampe i medisinen (34).

**Vanndrivende** legemidler øker væskeutskillelsen i urinen.

## 2.5 Diabeteskurs på Ringerike sykehus

I likhet med kurset på Kongsberg var også dette et to dagers kurs, men her deltok jeg begge dagene. Det var 15 personer med diabetes på kurset og 2 pårørende. Kurset inneholdt både informasjon om sykdomslære, blodsuktermålinger, fysisk aktivitet i praksis, kosthold og informasjon om legemidler.

Alle som deltok på dette kurset hadde diabetes type 2. Diabetes type 2 oppstår som oftest hos voksne, og sykdommen skyldes dels nedsatt insulinproduksjon, eller at insulinet virker dårlig. Det kan også være en kombinasjon av begge disse.

Informasjonen om legemidler var på dette kurset lagt opp annerledes enn i Kongsberg. Første dagen startet med en kort presentasjon av alle og litt om hvilke forventninger man hadde til dette kurset. Deretter kom en lege i spesialisering og snakket om sykdommen diabetes, hvordan legene setter diagnosen og behandlingsalternativer ved diabetes. Legen gikk kort igjennom hvordan de ulike legemiddelgruppene virker, hvilke pasienter som kan ha nytte av de ulike legemidlene og litt om de vanligste bivirkningene. I tillegg ble det forklart hvor mye HbA1c kunne forventes og gå ned ved bruken av de ulike legemidlene. HbA1c er en langtidsprøve som viser gjennomsnittlig blodsukker for de siste 6-8 uker. Siden diabetessykepleier skulle gå igjennom legemidlene til hver enkelt påfølgende dag, gikk ikke legen innpå hva hver enkelt på kurset brukte av legemidler.

På slutten av første dag fikk alle beskjed om å ta en blodsuktermåling på seg selv før frokost og ta med verdiene neste kursdag. De som ikke hadde fått mulighet til dette kunne måle blodsukkeret på kurset. Etter første foredrag som varte i en time skulle alle ut å gå en tur. Det var en bakke bak sykehuset som alle gikk opp, og de som ønsket det kunne også gå en halvtimes tid til. Hensikten med dette var å vise i praksis hvordan fysisk aktivitet påvirker blodsukkeret. Alle fikk målt blodsukkeret sitt på nytt etter gåturen. Det viste seg at de fleste hadde lavere blodsukker etter gåturen, men noen hadde også gått opp. Deretter gikk diabetessykepleier gjennom den enkeltes blodsukkerverdier før og etter gåturen, og spurte samtidig om hvilke legemidler vedkommende brukte, og ut fra deres bakgrunn ga hun råd om hvorfor ting var som de var. Alle fikk dermed en mini-rådgivning og alt ble gjort i plenum. Legemiddelgruppene

det ble fortalt om på kurset var: Metformin, GLP1-analoger, DPP4-hemmere, SGLT2-hemmere og insulin.

**Insulin** er et lite protein, et hormon, som produseres i insulinproduserende celler i Langerhans celleøyer i bukspyttkjertelen (35). Insulin gjør at kroppen kan ta opp glukose fra blodet, lagre det eller bruke det til å lage energi med en gang.

**Metformin** (Glucophage) er et legemiddel i gruppen biguanidderivat som brukes til å senke blodsukkeret.

**Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)**, er et naturlig forekommende inkretinhormon som skilles ut i tarmen etter oralt (via munnen) glukoseinntak, og gir økt insulinsekresjon etter måltid (36).

**DPP4-hemmere**, hemmer nedbrytingen av kroppens inkretinhormoner, som er viktige i reguleringen av blodsukkeret. Det fører til økt insulinutskillelse og man får lavere blodsukker.

**SGLT2-hemmere** er potente og reversible hemmere av natriumglukose-kotransportør 2 (37). SGLT2 sørger for at mindre glukose reabsorberes i nyrene og fører dermed til økt renal glukoseutskillelse.

## 2.6 Innsamling av datamaterialet

Intervjuene ble gjennomført der deltagerne selv ønsket, så ikke reisevei skulle bli en hindring for deltagelse i studien. Dette fungerte bra, og spesielt at jeg kunne komme hjem til et par stykker var avgjørende for at de kunne bli med i studien.

Før intervjuet hadde vi en uformell prat. Informantene ble deretter informert om hensikten med studien, og vi gikk igjennom Samtykkeskjemaet (vedlegg 3) sammen.

Det ble informert om i forkant av intervjuet at det kunne virke som samme spørsmålet ble stilt flere ganger, og at dette var for å få fram nyanseforskjeller som kunne være av betydning.

Det var planlagt at intervjuene skulle ta omtrent en time, og de varte fra cirka 20 minutter til 65 minutter

Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og informantene ble opplyst om dette i forkant av intervjuet.

## 2.7 Intervjuguide

Intervjuene av deltagerne ble gjort med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1) som ble utarbeidet på forhånd. Dette ble valgt fordi man ønsket å beskrive menneskers erfaringer og opplevelser (32, s.133) Intervjuet ble delt inn i to hovedtema. Første del var å undersøke hvordan pasienter med kroniske sykdommer opplever informasjonen de får om legemiddelbruk når de deltar på pasient- og pårørende opplæring. Andre del var om hvordan de bruker den informasjonen i dagliglivet. Masterstudenten kom med forslag til spørsmål under hvert tema, og disse ble vurdert og kommentert av veilederen. Intervjuguiden ble endret flere ganger før den ble ferdigstilt.

I tillegg ble det innhentet opplysninger om alder, utdannelse, sivilstatus, om deltageren hadde andre kroniske sykdommer, hvor lenge de hadde hatt sykdommen de var på kurs for, og hvor mange faste medisiner de brukte.

Intervjuguiden skal minne oss på hvilke temaer vi ønsker data om, sånn at vi ikke intervjuer uten mål og mening (32, s. 133). Intervjuguiden ble også justert etter de første fire intervjuene, sånn at den ble mer konsentrert om det jeg ønsket å få svar på. Det var i hovedsak lagt opp til åpne spørsmål, men hadde også noen lukkede spørsmål som støtte. Det ble spurt oppfølgingsspørsmål der dette var naturlig og der det kunne være interessant i forhold til problemstillingen.

## 2.8 Analyse av data

Lydopptakene ble transkribert av meg selv i etterkant av intervjuene, fra muntlig til skriftlig form. Dette ble gjort for lettere å få oversikt over materialet når det struktureres i tekstform, og struktureringen er i seg selv begynnelsen på analysen (38). Ord for ord ble transkribert på bokmål, og deretter skrevet ut i papirform så jeg kunne bruke utskriften videre i analysen. Siden jeg skulle sammenfatte informasjon fra mange forskjellige informanter, valgte jeg en tverrgående analyse. (32, s. 93). Videre valgte jeg å benytte meg av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (STC), siden denne metoden er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analysen kan gjøres på en overkommelig, men systematisk metode. Denne metoden gjenspeiler flere analysemetoder, men skiller seg ved at den ikke går så bredt ut i første omgang med et stort antall temaer. Systematisk tekstkondensering gjennomføres i fire trinn:

1. Helhetsinntrykk. Her blir vi kjent med materialet, og det er fugleperspektivet som teller
2. Meningsbærende enheter. Her må vi finne de delene i teksten som kan tenkes å belyse vår problemstilling.
3. Kondensering. De enhetene vi fant i trinn 2 skal nå kodes for lettere og sortere de.
4. Syntese. Det skal lages en analytisk tekst for hver av kodegruppene, og analysen blir slutført

Jeg startet med å analysere de fire første intervjuene for seg. Både på grunn av at det gikk litt tid mellom de to intervjurundene, og også fordi jeg da kunne justere intervjuprosessen underveis etter hvert som jeg fikk mer kunnskap om forskningsprosessen.

### **Trinn 1. Helhetsinntrykk**

Her skulle man se det hele fra et fugleperspektiv og de fire transkriberte intervjuene ble lest igjennom for å få et helhetsinntrykk uten å legge vekt på detaljer. Materialet skal ikke være for omfattende og notatene vi har skrevet skal ikke systematiseres.

Transkriptene ble lest igjennom og inntrykkene ble oppsummert. Det ble notert fem temaer som gjenspeilet noe av essensen i det informantene sa i intervjuet. Det er viktig å merke seg at disse temaene kun representerer et første intuitivt inntrykk.

## **Trinn 2: Meningsbærende enheter- fra foreløpige temaer til koder og sortering**

Her ble intervjuene gått nøye igjennom, og de meningsbærende enhetene ble identifisert.

Denne sorteringen var for å finne det som var relevant og som kunne tenkes å belyse forskningsspørsmålet. Materialet ble systematisk og grundig gjennomgått flere ganger for å finne hva som var de meningsbærende enhetene og hva som bar med seg kunnskap fra de foreløpige temaene i trinn 1. De ble så klippet ut og sortert, og dette kalles koding. I trinn 2 ble de foreløpige temaene på denne måten til kodegrupper.

## **Trinn 3: Kondensering- fra kode til abstrahert innhold**

Her skulle man abstrahere innholdet, det vil si hente ut innholdet i de meningsbærende enhetene. Dette gjøres ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene, og de sorterte meningsbærende enhetene er nå i ulike kodegrupper. Det var viktig og ikke ha for mange kodegrupper, da dette lett kunne føre til at det ble vanskelig å få til sterke resultatpresentasjoner og vanskelig å holde oversikten. Det ble lagt til to-tre subgrupper for hver kodegruppe, og for hver av disse subgruppene ble det laget et kondensat- et kunstig sitat. Man startet med den meningsbærende enheten som ble funnet rikest, og fyller inn med de meningsbærende enhetene som passer inn. Av dette ble det skrevet en tekst som skulle inkludere deltagerens stemme, og det ble valgt et «gullsitat» som best presenterte hver av subgruppene.

## **Trinn 4: Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater**

I analysene fjerde trinn skulle man sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene, og dette kalles å rekontekstualisere. Formidlingen av sammenfatningen skal gi leserne tillit og innsikt, men allikevel være lojal mot deltagerens stemmer. Kondensatene fra trinn tre ble brukt til å lage en analytisk tekst, og hvis «gullsitatene» fortsatt var representative ble disse brukt. Funnene underveis i prosessen ble hele tiden validert opp mot råmaterialet på den måten at jeg hele tiden gikk tilbake og sjekket råteksten. Den analytiske teksten med «gullsitatet» fra hver kodegruppe fikk en overskrift som sa hva den handlet om. Disse overskriftene ble navnene på resultatkategoriene, som representerte både sitatet og innholdsbeskrivelsen.



### 3 Resultat

Totalt 10 personer ble intervjuet til denne studien, hvorav fire av de hadde vært deltagere på hjertekurset, resterende seks var deltakere på diabeteskurset. Etter de fire første intervjuene hadde jeg et utgangsmateriale på omtrent 18 transkriberte tekstsider med enkel linjeavstand. (Hvert intervju varte mellom 17-36 minutter, noe som tilsvarte 8363 transkriberte ord som fordelte seg fra 1096-3004 ord per deltager). På det siste intervjuet hadde lydopptakeren stoppet opp, så siste del av intervjuet kom ikke med. Deltagerne kunne selv velge hvor de ville bli intervjuet, alt ettersom hva som var enklest for de selv. Av deltagerne fra hjertekurset ble to av de intervjuet på et rom som masterstudenten fikk låne på sykehuset, en ble intervjuet hjemme og en på kontoret sitt på jobb.

Av deltagerne på diabeteskurset ble fire intervjuet på et kontor på sykehuset, en hjemme hos seg selv og en på kafeteria. Her hadde jeg 48 transkriberte tekstsider med enkel linjeavstand. Hvert intervju varte mellom 31-66 minutter, og dette tilsvarte 26411 transkriberte ord som fordelte seg fra 2387-6746 ord per deltager.

<b>Karakteristika</b>	<b>Begge kurs (totalt)</b>	<b>Hjertekurs</b>	<b>Diabesteskurs</b>
Antall menn	5	3	2
Antall kvinner	5	1	4
Alder gjennomsnitt	63,7	60,25	66
Alder intervall	51-74	51-69	60-74
Antall år kronisk syk, median	1	0,75	1,5
Antall år kronisk syk, intervall	0,5-16	0,25-16	0,5-12
Antall faste medisiner daglig, median	4,5	6	2,5
Antall faste medisiner daglig, intervall	0-10	4-7	0-10

**Tabell 3.1 Bakgrunnsinformasjon på deltagerne på kursene.**

Deltagernes erfaringer ble kategorisert i disse fire hovedtemaer som vist i tabell 2.

Deres holdninger til bruk av legemidler og hvorfor det er så viktig med informasjon om legemidler kommer fram av intervjuene. Det kommer fram at mange av deltagerne er opptatt av kosthold, og at flere opplever mer trygghet i hverdagen etter kursene.

1. Holdning til legemidler
2. Viktig med informasjon om legemidler
3. Kosthold viktigere enn legemidler?
4. Mindre skyldfølelse og mer trygghet i hverdagen

**Tabell 3.2 Endelige kategorier etter rekontekstualisering**

### 3.1 Holdning til legemidler

Det var ulike holdninger til bruk av legemidler blant deltagerne. Ønske om å unngå legemidler, opplevde eller fare for bivirkninger og tillit til de som anbefalte legemidlene, påvirket holdningene til å ta legemidler.

#### 3.1.1 Unngår helst medisiner hvis mulig

Flere sa at de prøvde å unngå å ta legemidler så langt det gikk. De fleste som brukte medisiner for akutte plager fortalte at disse ble unngått inntil plagene ble opplevd som for store og da ble det sagt at det var en selvfølge å ta slike legemidler. En valgte å ta en tablett mot smertene heller enn å ligge våken om natten og ha vondt, mens noen andre sa at de heller gikk med litt smerter enn å ta medisiner.

*"I de tilfeller hvor jeg har hatt litt smerte eller sånn, så har jeg tenkt at det kan jeg greie. Jeg vil helst ikke spise noe mer enn det jeg har bruk for".* (kvinne, diabeteskurs)

Ei annen fortalte:

*"Jeg hadde ei mor som tok piller for alt mulig rart og det irriterte meg noe helt forferdelig".* (kvinne, diabeteskurs)

Hun fortalte videre om moren som småsov store deler av dagen og ettermiddagen, for så å ta sovetabletter når hun skulle sove på kvelden. "Så sovepiller, det hater jeg, da får du heller ligge våken og hvile litt da", sier hun.

#### 3.1.2 Bekymring for bivirkninger

Flere av deltagerne fortalte at de var bekymret for bivirkninger av medisiner de tar. Enten på grunn av dårlig egenerfaring fra tidligere medisinbruk som ga bivirkninger, bekymring når de leste oppramsingen av bivirkninger fra pakningsvedlegg eller at de har hørt andre i omgangskretsen som har fortalt om bivirkninger de har opplevd med medisiner de selv tar.

*"Hvis du leser alle bivirkninger av alle medisiner så er det jo rart du lever egentlig i det hele tatt. Det er jo en lang liste med uendelig...., du kan jo få hjerteproblemer av hjertemedisinene, og det er helt grusomt".* (mann, hjertekurs)

En deltager fra hjertekurset sa dette når han snakket om hvorfor han syntes det var viktig at legen snakket om bivirkninger med han. Han var opptatt av hva han selv kunne gjøre hvis han opplevde bivirkninger av medisinene.

Et par av de andre deltagere fortalte også at de ønsket at legen snakket om de vanligste bivirkningene når de skulle begynne med nye medisiner. Da visste de litt om hva de kunne forvente seg, og på den måten være forberedt hvis de skulle merke noe.

Noen av deltagerne sa at de ikke leste om bivirkningene før de begynte på nye medisiner, de syntes det var bedre å kjenne etter om de fikk noen plager, og så snakke med legen hvis de merket noe. Et par av deltagerne spurte også intervjueren om symptomer de hadde kunne skyldes legemidlene de tok. En av de sa at han ikke fikk noe klart svar av legen.

Andre sier at de føler fastlegen følger de godt opp med tanke på mulige skadevirkninger av medisinen, og at derfor ikke tenker så mye på det.

Et par av deltagerne fortalte at de aksepterte bivirkningene, men hadde gjort tilpasninger som gjorde situasjonen bedre. Ei av deltagerne hadde funnet ut at opplevde bivirkninger som mageproblemer ble mindre hvis hun tok tablettene utenom måltid, og en som slet med kalde hender sørget for å ha det varmere.

«Merker ingenting av medisinene jeg tar, bortsett fra at jeg fryser mer på hendene. Må fyre mer i ovnen» (mann, hjertekurs)

### 3.1.3 Tillit til lege og apotek

De fleste deltagerne hadde tillit til lege og apotek, og hvis de hadde spørsmål rundt legemidler eller legemiddelbruk sa de fleste at de snakket med fastlegen sin eller de på apoteket hvis det var noe de lurte på.

Flere sa at de forholdt seg til fastlegen fordi alle er forskjellige, og medisiner virker ulikt fra menneske til menneske. Fastlegen har også oversikt over andre relevante prøver og verdier som blir målt.

«Medisiner har jo ulik virkning på folk, så jeg hører på legen og forholder meg til det. Legen kontrollerer jo verdier som kolesterol og blodtrykk, så det har han kontroll på».  
(mann, hjertekurs)

Et par stykker fortalte at de først og fremst gikk på apoteket hvis de lurte på noe om medisinbruken sin.

«Da spør jeg på apoteket, eller selvfølgelig hos legen, men det er stort sett på apoteket. Jeg må si jeg føler meg trygg når jeg går på apoteket» (kvinne, diabeteskurs)

Som i sitatet over her, var det flere som sa både legen og apoteket når de ble spurt om hvor de søkte informasjon om legemiddelbruk.

Det var et par stykker som sa at de søkte informasjon om legemiddelbruk på internett, og det var kun en deltager som tydelig sa at han ikke hadde tillit til lege.

«Fastlegen har jo ikke sånn innmari god greie på det vi driver med da, så det blir jo sånn gjetting.» (mann, hjertekurs)

## 3.2 Viktig med informasjon om legemidler på kurset.

De fleste deltagerne fortalte at informasjonen de fikk om legemidler på kurset var viktig for de, og den ble interessant og lærerik på grunn av engasjerende foredragsholdere og skriftlig informasjon som ble utdelt på kurset. Deltagerne sa at de ikke hadde behov for å diskutere legemidlene de brukte med de andre deltagerne på kurset, og flere av deltagerne sa de ble usikre når legemidlene legen snakket om ikke samsvarte med medisinen de brukte.

### 3.2.1 Ønsker å vite hvordan legemidler virker

De aller fleste sa at de syntes informasjonen de fikk om legemidler på kursene var både viktig og interessant, spesielt den delen som omtalte virkningen av legemidlene. Hvorfor man bruker medisin og hva det er godt for var derfor viktig å få fram med tanke på tryggheten det viste seg at deltagerne følte i ettertid av kurset.

Mange sa de var engstelig for senskader av sykdommen, og at de hadde fått informasjon om at det var viktig å være riktig medisinert for å forebygge senskader. Riktig medisinert ville for eksempel si at blodtrykk- og kolesterolverdier er innenfor anbefalte verdier, at man følger opp og sjekker synet, hjerte- og nyrefunksjon og at man ikke har store svingninger i blodsukkeret gjennom døgnet. Deltagerne fortalte at de fikk informasjon om hvorfor det var viktig, ikke bare at det var viktig.

*«Jeg forsto det på kurset at det var veldig viktig å være medisinert riktig, så man ikke fikk disse store svingningene (i blodsukkeret)».* (kvinne diabeteskurs)

Denne kvinnen sa at hun i etterkant av kurset gikk til fastlegen sin og fikk endret doseringen på legemiddelet sitt. Det hadde hjulpet henne med å få et jevnere blodsukker gjennom hele døgnet.

Det var spesielt de som hadde hatt sykdommene i under to år som fortalte at de hadde stort utbytte av informasjonen om legemidler på kurset. Det gjaldt deltagere både fra diabetes- og hjertekurset.

### 3.2.2 Engasjerende foredragsholdere og skriftlig informasjon er viktig

Engasjerende forelesere ble av de fleste nevnt som en viktig faktor for at informasjonen var interessant, tydelig og lett å forstå. En deltager sa at på grunn av en engasjert lege så ble det litt omsorg i informasjonen, det var ikke bare en diagnose men menneske som hadde sykdommen også.

*"...fortalte så levende og engasjerende rundt det så det var nesten litt sånn... er det så interessant å være syk liksom...er det så interessant med medisiner.... da blei det interessant."* (kvinne, diabetekurs)

Noen av deltagerne tok fram kompendiet under intervjuet med studenten for å støtte seg til det når de ble usikre på navn de gjerne ville fortelle om. Et par nevnte at de hadde med kompendiet til fastlegen etterpå for å diskutere videre medisinering med dem. Deltagerne fortalte at de hadde stor nytte av å få skriftlig informasjon i tillegg til muntlig informasjon. Dette var et kompendium som de kunne følge med og notere på, og de

brukte det også i etterkant av kurset for å repetere eller hente informasjon de hadde glemt.

### 3.2.3 Ikke behov for å diskutere legemidler med andre

Flere av deltagerne sa at de ikke hadde behov for å diskutere informasjonen de fikk om legemidlene med de andre deltagerne på kurset. Mange av deltagerne sa at det med legemidler ble for individuelt og at alle var forskjellige, og noen sa at de foretrakk å prate med legen om legemidler og forholdt seg til det.

*«Jeg hadde ikke noe behov for å diskutere det med de andre deltagerne. Jeg vet ikke om noen som bruker akkurat det jeg bruker heller, og det er akkurat det. Det må jo i så fall være en forutsetning at det er likt da»* (mann, hjertekurset)

Ei fortalte at hun var der for å finne ut av sin egen situasjon, og ikke var så opptatt av å høre om andres sykdommer. Hun sa hun kunne tenkt seg en privat oppfølging i løpet av kurset med diabetessykepleier eller legen, og akkurat det var det flere som sa at de ønsket seg.

### 3.2.4 Generisk bytte byr på utfordringer

Noen av deltagerne fortalte at de ble usikre da legene på kurset snakket om en medisin de ikke kjente igjen navnet på, og de sa de satt og lurte på om det var en medisin som kanskje hadde blitt byttet på apoteket.

(Dette kalles generisk bytte, og betyr at apotekene bytter forskrevet medisin til et likeverdig produkt med samme virkestoff og styrke, men med et annet navn).

*«Synes han snakka lite om det jeg brukte, han traff ikke de medisinene. Det kan jo være at han nevnte de, men at de heter noe annet nå.»* (mann, diabeteskurs).

Han sa videre at han ble sittende og tenke på hva han egentlig tok av medisiner.

## 3.3 Mer opptatt av kosthold enn legemidler

Det var satt av mye tid til kosthold og informasjon rundt dette temaet på kursene. Flere av deltagerne sa at det var kostholdet som tok størst fokus i hverdagen, for der følte de at de kunne påvirke mest selv. Deltagerne fortalte også at de var klar over at det var en sammenheng mellom kostholdet og medisinforbruk.

### 3.3.1 Kostholdet er noe de kan påvirke selv

Mange av deltagerne fortalte at de lærte mye om kosthold på kurset. Blant annet sa de at noen ting de på forhånd trodde var bra, ikke var bra allikevel. Flere sa at de hadde blitt forklart at lettprodukter ikke nødvendigvis var bedre enn vanlig produkter, og at det ble godt forklart at hver og en bør forske litt på seg selv med tanke på hvilke og i hvilken mengde ulike matvarer påvirker blodsukkeret deres.

Andre tiltak de fortalte om var at de måtte redusere forbruket av mat de var glad i, hvis det viste seg at det påvirket blodsukkeret deres for mye. Flere sa at matvarer som brunost, poteter og melk var produkter som gjorde store utslag på blodsukkeret og som de måtte redusere forbruket av. Et par av deltagerne omtalte enkelte matvarer som *fienden* i sammenheng med at de fortalte om hvordan ulike matvarer påvirket de.

*"Mange sier, det må du ikke spise og det kan du ikke for du har diabetes. Jammen da sier jeg at jeg har fått beskjed om jeg godt kan ta, men jeg må bare ta litt."*  
(mann, diabeteskurs)

### 3.3.2 Sammenheng mellom kosthold og medisinforbruk

Flere av deltagerne sa de brukte mye tid på kosthold i hverdagen. Noen fortalte at de lærte på kurset at de burde lese innholdsfortegnelsen på maten når de handlet på butikken, og at dette var noe som var tidkrevende.

*«Så nå leser jeg det som står med smått (innholdsfortegnelsen). Det gjør jeg nå altså. Jeg prøver å ta veldig mye sånne hensyn, jeg bruker mye tid i butikken til å lese om sånne ting.»* (kvinne, diabeteskurs)

Noen av deltagerne fortalte at de var klar over at kostholdet påvirket vekten deres, og hvis de var overvektig så ville en vektreduksjon ha en positiv påvirkning på helsen. Et par fortalte at når de ikke får stabilisert blodsukkeret med kostholdet, så blir det viktigere med legemidler.

*«Men det er klart hadde jeg klart å gå ned ti kilo så hadde jeg helt sikkert ikke behøvd så mye medisiner, jeg er klar over det»* (kvinne, diabeteskurs)

Det var kun ei som ikke brukte medisiner av deltagerne som var med i studien. Hun fortalte at det er godt å være forberedt på hva hun har i vente når sykdommen ikke lenger kan reguleres med kosthold og hun må begynne med medisiner.

## 3.4 Mindre skyldfølelse og mer trygghet i hverdagen

Flere av deltagerne fortalte at de var usikre før kurset, og noen sa at følte skyldfølelse på grunn av de hadde fått sykdommen. De aller fleste fortalte også at de ikke har brukt informasjonen de fikk om legemidler til noe konkret i dagliglivet, men flere sa at kunnskapen de har fått etter kurset har ført til at de sitter igjen med en trygghet de ikke hadde tidligere.

### 3.4.1 Følelse av at sykdommen er selvpåført

Noen av deltagerne fortalte at de, før kurset, iblant hadde skyldfølelse fordi de følte at de hadde påført seg sykdommen selv, eller de følte at omgivelsene tenkte det.

*"Du får jo enkelte ganger inntrykk av at dette er du skyld i selv da når du har diabetes 2, fordi du er overvektig og du er litt inaktiv kanskje. Det er ikke så morsomt"*

Det var godt å slippe og tenke på at ting er min skyld, sa ei kvinne i intervjuet, om hvordan det var etter kurset.

*"Det kom tydelig fram at det ikke var min skyld."* (kvinne, diabeteskurs)

### 3.4.2 Mye usikkerhet før kurset

I intervjuene var det mange som fortalte at de følte seg usikre eller engstelige før kurset. Usikkerheten de følte kunne være på grunn av sykdommen i seg selv, ulike ting som følger med sykdommen, engstelse for senskader eller redsel for tilbakefall av sykdommen.

*«Det er ikke så vanskelig å lære seg å leve akkurat med den diabetesen, det er alle de tingene ved siden av en går og er litt engstelig for. Syn og tenner og ja, alt mulig rart.»  
(kvinne, diabeteskurs)*

Ei kvinne sa at det på kurset ble snakket om hvilke medisiner det var lurt å begynne med når du skulle starte opp med medisiner, og hvorfor. Etter den opplysningen følte det ikke så skremmende lenger sa hun, hun syntes det var skummelt med medisiner før kurset. Usikkerheten hun opplevde i forkant av kurset følte hun var borte. Hun sa også at hun var blitt mer bevisst, og dette gjorde henne tryggere.

### 3.4.3 Kunnskap gir økt trygghet

På spørsmål om endringer i dagliglivet var det tre stykker som fortalte at de byttet til andre legemidler eller endret dosering. Noen av de andre deltagerne fortalte at de følte seg trygge når de tok medisinen, nå som de visste hvordan den virket.

Et par deltagere sa at de tok opp med fastlegen om bytte av medisiner etter kurset, men de hadde blitt enige om å fortsette på de medisinene de hadde, siden blodsukkeret var stabilt.

*«men nå er jeg i hvert fall trygg på at jeg går på riktig medisin».* (kvinne, diabeteskurs)

En deltager sa at det muligens er en falsk trygghet for man kan få et hjerteinfarkt eller senskader allikevel, men det følte allikevel tryggere.

*"Det med blodfortynnende, at det hjelper meg, sånn som jeg har forstått det da, og løse opp blodpropper. Slik at det ikke oppstår noe flere hjerteinfarkter. Det føles jo litt trygt"*  
(mann, hjertekurs)

## 4 Drøfting

### 4.1 Metodedrøfting

#### 4.1.1 Forforståelse

Forforståelsen er den erfaringen, det faglige perspektivet og de hypotesene vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet (32, s. 45). Forforståelsen vil alltid påvirke forskningen og forskningsresultatet, og det handler om å være bevisst på dette. Før intervjuene hadde masterstudenten sett for seg at deltagerne fra kursene skulle være veldig opptatt av informasjonen om legemidler, og at de hadde det samme inntrykket hvordan denne informasjon ble lagt fram. Dette viste seg ikke å stemme, og derfor måtte jeg være bevisst så dette ikke preget intervjuet.

#### 4.1.2 Refleksivitet

Refleksivitet beskrives som den forforståelsen forskeren har med seg inn, og forskerens evne til å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne og datamaterialet (39). Det er viktig å kunne se både fordeler og ulemper med bakgrunn til forskeren, for å kunne reflektere over egen forskerrolle.

Fordelene med forskerens bakgrunn som farmasistudent er at informantene er klar over kunnskapen jeg har om legemidler og det ble bygget opp en tillit ved at jeg kunne bekrefte eller avkrefte spørsmål som dukket opp fra informantene underveis. Det kan også ha vært lettere for informantene å si ja siden mange i utgangspunktet har tillit til de som jobber i apotek og flere syntes det var bra hvis de kunne bidra til ny eller mer kunnskap. Dette kom ofte fram når vi snakket om løst og fast før intervjuet.

Ulempen med min bakgrunn er at de kan ha holdt litt tilbake når de ble spurt om de brukte legemidlene som de skulle. Her svarte alle ja, og kun et par nevnte at de svært sjelden kan ha glemt det. Det kan være at de unnlot å fortelle om at de hoppet over eller ikke alltid tok medisinen som de skulle, på grunn av mitt yrke.

#### 4.1.3 Generaliserbarhet

Hvis resultatene av intervjuene vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, kan man spørre seg om de kan overføres til andre situasjoner og personer. Vi sier i så fall at de er generaliserbare (38). Overførbarhet av funn etter kvalitative studier er ofte knyttet til både relevansspørsmålet og utvalget (32, s. 66).

Det som styrker generaliserbarheten av resultatene i denne studien er at de baserer seg på et utvalg av informanter som alle har vært på pasient- og pårørendeopplæring, og alle informantene har fått informasjon om legemidler. Det er en likevekt av begge kjønn, og alderen er mellom 51 og 74 år.

Det var to ulike kurs, et for personer med hjerteproblemer og et for personer med diabetes. På hjertekurset var det folk med ulike hjertediagnoser, og på begge kursene var det stor forskjell på hvor lenge deltakerne hadde hatt diagnosene. Dette er med på å svekke generaliserbarheten, men på en annen side får du et større mangfold blant deltagerne. Totalt var 10 informanter med i studien, fire fra hjertekurset og seks fra



diabeteskurset. Ifølge Kvale er en vanlig innvending mot intervjuforskning at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres (38, s. 265).

Deltagerne ble intervjuet 8-16 uker etter de hadde vært på kurs. Når deltageren skulle besvare hvordan de opplevde informasjonen om legemiddelbruk på kurset, så var det flere av deltagerne som ikke husket helt hvordan informasjonen ble gitt, eller som husket feil i forhold til mitt inntrykk av situasjonen. Så ideelt sett burde nok intervjuet for å besvare denne delen ikke vært så lenge etter kurset. For å besvare hvordan denne informasjonen påvirket dagliglivet, så var tidsrommet fra kurset til intervjuene passelig. Det tar tid å endre vaner eller bytte medisiner og så svare på om det har ledet til endringer i dagliglivet.

Det eneste kriteriet som ble satt for å delta i denne studien var at informantene skulle ha deltatt på et pasient- og pårørendeopplæringskurs. Deltagelsen var frivillig, og de som takket ja til å delta i studien kan ha vært mer interessert i legemiddelbruk enn de som ikke ønsket å delta. Det var også 4 stykker som sa ja til å bli intervjuet, men som det ikke lyktes å få avtalt intervju med.

#### 4.1.4 Kvalitative studier

Formålet med studien var å finne ut deltagerens opplevelser og erfaringer med kurset, og med denne metoden får man fram deres oppfatninger med deres egne ord og fra deres eget perspektiv (40). Derfor var en kvalitativ metode riktig valg i denne studien.

#### 4.1.5 Intervjuguiden

I følge Malterud er det hverken ønskelig eller nødvendig å standardisere intervjusituasjonen i kvalitative studier (32, s. 134). Etter at de to første intervjuene var gjennomført ble det tydelig at intervjuguiden måtte justeres litt. Jeg transkriberte og noterte der jeg burde spørre annerledes eller mer utfyllende. Det ble tydeliggjort at en intervjuguide kun bør brukes som en sjekkliste for å sikre at man har kommet inn på temaene som på forhånd var planlagt. Sett i ettertid kunne det med fordel ha vært et møte med veileder etter et eller to intervjuer, sånn at jeg som intervjuer hadde fått noen tips til hvor og når jeg burde spurt mer eller på en annen måte. Kanskje det hadde vært noen andre råd og tips jeg kunne fått også. Dette var ikke noe jeg tenkte på før jeg satt med analysen av alt materialet, og dette kan ha påvirket intervjuet på den måten at jeg ikke stilte oppfølgings spørsmål på de stedene det, sett i ettertid, kunne vært ønskelig. Jeg kan ha godt glipp av informasjon som hadde gitt et mer utfyllende resultat på enkelte områder.

Det ble informert om i forkant av intervjuet at det kunne virke som samme spørsmålet ble stilt flere ganger, men at dette bare var for å få fram noen nyanseforskjeller som kunne være av betydning.

#### 4.1.6 Intervju

Semistrukturerte intervju versus fokusgruppeintervju

Fordelene med fokusgrupper er at man lettere får diskusjoner og dermed kan belyse flere sider. Bakdelen kan være at noen av deltagerne ikke ønsker å åpne seg når det er flere tilstede, og man går glipp av relevant informasjon. I denne studien ønsket man å beskrive menneskers erfaringer og opplevelser og derfor var det riktig å bruke semistrukturerte intervjuer.

De første fem-ti minuttene var satt av til uformell prat, og deretter gjennomgang og underskriving av samtykkeskjemaet. Et par av deltagerne startet å fortelle og kom med meninger om kurset før jeg rakk å sette på lydopptaket. Jeg skrev ned det jeg husket rett etter intervjuet, men det ble ikke ordrett hva deltagerne sa. Tror ikke jeg gikk glipp av noe vesentlig, men kan jo ikke være sikker.

Under intervjuene følte jeg at jeg hadde en god kjemi med deltagerne, og min erfaring etter å ha jobbet med kunder i mange år på apotek er nok en medvirkende årsak til dette. Jeg burde allikevel vært bedre til å ta rollen som intervjuer, og ikke helsepersonell. Ved flere anledninger fikk jeg spørsmål underveis, om bivirkninger og spørsmål om ulike medisiner, og jeg svarte så godt jeg kunne på dette. Det er mulig at jeg burde notert spørsmålet og svart på det deltagerne lurte på etter intervjuet.

Da jeg hørte på opptaket i ettertid var det spesielt ved et tilfelle at jeg merket at deltageren stoppet litt opp da hun fortalte, og jeg tenkte at her burde jeg ha spurt nærmere om hva hun tenkte på. På slutten av intervjuet sa hun at hun var redd for å snakke for mye utenom, og hun håpet at hun svarte rett. Før de neste intervjuene ble jeg flinkere til å informere deltagerne om at de måtte snakke fritt og ikke føle de sa noe feil.

#### 4.1.7 Validitet

En tolkning av validitet er «i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke» (38). Det er en bredere tolkning enn «Måler du det du tror du måler?», som gjør den kvalitative forskningen ugyldig hvis den ikke resulterer i tall.

Jeg så i ettertid at jeg underveis i intervjuet noen ganger kunne stoppet opp og spurt spørsmål som «Har jeg forstått deg rett når du sier at...?» Denne dialogiske valideringen kunne bidratt til at råmaterialet i større grad representerte en felles forståelse mellom deltager og meg som forsker.

Intervjuene mine var litt «tynne» på den måten at det var vanskelig å få fram ulike nyanser som beskriver forskjellige meningsaspekter (32). En av grunnene var at jeg var veldig bevisst på å holde meg til opprinnelig tema som var «*Hvordan deltagere oppfattet informasjonen de fikk om legemidler på et pasientopplæringskurs, og hvordan de brukte denne informasjonen i dagliglivet*». Jeg burde rådført meg tidligere med veileder, men jeg så ikke hvordan det lå an før resultatene skulle presenteres. Så i ettertid at jeg burde gått mer i dybden på flere spørsmål, eller burde fulgt opp svarene bedre der det var mulig.

#### 4.1.8 Transkribering

Å transkribere vil si å sammenfatte materialet fra intervjuene til tekst på en håndterbar og tilgjengelig måte (32, s. 77). Jeg transkriberte alle intervjuene selv, og det gjorde at jeg gjenopplevde erfaringene fra intervjuene på nytt, noe som ga rom for andre slutninger og ettertanker enn da intervjuene ble gjort. Det ble lagt til beskrivelser under transkriberingen, der det var nødvendig, fordi det skulle gjøre det lettere å komme nærmest mulig opplevelsen av å være i intervjuet (38).

#### 4.1.9 Valg av analysemetode

Når jeg skulle analysere min kvalitative studie valgte jeg å gå for en tverrgående analyse. Siden både variasjoner, likhetstrekk og forskjeller i følelser, erfaringer og holdninger fra mange forskjellige deltagere skal sammenfattes og fortolkes. Alternativt

har man langsgående analyse, men den følger ett eller kun noen få hendelser over tid, og ville derfor ikke fungert like godt i mitt tilfelle.

Siden jeg ikke hadde noen forkunnskaper innenfor analysemetoder, ble det i denne studien valgt Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (32, s. 97). Metoden gir nybegynnere en innføring i hvordan analyseprosessen på en overkommelig og systematisk måte kan gjennomføres.

I følge Malterud er det en fordel om analysen gjennomføres med en annen forsker (32, s. 97). Siden jeg gjorde analysen alene, kan jeg ha gått glipp av detaljer som hadde vært med på å skape flere nyanser.

Jeg erfarte at det var vanskeligere enn først antatt å finne navn til de endelige kategoriene, som dannet underavsnittene i resultatdelen. Etter innspill fra veileder og etter å ha lest og endret flere ganger kom jeg fram til de endelige kategoriene.

## 4.2 Resultatdrøfting

Det var ulike holdninger til bruk av legemidler blant deltagerne, og det var flere ting som påvirket holdningene til å ta legemidler. De fleste deltagerne fortalte at informasjonen de fikk om legemidler på kurset var viktig for de, og engasjerende foredragsholdere gjorde informasjonen lærerik og interessant. Flere av deltagerne sa at det var kostholdet som tar størst fokus i hverdagen, for der føler de at de kan påvirke mest selv. Deltagerne fortalte at de var klar over at det ofte var en sammenheng mellom kostholdet og medisinforgbruk. Dette var spesielt for deltagerne på diabeteskurset. De aller fleste fortalte at de ikke har brukt informasjonen de fikk om legemidler til noe konkret i dagliglivet, men flere sa at kunnskapen de har fått etter kurset har ført til at de sitter igjen med en trygghet de ikke hadde tidligere. Flere av deltagerne fortalte at de hadde vært mye usikre før kurset, men at mye av usikkerheten var borte etter kurset.

### 4.2.1 Bør det gis informasjon om legemidler på kurs?

Hva er viktig for deltagerne.

Kunnskap om hvordan legemidler virker er viktig for de fleste deltagerne i denne masterstudien. De aller fleste fortalte at de ikke har brukt informasjonen de fikk om legemidler til noe konkret i dagliglivet, men flere sa at kunnskapen de har fått etter kurset har ført til at de sitter igjen med en trygghet de ikke hadde tidligere. Flere av deltagerne fortalte at de hadde vært mye usikre før kurset, men at mye av usikkerheten var borte etter kurset. De aller fleste fortalte at det var viktig for dem at de visste hvorfor de tok medisinen sin.

En studie viste at 84,9 % av pasientene var interessert i å motta informasjon om legemidlene de brukte, utover det de visste på tidspunktet de ble spurt (41). Pasientopplæringskurs er en arena hvor pasienter kan få informasjon om sykdommen de har og legemidlene de bruker.

En annen studie viser at det er viktig at pasientene får detaljerte svar på spørsmålene de har (42). Svarene bør gis på et språk pasienten forstår, uten bruk av vanskelige ord og uttrykk. I en masteroppgave fra 2016 var det også flere pasienter som ønsker forklaring på å forstå hva som ligger til grunn for at de må gå på akkurat den medisinen de har (43). Det er vanskelig å forstå for mange hjertepasienter hvorfor de må bruke medisiner som kolesterolsenkende og blodtrykksenkende når de har normale verdier. Det kom

fram av både denne masterstudien og min studie. Personer med diabetes vil lettere se på blodsukkerverdiene om medisinene har effekt eller ikke. Resultatet fra masteroppgaven til Sørensen viste at pasientene ønsker informasjon om hvordan legemidlene vil påvirke dem i hverdagen, og hvilke utfordringer legemidlene kan gi i dagliglivet. Her nevnes eksempler som tannlegebesøk og hvordan legemidlene de eventuelt tar for andre sykdommer vil påvirkes. Dette samsvarer med det jeg fant ut i min studie der deltagerne sier at det er flere som er usikre på hva de kan bruke, og at det er ting ved siden av sykdommen som de også er engstelige for, som for eksempel syn og tenner. Ei av mine deltagere sier at det ble snakket om hvilke legemidler det var greit å begynne med, og hvorfor. Sørensen fant også i sin masteroppgave at det er viktig for pasientene med hva man kan forvente av legemidlene.

Tjelta og Holsen fant i sin studie fra et gruppebasert opplæring- og mestringskurs at deltagerne på det kurset mener at det å ha kunnskap om konsekvenser av sykdommen, gir kontroll og gjør den enkelte i stand til å handle mer riktig i hverdagen (44). Dette fører til mindre usikkerhet, og er noe også min studie viser.

I samme studie var det også stor enighet blant deltagerne om at dem ønsket og hadde behov for et oppfølgingskurs (44). Livsstilsendringer tar tid, og det å kunne komme tilbake etter å ha gjort sine egne erfaringer er noe de fleste ønsket.

Trygghet vet man også er viktig for å bedre etterlevelsen av legemiddelbehandlingen. Det er viktig at pasienter forstår hvorfor de tar medisinene siden dette er med på å øke etterlevelsen hos pasientene (45). Pasientopplæringskurs er et av stedene hvor denne informasjonen kan formidles. Opplæringen skal blant annet bidra til økt mestring ved sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og bedre helse og livskvalitet (46).

### Bivirkninger

Bivirkninger er noe som opptar mange i studien. Flere av deltagerne var bekymret hvis de selv leste oppramsingen av alle bivirkningene, og noen ville at legen fortalte om de vanligste bivirkningene når de begynte på nye medisiner.

I likhet med deltagerne i denne studien svarer også pasientene i Modig et al., sin studie at hvis de leser om bivirkninger først, så føler de at de lett kan innbille seg at de har de symptomene de leser om (42). De begynner å kjenne etter om de ikke merker noe til de symptomene. Samtidig viser masterstudien til Sørensen at pasientene der foretrakk at de ble informert om mulige bivirkninger på forhånd eller når de startet med medisinene (43). Helsepersonell sier i masteroppgaven til Sørensen at de mener pasienter bør være opplyste og forberedt på mulige bivirkninger før de, eller når de begynner på medisinene (43). Dette mener de kan være med på å forhindre at pasientene slutter på livsviktige, forebyggende medisiner. Hvis pasientene skulle oppleve bivirkninger, er det også viktig for helsepersonell å informere om løsninger og mulige tiltak. Det kan nødvendigvis ikke være sånn at man ikke skal merke noen ting av medisinene man bruker, men det bør jo ikke gå kraftig utover livskvaliteten.

### Generisk bytte byr på utfordringer

En annen ting som opptok noen av deltagerne var problematikken med generisk bytte.

Gruppen med helsepersonell i masteroppgaven til Sørensen sier at de skriver begge navn på resepten når pasienten blir skrevet ut ifra sykehuset, både handelsnavn og generisk navn (43). I tillegg sier de til dem, at enten får du det ellers får du det. Det er nesten ingen som klager lenger etter at de begynte med dette.

En studie nevner at generisk bytte gjorde det vanskelig å huske hvorfor du tok medisinen, og at du ble forvirret når du fikk forskjellige navn på medisinen fra gang til gang (42). Det samme var det flere som hadde problemer med i min studie. En studie fra 2018 fant at deltagerne hadde begrenset med farmasøytisk kunnskap, og de uttrykte usikkerhet på spørsmålet om generiske alternativer faktisk var likeverdige med merkevarer (47). I Modig sin studie var det også frykt for nye tilsetningsstoffer av dårligere kvalitet hvis man tok det billigste (42). Mine deltagere uttrykte ikke noe om dette, men synes det var forvirrende siden de ikke visste hva de egentlig tok av medisiner. Forvirring opplevde også pasienter fra masteroppgaven, som synes det var utfordrende når det ble nytt navn på medisinen de fikk på apoteket (43). Det kan gi utfordringer både ved at deltagerne faktisk ikke vet hva de går på når de skal informere om dette ved for eksempel sykehusinnleggelse, eller i tilfeller som på dette kurset de var på nå. Her gikk de antageligvis glipp av viktig og nyttig informasjon fordi de ikke kjente igjen navnene på medisinen de bruker. I en review kom det fram at det var forvirrende med generisk bytte, i en allerede forvirrende situasjon (45).

Søker informasjon hos lege og på apotek

Både lege og apotek har tillit hos de fleste av deltagerne. Fastlegen har oversikt over andre verdier som blodtrykk og kolesterol også, og derfor er det for flere helt naturlig å snakke med han/henne. Det var en deltager i min studie som mente at fastlegen ikke hadde god nok oversikt over sykdommen hans, og som savnet mer privat oppfølging hos en spesialist.

Modig et al., sin studie viser også at pasientene spør fastlegen sin, eller går på apoteket når de ønsker mer informasjon om legemidlene eller lurer på noe (42). Dette støttes også av en studie fra England (48). Begge studiene støtter også det min studie viste, at internett blir brukt av noen få, men ikke av så mange. Apoteket var også flinke til å opplyse om annen informasjon, som at tablettene bør tas med eller uten måltid (42). Masteroppgaven til Sørensen støtter at pasienter får god informasjon på apotek, også uten å måtte spørre om det (43). En svensk studie fra 2018 viser at deltagerne der også søker informasjon om legemidlene først og fremst ved å snakke med legen sin (49). Den studien viser også at mange av deltagerne i stor grad bruker internett til å søke informasjon om legemidlene, og ofte dobbeltsjekker de informasjonen de allerede har fått fra fastlegen sin. De yngste deltagerne i studien der var 40 år, og det kan jo hende at alderen har betydning for dette punktet. Min erfaring fra apoteket er at yngre bruker dataen og internett mer enn de som er eldre. Dette er selvfølgelig avhengig av flere faktorer, men generelt kan man si at yngre som er vokst opp med data og internett nok bruker dette mer som et oppslagsverk enn de som er eldre.

I likhet med min studie viste en studie fra Australia at deltagerne der gjorde som fastlegen sa, og at de hadde tillit til at det var riktig (50). De stolte på at legen fortalte det legen synes var nødvendig at de visste om medisinen. Samme studie viser imidlertid at deltagerne/pasientene der synes de generelt får lite informasjon om legemidler av lege og på apotek. Nå er jo dette en eldre studie (2007), så tiltak er satt i gang etter det for å bedre informasjonen til pasienter.

Jeg mener det er viktig at det gis informasjon om legemidler på pasientopplæringskursene. Selv om det var få av mine deltagere som hadde gjort noen konkrete endringer, så må det være godt å slippe den usikkerheten flere sa de hadde når det gjaldt legemidler før kurset. Siden bivirkninger er noe som naturlig nok opptar den enkelte i hverdagen, og generisk bytte oppleves forvirrende så bør det også komme inn

under informasjonen om legemidler på kurs. Det er kanskje ikke så enkelt å sette av tid til hver enkelt i løpet av et sânt kurs, men med generell informasjon så er det lettere og spørre fastlegen sin i etterkant av kurset hvis det er noe du har hørt om som du lurer på.

#### 4.2.2 Hva er en god måte å formidle legemidler på?

Foredragsholderne er viktige

Det kom tydelig fram i studien at det var viktig med foredragsholdere som var engasjerte. De fleste deltagerne fortalte at informasjonen de fikk om legemidler på kurset var viktig for de, og engasjerende foredragsholdere gjorde informasjonen lærerik og interessant.

De fleste deltagerne hadde også nytte av skriftlig informasjon i tillegg. Både som støtte under kurset og som oppslagsverk etter kurset.

For å finne en god måte å formidle om legemidler på, er det viktig å vite hva som er relevant og nyttig informasjon for pasienter. En studie slår fast at pasienter trenger klar og lettforståelig informasjon som forklarer både fordeler og risiko om medisinen, og som samtidig fremmer trygg og effektiv bruk (51). Denne studien har sett på hvordan man på best måte kan gi informasjon om reseptbelagte medisiner som både fremmer forståelse og hensiktsmessig bruk av medisinen til pasienter. Informasjonsbehovet er avhengig av den enkeltes kunnskap om sykdommen og legemiddelbehandling, og av tidligere erfaring (52). Hvor i behandlingsforløpet man er vil også påvirke behovet for informasjon. En norsk studie fra 2010, skriver at motivasjon er en viktig faktor hvis pasienter skal oppnå en god egenbehandling (53). Studien ser på hvordan voksne med diabetes type 2 oppfatter ulike forskjellige egenskaper for støtte gitt av helsepersonell, og hvordan ulike egenskaper kan påvirke menneskers motivasjon så de lettere kan være med å administrere sykdommen sin selv. Egenskaper som ble funnet viktige for disse pasientene var empatisk tilnærming, praktisk råd og informasjon, at de ble tatt med på avgjørelser, riktig og personrettet informasjon og gruppebasert veiledning. At helsepersonell har en viktig rolle for å motivere personer med diabetes, støttes også av Herre et al. (54). Denne studien påpeker også viktigheten av praktiske eksempler eller øvelser. Deltagerne økte kunnskapen sin ved for eksempel å gå en tur, og måle blodsukker både før og etter gåturen. Da kunne de i praksis se hvordan aktivitet påvirker blodsukkeret. Deltagerne på diabeteskurset i min studie hadde også denne øvelsen på timeplanen. I noen tilfeller fikk de økt blodsukker, noe som ble forklart med at det for enkelte kunne oppleves som stress, og at stress øker blodsukkeret. Jeg kom ikke inn på disse øvelsene i mine intervjuer, siden jeg var mest opptatt av hva de fikk ut av kurset med tanke på legemidler.

Ikke behov for å diskutere legemidler med andre

Helsepersonell i masteroppgaven til Sørensen poengterer at informasjonen som gis til pasienter bør tilpasses individuelt, fordi det er forskjellig hvor mye vi forstår av ting (43). Flere av deltagerne i min studie uttrykker også ønske om individuell informasjon fordi de tenker at legemidlers virkning er individuelt. En studie fra Sverige viser at pasientene ikke var interessert i medisiner generelt, de ønsket målrettet informasjon om de medisinene de selv brukte (49). Noen av pasientene i Oftedal sin studie tror derimot at deltagelse i små grupper vil være nyttig for dem (53). Der vil de kunne dele sine erfaringer, sin frustrasjon og sin frykt, og pasientene tror dette vil være verdifullt for dem. Mange av deltakerne i en annen studie sier også at det å ha en gruppe med

likesinnede har vært positivt for dem (55). De opplevde blant annet toleranse, aksept og optimisme.

Studiene over viser at det er uvanlig at pasienter som har deltatt på kurs ikke ønsker å diskutere informasjonen de fikk med andre. I min studie ble det spesielt spurt om de ønsket å diskutere informasjonen de fikk om legemidlene med de andre deltagerne på kurset. Dette kan være den forskjellen som gjør at min studie skiller seg ut fra flere andre. Legemidler kan virke ulikt fra person til person og det kan være store individuelle forskjeller. Disse forskjellene er det kanskje ikke så lett å gjøre noe med, som det for eksempel kan være å endre på noe ved kostholdet eller daglig aktivitet. Det kan være at akkurat den delen om legemidler kan være greit for kursdeltagere å få individuell veiledning på, og fortsette med generell informasjon i plenum. Nå ble jo ikke deltagerne i min studie delt i mindre grupper heller, så det er jo en mulighet for at de synes dette hadde vært nyttig om de hadde erfart dette.

#### 4.2.3 Hva er deltagerne opptatt av å lære om?

Fire av seks deltagere fra diabeteskurset og en av fire deltagere fra hjertekurset hadde i forkant av kurset forventninger om informasjon rundt kosthold.

Ei sier hun hadde forventninger om kostholdet fordi hun hadde hørt at de på kurset skulle lære mye om mat, og hva som var sunt. Av alle deltagerne på begge kursene var det kun en fra hjertekurset som hadde forventninger om å lære eller høre mer om legemidler. Flere av deltagerne sa at det var kostholdet som tar størst fokus i hverdagen, for der føler de at de kan påvirke mest selv. Deltagerne fortalte at de var klar over at det ofte var en sammenheng mellom kostholdet og medisinforgbruk. Dette var spesielt for deltagerne på diabeteskurset.

##### Opptatt av kosthold

Deltagerne fra diabeteskurset var opptatt av spørsmål rundt kosthold og dette var noe de brukte mye tid på i hverdagen. I en studie fant Tong et al. at pasienter strever med å forstå og opprettholde restriksjoner i kostholdet (56). De forteller om velmenende råd og informasjon fra flere kanter, og at denne informasjonen ofte ikke stemmer overens. Pasientene i studien følte også et stort behov for å få riktige og oppdaterte kostholdsråd om både innkjøp og tilberedning av maten. Det var også pasienter som slet med kostholdsrestriksjoner i sosial sammenheng. Det kom også tydelig fram i min studie der flere deltagere forteller at de føler de gjør noe ulovlig eller forbudt når de for eksempel har vært i bursdag. Tjelta og Holsen fant også i sin studie at det for diabetespasienter er viktig med kunnskap om riktig kosthold (44). Deltagerne der hadde blitt oppmerksomme på hvordan maten de spiste påvirket blodsukkeret, og at de hadde dårlig samvittighet fordi de var redd for å spise feil mat. Herre et al. fant også at deltagerne synes det var lettere å kontrollere måltidene når de hadde kunnskap om hvordan ulike ingredienser i maten påvirker blodsukkeret (54).

##### Ønsker å vite hvordan legemidler virker

På spørsmål om hvilke forventninger deltagerne hadde i forkant av kursene, så var det som tidligere skrevet kosthold alle bortsett fra en forventet å høre om. I etterkant av kurset kom det fram at det var viktig for deltagerne å få kunnskap om virkningen av legemidlene.

En svensk studie fant at pasienter som mottar mye informasjon om legemidlene de må bruke for sin hjertesykdom har større tiltro til behandlingen, og dermed også mindre

bekymringer rundt medisinerbruken sin (57). De har også større forståelse for nødvendigheten av behandlingen. De som mottok lite eller ingen informasjon hadde flere bekymringer rundt legemiddelbruken sin. Dette samsvarer med mine resultater om at det er viktig for tryggheten de følte i ettertid av kurset, at de vet hvorfor de bruker medisinen. Dette støttes av flere studier, og av både pasienter og helsepersonell (43,41).



## 5 Konklusjon

Resultatene fra studien viste at deltagerne hadde ulike holdninger til bruk av legemidler, men at de fleste syntes informasjonen om legemidler og legemiddelbruk var både lærerik og viktig for dem. Mange sa at det var kostholdet som tar størst fokus i hverdagen, og at de lærte mye om kosthold på kurset. Informasjonen de fikk om legemidler bidro til at de i etterkant av kurset følte seg mye tryggere enn før kurset siden de da visste mer om hvorfor de måtte ta medisiner og hvordan virkningen av medisinen var.

Det kunne med fordel vært flere deltagere fra hvert av kursene, eller at det ikke var to ulike kurs i samme studie. Dette gjorde det noe vanskelig å trekke konklusjoner etter intervjuene. Tilbakemeldingene fra de som hadde vært på kurs, og da spesielt de fra hjertekurset, var at de som arrangerte kunne vært mer spesifikke med tanke på hvilke hjertediagnoser deltagerne hadde. De syntes en del av informasjonen ble litt for generell, og spesielt delen om informasjonen om legemidler.

## Referanse

1. Vestre Viken, pasient- og pårørendeopplæring [Internett]. [hentet 08. mars 2018; sist oppdatert 25. februar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://vestreviken.no/pasient-og-parorendeopplering#mer-om-l%C3%A6ring-og-mestring>
2. Knutsen IR, Bossy D og Foss C. Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2? [Internett] 2017 [Oppdatert 06. april 2018]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/01/passar-gruppebaserte-laerings-og-mestringstilbud-alle-med-diabetes-2>
3. Kåss E. Kronisk [Internett]. Store medisinske leksikon. [hentet 10. mars 2018; sist oppdatert 16. november 2018]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kronisk>
4. Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB og Ginsburg AS. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. J Med internet Res. 2015
5. Statistisk sentralbyrå. Liste over 20 viktige kroniske sykdommer i allmennpraksis [Internett]. [hentet 10. mars 2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200703/05/tab-2007-06-19-04.html>
6. Franklin ZC, Smith NC, Fowler NE. A qualitative investigation of factors that matter to individuals in the pain management process Disabil Rehabil. 2016.
7. Åsvold BO. Diabetes [Internett]. Store Norske leksikon. [hentet 1. juni 2019; sist oppdatert 9. april 2019]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/diabetes>
8. Helsenorge [Internett]. Diabetes type 1, 2018. [hentet 1. juni 2019; sist oppdatert 26. november 2018]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sykdom/hormoner/diabetes/diabetes-type-1>
9. Diabestesforbundet. Diabetes Type 2 [Internett], 2016 [hentet 1. juni 2019; oppdatert 30. august 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
10. Komplikasjoner ved diabetes [Internett]. Diabetesforbundet. 20. August 2015 [hentet 1. juni 2019; oppdatert 21. mai 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/komplikasjoner/>
11. Afroz A, Alramadan MF, Hossain N, Romero L, Alam K, Magliano DJ et al. Cost-of-illness of type 2 diabetes mellitus in low and lower-middle income countries: a systematic review. BMC Health Services Research. 2018.
12. Fox CS, Golden SH, Anderson C, Bray GA, Burke LE, de Boer IH et al. Update on Prevention of Cardiovascular Disease in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Light of Recent Evidence: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Diabetes Association. 2015.
13. Colagiuri S, Lee CM, Wong TY, Balkau B, Shaw JE og Borch-Johnsen K. Glycemic thresholds for diabetes-specific retinopathy: implications for diagnostic criteria for diabetes. Diabetes Care. 2011.
14. Arnesen H og Forfang K. Hjertesykdom [Internett]. Store Norske leksikon. [hentet 1. juni 2019; oppdatert 2. mai 2019]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/hjertesykdom>.

15. Ariansen I, Selmer R, Graff-Iversen S, Egeland GM og Sakshaug S. Hjerte- og karsykdommer i Norge [Internett]. 30. juni 2014; [hentet 1. juni 2019; oppdatert 9. august 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
16. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internett], 2017. [hentet 30. august 2019; sist oppdatert 17. mai 2017]. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
17. Leve med hjerte- og karsykdommer [Internett]. Nasjonalforeningen for folkehelsen. [hentet 1. juni 2019; oppdatert 27.01.2019]. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/hjertesunne-levevaner/>
18. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien [Internett]. Helsedirektoratet; Februar 2011. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/255/Riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter-beboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-IS-1887.pdf>
19. Fisher D, Wicks P og Babar ZUD. Medicine and the future of health: reflecting on the past to forge ahead. 2016
20. Legemiddelbruk [Internett]. folkehelseinstituttet.no. [hentet 31. mai 2019] Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#legemiddelbruk>
21. Reseptregisteret [Internett]. Folkehelseinstituttet.no, [hentet 31. mai 2019] Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/reseptregisteret/>
22. Soldal J. Så mye brukte vi på legemidler i fjor [Internett]. apotek.no; 5. februar 2018. [hentet 25. februar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/2018/statistikk-legemiddelbruk-i-2017>
23. Viktil KK og Blix HS. Klinisk farmasi – en lærebok. Fagbokforlaget; 2017.
24. Chu Z, Zhang X og Meng B. Value of patient education in the treatment of allergic rhinitis. 2015.
25. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw JM, Prictor M, Kaufman C, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. Cochrane Consumers and Communication Group. 2014.
26. WHO, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [Internett], 2003. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
27. Viswanathan M, Golin CE, Jonas CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Ann Intern Med. 2012.
28. Hov I, Bjartnes M, Slørdal L og Spigset O. Tas legemidler som foreskrevet? Tidsskr Nor Lægeforen 2012;132:418-22
29. Solberg HS, Steinsbekk A, Solbjør M, Granbo R og Garåsen H. Characteristics of a self-management support programme applicable in primary health care: a qualitative study of users' and health professionals' perceptions. BMC Health Serv Res. 2014.
30. Ridsdale L, Philpott S.J, Krooupa A-M og Morgan M. People with epilepsy obtain added value from education in groups: results of a qualitative study. Eur J Neurol. 2017

31. Kvalitativ metode [Internett]. Helsebiblioteket; 07. juni 2019 [hentet 10. mars 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
32. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Universitetsforlaget; 2017.
33. Antikoagulasjonsbehandling [Internett]. Store Norske Leksikon [hentet 01. februar 2019; sist oppdatert 5. desember 2018]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/antikoagulasjonsbehandling>
34. Nordeng H, Øye I. Nitroglyserin [Internett]. Store medisinske leksikon. [hentet 01. februar 2019; sist oppdatert 25. april 2019]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/nitroglyserin>.
35. Vaaler S. Insulin [Internett]. Store medisinske leksikon. [hentet 27. januar 2019; sist oppdatert 16. november 2018]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/insulin>
36. Langaas H C, Fleiner H F, Nye kombinasjonsmidler med insulin og GLP-1-analoger [Internett]. Relis.no; 31. oktober 2018 [hentet 29. januar 2019; oppdatert 17. januar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://relis.no/content/4973/Nye-kombinasjonsmidler-med-insulin-og-GLP-1-analoger>
37. Legemiddelhandboka.no. Perorale blodglukosesenkende midler [Internett]. [hentet 27. januar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/#L3.2#Perorale%20blodglukosesenkende%20midler>
38. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.
39. Forskerrollen [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [hentet 31. mai 2019; sist oppdatert: 15. januar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
40. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [oppdatert: 15. januar 2010; hentet 7. mai 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-quantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
41. Vučićević KM, Miljković BR, Golubović BC, Jovanović MN, Vezmar SD, Kovačević V, et al. Expectations, concerns, and needs of patients who start drugs for chronic conditions. A prospective observational study among community pharmacies in Serbia. Eur J Gen Pract; 2018.
42. Modig S, Kristensson J, Troein M, Brorsson A og Midlöv P. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. BMC Geriatr. 2012.
43. Sørensen K M. Hvilken legemiddelinformasjon trenger hjertepasienter? [Internett]; Institutt for farmasi; Mai 2016. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9494/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
44. Tjelta M, Holsen I. Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie [Internett]. Nordisk sygeplejeforskning. Mars 2013 Tilgjengelig fra:

- [https://www.idunn.no/nsf/2013/03/det\\_gaar\\_an\\_aa\\_mestre\\_det\\_mesteved\\_aa\\_g\\_aa\\_paa\\_saanne\\_kurssom\\_d](https://www.idunn.no/nsf/2013/03/det_gaar_an_aa_mestre_det_mesteved_aa_g_aa_paa_saanne_kurssom_d)
45. Kelly M, McCarthy S og Sahm J. Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature. *Eur J Clin Pharmacol*; 2014.
  46. Fønhus MS, Dalsbø TK, Johansen M, Fretheim A, Skirbekk H og Flottorp SA. Patient-mediated interventions to improve professional practice. *Cochrane Database Syst Rev*; 2018.
  47. Taylor AM, Axon RD , Campbell P, Fair MK, Nelson M, Boesen K, et al. What Patients Know About Services to Help Manage Chronic Diseases and Medications: Findings from Focus Groups on Medication Therapy Management. *J Manag Care Pharm*; 2018.
  48. Mackridge AJ, Rodgers R, Lee D, Morecroft CW og Krska J. Cross-sectional survey of patients' need for information and support with medicines after discharge from hospital. *Int J Pharm Pract*; 2017.
  49. Bastholm-Rahmner P, Lars L. Gustafsson, Kristina Aggefors, Kristina Ateva, Susanne Elfving, Jaran Eriksen, et al. Patients' knowledge and attitudes to the Wise List - a drug formulary from the Stockholm Drug and Therapeutic committee. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:176.
  50. Lee DY, Armour C, Krass I. The development and evaluation of written medicines information for type 2 diabetes. *Health Educ Res.* 2007 Dec;22(6):918-30.
  51. Kish-Doto J, Scales M, Eugino-Medina P, Fitzgerald T, Tzeng JP, McCormack LA et al. Preferences for patient medication information; What do patients want? *J Health Commun*; 2014.
  52. Informasjon om legemidler til pasient og helsepersonell [Internett]. regjeringen.no; 2017 [hentet 6. august 2019; sist oppdatert: 15. januar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/legemidler/innsikt/informasjon-om-legemidler-til-pasient-og-helsepersonell/id434587/>
  53. Oftedal B, Karlsen B, Bru E. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. 2010.
  54. Herre AJ, Graude M, Kolltveit BCH og Gjengedal E. Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scand J Caring Sci*; 2015.
  55. Ussher J, Kirsten L, Butow P og Sandoval M. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine*; 2006.
  56. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis.* 2009.
  57. Ivarsson, B, Hesselstrand R, Rådegran G og Kjellström B. Adherence and medication belief in patients with pulmonary arterial hypertension or chronic thromboembolic pulmonary hypertension: A nationwide population-based cohort survey. *Clin Respir J*; 2018.

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Intervjuguide

**Vedlegg 2:** Informasjonsskriv

**Vedlegg 3:** Samtykkeskjema

**Vedlegg 4:** Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

**Vedlegg 5:** Godkjenning om utsettelse fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

## **Vedlegg 1**

### **INTERVJUGUIDE:**

#### **Informasjon**

Dette er en studie om hvordan pasienter opplever informasjonen de får om legemiddelbruk når de deltar på pasient- og pårørende opplæring ved et Lærings- og mestringsenter.

#### **Hensikten**

Undersøke hvordan pasienter med kroniske sykdommer opplever informasjonen de får om legemiddelbruk når de deltar på pasient- og pårørende opplæring, og hvordan de bruker den informasjonen i dagliglivet.

#### **Bakgrunnsinformasjon:**

Kjønn

Alder

Utdannelse

Arbeidssituasjon

Bosituasjon (alene, bor med samboer/ektefelle, med barn)

Hvilket år ble du (kronisk) syk (av hjertesykdommen)

Diagnose, hjertesykdom

Andre sykdommer i tillegg (kroniske)

Legemiddelbruk

- Hvor mange faste medisiner tar du?
- Hva heter de?
- Har du noen medisiner du tar ved behov?
- Hvis ja, hvilke?

Har du deltatt på lignende kurs tidligere?

Tema som introduseres:

1. Opplevelse av informasjonen om legemiddelbruk på kurset
2. Hvordan har denne informasjonen påvirket dagliglivet ditt

### **Opplevelse av informasjonen om legemiddelbruk på kurset**

**Kan du fortelle meg om hvordan du opplevde informasjonen om legemiddelbruk på kurset?**

#### **Støttespørsmål**

- Hvilke legemidler du fikk høre om på kurset, (hvis du husker det.)
- Hvordan ble informasjonen om legemidlene lagt fram?

**Følte du at informasjonen som ble lagt fram var forståelig?**

- **På hvilken måte var informasjonen du fikk om legemiddelet eller legemidlene relevant informasjon for deg?**
  - **Var det noen av de du bruker selv?**
  - **Før mye / lite info?**

**Diskuterte du informasjonen du fikk om legemidler med de andre deltakerne på kurs**

- **Hvis ja,**
  - **Hvordan opplevde du dette?**
  - **Ga det deg noe ekstra informasjon å diskutere dette med de andre deltakerne?**
  - **Hadde du noe nytte av å høre om de andres erfaringer?**
  - **Hvordan opplevde du informasjonen du fikk fra de andre deltakerne, kontra informasjonen legen ga?**
- **Hvis nei,**
  - **Hadde dere mulighet til å diskutere med de andre?**
  - **Hvis ja på spm over: Hvorfor valgte du og ikke gjøre det?**
- **Skulle du ønske du hadde mulighet til å diskutere informasjonen du fikk om legemidlene med de andre deltagerne?**
- **Var noe av informasjonen du fikk rettet mot din personlige legemiddelbruk?**
- **Var det noe informasjon du savnet?**

**Hvordan har informasjonen du fikk om legemidlene påvirket hva du gjør i dag**

Hvordan har du brukt informasjonen du fikk om legemiddelbruk i dagliglivet ditt?



- (Følge opp med et eller flere oppfølgende spørsmål ut i fra svaret, linket opp mot om dette er endringer gjort etter info fra kurset)

### **Støttespørsmål**

- **Kan du si noe om hvordan du bruker legemidler i dag?**
  - **Følger du doseringen som legen har sagt?**
- **Tenker du at du har gjort noen tilpasninger ut i fra informasjonen du fikk på kurset?**
  - **Har du endret noe på medisineringsen din etter kurset?**
- **Hvis ja:**
  - **Kan du fortelle litt om hvilke endringer du har gjort?**
    - **Tar du f.eks. legemidlene til andre tider som er mer, eller mindre gunstig for deg?**
    - **Bruker du legemiddelet på en annen måte?**
    - **Kan du si litt om endringen er et valg du gjorde på grunn av informasjonen om legemidler du fikk på kurset?**
- **Hvordan har hverdagen din endret seg etter informasjonen du fikk om legemiddelbruk?**
- **Hvordan kunne informasjonen om legemiddelbruk vært lagt opp så du fikk mer utbytte av det?**
- **Er det noe du ønsker å legge til?**

### **Hvis det ikke har vært noen endringer basert på informasjonen om legemiddelbruk på kurset**

- **Hva tenker du om medisinbruk generelt?**
  - **Er du komfortabel med å ta medisinene dine?**

**Hvor søker du info hvis/ når du lurer på noe?**

- **Hvis på nettet, er det noen spesielle sider du går inn på, eller leser du alt?**

**Hvilke forventninger hadde du til kurset?**

**Hvis du fikk muligheten til en oppfølgingsamtale, ville du ønsket det?**

**Har du noe å tilføye?**

**Hvordan opplevde du intervjusituasjonen?**

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

***”Hvordan opplever personer som har deltatt på pasientopplæring ved et norsk sykehus at informasjonen om legemiddelbruk er på kurset, og hvordan bruker de denne informasjonen i dagliglivet”***

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i en vitenskapelig undersøkelse.**

Målet er å finne ut av din opplevelse av informasjonen om legemiddelbruk på pasientopplæringskurs og bruk av dette i dagliglivet. Du vil bli spurt om å stille opp på et intervju på et senere tidspunkt, og dette intervjuet vil vare ca en time.

### **Formål.**

Dette er en masteroppgave og målet med denne studien er å finne ut hvordan personer med kronisk sykdom som har deltatt på pasientopplæring ved ett norsk sykehus oppfatter informasjonen om legemiddelbruk på kurset, og hvordan de bruker denne informasjonen i dagliglivet sitt.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Aslak Steinsbekk, Professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Beate Ørjansen, farmasistudent, skriver masteroppgaven og vil gjennomføre intervjuene

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta siden du har vært på et pasientopplæringskurs ved et norsk sykehus.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta innebærer det at du stiller på et intervju. Intervjuet vil være en samtale mellom deg og en masterstudent i farmasi. Du vil bli spurt om hvordan du opplevde informasjonen om legemiddelbruk du fikk på kurset, og hvordan du bruker denne informasjonen i dagliglivet ditt.

Varigheten av intervjuet vil være rundt en time, og det vil bli tatt lydopptak og notater av intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun studenten som intervjuer deg og veileder som vil ha tilgang til opplysningene du gir.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Utskriftene fra lydbåndene vil bli anonymisert. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Selve lydopptakene vil bli oppbevart i et innelåst skap, og slettet ved prosjektets slutt, ca 30.juni 2019. Dette informasjonsskrivet og samtykkeskjemaene vil også bli oppbevart i et innelåst skap.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2019. Alle innsamlede personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Aslak Steinsbekk, e-post: [aslak.steinsbekk@ntnu.no](mailto:aslak.steinsbekk@ntnu.no) eller telefon 73597574
- Farmasistudent, Beate Ørjansen e-post: [beateorj@stud.ntnu.no](mailto:beateorj@stud.ntnu.no) eller telefon 9287642
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Eventuelt student

## **Vedlegg 3: Samtykkeskjema**

### **Samtykkeskjema**

Deltagelse i vitenskapelig undersøkelse.

Opplevelse av informasjonen om legemiddelbruk på pasientopplæringskurs og bruk av dette i dagliglivet.

#### **Bakgrunn og hensikt**

Målet med denne studien er å finne ut hvordan personer med kronisk sykdom som har deltatt på pasientopplæring ved ett norsk sykehus oppfatter informasjonen om legemiddelbruk på kurset, og hvordan de bruker denne informasjonen i dagliglivet sitt.

#### **Hva innebærer studien?**

Intervjuet vil være en samtale mellom deg og en masterstudent i farmasi. Du vil bli spurt om hvordan du opplevde informasjonen om legemiddelbruk du fikk på kurset, og hvordan du bruker denne informasjonen i dagliglivet ditt. Varigheten av intervjuet vil være rundt en time. Det vil bli gjennomført på et sted du ønsker. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Dette opptaket vil bli skrevet ut rett etter intervjuet i anonymisert form. Det er søkt om tillatelse av NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) til å gjennomføre studien, og alle opptak vil bli slettet ved prosjektslutt som forventes å være juni 2019.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes i denne studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Alle innsamlede personopplysninger vil ved prosjektslutt (juni 2019) bli slettet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til personlige opplysninger. Alle som har innsyn har taushetsplikt. Utskriftene fra lydbåndene vil bli anonymisert. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du senere vil trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Beate Ørjansen på telefon 918 76 424.

#### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg.**

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

#### **Informasjon om utfallet av studien**

Du har rett til å få informasjon om resultatet av studien

#### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

#### **Vedlegg 4:** Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 609888 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.01.2019 og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 30.06.2019.

#### FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS

Når man gjennomfører forskning på egen arbeidsplass medfører dette noen problemstillinger. Dette gjelder særlig med tanke på rekruttering, blant annet må frivilligheten ved deltakelse understrekes. Vi anbefaler at studenten setter seg inn i disse ved å lese på våre nettsider:

[nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen\\_arbeidsplass.html](http://nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html)

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

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

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



OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle

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

**Vedlegg 5:** Godkjenning om utsettelse fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 609888 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 31.07.2019.

Vi har nå registrert 01.09.2019 som ny sluttdato for forskningsperioden.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Med vennlig hilsen NSD

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

