

Niki Farmani

**Apotekansatte farmasøytens rolle som  
livsstilsveiledere**

- Med fokus på forebygging av hjerte- og karsykdommer

Masteroppgave i farmasi  
Veileder: Tonje Krogstad  
Mai 2020

## **FORORD**

Denne oppgaven er skrevet i perioden august 2019 til mai 2020 som en del av mastergraden min i farmasi. Den er skrevet ved fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for klinisk molekylær medisin ved Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet.

Jeg vil rette en stor takk til alle farmasøytene som har vært med i denne studien og gitt samtykke til å bli intervjuet slik at denne masteroppgaven ble mulig å gjennomføre.

Videre vil jeg takke veilederen min Tonje Krogstad for svært god veiledning, inspirasjon og støtte under hele perioden. I tillegg vil jeg takke andre forelesere fra NTNU som Siver Andreas Moestue for gode råd og tips.

Jeg vil også takke både NTNU og OsloMet for å ha gitt meg muligheten til å skrive denne masteroppgaven i tillegg til tilgjengelighet til deres fasiliteter.

Til slutt vil jeg takke familien min og vennene mine på masterstudiet som har støttet og motivert meg gjennom hele året.

Oslo, mai 2020  
Niki Farmani

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I nyere tid har det blitt et stort fokus på ernæring, kosthold og trening og det er stadig flere mennesker som bryr seg om livsstilen sin. Det har for eksempel blitt rettet mye fokus på livsstilstiltak i de nasjonale faglige retningslinjer for blant annet diabetes og forebygging av hjerte- og karsykdom. Hjerte- og karsykdommer er en av hoveddødsårsakene i Norge og omfavner risikofaktorer som farmasøyter har mye kunnskaper om. Derfor kan farmasøyter være en ressurs for å gi forebyggende kostholds og livsstilsråd og på denne måten redusere antall mennesker som får hjerte- og karsykdommer. Hovedsakelig er det leger, ernæringsfysiologer og personlige trenere som snakker med pasienter om kosthold og trening. Men farmasøyter har også en viktig rolle i forebyggende helsearbeid, og apotekene er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for mange pasienter.

**Hensikt:** Formålet med denne oppgaven var å undersøke farmasøytens holdninger angående livsstils- og kostholdsveiledning til pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer. I tillegg ble det undersøkt hvordan farmasøytene brukte kunnskapen sin og om de eventuelt møtte på utfordringer i prosessen. Det var ønskelig å finne ut i hvor stor grad farmasøytene følte seg kompetente nok til å gi livsstilsråd og hva de syntes om livsstilsveiledning som en eventuell tjeneste i apotek.

**Materiale og metode:** Kvalitativ metode ble brukt i denne studien ved hjelp av 10 semistrukturerte dybdeintervju. Informantene ble valgt ut utifra deres yrkestittel som farmasøyt og at de jobbet i primærapotek i Oslo. Etter at intervjuene ble tatt opp på lydbånd ble de transkribert, systematisert og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC).

**Resultater:** Basert på funnene i studien hadde farmasøytene for det meste positive holdninger til livsstilsveiledning i apotek selv om det var en del delte meninger. Deres kunnskaper innenfor dette temaet sett sammen med dagens forespørsel av livsstilsveiledning, ble sett på som tilstrekkelig. Dersom de skulle begynne å fokusere på å gi livsstilsveiledning til pasienter i større grad enn tidligere eller om det skulle blitt gjort til en apotekjeneste, mente farmasøytene at opplæring og kurs måtte på plass. Imidlertid var det mange utfordringer farmasøytene mente man møter på under slike veiledninger innenfor blant annet tid, økonomi og at det er et følsomt tema for pasienten.

### **Konklusjon:**

Farmasøytene hadde litt ulike holdninger til å gi livsstilsveiledning i apotek, men de aller fleste var positive så lenge det fulgte med et opplæringsopplegg, de fikk støtte fra andre helsepersonellgrupper og at det var mulig å få noe form for økonomisk inntjening ut av det. Slik som situasjonen er i dag var det lite aktivt livsstilsveiledning i apotek og farmasøytene ville ikke nødvendigvis følt seg kompetente nok utføre en livsstilsveiledning som en tjeneste uten opplæring. Livsstil og kosthold er viktige temaer i dagens samfunn og burde bli satt mer fokus på da dette kan forsinke, eller muligens forhindre en utvikling av hjerte- og karsykdommer hos pasienter med risikofaktorer.

## Abstract

**Background:** In recent times there has been a major focus on nutrition, diet and exercise and more people are caring about their lifestyle. For example a lot of focus has been placed on lifestyle-measures in the national academic guidelines for diabetes and the prevention of cardiovascular disease. Cardiovascular diseases are one of the main causes of death in Norway and embraces risk-factors that pharmacists have a lot of knowledge about. Therefore, pharmacists can be a source for providing preventative diet and lifestyle advice and in this way reduce the number of people suffering from cardiovascular diseases. Today it is mostly doctors, nutritionists and personal trainers that talk to patients about diet and exercise. But pharmacists also have an important role to play in preventative healthcare, and pharmacies are an easily accessible low-threshold offering for many patients.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate pharmacists' attitudes regarding lifestyle and dietary guidance to patients with risk factors for developing cardiovascular diseases. In addition, it was examined how pharmacists used their knowledge and if they encountered any challenges in the process. It was desirable to find out to what extent the pharmacists felt competent enough to provide lifestyle advice and what they thought of lifestyle guidance as a possible pharmacy-service.

**Material and method:** Qualitative method was used in this study using 10 semi-structured in-depth interviews. The informants were selected on the basis of their profession title as a pharmacist and that they worked in a primary pharmacy in Oslo. After the interviews were recorded on audio tapes, they were transcribed, systematized and analysed using Systematic Text Condensation (STC)

**Results:** Based on the findings in the study, pharmacists mostly had positive attitudes regarding lifestyle guidance in pharmacies even though there were some shared opinions. Their knowledge on this topic, together with today's request for lifestyle guidance, was seen as adequate. If they were to start focusing on providing lifestyle guidance to patients to a greater extent than before or if it had been turned into a pharmacy service, then the pharmacists felt that training and courses needed to be in place. However, there were many challenges that pharmacists felt were encountered under such guidance within time, finances and that it is a sensitive topic for the patient.

### Conclusion:

The pharmacists had slightly different attitudes about providing lifestyle guidance in pharmacies, but mostly they were positive as long as it came with a training program, they received support from other healthcare-workers and that it was possible to get some kind of financial earnings out of it. As the situation is today, there was little active lifestyle guidance in the pharmacies and the pharmacists would not necessarily feel competent enough to perform a lifestyle-guidance as a service without training. Lifestyle and diet are important issues in today's society and should be given more focus as this may delay or possibly prevent the development of cardiovascular diseases in patients with risk factors.

# Innholdsfortegnelse

<b>Figurer</b> .....	7
<b>Tabeller</b> .....	7
<b>Forkortelser og begrepsforklaringer</b> .....	7
<b>1. Bakgrunn</b> .....	8
<b>1.1. Introduksjon</b> .....	8
1.1.1 Hensikt.....	9
<b>1.2 Teoretisk bakgrunn</b> .....	10
1.2.1 Samfunn i endring .....	10
1.2.2 Farmasøytiske tjenester i apotek.....	11
1.2.3 Livsstilssykdommer- Hjerter- og karsykdommer.....	12
1.2.4 Livsstilsveiledning .....	13
1.2.5 Farmasøytens bidrag til helsehjelp.....	13
<b>2. Metode</b> .....	15
<b>2.1 Valg av metode</b> .....	15
<b>2.2 Utvalg og rekruttering</b> .....	15
<b>2.3 Intervjuguide</b> .....	16
<b>2.4 Gjennomføring av intervjuer</b> .....	17
<b>2.5 Databehandling og analyse</b> .....	17
<b>2.6 Etske hensyn</b> .....	19
<b>2.7 Forskerrollen</b> .....	19
<b>2.8 Litteratursøk</b> .....	20
<b>3. Resultater</b> .....	21
<b>3.1 Data om deltakerne</b> .....	21
<b>3.2 Resultater fra dybdeintervjuene</b> .....	22
<b>3.3 Kompetanse og ferdigheter</b> .....	23
3.3.1 Farmasøytens kompetanse.....	23
3.3.2 Trygghet og troverdighet .....	25
3.3.3 Opplæring .....	26
3.3.4 Pasienters kompetanse.....	27
<b>3.4 Ansvar og holdninger</b> .....	28
3.4.1 Ansvarsfordeling .....	28
3.4.2 Samarbeid med annet helsepersonell.....	29

3.4.3	Apotekene kan bidra mer.....	30
3.4.4	Farmasøytens holdninger.....	30
3.5.1	Motstand utenifra.....	31
3.5.2	Økonomi.....	32
3.5.3	Tid.....	33
3.5.4	Følsomt tema for pasienten.....	34
3.5.5	Pasientens sykdomshistorie.....	35
<b>3.6</b>	<b>Livsstilsveiledning som eventuell tjeneste.....</b>	<b>35</b>
3.6.1	Initiativ.....	35
3.6.2	Hvem kan utføre tjenesten.....	35
3.6.3	Hvordan utføre tjenesten.....	37
3.6.4	Hvilke pasienter har behov for tjenesten.....	39
<b>4.</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Kompetanse og ferdigheter.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Ansvar og holdninger.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>Utfordringer.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4</b>	<b>Livsstilsveiledning som eventuell tjeneste.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5</b>	<b>Metodediskusjon.....</b>	<b>48</b>
4.5.1	Validitet.....	49
4.5.2	Reliabilitet.....	51
<b>5.</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>52</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>53</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>57</b>

## Figurer

Figur 1: Førstegangsinfarkt i aldersgruppen 65-84. Aldersjustert, antall per 100 000. Hentet fra FHI (22).....	12
Figur 2: Helsetrappen, hentet fra Apotekforeningen (29).....	13
Figur 3: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier .....	22

## Tabeller

Tabell 1: Tabellen viser utvalget av informanter basert på kjønn, alder, erfaring, utdanning, stilling som apoteker, apotekkjede, antall ansatte på apoteket og beliggenhet. ....	21
---	----

## Forkortelser og begrepsforklaringer

<b>Kjernejournal</b>	Elektronisk tjeneste som inneholder viktige opplysninger om ens helse, som både enkeltpersonen og noen helsepersonell har tilgang til (1).
<b>LEON</b>	Laveste effektive omsorgsnivå
<b>LUA</b>	Legemidler utenom apotek
<b>NSD</b>	Norsk senter for forskningsdata
<b>Primærapotek</b>	Apotek som hovedsakelig baserer seg på salg av legemidler til den enkelte legemiddelbruker, enten etter resept fra forskrivere eller reseptfritt salg (2).
<b>REK</b>	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.
<b>Pasienter/kunder</b>	I denne oppgaven har det blitt brukt ordet pasienter og ikke kunder til å beskrive mennesker som besøker apoteket.

# 1. Bakgrunn

## 1.1. Introduksjon

Farmasøyter er autorisert helsepersonell og har en bred ekspertise på legemidler. En farmasøyt har kunnskap om blant annet forskning, produksjon og klinisk bruk av legemidler (3). En vanlig arbeidsplass for farmasøyter er apotek og her skal de sikre forsvarlig utlevering av legemidler og medvirke til riktig legemiddelbruk gjennom veiledning og farmasøytiske tjenester (4).

I Apotekloven defineres apotek som et salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, og som er fysisk tilgjengelig for publikum (5). Loven stiller også krav til at personalet har tilstrekkelig kompetanse for å sikre god kvalitet og sikkerhet (4). Under Stortingsmeldingen *Rett kurs mot riktige legemiddelbruk* (2004-2005) ble det nevnt at den overordnede målsettingen for legemiddelpolitikken var riktig legemiddelbruk. I tillegg kom det frem at legemidler var en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten, men at det var flere faktorer som spilte inn ved pasientbehandling. Derfor kom de frem til at hva som er den beste behandlingen for hver enkelt pasient burde prioriteres (4).

Farmasøytens rolle har forandret seg mye de siste årene. Det har gått fra å handle om egenproduksjon og salg av legemidler, til å omhandle utlevering og rådgivning av industrifremstilte legemidler, salg av kosmetikk og andre helseprodukter (6). Farmasøyten er viktig i dagens helsevesen men mye tyder på at fokuset i fremtiden i enda større grad vil flyttes fra håndtering av legemidler til farmasøytiske rådgivningstjenester og folkehelsearbeid. (7) I Legemiddelmeldingen (2014-2015) ble det lagt stor vekt på muligheten for bedre utnyttelse av farmasøyter i helsetjenesten, mye av dette for å øke pasientsikkerheten, sikre god behandling og lave kostnader for det offentlige (8).

Farmasøyter er helsepersonell, hovedoppgaven til helsepersonell er å yte helsehjelp. I følge Lov om helsepersonell skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig (9).

Ut i fra dette er det åpent for vurdering i hvor stor grad veiledning innenfor andre helsespørsmål enn bruk av legemidler er forventet av farmasøyter og om dette er nødvendig.

Apoteket har blitt mye mer tilgjengelig nå de siste årene etter den nye lovgivningen fra 2001 som ga friere regulering av etablering og eierskap av apotek. Tidligere var det begrensninger som var styrt av myndighetene som omhandlet blant annet antall apotek det skulle være i Norge og beliggenheten til disse. I tillegg til dette var det et krav om at eierne måtte ha universitetsutdanning i farmasi.

Etter at disse kravene ble fjernet ble det en stor økning på antall apotek i Norge. Bare to år etter innføring av loven ble det åpnet 110 nye apotek. Hvis man sammenligner dette med ti-året før fra 1991-2000 hvor det kun ble åpnet 71 nye apotek, ser man den høye økningen (10).

Dette gjorde at apotek ble mye mer tilgjengelig for pasienter i tillegg til mindre ventetid som dro ned terskelen for bruk av apotek hos pasienter. I tillegg til økt tilgjengelighet



ble det også økt konkurranse, spesielt etter innføringen av salg av legemidler utenom apotek (LUA) i 2003 (11). Siden apotekene ikke lenger har monopol på salg av legemidler er det enda viktigere for farmasøytene å kunne vise kunnskapen sin gjennom blant annet tjenester eller rådgivning i apotek.

### **1.1.1 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke holdninger farmasøyter har til å utføre livsstilsveiledning i apotek for pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer. I tillegg vil det være interessant å finne ut hvordan de anvender kunnskapen de har og utfordringer de eventuelt møter. Siden livsstilsveiledning ikke nødvendigvis er hovedfokuset i en farmasiutdanning vil det være naturlig å komme inn på hvor kompetente de føler seg til å utføre en slik veiledning og hvor stort ansvar de føler de har når det kommer til kosthold og trening. Om farmasøytene kan se for seg livsstilsveiledning som en apotektjeneste i fremtiden er også aktuelt.

## 1.2 Teoretisk bakgrunn

### 1.2.1 Samfunn i endring

Gjennomsnittsalderen i Norge har økt mye de siste årene, i januar 2019 var gjennomsnittsalderen for befolkningen i Norge 40,3 år. Selv om fruktbarheten i Norge betydelig har gått ned er antall mennesker som dør mye færre enn antall mennesker som blir født (12).

Dette vil si at samfunnet må finne bedre løsninger for å løse dagens helse- og omsorgsoppgaver dersom det skal være samme tilbud som det er i dag. Siden en veldig stor andel av innbyggerne i Norge er eldre blir det store politiske gjennomslag innen helse og omsorg. For å unngå at prioriteringen av helse og omsorg går på bekostning av andre offentlige tjenester må man bruke den arbeidskraften man har mer effektivt (13).

I de siste årene har helsevesenet forandret seg mye. På grunn av demografiske endringer og økt inntekt har etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester også økt. I fremtiden vil sannsynligvis arbeids-utnyttelse av helsepersonell forandres av samfunnsmessige årsaker som kan påvirke både tilbud og etterspørsel av helsepersonell. De samfunnsmessige årsakene kan blant annet være teknologisk utvikling, demografiske endringer, medisinsk utvikling, arbeidsdeltagelse, befolkningens helsetilstand og inntekt (13).

Den eldste delen av befolkningen som ofte har behov for mye helsehjelp bor veldig spredt rundt om i Norge og mangelen på teknologiske løsninger i helse- og omsorg fører til økt behov for helsepersonell. I tillegg vil økte inntekter føre til økt betalingsvilje både med tanke på å betale skatt for å finansiere helsetjenester men også privat forbruk. Medisinsk utvikling i retning mot forbedrede behandlingsresultater har også ført til at flere helseproblemer kan behandles, som igjen øker etterspørselen etter helsetjenester (13).

Siden samfunnet vårt stadig er i utvikling vil tilbud og etterspørsel av helsepersonell endres. Det er mye fokus på å gjøre alt så arbeidsbesparende og økonomisk besparende som mulig, her kan farmasøyer spille en rolle da apotek er et lavterskeltilbud (13). Lavterskeltilbud har som formål at den enkelte får dekket grunnleggende behov. Tilbudet skal ha åpningstider som er tilpasset målgruppen og at man kan få hjelp av personell med kompetanse uten henvisning eller krav om betaling. Siden apotek er lavterskeltilbud gir det økt tilgjengelighet som bidrar til mulighet for tiltak på et tidligere tidspunkt, som igjen kan føre til utredning og behandling som kan hindre at problemer/sykdommer videreutvikles eller vedvarer (14).

Forandringene man ser handler også mye om at langt flere mennesker nå interesserer seg for egen helse blant annet på grunn av det økte fokuset i samfunnet. Derfor utgjør helse- og omsorgssektoren en betydelig økende del av det norske arbeidsmarkedet (13). Den økte forespørselen av helsepersonell har mye sammenheng med den betydelige økningen i antall eldre frem mot 2035. En viktig faktor er de store årskullene som var født etter krigen som kan ha behov for helsetjenester (15). Gradvis flere eldre og økende levealder drar i retning økt etterspørsel etter både helse- og omsorgstjenester (13).

Dette vil si at ressursbruken i helsevesenet må forbedres og man må finne nye og alternative måter å gi alle som trenger helsehjelp (15).

Det har vært en del usikkerhet rundt andre faktorer som kan ha betydning for ressursbruken i fremtiden. Dette går blant annet på i hvilken grad helsetilstanden vil bedre seg når levealderen øker og omfanget av ubetalt pleie og omsorgsarbeid i hjemmet. Men selv om disse faktorene skulle økt i takt med antall eldre vil det fortsatt være en betydelig økning i etterspørsel av helsepersonell. For en del helsepersonell som leger, sykepleiere og helsefagarbeidere har helsevesenet vært i stor grad avhengig av innvandring fra utlandet. Så hvis det blir tatt utgangspunkt i dagens mønstre for utdanning og innvandring vil det være en balanse mellom tilbud og etterspørsel til disse gruppene fram til 2035 (15).

Økning i antall eldre i befolkningen har vært kjent i lang tid og allerede nå er det blitt registrert mangel på blant annet sykepleiere. Til tross for dette blir det fortsatt utdannet for få sykepleiere i tillegg til at det utvikler seg til å bli en voksende mangel på helsefagarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre. For mange av disse gruppene vil det heller ikke være nok å øke antall utdannede for å møte den forventede økningen i etterspørsel (15).

### **1.2.2 Farmasøytiske tjenester i apotek**

I dag er ikke livsstilsveiledning en farmasøytisk tjeneste i norske apotek. Helsedirektoratet definerer farmasøytiske tjenester som "tjenester som krever legemiddelkompetanse og som hovedsakelig utføres av farmasøyter. Det er tjenester knyttet til legemiddelleveranser, legemiddelhåndtering og legemiddelbruk, både på system- og pasientnivå". Det har lenge vært snakk om nye tjenester i apotek og det har vært mye politisk interesse rundt det. Mye av grunnen til dette er på grunn av det økte behovet og mangelen på helsepersonell fra 2020. For å bruke helsepersonell mest mulig effektivt har implementering av nye oppgaver til apotek vært mye omtalt (16).

I norske apotek i dag tilbys det en rekke farmasøytiske tjenester. Hvilke tjenester som tilbys avhenger av blant annet apotekkjede. Tjenestene varierer mellom å være offentlig finansiert eller betalt av pasienten selv. De aller fleste apotekene tilbyr Medisinstart og Inhalasjonsveiledning. Avhengig av apotekkjede tilbys det blant annet legemiddelsamtaler, blodtrykksmåling, vaksinasjon, føflekk-scanning, klamydiatesting og tarmkrefttesting (17).

I likhet med Norge finnes det også farmasøytiske tjenester i andre land. USA, Canada, Australia, New Zealand og Storbritannia er eksempler på land som har implementert tjenester i apotek. Eksempler på noen refunderte tjenester som har blitt implementert i for eksempel England er klinisk legemiddelgjennomgang, farmasøytforordning, klamydiascreening og helsesjekk (kardiovaskulær risikobedømmelse) (17).

I England har de også en apotektjeneste som heter New Medicine Service (NMS) som er offentlig finansiert. Denne tjenesten retter seg mot pasienter med astma/KOLS, diabetes type 2, høyt blodtrykk eller økt risiko for blodpropp. Det myndighetene håper på her er at denne tjenesten vil redusere forekomsten av tilbakefall og sykehusinnleggelses og gi besparelser for helsevesenet (18).

Når det kommer til tjenester for forebygging av sykdom har alle de nevnte landene vaksinasjon i apotek i tillegg til at det flere steder tilbys røykeslutt-veiledning og kosthold- og livsstilsveiledning. I nesten alle disse landene er disse rådgivningstjenestene betalt av pasienten selv. Mange av disse landene har også

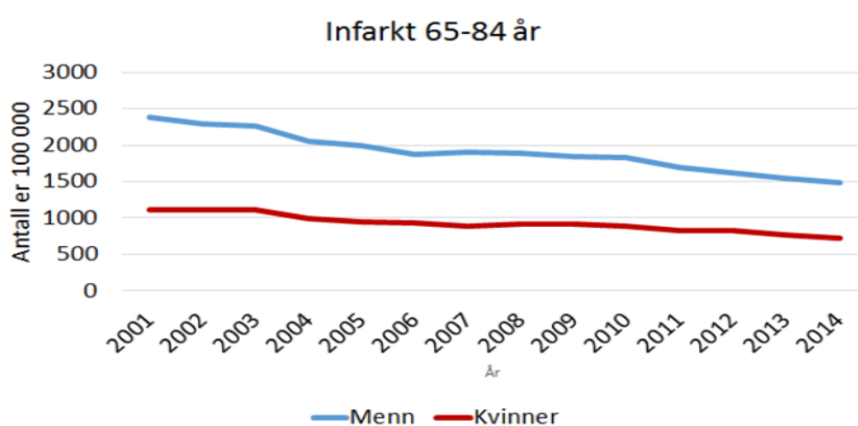
kartlegging av helserisiko som tjeneste i apotek. Her er det vanlig at måling av blodtrykk, kolesterolnivå og glukose blir utført (17).

### 1.2.3 Livsstilssykdommer- Hjerne- og karsykdommer

Livsstilssykdommer er en fellesbetegnelse på sykdommer som har nær sammenheng med livsstil og levevaner (19). Hjerne- og karsykdommer kommer under denne gruppen i tillegg til en del risikofaktorer for å få hjerne- og karsykdommer slik som diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerneslag og overvekt (20).

Hjerne- og karsykdommer er en samlebetegnelse på sykdommer som omfatter hjerne og blodårer som for eksempel angina pectoris, hjerteinfarkt, arytmi og hypertensjon(21). Aterosklerose er en hovedårsak til sykdommen og gir fettavleiring i blodåreveggene som kan føre til blodpropp eller trombose. I tillegg til dette er det viktige risikofaktorer som spiller inn, blant annet røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, dårlig kosthold, lav fysisk aktivitet, diabetes, overvekt, høyt alkoholinntak, arv, høy alder, det mannlige kjønn og etnisitet (22).

Det er veldig mange mennesker i Norge som lever med en hjerne- og karsykdom og som får legemiddelbehandling for det. Det er omtrent 21 % av befolkningen som lever med etablert hjerne- og karsykdom eller har høy risiko for å få sykdommen. I de siste årene har antallet førstegangsinfarkt per 100 000 innbygger gått ned. Dette kan forklares med blant annet nedgang i røyking og bedre forebyggende behandling (22).



**Figur 1** Førstegangsinfarkt i aldersgruppen 65-84. Aldersjustert, antall per 100 000. Hentet fra FHI (22)

Kosthold og livsstil spiller en stor rolle i forebygging av disse sykdommene, og sykdommer som er relatert til livsstil forårsaker mellom 70 og 80 prosent av norske dødsfall (23). Spesielt i vestlige og industrialiserte land er dette tilfelle, her lever menneskene gjerne lenger og har stor sannsynlighet for å få en livsstilssykdom. I tillegg har livsstilen vår generelt endret seg med tanke på kost og miljø. Det er mye inaktivitet og overspising i tillegg til høyt alkoholinntak og stress som er viktige årsaker til livsstilssykdommer (20).

Arvelige faktorer spiller en rolle når det kommer til utvikling av livsstilssykdommer men miljø spiller også en stor rolle. Det kan se ut som at miljøfaktorer kanskje spiller en større rolle enn de biologiske faktorene når det kommer til for eksempel kreft. Mye av denne indikasjonen har kommet av at man har sett at kosten i vestlige land har

forandret seg mye. Kosten har for eksempel gått fra å inneholde mye stivelsesrike matvarer som brød, poteter og ris til å inneholde mere kjøtt, meieriprodukter, alkohol og planteoljer. Man kan derfor trekke noen konklusjoner om at dette kan være en av årsakene når man ser at mennesker som flytter fra et land til et land med høy livsstilssykdom-rate utvikler den samme risikoen for kreftsykdommene etter noen år. (20)

#### 1.2.4 Livsstilsveiledning

Livsstilssykdommer har roten sin i livsstil, det vil si at det er noe som er mulig å gjøre noe med (20). Man kan for eksempel forebygge å få en sykdom eller forbedre tilstanden til en sykdom man allerede har. En god motivasjonsfaktor kan være livsstilsveiledning. En veiledning i seg selv er en målrettet samtale som stimulerer deltakeren til å finne egne svar. Veiledning skal oppmuntre til refleksjon og få pasienten til å utvikle større selvstendighet og ansvar for egen læring (24).

I dag er det for det meste personlige trenere, leger og ernæringsfysiologer som utfører livsstilsveiledninger. Livsstilsveiledning er noe som ikke har fått fullstendig fotfeste i apotek og som ikke er en definert farmasøytisk tjeneste. Farmasøyter har et stort potensial til å utføre dette med tanke på faglig bakgrunn, og livsstilsveiledning kan gi pasienter muligheten til å gjøre varige helse-endringer som generelt forbedrer livskvalitet (25).

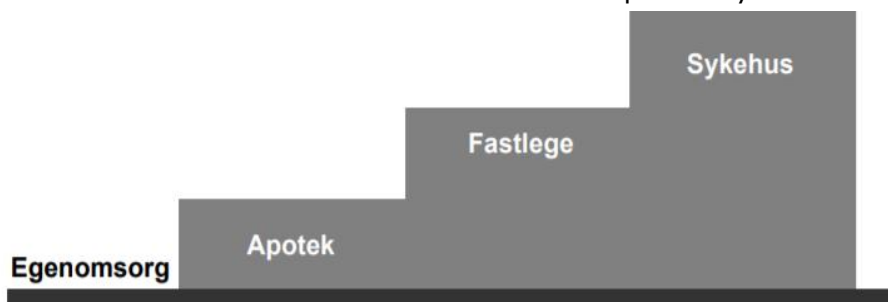
Farmasøyter har lett tilgang til pasienter og kan derfor lettere motivere pasienter i risikogrupper til å gjøre en livsstilsendring. Oddsene for å opprettholde høyere nivåer av fysisk aktivitet og sunnere kosthold forbedres når mennesker er mer motiverte til å endre på sin atferd (26).

Dersom man klarer å holde det forbedrede nivået av fysisk aktivitet og sunnere kosthold over lenger tid kan det gi bedre helseutfall for eksempel hos overvektige. Det å ha en farmasøyt lett tilgjengelig kan være en motivasjonsfaktor for å opprettholde den forbedrede livsstilen man eventuelt velger å starte med (26).

#### 1.2.5 Farmasøyters bidrag til helsehjelp

Leon prinsippet (behandling på lavest effektive omsorgsnivå) handler om at undersøkelser og behandling av pasienter skal foretas på det laveste mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. Dette betyr blant annet at pasienter som kan behandles forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal henvises til et regionsykehus uten en faglig begrunnelse (27).

Dette innebærer at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig. Målet med dette prinsippet er å kunne utnytte de mulighetene som finnes i nærmiljøet for å sikre effektiv ressursbruk (28). På denne måten kan man bidra til at færre må behandles på et høyere nivå i helsetjenesten (29).



**Figur 2** Helsetrappen, hentet fra Apotekforeningen (29)

Helsetrappen viser at apotekene har en rolle innenfor helsetjenesten og at det er det første steget etter egenomsorg når det kommer til behandling av helseproblemer. Farmasøyter er utdannet helsepersonell som finnes i hele landet, i tillegg til at apotek er et lavterskel- helsetilbud som er rettet mot et bredt publikum. Siden det er en stadig voksende forventning for helsetjenester, kan løsningen blant annet være lavterskel helsetjenester som innrettes mot både forebygging av helseplager og riktig legemiddelbruk (29).

I media har det lenge vært snakk om hvordan man kan ha større nytte av farmasøyter. Blant annet har det vært flere artikler i *Farmatid* (Norsk Farmaceutisk tidsskrift) hvor den nasjonale helse- og sykehusplanen ble diskutert. I denne planen ble det vist hvordan bruk av farmasøytisk kompetanse bidro til bedre pasientbehandling og reduserte kostnader for sykehusene. I tillegg til dette så man en økt trend med farmasøyter i sykehus og andre spesialisthelsetjenester (30). I flere kommuner ser man også at det er ansatt kommune-/bydelsfarmasøyter som skal ha ansvar for legemiddelhåndteringen.(31)

De økonomiske og sosiale forskjellene i Norge bidrar også til helseforskjeller. Det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse, desto høyere inntekten er desto bedre er helsen i gjennomsnitt. Dette kan man også se i sammenheng med at menn og kvinner som har lengre utdanning lever 5-6 år lenger og har bedre helse enn dem med kortest utdanning. Mye av den sosiale ulikheten i helse skyldes skjevfordeling av økonomiske og sosiale ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen. En god del sosiale forskjeller ligger i blant annet i røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Sunne valg kan gjøres enklere gjennom reduksjon av pris, mer tilgjengelighet og bedre informasjon. Mange kroniske sykdommer er et resultat av levevaner over tid og derfor vil forebygging tidlig samt kunnskap og informasjon være sentrale faktorer. Siden sosiale ulikheter i helse er sosialt skapt er det mulig å gjøre noe med. Det å satse mer på farmasøyter som livsstilsveiledere kan bidra til enklere og billigere tilgang på informasjon i tillegg til at apotek for det meste ligger lett tilgjengelig for alle (32).

## 2. Metode

En metode i seg selv er en planmessig fremgangsmåte som gjerne er grunnet på regler og prinsipper (33). Vilhelm Aubert definerer metode som «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører hjemme i arsenalet av metoder» (34).

Det å bruke en samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan man skal gå frem for å innhente informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan den informasjonen skal analyseres og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser. I samfunnsforskning handler det om mennesker, som vil si at det omhandler blant annet meninger og oppfatninger som ikke er stabile (35).

### 2.1 Valg av metode

Kvalitative intervjuer er en måte å samle inn egne data på og det karakteriseres som en samtale med struktur og et formål som egner seg når vi skal studere meninger, holdninger og erfaringer. Et dybdeintervju egner seg når man har behov for å gi informanten større frihet til å uttrykke seg enn med et strukturert spørreskjema (36,p 145). Kvalitativ metode sier noe om kvalitet eller spesielle kjennetegn/egenskaper ved det fenomenet som skal studeres. Denne metoden er spesielt hensiktsmessig hvis man skal undersøke fenomener som ikke er spesielt kjent, og som det er forsket lite på som man ønsker å forstå dypere (36,p 28).

I denne studien ble det brukt kvalitativ metode. Et kvalitativt intervju kan være mer eller mindre strukturert. Man skiller mellom ustrukturert intervju, semistrukturert intervju og strukturert intervju. Et semistrukturert intervju har en intervjuguide som utgangspunkt, men spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere. Dette er annerledes enn strukturert intervju hvor tema, spørsmål, og rekkefølgen på spørsmålene er fastlagt og semistrukturert intervju hvor det er spørsmål rundt et tema i tillegg til at rekkefølgen på spørsmålene ikke er fastsatt.

Til denne studien ble det brukt semistrukturert intervju som vil si at informantene ble stilt nesten samme spørsmål slik at det ble mulig å standardisere. Samtidig som det var fleksibilitet i intervjuet til hver enkelt informant (36,p 148).

### 2.2 Utvalg og rekruttering

Rekruttering av informanter til denne studien startet i november 2019 og foregikk frem til januar 2020. Intervjuene foregikk fra januar 2020 frem til starten av februar 2020. Før rekrutteringsstart ble det sendt inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 4). Intervjuguide, spørreskjema, invitasjonsbrev og samtykkeskjema var inkludert i søknaden. Etter at personopplysningene i prosjektet ble vurdert til å ha samsvar med personvernlovgivningen startet rekrutteringen.

Målgruppen til denne studien var farmasøyter som var yrkesaktive og som jobbet i apotek. Rekrutteringen av informantene foregikk på forskjellige måter: via bekjentskap, ved å sende ut mail og gå innom ulike apotek.

Apotek-kjedene Boots, Apotek 1 og Vitusapotek er Norges største apotekkjeder og det var derfor naturlig at apotekene i disse kjedene hovedsakelig ble kontaktet. Det ble utformet et invitasjonsbrev som ble sendt på mail til de apotekene som ville delta i

studien. Invitasjonsbrevet inneholdt informasjon om hva studien gikk ut på, hvordan intervjuet ville foregå, hvordan deres opplysninger ville bli behandlet og hva det innebar å delta i studien (Vedlegg 1). Det ble deretter tatt videre kontakt med farmasøytene som ønsket å delta for å avtale tidspunkt for intervjuene.

For å kvalitetssikre intervjuet og sørge for at det ikke var behov for noen endringer ble det gjennomført et pilotintervju. Etter intervjuet ble farmasøyten oppfordret til å kommentere og eventuelt omformulere noen spørsmål dersom det var nødvendig. Siden det ikke var behov for noen store endringer ble pilotintervjuet inkludert i studien.

### **2.3 Intervjuguide**

I kvalitative undersøkelser er det vanlig å bruke en intervjuguide. Dette er oppsettet som lages og som viser hvilke spørsmål som skal stilles i intervjuet. Selv om det ble tatt utgangspunkt i intervjuguiden gjennom intervjuet var det fortsatt mulighet til å stille oppfølgings- og utdypningsspørsmål. På grunn av intervjuguiden ble det en viss standardisering siden farmasøytene ble intervjuet på samme måte med samme spørsmål. Fordelen med slik standardisering var at svarene kunne sammenlignes i tillegg til at svarene ble mer konkrete (37,p 133-134).

Intervjuguiden deles gjerne inn i to faser, i den første fasen ble det stilt enkle og generelle spørsmål. Disse spørsmålene ga et bakgrunnsbilde av farmasøyten. Ved å starte med enkle spørsmål som disse ble det lettere å komme i gang med intervjuet i tillegg til at det bygde et tillitsforhold mellom informant og intervjuer. I den andre fasen var spørsmålene mer faglig rettet og spesifikt knyttet til det aktuelle temaet (36).

Intervjuet ble innledet ved å forklare litt rundt begrepet livsstilsveiledning slik at informanten fikk en forklaring av tema, og ved å stille et generelt spørsmål angående dette. Dette spørsmålet var introduksjonsspørsmålet og skulle starte intervjuet på en myk måte i tillegg til å introdusere temaet. Introduksjonsspørsmålet førte til at informantene kunne komme med egne erfaringer og fikk fokuset sitt rettet mot temaet. Deretter ble det stilt et overgangsspørsmål som skulle fungere som en forbindelse mellom introduksjons- spørsmålene og nøkkelspørsmålene.

I hoveddelen kom nøkkelspørsmålene som var kjernen av intervjuguiden. Det var under denne delen svarene på hensikten og målet med studien ble besvart. Her kom det også frem en del ting som krevde utdypning. Intervjuet ble avsluttet på en ryddig måte ved at informanten blant annet ble informert om at intervjuet nærmet seg slutten. I tillegg ble spørsmålet "er det noe annet du ønsker å tilføye" stilt slik at farmasøytene hadde mulighet til å komme med spørsmål eller kommentarer de eventuelt satt igjen med (36).



## 2.4 Gjennomføring av intervjuer

Før utførelsen av intervjuene ble samtykkeskjemaet gjennomgått, for å få bekreftelse på at informantene var oppdatert på informasjonen angående studien. Farmasøytene ble informert angående verktøyene som skulle brukes slik som opptaksutstyr og hvordan informasjonen om dem ble lagret og hvem som hadde tilgang. Før selve intervjuet fikk deltakerne utlevert bakgrunnskjema med avkryssningsspørsmål som de skulle fylle ut. Bakgrunnskjema inneholdt spørsmål som blant annet kjønn, alder, utdanning og antall års erfaring i apotek. Disse spørsmålene ble brukt for å samle inn informasjon om deltakeren. Intervjuene ble satt opp etter avtale med farmasøytene og intervjuene ble gjennomført på apotekene farmasøytene jobbet ved i apotekets åpningstid.

## 2.5 Databehandling og analyse

Datainnsamlingen ble dokumentert i form av lydopptak og i etterkant av intervjuene ble opptakene transkribert som grunnlag for tolkning og analyse. Lydopptakene ble transkribert så raskt som mulig etter fullført intervju siden det da lå ferskest i intervjuers hukommelse. Dette sikret at transkriberingen ble så korrekt og detaljert som mulig. Det var kun intervjuer som lyttet på lydfilene. Under transkriberingsprosessen ble lydfilen avlyttet flere ganger i tillegg til at lydfilene ble hørt på enda en gang når transkriberingen var fullført. Ved å gjøre det på denne måten ble det kontrollert at alt som deltakerne hadde sagt ble transkribert.

En del av informantene i denne studien hadde forskjellige språkferdigheter og ulike måter å uttrykke seg muntlig på. Intervjuene til informanter som snakket «kebabnorsk» som er en norsk multietnolekt eller med mye norskfeil, ble skrevet ned for det meste i deres måte å snakke på. Noen unntak ble gjort da det ble vurdert at det var fare for misforståelser og da ble setningene omgjort til forståelig men fortsatt så likt som mulig det deltakerne hadde sagt.

Det å skrive ned lydopptakene i tekstform gjorde det lettere å analysere og var starten på analyseprosessen. Minnepennen og samtykkeskjemaene som ble brukt var innelåst i et skap for å sikre personvern i tillegg til at minnepennen var passordbeskyttet, og kryptert.

Når det kom til analyse av datamaterialet ble det brukt en etablert prosedyre slik at det var lettere å holde orden. Det fantes forskjellige metoder for kvalitativ analyse som kunne brukes for å komme seg fra problemstillingen til resultater og diskusjon. Hvilken fremgangsmåte man bruker for analyse av data avhenger av hva slags kunnskap man leter etter og hva slags data man har. Analyseretningen som ble brukt i denne studien var tverrgående analyse som vil si at likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra forskjellige deltakere sammenlignes og fortolkes. For å få med det viktigste og ikke overse noe var vi to stykker som analyserte materialet. Det ble startet med å få en oversikt over materialet. Deretter ble det utført koding hvor relevant tekst ble valgt ut og sammenlignet med tekster fra andre informanter for å se om materialet sa noe om det samme. Etter dette ble presentasjon og syntese av den nye forståelsen laget.

Systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation - STC) som er en tverrgående analyse ble brukt i denne studien. Med denne analysestrategien starter man organisering av data med et begrenset antall temaer som videreutvikles. Systematisk

tekstkondensering deles i fire steg. Det første steget handler om helhetsinntrykk og her skal man bli kjent med materialet. I denne fasen skal man sette sin egen forforståelse til siden slik at man er åpen for de nye inntrykkene som kommer fra materialet. Intervjuene ble lest ett om gangen og også lest i flere omganger for å fange opp alle aktuelle temaer som virket interessante. Når temaene skulle oppdages var det viktig å ikke systematisere dem alt for mye og etter at alle intervjuene var gjennomgått ble det funnet omkring 25 mulige temaer.

I det andre analysetrinnet ble materialet som skulle analyseres nærmere organisert. Det ble skilt mellom relevant- og irrelevant tekst, alt av tekst ble gått grundig gjennom og ble filtrert slik at alt det viktigste ble med videre. De delene av teksten som var med på å besvare problemstillingen ble definert som meningsbærende enheter og ble lagt vekt på. Med meningsbærende enheter menes det tekst som har sammenheng med ett eller flere av temaene fra første trinn og som sier noe om problemstillingen. Etter at de meningsbærende enhetene var identifisert ble de overført til et eget dokument for bedre kontroll over materialet.

Videre ble det laget kodegrupper av de meningsbærende enhetene hvor hver kodegruppe representerte ulike sider av problemstillingen. Kodearbeidet skulle identifisere og systematisere de meningsbærende enhetene i teksten. Det vil si at tekst med samme tema ble samlet under samme kode for å lettere kunne analysere de meningsbærende enhetene og i dette tilfelle ble de ulike kodene gitt forskjellige farger. De ulike fargene ble deretter koblet opp mot tema som passet dem best. Fargekodingen gjorde det mulig å danne kodegrupper som representerte innholdet på best mulig måte. På bakgrunn av dette ble det samlet fire reviderte temaer.

Det tredje trinnet handlet om at informasjonen som ble funnet i det andre trinnet skulle bli til abstrahert meningsinnhold. Hensikten var å systematisk hente ut kunnskap som belyste formålet. Innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet ble kondensert. Noen av kodegruppene inneholdt kun noen få meningsbærende enheter og det ble vurdert om disse kanskje passet bedre under andre kodergrupper eller ikke passet inn i det hele tatt. Etter dette ble kodegruppene delt inn i 2-3 subgrupper etter justering og vurdering, dette var undergrupper som hjalp til med å holde oversikten i hver kodegruppe. Deretter ble det formulert et kondensat for hver subgruppe som var et kunstig sitat. Det vil si at kondensatet gjenfortalte og var et sammendrag av det som var i den aktuelle undergruppen. Dette ble brukt som utgangspunkt for presentasjon av resultatene, de besto av konkrete innhold fra de enkelte meningsbærende enhetene. Ut i fra disse kondensatene ble det trukket ut "gullsitater" som på best mulig måte skulle illustrere det som var abstrahert.

I det fjerde og siste trinnet ble bitene satt sammen igjen, det vil si at det gikk fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater. Formålet med dette trinnet var å sammenfatte teksten slik at det ga en så presis formidling av informantens meninger som mulig. Materialet som var samlet inn fra de tidligere stegene ble sammenfattet og ble gjort om til noe som kunne representere deltakernes stemmer i tillegg til å gi leseren innsikt. Materialet ble lest igjennom for å forsikre at de kunne tilbakeføres til opprinnelig data. Hver subgruppe ble satt fokus på videre i oppgaven ved at de fikk minst ett avsnitt hver i tillegg til at de inkluderte noen uttrykk fra de meningsbærende enhetene og sitater fra intervjuene (37).

## 2.6 Etiske hensyn

Etikk i forskning er en essensiell del av forskningen, grunnen til dette er at forskningens troverdighet er avhengig av om man kan stole på forskeren (38).

Når det kommer til kvalitative studier og kvalitative intervju er det en del etiske hensyn man må følge. Ved kvalitative intervju er det for eksempel konfidensialitet, samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektenes integritet (39). I slike intervjuer er integriteten til informantene både under og etter intervjuene viktig å ivareta. Siden utvalgene ofte er små under slike typer studier kan det i noen tilfeller gjøre deltakerne mer sårbare med hensyn til gjenkjenning (40). Derfor er det essensielt at alt datamateriale er avidentifisert, altså uten navn, stedsgjengivelse eller andre forhold som kan føre til gjenkjenning. På denne måten unngår man at informanten identifiseres. Med tanke på dette må man også være oppmerksom på bruk av sitater med dialekter eller personlige måter å uttrykke seg på samtidig som man må forsikre seg om at meningsinnholdet bevares (39).

I denne studien ble anonymiteten ivaretatt ved at ingen andre enn intervjuer visste hvem som hadde deltatt i intervjuet. Informasjonen som ble innhentet fra informantene ble kun brukt til studiets formål og ble slettet ved studiens slutt. I disse intervjuene ble det ikke spurt etter sensitive personopplysninger og all informasjon ble underlagt taushetsplikt. Det ble ikke søkt om godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da prosjektet ikke er fremleggingspliktig i følge helseforskningsloven (41). Før intervjuene startet ble samtykkeskjema gjennomgått sammen med informantene og skjemaet ble signert skriftlig. Informantene ble også informert om bruk av lydopptak under intervjuet og ga samtykke til det.

## 2.7 Forskerrollen

Når det kommer til kvalitative studier er nærhet til forskningen et viktig grunnlag, selv om nærhet samtidig kan bidra til at man overdøver budskapet. Derfor er det viktig at forskeren har en tosidig holdning slik at det empiriske materialet får en analytisk tolkning (42).

I denne studien i likhet med mange andre kvalitative studier med medisinsk eller helsefaglig tema hadde forskeren kunnskap om forskningstemaet gjennom en annen rolle, i dette tilfelle som farmasøyt. Det å ha forståelse innenfor feltet kan være noe positivt så lenge betydningen drøftes. I sammenheng med dette må forskeren kunne vurdere både fordeler og ulemper dette gir innenfor forskningsprosjektet. Forskeren må kunne se betydning av egen rolle i sammenheng med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene og den forståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet (42).

I tillegg til å være farmasøyt har jeg også egne erfaringer med livsstilsveiledning i apotek. Bacheloroppgaven som jeg skrev i 2018 omhandlet også livsstilsveiledning i apotek. Her var hensikten å finne ut om farmasøyter hadde livsstils- og kostholdskunnskap til å kunne veilede pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer. Forskningsmetoden som ble brukt i den sammenhengen var kvantitativ metode og på grunn av mye respons, spennende resultater og tilbakemeldinger ble dette sett på som et aktuelt tema hvor man kan gå mer i dybden ved å bruke en kvalitativ metode.

Jeg har også selv hatt erfaring med utførelse av livsstilsveiledning i apotek i senere tid. Etter endt bachelorgrad jobbet jeg deltid på apotek hvor jeg fikk oppleve hvordan det er å skulle gi livsstilsveiledning i apotek og utfordringene som kommer med dette. Jeg har også sett nytteverdien og behovet for en slik veiledning da jeg selv har interagert med pasienter på apoteket. Dette førte til at min for forståelse for en slik tjeneste eller veiledning var styrket og jeg måtte være bevisst på dette for å ikke overdøve budskapet i det empiriske materialet.

## **2.8 Litteratursøk**

Opphenting av relevant bakgrunnsinformasjon og litteratursøk ble utført i perioden august 2019- mai 2020. Litteraturen som er søkt på og tatt utgangspunkt i har vært på både norsk og engelsk, så litteraturgjennomgangen ble basert på studier og artikler fra disse språkene.

Oppslagsverk og bøker som ble brukt er blant annet:

- Bøker: Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag, Samfunnsfarmasi
- Databaser: Læringscenteret og biblioteket på OsloMet nettside (Oria.no), Google Scholar (søkeord som f.eks. livsstilsveiledning, pharmacist as health coach) og Pubmed (søkeord var blant annet: Prevention of cardiovascular diseases, lifestyle coaching, physical activity).

### 3. Resultater

Totalt i perioden januar 2020 til februar 2020 ble det gjennomført ti semistrukturerte intervjuer med farmasøyter som var yrkesaktive i apotek. Ved rekruttering ble det tatt hensyn til og fordelt mellom beliggenhet, kjønn, alder og erfaring i apotek.

#### 3.1 Data om deltakerne

<b>Kjønn</b> Mann Kvinne	<b>Antall</b> 5 5
<b>Alder</b> 20-30 år 31-40 år 41-50 år 51 år +	<b>Antall</b> 5 0 5 0
<b>Erfaring</b> 1-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år 21-25 år 25 år +	<b>Antall</b> 5 0 0 1 3 1
<b>Utdanning</b> Provisorfarmasøyt Reseptarfarmasøyt	<b>Antall</b> 5 5
<b>Apoteker</b> Ja Nei	<b>Antall</b> 5 5
<b>Apotekkjede</b> Apotek 1 Vitus apotek Boots Apotek Ditt apotek	<b>Antall</b> 3 2 3 2
<b>Total antall ansatte på apotek</b> 1-4 5-10 11-15 16-20 21+	<b>Antall</b> 3 5 1 0 1
<b>Beliggenhet</b> Lokalapotek By/senterapotek	<b>Antall</b> 6 4

**Tabell 1** Tabellen viser utvalget av informanter basert på kjønn, alder, erfaring, utdanning, stilling som apoteker, apotekkjede, antall ansatte på apoteket og beliggenhet.

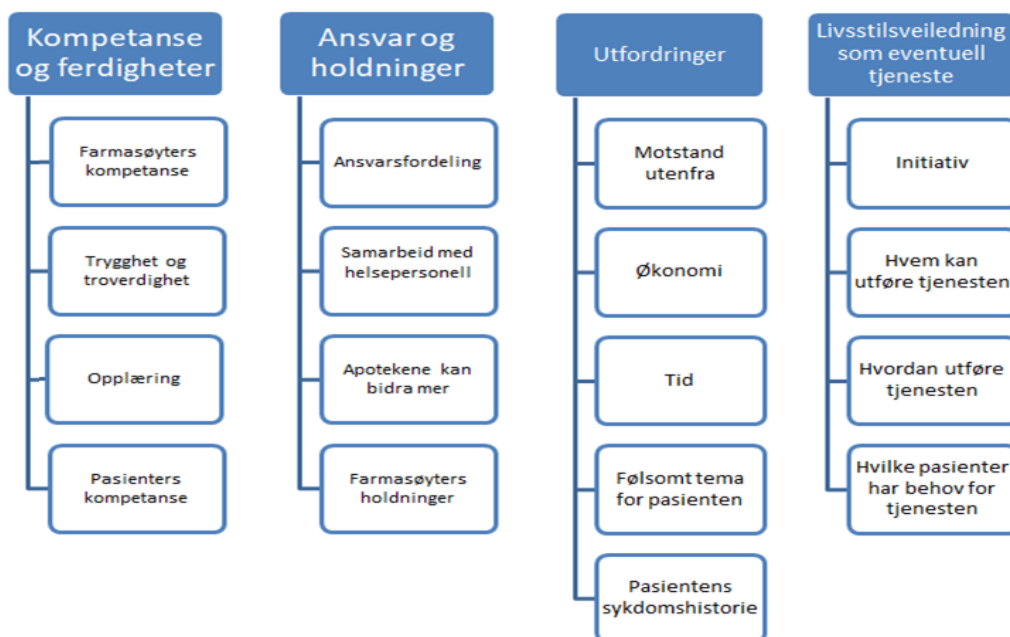
Det ble rekruttert fem menn og fem kvinner til denne studien hvor fem av dem lå i aldersgruppen 20-30 år og fem var mellom 41-40 år. Erfaringsmessig var det forskjeller mellom alle informantene hvor fem stykker hadde 1-5 års erfaring, en person hadde 16-20 års erfaring, tre personer hadde 21-25 års erfaring og en person hadde 25 år + erfaring.

Det var jevn fordeling mellom reseptarfarmasøyter med bachelorutdanning og provisorfarmasøyter med masterutdanning. Det var fem provisorfarmasøyter og fem reseptarfarmasøyter med i studien.

De største apotekkjedene i landet ble inkludert og representert i studien. Fordelingen var slik: tre stykker fra Apotek 1, to stykker fra Vitusapotek, tre stykker fra Boots apotek og to stykker fra Ditt apotek. I tillegg ble deltakerne spurt om antall ansatte som jobbet på apoteket hvor resultatene viste tre apotek med 1-4 ansatte, fem apotek med 5-10 ansatte, ett apotek med 11-15 ansatte og ett apotek med flere enn 21 ansatte. Beliggenhet ble delt inn i by/senterapotek og lokalapotek. Lokalapotek i denne sammenheng er apotek som ikke er plassert på typiske handelsplasser eller kjøpesenter. I alt var det seks apotek som ble klassifisert som lokalapotek og fire som ble klassifisert som senterapotek.

### 3.2 Resultater fra dybdeintervjuene

Resultatene ble samlet under hovedkategorier og undergrupper. Det ble til sammen fire hovedkategorier som ble laget under analysetrinn to. Det er plukket ut gullsitater som skal illustrere resultatene, disse er plukket ut fra ulike dybdeintervjuer med ulike informanter.



**Figur 3** Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

### 3.3 Kompetanse og ferdigheter

#### 3.3.1 Farmasøytens kompetanse

Når det kom til spørsmålet om deres egen kompetanse med tanke på livsstilsveiledning i apotek i dag uten at det er en apotektjeneste mente majoriteten av farmasøytene at de hadde nok kompetanse eller at de var rimelig trygge på hvordan de skulle slå opp på ulike kilder og finne svar dersom de var usikre. Dette handlet mest om slik som det er nå og det nivået pasientene forventet av farmasøytene slik det er i dag. Det var veldig få informanter som mente at de hadde kompetansen 100 % på plass men flesteparten formidlet at de følte de var kompetente nok i den grad de mente pasientene trengte. De fleste mente at hvis det skulle være en mer omfattende veiledning måtte de få mer opplæring.

*«Jeg føler at jeg kan ganske mye da men at jeg kanskje ikke bruker det helt optimalt eller snakker om det, men jeg vet jo at hvis jeg får noe spørsmål og jeg ikke sitter med det der og da så vet jeg på en måte hvilke kilder jeg må bruke og hvor jeg skal lete etter info.» Intervju 1.*

*«Faglig kompetanse. Jeg tror jeg er veldig kompetent jeg, i det nivået de trenger.»  
Intervju 4.*

Mange uttrykte at deres kompetanse gikk mye på det hverdagslige og generelle og ikke nødvendigvis veldig mye utover «allmennkunnskapen». I sammenheng med dette poengterte mange at selv om kompetansen på livsstilsveiledning ikke var på et veldig høyt nivå var det mange pasienter som kunne veldig lite. Derfor mente flere informanter at man kunne hjelpe mange pasienter med sin ganske middels kompetanse. På spørsmål om de følte om de hadde tilstrekkelig kompetanse for å utføre en livsstilsveiledning var det mange som dro frem at mye av disse kunnskapene lå langt bak og at de kanskje trengte en oppfriskning.

*«Men vi kan nok litt av det teoretiske uten at vi er noe sånn voldsomt god på det utover det man generelt oppfatter som et relativt oppegående menneske gjennom media, gjennom diverse ting med å kunne gi råd rundt kosthold og trening og eh røykeavvenning». Intervju 7.*

*«Jeg tror jo at jeg har kompetanse, men så klart ikke så høy, emm for det, jo mer jeg er ute i apotek jo mer glemmer jeg ting jeg har lært på studiet. Men da blir det å prøve å ferske det opp igjen, men da må man jo ha muligheten til det, for det er jo ikke hele tiden at det frister å åpne skolebøkene igjen.» Intervju 8.*

Grunnskolen, høyere utdanning og jobb var steder mange av informantene mente de hadde fått livsstilskunnskapen sin fra. Fag som blant annet naturfag, gym og mat og helse ble nevnt blant deltakerne som kilder. Selv om grunnskolen og farmasistudie ble nevnt mente majoriteten av deltakerne at kunnskapen de har hentet med seg derfra var veldig begrenset da det ikke har vært mye fokus på det. Flere av farmasøytene tok også frem arbeidsplassen, her nevnte flere deltakere at de har utført noen e-læringskurs i jobbsammenheng som har kommet litt inn på tema. Farmasøytene som jobbet på Boots apotek sa også at de hadde hatt apotektjenester som kolesterolmåling og hjertehelse

hvor livsstilsveiledning har vært aktuelt og at de dermed har fått noe kompetanse ut fra disse tjenestene.

Flesteparten av informantene uavhengig av kjede trakk frem tjenesten Medisinstart som en kilde på livsstilsveiledning-kunnskapene deres. De fikk frem at Medisinstart stort sett handler om medisiner men at det i noen sammenheng også omhandler livstil- og kostholdsråd.

Majoriteten av deltakerne mente at de hadde opparbeidet seg mesteparten av kompetansen etter endt studie, for det meste av egen interesse og at de selv hadde oppsøkt kunnskap.

*«For vi har jo hatt noe av det i studiet også, mens noe av det er interesse som jeg finner ut av på egen hånd da.» Intervju 2.*

*«Det er klart når du jobber i en kjede så er det jo mye opplæring så det har mye på ernæringsdrikker og slike ting da men man lærer jo mye om kostholdsammensetning og riktig ernæring. Også har vi jo hatt en del opplæring på selvfølgelig disse slankemidlene vi har også videre». Intervju 5.*

Samtlige informanter uttrykte at etterspørselen etter livsstilsveiledning i apotek var lav. En av farmasøytene trakk frem at årsaken til det sannsynligvis var at pasientene ikke var klar over hvilken kompetanse farmasøyter har. Farmasøyten konkluderte da med at pasientene ikke kommer til å etterspørre en livsstilsveiledning hvis de ikke er klar over at dette er noe farmasøyter kan bidra med.

*«Mange er kanskje ikke bevisst på hva det dreier seg om og hva slags kunnskaper en farmasøyt egentlig har. Og da føler jeg at de kanskje ikke spør heller for de er usikre på hva vi kan bidra med. Men hvis de vet hva vi kan bidra med og hva vi kan hjelpe med så hadde det kanskje blitt litt lettere å ta det opp på apoteket.» Intervju 9.*



### 3.3.2 Trygghet og troverdighet

Flere deltakere uttrykte at de ikke følte seg veldig trygge på å skulle utføre en livsstilsveiledning med den kunnskapen de har i dag. I tillegg nevnte noen at det må gjøres mer både på opplæringsfronten og i utdanningsforløpet for at tryggheten skulle bygges opp. Trygghet var en viktig faktor for mange av informantene, de fleste mente at dersom det ikke lå trygghet i bunn hos farmasøyter angående livsstils-veiledning ville veiledningen være lite motivert og lite nyttig. Noen informanter mente også at mangel på trygghet ikke nødvendigvis var på grunn av mangel på faglige kunnskaper men heller mangel på hvordan veiledning og kommunikasjon burde utføres.

*«Men igjen så er det jo sånn at mange vil føle at de må ha en kunnskapsbasis, de må ha hatt noe opplæring for å føle seg trygge for man må føle at man har et budskap å komme med, ellers så blir det jo litt sånn unyttig kanskje.» Intervju 3.*

*«For vi sitter jo mye med en del kunnskaper, vi må bare kunne anvende det og føle oss trygge på det og det er jo det som kanskje er hovedproblemet. For mange farmasøyter er kanskje ikke trygge på å kunne veilede, kanskje fordi de ikke har fått opplæring i hvordan man skal kunne kommunisere da.» Intervju 9.*

Et par av farmasøytene diskuterte troverdigheten til farmasøyten i den sammenheng med at det ikke er noe særlig økonomisk gevinst for apoteket ved å gi livsstilsveiledning. De argumenterte med at et råd som ikke inkluderer kjøp av produkter eller som kan føre til mindre legemiddelbruk ville føre til mindre fortjeneste til apoteket og derfor også trolig større troverdighet til farmasøyten og rådene de gir.

*«Et kostholdsråd fra en farmasøyt vil jo være troverdig i den kraft at det ikke har noe med medikamenter å gjøre, altså jeg tjener jo mer penger på å levere ut legemidler så hvis jeg gir et råd om at «ja det er riktig det du sier om at hvis du reduserer saltinntaket og får opp pulsen din en halvtime for dagen så kan det ha like god effekt som disse tre legemidlene her, så kanskje du kan redusere dosen eller kutte ut noen av legemidlene». Da vil jo det være et råd som har veldig mye troverdighet siden det er et råd som jeg ikke er direkte tjent med. Det er i direkte strid med min økonomiske interesse og det vil da kunne gi en type trygghet for apotekbrukere.» Intervju 6.*

*"Det er jo ikke alt som dreier seg om salg, så hvis man bare åpner opp på en måte der du ikke har noe å selge men tilby av råd så kan jo folk faktisk høre på mer. At man altså ikke prøver å presse på et produkt.» Intervju 9.*

### 3.3.3 Opplæring

Hvis det skulle bli et mål om å fokusere mer på livsstilsveiledning i apotek selv uten at det var en konkret tjeneste, ønsket de aller fleste informantene seg en felles standardisert opplæring. Her mente de at det måtte en form for opplæringsprogram eller kurs til for å få tilførsel av kunnskap angående livsstils- og kostholdsveiledning. Mange tok også frem at slik som apotekhverdagen er nå hadde det ikke vært veldig stort behov for opplæring i dette temaet, men hvis dette skulle bli et fokusområde hvor farmasøytene skulle komme med mer rådgivning enn de gjør i dag måtte farmasøytene få opplæring. Flesteparten av informantene snakket om opplæring på jobb men flere nevnte også at det burde implementeres mer i utdanningen. Det kom også frem blant noen informanter at grunnen til at de mente at opplæring var viktig var både for at farmasøytene skulle føle seg trygge på rådene de gir men også for å få en slags sertifisering slik at veiledningen var kvalitetssikret. Det var stor enighet blant farmasøytene om at opplæringen ikke kun skulle omfavne livsstils- og kostholdsråd men også hvordan man skulle veilede pasienten.

*«Jaa, men jeg tenker akkurat nå, sånn som jeg forstår det begrepet så tenker jeg at det er litt mer sånn, det krever litt mer både tid og innsats for å gjøre en god veiledning og da tenker jeg også at man også må ha litt mer kurs og utdanning i det også.» Intervju 3.*

*«Jeg føler det med kommunikasjon er veldig viktig, å kunne trene opp på å kunne gi en veilednings «time». Intervju 9.*

Deltakerne hadde mange ulike forslag om hvordan eventuelle opplæringsprogram eller kursing burde foregå. Forslag som nettkurs, vanlige kurs og rollespill ble blant annet nevnt. Et par deltakere dro også frem sammenligninger med tjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart og mente at opplæring av livsstilsveiledning kunne foregå på lignende måte selv om det ikke nødvendigvis skulle bli en apotekjeneste. Informantene diskuterte også muligheten for å få opplæring og kurs av andre yrkesgrupper som leger og ernæringsfysiologer slik at man lettere visste i hvor stor grad disse gruppene ville at farmasøytene skulle bidra. Noen begrunnet viktigheten med at en slik opplæringspakke burde komme sentralt for eksempel fra Apotekforeningen og ikke kun fra enkeltfarmasøyter i apoteket. Dette ble begrunnet med at hvis man får med de største apotekkjedene oppnår man også større gjennomslagskraft.

*«Da blir det jo enten kurs eller apokurs som er mulighet som er liksom sånn obligatorisk. Jeg tenker at det er den beste måten. Ellers ja, eller jeg tenker mest de to ellers blir det sånn kurs hvor man har en slags case/rollespill opplegg, det kan også være ganske greit.» Intervju 8.*

*«Det å faktisk styrke det kan jo her i arbeidslivet være at vi får litt mer kurs i hvordan man kan veilede, kanskje av en ernæringsfysiolog, eller faktisk snakke med leger, det er jo de som faktisk møter pasientene først så kanskje de kan fortelle oss hva vi kan gjøre da. Sånn at vi blir mer trygge på hvordan vi kan starte en sånn samtale, fordi det kan oppleves litt sånn utrygt eller litt sånn ekkelt, for man vet jo ikke hvor mye man har rett til å bidra med her, eller hva man kan snakke om». Intervju 9.*

*«Jeg tror det må en slags grunnpakke opplæring til som for eksempel kan være i regi av Apotekforeningen, sånn litt på samme måte som inhalasjonsveiledning og medisinstart. Det syns jeg har vært veldig bra for det kommer fra en sentral enhet kan vi si og da blir det litt sånn når alle apotekene i hele landet gjør det samme så får man litt større effekt.» Intervju 3.*

### **3.3.4 Pasienters kompetanse**

Over halvparten av informantene kommenterte at livsstils- og kostholdsråd i stor grad er allmennkunnskap og noe de aller fleste pasienter vet om. I tillegg ble det trukket frem at pasienter i nyere tid ofte er oppdaterte selv via media og internett og har mye kompetanse og kunnskaper selv. En god del av deltakerne mente at en livsstilsveiledning i større grad burde handle om å oppmuntre og veilede enn å direkte fortelle hva pasientene skal gjøre da de gjerne vet dette selv fra før. I tillegg til det pasientene kunne selv fra før var det mange informanter som trodde at legen eller ernæringsfysiologen allerede hadde veiledet om dette og at pasienten derfor var informert.

*«Jeg tror hvertfall de fleste som møter opp her, det kommer ikke som en overraskelse at de må spise ditt og datt og bør ikke spise ditt og datt og jeg bør trene. Det tror jeg er ganske almenlyst her altså, og egentlig i det norske samfunn. Jeg tror det er mer «hvordan får jeg gjort det» og «hvordan får jeg en kontinuitet i det», «hvordan klarer jeg å opprettholde». Intervju 7.*

*«Du trenger på en måte ikke å fortelle dem at røyking er farlig og at røyking ikke er bra for dem ikke sant. De fleste er jo liksom klar over det.» Intervju 1.*

### 3.4 Ansvar og holdninger

#### 3.4.1 Ansvarsfordeling

Når det kom til spørsmålet om farmasøyter har ansvar for å gi livsstilsveiledning til pasienter i risikozonen for å få hjerte- og karsykdommer var det ganske stor enighet om at dette i hovedsak egentlig ikke var farmasøytens ansvar. Ingen av farmasøytene mente at man ikke skulle veilede om man fikk et direkte spørsmål men at hovedansvaret ikke lå hos farmasøyter i apotek.

*«Altså nå har vi ikke så mye ansvar, nå er det bare en bonus hvis vi gir livsstilsråd til en pasient. Så for det første så har vi jo ikke no direkte sertifisering, vi vet jo ikke om alle farmasøytene egentlig kan dette og kan gi de rette rådene.» Intervju 5.*

Selv om de fleste informantene ikke mente at farmasøytene hadde hovedansvaret var det en del farmasøyter som uttrykte at livsstilsveiledning hører hjemme i apotek. Flere farmasøyter mente også at farmasøyter er godt egnet til livsstilsveiledning og at de burde ta mer ansvar enn det de gjør nå.

*«Apotekene skal bidra til å gi god folkehelse og det gjelder jo selvfølgelig riktig bruk av medisiner men det betyr jo også kosthold og livsstilsveiledning, så jeg føler jo at det absolutt er en ting som naturlig hører med i apotekene.» Intervju 3.*

*«Det må være noen som er lett tilgjengelig, for når mennesker har spørsmål om hva de skal gjøre og sånn så må det jo være noen som er lett å få tak i, derfor så er det jo veldig aktuelt med apotek, for det er jo masse apotek og masse farmasøyter i apotekene etterhvert. Så det er jo et veldig bra sted som folk kan henvende seg, nettopp på apotek.» Intervju 3.*

Når spørsmålet om hvem som har hovedansvaret for livsstilsveiledning av pasienter ble stilt var det i hovedsak leger og ernæringsfysiologer som ble nevnt. Nesten alle farmasøytene mente at det var legen som hadde hovedansvar. Dette var både fordi legen har ansvar for behandlingen men også fordi farmasøytene følte at pasientene var mer åpne for å snakke om livsstil med legen sin. Et par av farmasøytene var redde for å gå over i noen andres yrker eller trække på andre helsepersonell-grupper sitt fagområde ved å gi livsstilsveiledning. Dette var fordi farmasøytene mente at denne type veiledning er mer fokusområder i andre yrker enn for farmasøyter i apotek.

*«Nå ville jeg ha sagt at det er mer eller mindre 100 % legens ansvar, ikke sant når legen har satt i gang en behandling må legen også følge opp og sånt ja og eventuelt sykepleiere, de har jo sånn fedmeklinikker og diabetessykepleiere og liksom sånn. Det finnes en del annet helsepersonell på sykehus på klinikker som gjør mye av dette her, men for oss er det mer tilfeldig.» Intervju 5.*

*«Noen ganger blir jeg litt redd for at jeg går utover min på en måte fagområdet ikke sant ehh også går jeg plutselig over til legen sitt området, også blir det kanskje den striden som kanskje kan oppstå så jeg tror kanskje jeg er litt for forsiktig med det.» Intervju 8.*

Selv om mesteparten av farmasøytene nevnte at de verken tar veldig stort ansvar eller føler at de har et stort ansvar ble helsepersonelloven og det å være helsepersonell tatt opp av en del informanter. Det kom blant annet frem at farmasøyter er helsepersonell og at som helsepersonell har man ansvar for å fremme helse, dette ble da sett i sammenheng med livsstilsveiledning og at dette muligens inngår i dette.

*«Altså vi er jo ikke 100 % egnet, det er jo ikke vi som har hovedansvaret men litt ansvar har vi jo. Vi er jo helsepersonell og vi skal fremme helse og en måte å fremme helse på er jo å veilede, eller gi råd». Intervju 9.*

*«Hvis jeg skal være litt sånn, se det på en enkelt måte så føler jeg vel kanskje at man har ansvar for det står vel jo i helsepersonelloven, man skal bidra til god folkehelse, så hvis man ser veldig vidt på det så har vel apotekfarmasøyter ansvar». Intervju 3.*

### **3.4.2 Samarbeid med annet helsepersonell**

Samtlige informanter uttrykte at et samarbeid med annet helsepersonell ville styrket veiledningen og nådd ut til flere pasienter. Mange av deltakerne mente at de ønsket å bidra dersom annet helsepersonell sa seg villig til å dele ansvaret og dele informasjon med farmasøytene. Det var et ønske fra flere at leger kunne henvise til rådgivning i apotek da de mente at dette styrket troverdigheten og motiverte pasientene. En av farmasøytene mente at det kunne hjelpe å høre samme beskjed fra flere helsepersonellgrupper som bekreftet og støttet hverandres råd og veiledning som var gitt til pasienten.

*«Som jeg sa så har jo legene dårlig tid og sånn så legene kan jo si sånn «okei, ja apotekene har det tilbudet, du kan gå og ta en prat der hvis du er bekymret for livsstilsendringer eller whatever», eller hva det måtte være». Intervju 2.*

*«Legene snakker jo mye om at de er overarbeidet for det for mye å gjøre og sånne ting så hvis de er villige til å dele litt på det ansvaret så er ikke det så dumt at farmasøyter kan overta en del av det.» Intervju 5.*

*Klart det hjelper jo på hvis en pasient får den samme beskjeden fra andre type helsepersonell i tillegg til fastlegen, så hvis en farmasøyt ehh bekrefter og støtter opp under noe fastlegen har sagt om kosthold og livstil så vil det bare være til fordel for pasient. Intervju 6.*

### 3.4.3 Apotekene kan bidra mer

Flere av deltakerne ønsket å bidra mer enn det de gjør til daglig i apotekene nå. Samtlige informanter nevnte hvordan samfunnet var i endring og hvordan apotekene må utvikle seg og forandre seg i takt med samfunnet. Det ble blant annet tatt opp at apotekene ikke lenger tjener like mye på salg av legemidler som de gjorde før og at de har begynt å bevege seg mer mot å tilby tjenester. I tillegg nevnte flere farmasøyter at de er villig til å ta mer ansvar og arbeidsoppgaver siden annet helsepersonell føler seg overarbeidet.

*«Jeg håper jo på at farmasøyter blir brukt til mer enn det de blir brukt til nå i fremtiden for det må vi jo også gjøre ettersom det kommer mer og mer nettapotek og andre kanaler som gjør at vi mister omsetning der så blir det jo servicen som vi kan vinne på og dette blir jo en form for service.» Intervju 7.*

*«Jeg syns for eksempel det er veldig gøy at vi nå har blitt vaksine apotek og driver med medisinstart og det at vi har farmasøyt utlevering på Viagra syns jeg er flott og jeg håper det kommer masse flere sånne. Så jeg er absolutt åpen for fler ting for det er eneste måten å opprettholde apotekvesenet i Norge tror jeg, ved å forandre seg litt for mer og mer legemidler blir utenfor.. eller man får kjøpt det på dagligvaren og nett og alt mulig og vi tjener mindre og mindre penger på kjernevirksomheten vår så da må vi tjene penger på andre ting.» Intervju 7.*

### 3.4.4 Farmasøytens holdninger

Ved spørsmål om deres holdninger til livsstilsveiledning i apotek i dag uten at det er en apotektjeneste var det delte meninger blant informantene. Flesteparten hadde positive holdninger hvis det ble gjort med et strukturert opplegg og initiativ fra pasienten selv. Få farmasøyter hadde tro på en veiledning hvor farmasøyten selv tok initiativ til å åpne opp samtalen, de aller fleste mente at initiativet enten burde komme fra pasienten eller legen.

*«Jeg har positive holdninger til det, vi kan informere og snakke om det da, til pasienter, i hvert fall de som vil. Altså hvis det kan hjelpe noen med å forebygge sånn at de får noen livsstilssykdom så er det jo bra liksom. Derfor er jeg positiv til det. Jo færre som er syke jo bedre.» Intervju 2.*

*«Jeg tror det avhenger av at finnes et strukturert opplegg og at det er en tjeneste og at det blir gjort en til en der det ikke overhøres av andre, jeg har mindre tro på det eller ikke tro på det i en direktereseptur type setting. Ja.. for jeg tror det er noe som kanskje folk vil snakke om under fire øyne. Så ja, positiv til det. Men hvis det skal være en sånn «ja nå skal vi gi livsstilsråd til alle som kommer inn og henter resept på blodtrykksmidler så nei, det tror jeg ikke noe på». Intervju 4.*

Ikke alle farmasøytene hadde positive holdninger, en av farmasøytene mente at dette i liten grad er farmasøytens oppgave. Informanten uttrykte at når pasienten allerede har startet på medisiner er det naturlig at farmasøyter tenker at de allerede har fått livsstilsveiledning av legen. Dermed tenker man også at pasienten har prøvd å utføre rådene og veiledningen før pasienten bestemte seg for å starte på medisiner.

## 3.5 Utfordringer

### 3.5.1 Motstand utenifra

En sentral utfordring med livsstilsveiledning som mange av informantene snakket om var motstand fra andre steder enn apotekmiljøet. Utfordringene informantene snakket om her handlet om utfordringer som de blant annet møtte på når dette ikke er en apotektjeneste. Flere tok opp utfordringer fra pasienten, i form av blant annet mangel på interesse eller språkbarrierer som gjør det vanskelig å forstå. Farmasøytene nevnte at mange pasienter ikke er interessert i å leve et sunt liv eller å forandre på livsstilen sin. Derfor mente deltakerne at det var vanskelig å ta opp et tema pasientene ikke hadde noe motivasjon for. I tillegg uttrykte flere at pasientene ikke nødvendigvis er interesserte i å høre på slike råd fra farmasøyter, at de kanskje foretrekker å ta samtalen med legen.

*«Men noen er jo ikke opptatt av å leve så sunt og tenker «ja jeg dør når jeg dør, jeg bryr meg ikke om det og liksom jeg skal heller kose meg mens jeg lever», så jeg tror det er veldig individuelt.» Intervju 3.*

*«Jeg tror det er lett for at man møter mye motstand fordi folk har ikke lyst til å endre seg, at når.. folk har gode unnskyldninger for hvorfor de ikke skal trene eller hvorfor de må spise den maten, eller hvorfor.. alt er liksom så vanskelig å endre. For ingen har jo egentlig lyst til å endre seg, for endring gjør vondt.. det gjør vondt hvis ikke du er er supermotivert for det selv» Intervju 5.*

*«Ja også har du en annen gruppe, det er jo en del av de fremmedspråklige.. mye diabetes. Og der er det jo språkmessig egentlig og kanskje så det der med å vite ha slags kosthold de egentlig har, vi tror jo vi kjenner de fleste på en måte, sånn at man, men det er mye man ikke vet om det». Intervju 4.*

*«Men det kan kanskje være litt vanskelig å spørre også hvis du føler at de ikke er interessert i å få veiledning av deg, kanskje de setter mer pris på den veiledningen de får fra legen.» Intervju 9.*

Motstand fra annet helsepersonell som leger og ernæringsfysiologer ble nevnt av samtlige informanter. Dette ble sagt i sammenheng med at noen av farmasøytene mente at livsstilsveiledning var hovedoppgaven til andre helsepersonellgrupper og at de derfor kunne reagere negativt på at farmasøyter utførte en slik veiledning.

*«Det vil nok alltid være utfordringen med at man vil møte motstand hos andre helsepersonell som leger og ernæringsfysiologer, de ser det kanskje som sin primæroppgave å gjennomføre dette. Umm (litt usikker i stemmet) jaa... da ville jeg vært ganske sikker på at legeföreningen ville stilt seg negativ til den type tiltak. Emm og med den begrunnelse at apotekbransjen primært ønsker inntjening og kanskje vil gi råd om kosttilskudd og det å kjøpe apotekprodukter.» Intervju 6.*

### 3.5.2 Økonomi

Det økonomiske aspektet ved å utføre en livsstilsveiledning slik det er i dag var det mange av informantene som nevnte. Flere deltakere mente at de aller fleste pasienter ikke ville vært villige til å betale for en slik veiledning som vil si at det måtte eventuelt blitt til en apotektjeneste slik at det kunne vært finansiert av staten for at det skulle være noe apotek-kjedene ville fokusert på. Samtidig som farmasøytene mente at det måtte være noe form for økonomisk kompensasjon for apotekene var nesten alle enige om at dette ikke var noe pasientene direkte skulle betale. Informantene dro blant annet frem at det ville koste en pasient mer penger og krefter å dra til legen for å få livsstilsveiledning eller å få henvisning til en ernæringsfysiolog enn å dra til et gratis lavterskel-tilbud på apoteket.

*«Akkurat som medisinstart at vi kan tilby en slik tjeneste på apoteket, og det er jo gratis så det er jo bare fint å tilby til pasientene som trenger det. Fordi det kan jo hende at de ikke har så god råd til å kunne dra til en ernæringsfysiolog for å snakke om livsstil eller dra til legen og hele tiden bestille ny legetime i og med at det er så lang ventetid, men i og med at vi sitter inne med kunnskap så kan vi jo bidra med det vi kan og hvis vi ikke kan så henviser vi. Og det er jo det vi ellers gjør». Intervju 9.*

Informantene diskuterte at apotekene ikke nødvendigvis hadde tjent mye direkte økonomisk på en slik tjeneste men at det samfunnsøkonomisk hadde vært mye å hente. Et par av farmasøytene nevnte at det ikke ville være økonomisk gunstig for apoteket å innføre en slik tjeneste da mye av apotekets inntjening er avhengig av at folk bruker legemidler. Dersom livsstilsveiledninger faktisk hadde hjulpet pasienter med å enten unngå å få en sykdom eller forbedre sykdommen de allerede har ville det bety mindre kjøp av legemidler som ville betydd mindre inntjening for apoteket.

*«Det vil jo på mange måter komme i direkte strid med det vi lever av økonomisk, så hvis jeg gjennomførte en livstils intervensjon med mine kunder eller legemiddelbrukere så kan det jo være at denne personen møter opp i apoteket neste gang med færre resepter, som går utover apotekets omsetning, så apotekbransjen er jo ikke direkte økonomisk tjent med det men som helsepersonell setter jeg jo hensyn til folkehelsen i det enkelte møtet over min direkte økonomiske inntjening. Også er jo spørsmålet om det kommer noen form for taksordning for livsstilsintervensjoner.» Intervju 6.*



### 3.5.3 Tid

Ved spørsmål om hvilke utfordringer farmasøytene forbinder med livsstilsveiledning slik det er i dag når det ikke er en tjeneste i apotek ble tid tatt opp flere ganger. Dette var også en av hovedgrunnene til at farmasøytene ikke utførte så mange livsstilsveiledninger. Dette inkluderte både farmasøytens tid men også pasientens tid. Farmasøytene nevnte at mange pasienter som kommer til apoteket ikke nødvendigvis har veldig god tid, de vil bare hente medisinen sin og gå. Farmasøyter som jobbet på hektiske apotek mente at pasientene selv også ble stresset av at det var mange i kø og ønsket ikke å oppta mer tid enn nødvendig.

*«Vi har jo ofte kø og sånt. Og at jeg vet ikke egentlig om kunden ønsker at jeg skal buke tid på det, vi har mange her som jeg føler vil «fast» ut ikke sant. Og ja. Jeg vil ikke snakke hull i hodet på dem.» Intervju 2.*

Flere deltakere ønsket at de hadde mer tid på apoteket til å kunne ha samtaler med pasienter, dette var for det meste farmasøyter som jobber på hektiske apotek. For farmasøyter som jobbet på rolige apotek var ikke nødvendigvis tid et problem men heller bemanning.

*«På samme måte som legen er opptatt på så er man jo også litt opptatt på apotekene og, det er jo mange kunder i kø og det er begrenset med tid.» Intervju 8.*

En informant nevnte også at samfunnet hadde forandret seg til å skulle effektivisere alt mulig og få gjort mest mulig på kortest mulig tid. Farmasøyten mente derfor at det ofte blir sett på som enklere og mindre tidkrevende å bare gi en tablett enn å faktisk skulle ta en samtale for å fikse roten til problemet.

*«Jeg tenker egentlig at vi har kommet til en plass i hele helsevesenet med at det er lettere å gi en tablett enn å faktisk bruke tiden sin på andre metoder. Så jeg tror faktisk at det bare har begynt å bli mer medisinerings på grunn av det ikke er tid til hver eneste pasient. Så har jo livsstilen vår også blitt endret så vi har jo kanskje litt usunnere kosthold og kanskje litt mindre aktivitet som fører til flere syke som det blir på en måte en sirkel som vi ikke får gjort noe med.» Intervju 8.*

### 3.5.4 Følsomt tema for pasienten

Majoriteten av informantene uttrykte at livsstil, kosthold og trening var sensitive temaer som noen pasienter kunne ha vanskeligheter med å prate om. Noen av deltakerne hadde selv opplevd episoder hvor en pasient hadde følt seg utilpass og reagert når farmasøyten hadde begynt å snakke om livsstil. Disse farmasøytene hadde da etter denne episoden blitt veldig mye mer forsiktig da det kom til å snakke om livsstil med pasienter. Flere deltakere poengterte at et stort antall pasienter hadde reagert negativt om de skulle kommentert på deres livsstil.

*«For jeg tror kanskje at kundene kan oppleve det som litt ubehag å stå ute i resepturen og snakke om det, særlig om det kanskje er en litt overvektig person også skal man begynne med «ja kanskje du skal endre litt på dietten og være litt mer fysisk aktiv», det er jo litt nedgraderende mot kunden mhm og da kan det jo føre til at kunden har litt ubehag med å faktisk komme til apoteket og det er jo igjen negativt.» Intervju 8.*

Samtlige informanter uttrykte at måten man starter opp en slik samtale på og hvordan man går frem spiller en stor rolle på hvordan pasienter oppfatter det. Farmasøytene mente for det meste at man burde gå forsiktig frem og tolke signalene man får tilbake av pasienten. De mente også at man burde legge inn tipsene som generelle råd og ikke nødvendigvis direkte til pasienten slik at pasienten ikke føler seg truffet. I tillegg trakk deltakerne frem at man unngår å trekke pasienten ut av komfortsonen hvis pasienten selv tar opp tema og tar initiativ på at han eller hun vil snakke om det.

*«Det vanskeligste er at de kanskje ikke skal ta det personlig. Jeg tenker sånn at de ikke skal føle seg truffet eller noe sånt, at det går på dere som person da. At de får sånn inntrykk av at jeg snakker på generelt grunnlag da.» Intervju 1.*

*«Jeg tenker jo det at den som sitter ovenfor, den som også sitter ovenfor deg også har litt forskjellig på hvor egne grenser for det personlige går, sårhet og alt mulig. Og da fedme igjen er jo sånn derre ting da som kan være vanskelig, ehh men så tenker jeg også at hvis de har fått det anbefalt av lege og velger å kommer så.. såå.. har de jo åpna opp allerede så da må vi jo bare tørre å ta den samtalen.» Intervju 4.*

Det var flere farmasøyter som ønsket seg litt mer diskresjon når det kom til samtaler om livsstilsveiledning. Farmasøytene mente at slik som apotekene var nå ville andre pasienter og ansatte hørt en eventuell veiledning om kosthold og trening, noe som kan være ubehagelig for pasienten.

*«Mitt inntrykk er at når du er i direkteresepturen (lite sukk), kanskje det har litt med oss å gjøre også at pasientene føler at der står det mange folk rundt som kan høre ting sånn at man i mindre.. i mindre grad er åpen for å diskutere litt sånn personlige ting, utfordringer i mitt inntrykk. Men så start de kommer inn bak en relativt lukket dør så er man mer åpen.» Intervju 7.*

### 3.5.5 Pasientens sykdomshistorie

En utfordring med livsstilsveiledning som farmasøytene nevnte var at de følte de hadde for lite informasjon om pasientens sykdomshistorie sammenlignet med for eksempel legen. I tillegg mente farmasøytene at farmasøyter ikke var vant til komplekse sykdomshistorier og at det kunne være vanskelig å ta stilling til.

*«Farmasøyter liker best å snakke generelt, eemm, det bør ikke være noen komplekse sykdomshistorier, det burde ikke være noe multi faktorer, altså det må være definerte kriterier, altså relativt enkle som type 2 diabetes, ukomplisert hypertensjon, den type ting.» Intervju 6.*

*«For legene har jo mer historikk på pasienten enn det vi har, de har jo hele journalen, vi har jo bare medisinene så vi vet jo på en måte ikke alle sykdommene de har, men hvis de forteller så vil jeg jo gjerne hjelpe.» Intervju 9.*

## 3.6 Livsstilsveiledning som eventuell tjeneste

### 3.6.1 Initiativ

Blant farmasøytene var det stor enighet om hvor initiativet til en livsstilsveiledning som en eventuell tjeneste burde komme fra. Hypotetisk sett var det de færreste farmasøytene som mente at de selv hadde tatt initiativ til å utføre en slik eventuell tjeneste, men nevnte at hvis tema rundt livsstil ble tatt opp av pasienten kunne de tilbudt dem en livsstilsveiledning-tjeneste. Informantene begrunnet dette med at dette var et sensitivt tema og at det ikke nødvendigvis er alle pasientene som har lyst til å snakke om det. I tillegg nevnte flere deltakere at det ikke faller dem inn naturlig å skulle ta opp ikke-medikamentelle tiltak i en samtale med mindre pasienten selv direkte spør om det. Derfor mente de at dette ville vært en utfordring å skulle tilby dette som en tjeneste. En farmasøyt uttrykte at han kunne tatt initiativ til en livsstilsveiledning-samtale dersom han oppfattet pasienten som sto der til å være åpen for det.

*«Men altså som en del av en litt utvidet samtale om et legemiddel i resepturen hvis jeg opplever at jeg har en god kontakt med den som står der. Den personen er villig og interessert, så kommer jeg ofte innpå den type ikke-medikamentelle tiltak.» Intervju 6.*

*«Om det nå står en kols pasient der som lukter kraftig av røyk så vil jeg nok i de fleste tilfeller vurdere det som ganske sensitivt å gå inn på. Da må det i så fall være, eller jeg vill ikke uoppfordret gjøre det. Da måtte de i såfall, hvis legemiddelbrukeren skulle ta initiativ til det selv ville jeg selvfølgelig på en skånsom måte gått inn på det». Intervju 6.*

### 3.6.2 Hvem kan utføre tjenesten

Under spørsmål om hvem som kan utføre en eventuell livsstilsveiledning-tjeneste var svarene blant farmasøytene litt delt. Flesteparten mente at dette både kunne utføres av apotekteknikere og farmasøyter. Flere deltakere nevnte også at dersom pasienters legemidler eller en mer komplisert sykdomshistorikk skulle bli med i bildet burde det mest sannsynlig gjøres av en farmasøyt. Det kom blant annet frem at hvis både apotekteknikerne og farmasøytene fikk opplæring og ble ansett som skikket til det burde det ikke være noe problem.

*«Jeg tenker egentlig hvem som helst men man må stille noen krav til de som skal gjøre det og de må ha gjennomgått noe form for kurs, ser jeg for meg da. Sånn at når de faktisk skal utføre tjenesten så er man sikker på at det er et visst kvalitetsnivå.»*  
Intervju 3.

*«Det tenker jeg er personlig egnethet, interesse og evner og det trenger ikke å være knyttet til farmasøyter.»* Intervju 4.

Et par av farmasøytene mente at dette primært burde være en farmasøyt-tjeneste og begrunnet det med blant annet farmasøytens utdanning. Det ble også nevnt at apotekteknikere ikke nødvendigvis hadde følt seg trygge på å utføre en omfattende veiledning mens farmasøyter som har større faglig bakgrunn kanskje hadde vært mer komfortable.

*«Jeg tror ikke at apotekteknikere vil føle seg trygge. Da måtte det i så fall vært en helt standardisert tjeneste, altså «still følgende spørsmål og kryss av i boksen», så jeg vil nok si at primært at det sorteres under farmasøyter med mastergrad. Kanskje litt lite gjennomførbart å skulle ha en tjeneste som kun kan gjennomføres av masterfarmasøyter, ehh.. hmm så i praksis så hadde det vel vært best at det var en tjeneste for alle med farmasøyt kompetanse.»* Intervju 6.

*«Jeg tenker ikke at en tekniker kan gjøre sånt, for da føler jeg at det blir litt lite kunnskap der, jeg tenker ikke at de sitter med så mye kunnskap på akkurat det tema, men kanskje en farmasøyt kan ta seg av akkurat dette her slik de gjør med inhalasjonsveiledning i og med at det er vi som har lært mest om medisinene og forebygging av sykdommene. Vi har et mer helhetsbilde enn det en tekniker har. Jeg føler det blir litt tynt hvis en tekniker gjør dette. Jeg tenker en tekniker kan eventuelt henvise til en farmasøyt om en kunde trenger eller ber om veiledning, da tenker jeg at en farmasøyt er litt mer passende enn en tekniker.»* Intervju 9.

Hvor mange apotekansatte og hvem som burde utføre tjenesten var det også mange som hadde en mening om. Det ble diskutert at personlig egnethet og personlig interesse burde spille en stor rolle da det ikke var sikkert at alle farmasøyter eller apotekteknikere hadde ferdighetene til å utføre en slik veiledning som en tjeneste. Flere la vekt på viktigheten av at farmasøyter var motivert til å utføre veiledningen og hadde lyst for at det skulle bli bra resultater. I tillegg ble det tatt opp at ikke nødvendigvis alle ansatte trengte å tilby tjenesten, en farmasøyt mente at det vil bli bedre kvalitet dersom en eller to farmasøyter på ett og samme apotek utfører dette slik at de fikk gjøre det flere ganger.

*«Ja, eller jeg tenker også at ikke nødvendigvis alle skal gjøre det, men at man har det som oppgave, at det er noen som kan gjøre det i apotek. Og at det er de med beste forutsetninger og evner og interesse. Det kan bli litt sånn at hvis alle skal gjøre det blir det litt halvveis og at hvis man da også skal... at det ikke er så ofte.. at man gjør det for sjeldent så blir det en ulempe». Intervju 4.*

*«Også er det jo ikke sikkert at alle apotek som har ansatte som syns det kunne vært gøy så man kunne valgt ut noen apotek sånn at i en by da så kunne man sagt at det og det og det apoteket skal holde på med det, atte ja, for jeg ville trodde det er lurene å ha en viss kontinuitet i det og en viss mengde pasienter, sånn at man ikke driver med livsstilsveiledning annen hver måned så er det kanskje lurt å.. jeg som farmasøyt for eksempel gjorde det 2 ganger i uka da, litt sånn fast.» Intervju 5.*

### **3.6.3 Hvordan utføre tjenesten**

Noen farmasøyter kom med forslag om hvordan man kunne starte opp tjenesten og tilby pasienten på en naturlig måte. Blant annet kom det forslag om å kunne starte en samtale og tilby tjenesten dersom noen ber om kolesterolmåling eller hjelp med å kontrollere blodsukkeret sitt. En av farmasøytene mente at den enkleste måten ville vært å identifisere spesifikke målgrupper slik at man spesielt kunne gå etter de pasientgruppene.

*«Da må man nesten identifisere noen målgrupper – hvem er det som skal ha veiledningen også må man kanskje gå litt spesielt etter de kundene da. For sånn sett de med diabeteskunder og sånn er jo veldig enkelt å identifisere og liksom i tillegg til å levere ut insulin eller hva det nå er ikke sant kan man i tillegg snakke om kostholdsveiledning og sånn.» Intervju 3.*

Hvor denne eventuelle veiledning-tjenesten burde foregå var det stor uenighet om. Noen farmasøyter mente at slike samtaler var noe som burde tas på inforom hvor det er mer privat. Dette begrunnet de med at det var et følsomt tema som pasientene ikke nødvendigvis ville at alle skulle høre noe om. Mens andre farmasøyter uttrykte at veiledningen burde tas i direkte reseptur der og da, dette begrunnet de med at sannsynligheten for at pasientene kommer tilbake i et senere avtalt tidspunkt er mindre enn å bare ta samtalen der og da. De aller fleste informantene var enige om at tjenesten ikke burde vare noe lenger enn 15 minutter.

*«Jeg tenker at skal det gjennomføres så måtte det blitt som en da og der tjeneste over disk, straks man innfører en avtale at vi avtaler tidspunkt for å møtes senere så vil nok veldig mange oppfatte det som uforenelig med en travel hverdag, å skulle sette av et tidspunkt og håpe at personen møter opp. Så det måtte blitt no sånt at man tar det der og da. Og det burde etter mitt syn foregå gjennomføres i resepturskranken. Det er, Jeg kan ikke se at en samtale om livstil trenger en utvidet form for diskresjon og skjerming». Intervju 6.*

*«Altså man trenger å ha et sted å sitte ned med pasienten, for dette er ikke noe man bare kan ta i selvalget liksom kjapt eller over direkte resepturen hvis man skal gå inn og gi dem et tilbud om livsstilsveiledning så man må kunne ha et inforom hvor man kan*

*gå inn og sitte litt i fred og som er litt ehh.. hva hva skulle jeg si, innbydende da. Men også måtte man vært sikker på at man kunne fått bestilt tid hvis det er.. ja.. og gjort en avtale sånn at ikke man bare stikker innom en lørdag og at lørdagshjelpen da måtte tatt det». Intervju 5.*

Et par av informantene tok opp tjenesten Medisinstart og hvordan de gikk frem for å utføre den tjenesten. Mange poengterte at det kunne fungert å utføre tjenesten livsstilsveiledning på samme måte som Medisinstart. Altså at det kom en pop-up når det var en potensiell pasient og at man avtalte tid for å møtes senere. Gjentakelse av tjenesten var også noe flere av informantene nevnte, her kom det frem at livsstilsveiledning som en tjeneste burde gjentas flere ganger da de mente at det å endre menneskers levevaner krever mer enn en 15 minutters samtale. Farmasøytene mente at det burde avtales oppfølgingsamtaler slik som det gjøres med Medisinstart.

*«Men så tror jeg og at en sånn tjeneste er noe man må gjenta flere ganger for ikke sant for som regel holder det jo ikke bare med en samtale så jeg tror det kanskje må være et slags opplegg at man kanskje skulle hatt 3 møter eller noe sånt. For hvis det bare blir et møte, en sånn enket ting også ferdig med det, så er det litt sånn fare for at alt blir bare glemmt. Så jeg tror det må være oppfølging for at det skal gi effekt.» Intervju 3.*

Majoriteten av deltakerne var også enige om at farmasøytene ikke direkte skulle fortelle pasienter om at de trenger en livsstilsveilednings-samtale. De uttrykte at det ville være mer skånsomt å heller ha det som en tjeneste man kan tilby som pasientene selv kan velge om de ønsker å snakke om eller ikke. Samtlige informanter var enige om at for at dette skulle bli en tjeneste som har gjennomslagskraft må det komme fra høyere hold som Apotekforeningen med standardisert opplegg som er godkjent av helsemyndigheter.

*«Jeg tror ikke det er noe lurt å gå til noen uansett og si at «du må gå ned i vekt», det er det legen som kan gjøre tenker jeg men derimot å ha en sånn «hvis du vil ned i vekt kan vi hjelpe deg», det hadde vært noe annet, også må man jo bare prøve.. assa det er jo ikke i veien med at når folk kommer og henter hjertemedisiner å komme med et par tips, hvis man har noen gode tips til kosthold, så kan folk heller selv velge om de vil ta til seg tipsene. Det er lettere å tipse om «husk å mosjonere mer» enn å si «du må ned i vekt». Folk ved det selv. Det er ingen som får seg en overraskelse og bare «oi er jeg overvektig». Intervju 5.*

*«Det bør i såfall bli et bransjeoverskridende tema da. Atte da må styret i Apotekforeningen som består av representanter for apotekeierne blir enige om at det her er vi tjent med å gjennomføre, enten ved hensyn av vårt omdømme eller at vi ser på det som en viktig del av vårt samfunnsoppdrag eller at vi er tjent med det økonomisk.» Intervju 6.*

En av farmasøytene nevnte motivasjon og konkurranse som et punkt for å få livsstilsveiledning som en tjeneste til å bli mer populært blant farmasøytene og øke lysten blant apotekansatte. Hun nevnte at farmasøyter kan bli motivert av å ha en konkurranse som går ut på å gi råd og tips uten å nødvendigvis få noen økonomisk gevinst for apoteket.

*«Kanskje lage konkurranse faktisk ut av, sånn «hvor mange har du gitt veiledning til» eller «hvor mange har du tipset om», ikke bare for å øke salg men gi helseråd, at vi kan ha konkurranse om det da. Hvem som har mest mulig poeng der, det kan jo være morsom og motiverende synes jeg da. Jeg hadde blitt motivert til det. For det er jo både fordeler for samfunnet og selve kunden. Man sparer jo en del på sykehusinnleggelse og legebesøk hvis man bare allerede forebygger i starten enn den sekundærprofylaksen da.» Intervju 9.*

#### **3.6.4 Hvilke pasienter har behov for tjenesten**

Det var stor enighet blant farmasøytene angående hvilke pasientgrupper som kunne hatt behov for en livsstilsveiledning-tjeneste. Pasientgruppene som ble nevnt flest ganger var pasienter med høyt kolesterol, diabetikere, pasienter med høyt blodtrykk, røykere, fedme pasienter, hjerte-kar pasienter og astma og kols pasienter. I tillegg til dette var det en farmasøyt som nevnte pasienter med spiseforstyrrelse som en pasientgruppe som kunne trenge livsstilsveiledning.

*«Jeg mener jo de med høy risikofaktor er jo de som røyker og det er jo gjerne de som har kols og som ikke har klart å slutte å røyke for det blir jo profylakse allerede da, også er det de med høyt kolesterol. Jeg tenker at disse gruppene er spesielt viktig fordi da kan man jo forebygge allerede da, og da har de ikke opplevd de alvorlige sykdommene enda og da er de i risikogruppen og da kan man jo eventuelt prøve å hindre det der og da, så slipper de å få den smerten de eventuelt villet fått senere.» Intervju 9.*

*«Hvis det kommer inn en veldig tynn person som skal prøve å slanke seg. Hvertfall på avføringsprodukter føler jeg at jeg må si jo for ja.. men de blir ofte sure ja. Men de får jo kjøpt det uansett, hvis jeg sier nei drar de bare på et annet sted ikke sant og kjøper det. Går de innom 10 apotek tenker jeg at de hvertfall får tak i det på 8/9 av dem.» Intervju 10.*

## 4. Diskusjon

Resultatene i denne studien viste at det var noen variasjoner fra farmasøyt til farmasøyt når det kom til deres holdninger til livsstilsveiledning i apotek, utfordringer de møtte og hvor kompetente de følte seg. Farmasifag.no definerer farmasi som læren om legemidler og farmasøyter som eksperter på legemidler- fra hvordan de lages og skal brukes, til hvordan medisinen virker i kroppen (43). Da dette er en ofte brukt beskrivelse av farmasøyters ekspertise er det naturlig at det er ulike meninger og holdninger hos farmasøyter når det kommer til diskusjonen over hvorvidt livsstilsveiledning hører hjemme i apotek.

### 4.1 Kompetanse og ferdigheter

For farmasøytene som var med i denne studien virket det som om kompetanse og ferdigheter sett i sammenheng med livsstilsveiledning var en viktig forutsetning for å kunne utføre en god veiledning. Majoriteten av farmasøytene mente at deres kunnskaper og ferdigheter var tilstrekkelig slik som livsstilsveiledning i apotek er nå, altså uten at det er en apotekteneste eller at det er mye fokus eller etterspørsel etter det. Dette hadde nok mye å gjøre med at hovedoppgavene til farmasøyter som er vektlagt i dagens samfunn for det meste er:

- Veilede og informere om legemidler og riktig bruk
- Ekspedere resepter
- Ansvar for service og kundekontakt
- Produsere legemidler (44)

Disse punktene representerer arbeidsoppgavene man assosierer med farmasøyter. Dette kan være grunnen til at farmasøytene ikke fokuserte så mye på livsstil og livsstilsveiledning da dette ikke nødvendigvis kommer under disse punktene. Det samme gjelder pasientene som kommer inn i apoteket, siden det kanskje ikke er så samfunnskjent at farmasøyter kan gi livsstilsveiledning er det kanskje ikke apoteket de henvender seg til for å få råd og veiledning.

Dette kan også være årsaken til at de fleste farmasøytene følte seg kompetente nok til å eventuelt kunne svare på de få spørsmålene angående livsstil, kosthold og trening som de fikk fra pasienter.

I Australia har en lignende studie angående livsstilsveiledning blitt utført hvor kunnskapen, meningene og holdningene til farmasøytene ble evaluert. I likhet med denne studien indikerte også den australske studien at det kunne være et behov for å identifisere farmasøytenes kunnskaper og ferdigheter i tillegg til å fylle eventuelle hull i deres kompetanse. I likhet med Norge er ikke livsstilsveiledning verken satsningsområde eller farmasøytjeneste i apotek (45). Likheten i resultatene kan tyde på at en god del farmasøyter både i Norge og Australia kan trenge faglig påfyll dersom livsstilsveiledning blir et satsningsområde eller en apotekteneste.

Flere av deltakerne ønsket opplæring og kursing for å styrke kompetansen og tryggheten til å kunne utføre en livsstilsveiledning dersom dette skulle bli satset på. I Lov om helsepersonell står det «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for



øvrige», i tillegg står det «helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (9). Denne loven spesifiserer at helsepersonell må ha faglige kvalifikasjoner for å kunne utføre arbeidet sitt korrekt, dette gjelder da også farmasøyter. Slik som mange av informantene sa vil en trygghet i kompetansen føre til høyere grad av kvalitet på veiledningen i tillegg til økt selvtillit hos farmasøytene.

Faglig kompetanse er et viktig punkt i livsstilsveiledning men i tillegg til dette kommer sosial kompetanse. Sosial kompetanse er et sett av ferdigheter, kunnskaper og holdninger som trengs for å mestre ulike sosiale miljøer (46). Når man skal snakke med pasienter om sensitive temaer som livsstil, kosthold og trening vil sosial kompetanse være veldig relevant. Kommunikasjon vil være svært viktig her. Kommunikasjon om sensitive temaer er ofte mer utfordrende enn dagligdags kommunikasjon. Slik som noen av deltakerne nevnte er det viktig å kunne kommunisere på en slik måte som ikke får pasienten til å føle seg utilpass. Denne egenskapen kan det være noen farmasøyter ikke har. Farmasøyter er vant til å prate med pasienter og har lang erfaring i å gi råd og veiledning angående legemiddelbruk. Men når det kommer til livsstilsveiledning er erfaringen litt mindre. Deltakerne diskuterte at noen farmasøyter ikke vil klare å kommunisere livsstilsråd på en god måte og at det derfor burde være opplæring i denne type kompetanse i tillegg til faglig kompetanse.

I 1991 ble det utført en studie i London hvor det i løpet av en uke ble utført et opplæringsprogram angående helsefremmede veiledning (47). Formålet med programmet var å styrke farmasøytene kunnskaper og ferdigheter med tanke på helsefremmende veiledning. Resultater fra studien viste blant annet positive holdninger fra farmasøytene angående opplæringen. Farmasøytene følte seg tryggere til å kunne veilede pasienter og uttrykte tilfredshet til å kunne bruke en større del av sine ferdigheter som styrket helsepersonellrollen deres. Kandidatene som hadde vært med på forsøket sa at det etter treningen var større sannsynlighet for at de involverte seg i helsefremmende arbeid innen blant annet kosthold og røykeslutt. De følte også at de brukte mer tid på å gi sosial og psykologisk omsorg til sine pasienter i form av råd og veiledning. Basert på innspill fra farmasøytene som er gjort i denne masteroppgaven, sett i lys av resultater fra den engelske studien, bør det tilbys opplæringsprogram for farmasøyter dersom dette blir et satsningsområde i apotek. Dette for å øke kunnskapsnivået hos farmasøytene slik at kvaliteten på veiledningene og rådene øker men også fordi farmasøytene selv mener de trenger påfyll og vil få god nytte av det.

Under flere av intervjuene kom det frem at pasientenes for-kunnskaper og kompetanse var en av grunnene til at farmasøytene kunne være tilbakeholdne med veiledning. Slik som mange av farmasøytene poengterte hadde pasientenes rolle forandret seg mye fra tidligere. Blant annet blir pasienter mye mer inkludert i deres egen behandling og vi har en egen lov om pasientens og brukerens rett til informasjon. I denne loven (Lov om pasient- og brukerrettigheter) som trådte i kraft 1.1.2001 står det blant annet at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få en innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (48). Dette kan blant annet ha ført til at pasienter nå er mer involvert i egen helse og mer interessert. Med tanke på lettere tilgang til informasjon og lærdom som via internett og media kan dette ha bidratt til at flere pasienter har mer

innsikt i helse enn tidligere. Den moderne pasienten har mer informasjon enn tidligere (49).

Selv om det nå er lettere tilgang til informasjon for pasienter er ikke alltid informasjonen eller rådene fra internett kvalitetssikret eller dokumentert. Media oversvømmes av blant annet nye legemidler, nye behandlinger og nye tiltak innenfor helse. Noen ganger blir kun de positive sidene løftet frem og ikke de negative som for eksempel bivirkninger. Andre ganger kommer det frem en påstand som ikke nødvendigvis er riktig fordi det mangler bakgrunnsinformasjon eller at det ikke har blitt gjort noen sammenlikninger som kan vise at de positive effektene egentlig hadde en annen årsak. Dette ble poengtert av Matt Oxman, forsker og journalist, i en kronikk angående helsepåstander. Ofte kan det være vanskelig å skille mellom pålitelige påstander og upålitelige påstander og det kan føre til at blant annet pasienter tar valg som er basert på feil informasjon. Dette er grunnen til at kritisk tenkning er viktig og selv om mange pasienter selv mener at de har mye informasjon om helse kan mye av informasjonen være misvisende og derfor kan blant annet det å snakke med en farmasøyt være oppklarende (50).

## 4.2 Ansvar og holdninger

Gjennom intervjuene kom det frem at majoriteten av deltakerne mente at hovedansvaret for livsstilsveiledning ikke ligger hos farmasøyter. De fleste mente at dette ansvaret hovedsakelig ligger hos leger og ernæringsfysiologer. En leges hovedarbeidsområdet er å forebygge sykdommer og skader, diagnostisere og behandle pasienter (51). Det er altså ikke spesifisert hvordan leger skal behandle pasienter og derfor er det naturlig at å gi råd om livsstilsendringer kan være en behandlingsmåte. Som klinisk ernæringsfysiolog skal man undersøke, stille diagnoser og veilede om forebygging og behandling av kostholds-relaterte sykdommer og tilstander som påvirker blant annet kroppens omsetning og behov for næringsstoffer (52). Utifra denne beskrivelsen kan man tolke det slik at ernæringsfysiologer har ansvar for å informere og veilede angående kosthold. Da det finnes egne utdanninger som har fokus på livsstilsveiledning kan farmasøytens rolle som livsstilsveileder virke mindre betydelig.

Selv om vi i dag har yrker som leger og ernæringsfysiologer som har livsstilsveiledning som en arbeidsoppgave er det mye som tyder på at dette kanskje ikke er nok. Fedme er et økende problem i Norge og skaper store helseproblemer og samfunnskostnader. Fedme har sterk sammenheng med hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, enkelte kreftsykdommer og diabetes. Det er over 23 % av Norges befolkning som har fedme (53). Når disse tallene er såpass høye åpner det for mange forbedringsmuligheter. Slik som mange av informantene sa kan et lavterskeltilbud gjøre det lettere for pasienter å ta grep om livsstilen sin. Det var kanskje derfor majoriteten av deltakerne var åpne for at farmasøyter kan ta mer ansvar da de var enige om at apotek er en arena som passer seg da det er lett tilgjengelig for de aller fleste i tillegg til at det er gratis helsehjelp.

Det vil i årene fremover være mange pasienter som vil få sammensatte behov, men færre helsepersonell som kan yte helsehjelp. Det vil derfor bli essensielt for ulike profesjoner å samarbeide for å møte bemanningsproblemer og gi kontinuitet i helsetilbud (54). Når det kommer til livsstilsveiledning, er det mange brikker som må falle på plass før samarbeid mellom ulike typer helsepersonell kan være nødvendig. Mange av

informantene mente at dersom farmasøytene skulle ta på seg mer ansvar med tanke på livsstil, trening og kosthold ville det være relevant med samarbeid med for eksempel legene. Flere deltakere uttrykte at pasienter både stoler mer på legen når det kommer til livsstilsveiledning og at de føler seg mer komfortable med å diskutere dette med legen. Men i tillegg kan det være mange pasienter som føler at legen ofte har liten tid og ikke nødvendigvis prioriterer livsstilsveiledning (55). Dersom legen skriver en henvisning videre til apotek eller informerer om at det er mulig å få råd og veiledning på apoteket kan det være større sannsynlighet for at pasientene etterspør veiledningen.

Apotekene har forandret seg veldig mye i løpet av de siste årene. Blant annet kommer mye av omsetningen til apotekene nå fra varer som også selges på helsekost- og dagligvarebutikker i stedet for reseptbelagte legemidler. Grunnen til dette er at prisen på de fleste reseptpliktige legemidler er satt av staten og ikke kan endres av apotekene. Med økt konkurranse mellom de ulike apotekkjedene og andre typer butikker har fortjenesten til apotekene sunket (56). I tillegg til dette har apotekbransjen forandret seg på andre måter. Det har lenge vært mangel på farmasøyter i Norge på grunn av den store utviklingen i antall apotek, men nå ser vi en utvikling hvor etterspørselen er mindre på fysiske apotek og større på nettapotek. Det kan bety at fokuset for farmasøyter må skiftes og at det må tilbys flere tjenester i fysiske apotek som ikke kan tilbys fra nettet for at arbeidsplassene skal bevares (57). Dette kan være grunnen til at flere av informantene var åpne for å tilby andre typer tjenester i apotekene. Noen av deltakerne diskuterte viktigheten med å tilby slike tjenester og utvide farmasøytens oppgaver slik at farmasøytene både kunne bidra mer og apotekene kunne øke sin fortjeneste. Det kan derfor diskuteres om livsstilsveiledning burde bli farmasøytens ansvar både til pasientens gode, men også apotekets.

For at livsstilsveiledning i apotek eventuelt skal fungere må farmasøytene i apoteket være interesserte i å gi veiledning. Det har blitt utført en studie i Canada hvor de blant annet skulle finne ut om det var interesse for forebygging av hjerte- og karsykdommer blant farmasøyter. Studiens resultater viste at få farmasøyter praktiserer rutinemessig livsstilsveiledning som forebygging, men 90 % av respondentene mente at forebyggende rådgivning i apotek var viktig. Studien konkluderte med at det var en betydelig interesse blant farmasøyter for å utvide sin rolle innenfor forebygging av hjerte- og karsykdommer (58).

Når vi sammenligner den canadiske studien med denne studien, så vi at det var delte meninger blant farmasøytene i de to studiene. I denne masteroppgaven var det mange av farmasøytene som hadde positive holdninger men det var i forbindelse med at det skulle være et strukturert opplegg og at initiativet skulle komme fra pasientene og ikke farmasøytene. Holdningene deres endret seg også mye basert på hva slags type apotek de jobbet i. De farmasøytene som jobbet på apotek hvor det var hektisk, var mindre positive til å fokusere på en arbeidsoppgave som ville ta enda mer tid og lage lengre køer på apoteket. Disse farmasøytene var ikke nødvendigvis negative til livsstilsveiledning men mente heller at farmasøyter ikke har tid til å ta ansvar for dette. Det var de færreste apotekene som hadde det veldig hektisk hele tiden og majoriteten av farmasøytene i denne studien hadde positive holdninger til livsstilsveiledning i apotek. Flere var enige om at livsstilsveiledning for å forebygge hjerte- og karsykdommer brakte mye positivt for både samfunnet og pasienten. Basert på farmasøytens innspill kan man

oppsummere med at farmasøytene for det meste hadde positive holdninger dersom det ble ansett som beste løsning å ha livsstilsveiledning på apotek.

### 4.3 utfordringer

En sentral utfordring angående livsstilsveiledning som mange av informantene følte på var motstand fra andre helsepersonellgrupper. Noen korte farmasøyt-intervjuer som ble gjort i 2013 forteller at farmasøytene stort sett er positive til tjenester i apotek så lenge det blir dekket av staten. De mener ofte selv at de er kompetente og kan utføre en god jobb. utfordringene kommer da i følge dem når legene ikke er like positive til tjenester og påvirker pasientene (59). Slik som farmasøytene i denne studien var farmasøytene redde for å trække inn på andre helsepersonellgruppers område. I en studie som har blitt utført i England var det flere pasienter som uttrykte at de hadde lagt merke til en viss profesjonskamp med tanke på profesjonell status og hierarki mellom farmasøyer og leger. Pasientene nevnte at legene kunne bli irritert over at farmasøytene blandet seg inn i medisineringsen til pasienten uten en henvisning fra legen (60).

Verken den norske legeforening eller NFA (norsk forening for allmennmedisin) har utalt seg direkte om livsstilsveiledning men har i tidligere uttalelser stilt seg negative til farmasøyttjenester i apotek som Medisinstart og reseptfri medisinutlevering med veiledning. Dette har blant annet vært fordi legene mente farmasøytene ikke hadde nok bakgrunnsinformasjon og at det er uavklart ansvarsforhold om det skulle blitt gitt feil legemiddelinformasjon med tanke på veiledningen i Medisinstart (61). For reseptfri medisinutlevering med veiledning hadde de bekymringer over en slik ordning kunne føre til overforbruk og feilbruk (62). Med slike profesjonskamper kan det være pasientene som rammes selv om det er deres helse som skal stå i fokus (63).

I tillegg til motstand fra andre helsepersonellgrupper var motstand fra pasientene en del av farmasøytene bekymringer. Noen pasienter er genuint ikke interessert i å motta veiledning mens noen pasienter kanskje er interessert, men det er andre hindringer som står i veien. Pasienter med utenlandsk bakgrunn faller inn under denne gruppen. Noen av farmasøytene opplevde det som en utfordring å skulle veilede og generelt ha en samtale med en del utenlandske pasienter hvor språkferdighetene ikke var fullstendig. Blant annet kom det frem at informantene opplevde en stor del av diabetespasientgruppen som pasienter med innvandrerbakgrunn hvor kommunikasjon var vanskelig. Under en studie som ble gjort i Norge blant immigranter fra Pakistan fant de blant annet ut at språklige barrierer har en stor betydning for førstegenerasjons innvandrere fra Pakistan selv om de hadde bodd i Norge i 10 år eller lenger. Mange av disse pasientene var avhengig av andre familiemedlemmer med bedre språkegenskaper når de for eksempel skulle kommunisere med apotekansatte (64). I Walaa Abuelmagd sin studie angående administrering av diabetes type 2 hos ikke-vestlige pasienter var det også noen pasienter som hadde nevnt vanskeligheter med kommunikasjon. Noen av pasientene hadde nevnt apoteket og legen som kilder til informasjon angående sykdommen og legemidler. I sammenheng med dette nevnte de at det i noen tilfeller kunne være vanskelig å få med seg all informasjon fra legen dersom legen ikke hadde samme utenlandsk bakgrunn som dem (65).

I en tid hvor apotekene sliter med å tjene penger på reseptbelagte legemidler er det naturlig at mange av informantene tok opp økonomi som en utfordring. Slik som situasjonen i apotekene er nå vil ikke et apotek få mer penger av å utføre en livsstilsveiledning. Derfor mente mange av informantene at det måtte være en økonomisk gevinst i veiledningen for at apotek-kjedene skulle ville satse på det. Det har lenge vært mye snakk om å utnytte den farmasøytiske kompetansen mer og kanskje overføre noen av tjenestene som tilbys hos fastlegene til apotekene. Dette både for å øke inntjeningen til apotekene men også avlaste fastlegene (66). I Legemiddelmeldingen fra 2014 ble det også diskutert å avlaste legene ved hjelp av farmasøyter. Her kom det frem at det noen ganger kan være lettere for legen å forskrive et medikament enn å prøve andre behandlingsalternativer på grunn av overbelastning og tidsmangel. Dette kan da i noen situasjoner gå på tvers av myndighetenes anbefalinger (8).

Selv om apotekene eventuelt skulle fått en økonomisk kompensasjon for veiledningen nevnte noen av farmasøytene at det i det lange løp kunne føre til at færre brukte legemidler som igjen kunne gi lavere inntjening til apoteket. Så om livsstilsveiledning ville gitt apoteket noe fortjeneste er usikkert. Livsstilsendringer i forbindelse med hjerte- og karsykdommer kan både være virke direkte behandlende for sykdommen man har men også forebyggende for andre sykdommer, dette er grunnen til at forebygging av hjerte- og karsykdom være samfunnsøkonomisk positivt (67).

Apotekene i dag er stadig i utvikling, sammenlignet med tidligere øker antall apotek mens antall ansatte synker (68). I tillegg til dette er det flere tjenester som Medisinstart og Inhalasjonsveiledning som tilbys. Mange av informantene i denne studien uttrykte bekymring for mangel av tid og for lav bemanning for å kunne sette av tid til pasienten for å gjennomføre en veiledning. Rønnaug Larsen som er leder for Norges Farmaceutiske Forening frykter at nedbemanning vil gå utover det faglige når apotek sjeldent har mer enn en farmasøyt på jobb. Hun mener at når man er alenefarmasøyt har man ingen å diskutere faglige problemstillinger med. I tillegg tok hun opp at hvis det var travelt ville muligheten for å gi faglig informasjon til pasienten bli mye dårligere, som igjen også ville gå utover muligheten til å utføre tjenester (68).

Pasientenes sykdomshistorikk og bakgrunnsinformasjon er noe ofte legene har best kontroll over da de har tilgang til blant annet kjernejournal. Mangel på sykdomshistorie var noe som farmasøytene mente var en utfordring når det kom til livsstilsveiledning. Det er ikke alltid det er like lett å veilede og gi gode råd når man ikke har den fulle bakgrunnshistorien angående pasienten. Kjernejournalen er en kilde til oppsummert informasjon om pasientens helse, oversikt over legemidler, besøkshistorikk hos lege, kritisk informasjon og eventuelle allergier og overfølsomhetsreaksjoner (69). Blant annet ønsker Apotekforeningen at apotekene skal få tilgang til kjernejournaler for å kunne kvalitetssikre reseptekspedisjon og apotektjenester. De mener at dette vil gi bedre grunnlag for å gi råd og veiledning. Tidligere har apotekpersonell vært fritatt fra å journalføre for hver enkelt pasient, men etter den nye pasientjournalforskriften som ble vedtatt 1.mars 2019 gjelder dette også for personell i apotek som gir helsehjelp (70). For at kommunikasjonen mellom apotekene og offentlige systemer skal forbedres slik at det blant annet bli mulig å videreføre journalføringen blir det nå utviklet et nytt datasystem som heter EIK som skal kunne brukes av apotekene i 2021(71). I tillegg til dette jobbes det med en felles journalløsning i Midt-Norge som heter Helseplattformen,

dette skal være en felles journal for helsetjenester (72). Disse endringene vil være til nytte for apotekene.

#### **4.4 Livsstilsveiledning som eventuell tjeneste**

Flere av deltakerne i studien kom med forslag om å ha livsstilsveiledning som en tjeneste på lik linje som andre tjenester som Medisinstart og Inhalasjonsveiledning. En årsak til at farmasøytene ville ha det som en tjeneste var at det da ville blitt et mer strukturert opplegg og mer opplæring. I tillegg ville det ført til mer anerkjennelse og mer opplysning til befolkningen angående rådgivningen. Når det kommer fra en sentral enhet som f.eks. Apotekforeningen, vil påliteligheten være større og sannsynligheten vil kanskje være større for at pasienter oppsøker tjenesten.

Farmasøytene var ganske klare på hvordan en livsstilsveiledning-tjeneste burde tilbys. Siden livsstil ble ansett som et mer sensitivt tema enn for eksempel temaene i tjenestene Medisinstart og Inhalasjonsveiledning, mente farmasøytene at man må være forsiktig med hvem man tilbyr tjenesten til og hvordan man gjør det. Pasienter som har fedme eller er overvektige er ofte klar over dette selv og kan føle på et ubehag om noen på apoteket skulle påpekt dette med etterfølgelse av en livsstilsveiledning. Dette er hovedårsaken til at farmasøytene ønsket at pasientene skulle ta initiativ selv eller få henvisning fra legen. Hvis en pasient får en henvisning fra legen og velger å komme til apoteket, vil det tolkes som at dette er noe pasienten ønsker å prate om og dermed slipper farmasøyten å lage en ubehagelig situasjon.

Noen andre land har innført en form for livsstilsveilednings-tjeneste. I 1997 ble det startet et diabetes-program for apotekansatte i Asheville USA. Målene som var satt for farmasøytene inkluderte veiledning innenfor kosthold og trening. Som en del av programmet ble det monitorert blant annet HbA1c og LDL og resultatene viste en reduksjon i begge disse. Veiledningen ble ansett som en såpass stor suksess at det utvidet seg til andre typer veiledninger innenfor blant annet hypertensjon (73). I Norge har det ikke vært noe spesiell fokus på livsstilsveiledning verken som en tjeneste eller generell rådgivning i apotek. Utifra disse resultatene kan man få en pekepinn på hvilke resultater man eventuelt kunne fått dersom dette ble satset på i Norge og om man hadde sett de samme resultatene som i USA.

Det var delte meninger blant farmasøytene i denne studien om hvem på apoteket som burde utføre en eventuell livsstilsveilednings-tjeneste. Flere av farmasøytene la vekt på opplæringen og argumenterte med at dersom alle skulle fått samme type opplæring ville både apotekteknikere og farmasøyter kunne utført en like god jobb. Dette var på bakgrunn av at det kun handlet om livsstil og ikke legemidler. Apotekteknikk er yrkesfaglig som vil si at det er en utdanning som fullføres på videregående skole og ikke på høyere utdanningsnivå. Apotekteknikere som jobber i apotek jobber under faglig ledelse av farmasøyter (74). Dette er noen av grunnene til at en del av farmasøytene i studien mente at livsstilsveiledning som en tjeneste kun burde utføres av farmasøyter. For en apotektekniker som er vant til å jobbe under oppsyn av farmasøyter kan det virke utrygt å skulle veilede på faglig basis på egenhånd. Hvis vi sammenligner dette med allerede innførte tjenester i Norge som Inhalasjonsveiledning og Medisinstart ser vi at det kun er farmasøyter som utfører tjenesten mens for eksempel vaksinasjon blir utført

av både farmasøyter og apotek teknikere. Inhalasjonsveiledning og Medisinstart er begge veiledende tjenester mens vaksinasjon er mer en fysisk handling, dette kan være årsaken til at det er en forskjell på hvem som kan utføre de ulike tjenestene.

Diskusjonen om hvem som skal utføre tjenesten gikk ikke kun på apotekansattes yrkestittel, men også på deres personlige egnethet. Hvordan man snakker til pasienter og deres evne til å kunne videreføre råd og veiledning spilte også en stor rolle for informantene. Deltakerne tok frem at pasienter ofte ønsker å snakke med helsepersonell som viser forståelse og trygghet slik at de ikke føler seg dømt eller sett ned på. Landsforeningen for hjerte- og lungehelse (LHL) trekker frem at god kommunikasjon med pasienter gir bedre behandlingsresultater, det vil bidra til større grad av pasienttilfredshet og utgjør en forskjell i helbredelsesprosessen. Pasienter har også et behov for å føle seg trygge og oppleve at helsepersonellet de snakker med er genuint interessert i dem for at de skal tørre å åpne seg (75). Det er ikke alle mennesker som har den egenskapen og disse ferdighetene til å få pasienter til å føle seg trygge i en situasjon som kan oppleves som ubehagelig. Derfor var denne egenskapen like viktig som yrkestittel for flere av informantene.

I tillegg til personlig egnethet var motivasjon og egen interesse også viktige punkter som informantene mente måtte oppfylles for at tjenesten skulle bli vellykket. Motivasjon er en samlebetegnelse for de faktorene som setter i gang og styrer atferden til mennesker og dyr (76). Dersom man ikke er motivert for å utføre et arbeid vil naturligvis kvaliteten på arbeidet gå ned, men dersom man har motivasjon vil mål lettere oppnås. Man vil altså lettere utføre den handlingen som vil føre til at målene blir oppnådd (77). Dette var altså noen av grunnene til at noen av farmasøytene mente at det burde være frivillig å skulle utføre livsstilsveiledninger som en tjeneste.

Selve apotekets egnethet og lokale ble også diskutert. Det var litt uenigheter om tjenesten burde utføres over resepturdisk eller i en mer privat setting som på et informasjonsrom. Men majoriteten av informantene var enige om at slike typer samtaler krevde diskresjon og burde bli utført i informasjonsrom. I hvilken grad apotekets lokaler var egnet til å være vertskap for en livsstilsveilednings-tjeneste varierte fra apotek til apotek. Noen av farmasøytene jobbet i apotek hvor de hadde store informasjonsrom av bra kvalitet mens andre farmasøyter mente at det ville kreve ombygging for å få til et innbydende informasjonsrom. Diskresjon kan være en utfordring da mange av apotekene i dag er små i størrelsen. Diskresjon er viktig med tanke på å unngå avbrytelser, forstyrrelser og distraheringer både for farmasøyter og pasienter (78). Med tanke på diskresjon har det blitt utført en studie i England hvor studiets mål var å finne ut hvordan tjenester i apotek bedre kan integreres i primæromsorgen for personer med langvarige sykdommer (79). Apotekene ble blant annet kritisert for å gi mer inntrykk av å være en butikk enn å være en del av helsevesenet. Det resulterte derfor blant annet i at det kunne være nødvendig med utbygging av noen apotek på grunn av apotekenes begrensede størrelse og dårlig kvalitet på konsultasjonsrommene.

## 4.5 Metodediskusjon

I denne studien var det et ønske om å få frem detaljer. For eksempel å få frem ikke kun hva slags holdninger farmasøytene hadde, men hva som var grunnen til at de hadde akkurat disse holdningene. Dette var grunnen til at det ble brukt kvalitativt intervju som er en god metode for å undersøke oppfatninger, erfaringer og i tillegg gir deltakeren mulighet til å uttrykke seg fritt i motsetning til for eksempel ved bruk av kvantitativt spørreskjema (36). I likhet med fokusgrupper brukes dybdeintervju når det er behov for en dypere forståelse av en problemstilling. Det vil gi en anledning til å grave dypere angående holdninger, motiver, følelser og atferd uten at informanten blir påvirket av andre (80). Selv om fokusgruppeintervjuer kunne vært et valg i dette tilfelle med tanke på at deltakerne ville fått muligheten til å sammenligne holdninger, utfordringer og erfaringer var det dybdeintervju som ble valgt. Grunnen til dette var at fokusgruppeintervju ble sett på som vanskelig å utføre med tanke på rekrutteringsutfordringer på grunn av lav bemanning i mange apotek og ofte hektiske arbeidsdager.

Med semistrukturerte intervju slik som det var i denne studien er det en viss fleksibilitet i intervjuguiden. De alle fleste spørsmålene ble stilt slik som det var planlagt bortsett fra noe omrokking på rekkefølgen av spørsmålene. Hvis informantene tok opp et tema som kom på et senere spørsmål eller det på en annen måte var en naturlig flyt i samtalen, varierte rekkefølgen på spørsmålene. Dette ble gjort for å la informantene snakke mest mulig fritt. Etter de første intervjuene ble det ganske tydelig at det ikke var så mange informanter som hadde utført livsstilsveiledninger. Derfor måtte et par av spørsmålene omformuleres til hypotetiske situasjoner istedet for situasjoner de faktisk hadde opplevd.

For å best tilpasse farmasøytene timeplan ble alle intervjuene utført på informantenes arbeidsplass innenfor arbeidstiden. En annen årsak til at det ble utført på arbeidsplassen var for å gi informanten en trygg følelse, slik at de lettere kunne snakke åpent om temaer og spørsmål som skulle stilles. Underveis i noen av intervjuene ble det avbrutt av kollegaer som enten skulle inn på spiserommet eller som skulle stille informanten noen spørsmål. Siden en del av informantene var apotekere eller bestyrere ble intervjuene med dem ofte avbrutt av spørsmål fra andre kollegaer. Forstyrrelsene førte til at både informanten og intervjuer mistet fokus og noen ganger måtte spørsmålene stilles på nytt. Dette kan ha vært en ulempe med å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassen til informantene, men i de aller fleste tilfellene gikk det fint å få tilbake konsentrasjonen og flyten i samtalen.



### 4.5.1 Validitet

Validitet handler om hvorvidt det som måles, svarer på det vi egentlig ønsker å få informasjon om. Store norske leksikon definerer validitet som gyldighet; i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke. Når man snakker om validitet, deler man ofte inn i ytre- og indre validitet. Indre validitet forteller noe om det er brukt riktig metode for fenomenet som er studert, altså om en valgt metode faktisk måler det forskeren ønsker å måle. Ytre validitet handler om å kunne generalisere resultatene, altså om man kan trekke slutninger for en større mengde data enn det studien egentlig undersøker (81). I denne studien var utvalget Oslo-apotek og man kan derfor ikke trekke noen slutninger om hvordan resultatene til andre apotek fra andre steder hadde vært. Ved kvalitativ forskning er det ofte ikke et mål å skulle generalisere dataene, man er mer opptatt av informasjonsmengde og kvaliteter ved fenomenet man studerer (82). I denne studien er data i den kvalitative studien basert på dybdeintervju med apotekfarmasøyter.

Ved rekrutteringen ble det først forsøkt å rekruttere ved å gå innom forskjellige apotek i Oslo. Da det viste seg at responsen var dårlig og ingen av apotekene tok kontakt i etterkant, ble det bestemt å gjøre det på en annen måte. En del farmasøyter ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden som vil si at noen bekjente ble kontaktet og noen av disse bekjentskapene kontaktet igjen andre farmasøyter som ble invitert til å bli med på studien. I tillegg til dette ble det sendt ut mail. Siden alle som ble spurt hadde muligheten til å takke nei til å bli med på intervjuet kan det på denne måten ha blitt et litt begrenset utvalg. Det kan være at det var de informantene som var interessert i livsstilsveiledning som takket ja til å bli med på intervjuet mens informantene som ikke var så interessert takket nei. Det er vanskelig å si om dette har påvirket resultatene, men engasjement og interesse kan ha spilt en rolle og det er derfor viktig å ta dette i betraktning når man tolker resultatene.

Informantene som var med i denne studien var alle farmasøyter som jobbet i apotek. Det var altså satt noen kriterier i rekrutteringsprosessen over hvilke farmasøyter som skulle rekrutteres. Det var ingen konkret kriterie at farmasøytene måtte ha gjennomført livsstilsveiledning, men det var et ønske om at farmasøytene skulle ha noen meninger eller holdninger om temaet livsstilsveiledning. Derfor ble det bestemt å ikke intervju farmasistudentene eller farmasøyter som var nylig utdannet. Grunnen til dette var fordi disse farmasøytene muligens hadde litt for lite erfaringer rundt livsstilsveiledning. Det var heller ingen pensjonerte farmasøyter eller farmasøyter som har jobbet på apotek tidligere som var med i studien. Dette var for å få mest mulig oppdaterte svar som er gyldige i dagens samfunn.

Når det kom til kjønnsfordeling, yrkestittel og alder, var det ganske jevnt fordelt og det var ikke noe særlig store forskjeller på resultatene mellom menn og kvinner, reseptar- og provisorfarmasøyter eller eldre og yngre. Det var også ganske jevn fordeling når det kom til lokasjon til apotekene, og her var den største forskjellen at farmasøytene som jobbet i by-apotekene ofte hadde en mye travlere hverdag i forhold til de som arbeidet ved lokalapotek. Da både utvalget og materialet er veldig lite kan man ikke trekke noen slutning rundt dette.

Ut ifra tidligere erfaringer fra andre masteroppgaver var det satt som mål å gjennomføre 10-12 dybdeintervjuer da dette var forventet å kunne svare på forskningsspørsmålet. Hvert intervju ville generere mye data og målet var å nå en teoretisk metning. Det vil si at man ville fortsette intervjuene til ny datainnsamling ikke ville tilført noe ny kunnskap (37). Både med tanke på tidsperspektivet på oppgaven og at det var innsamlet nok datamateriale med lite ny informasjon i de siste intervjuene ble rekrutteringen stoppet på ti intervjuer.

Intervjuguiden inneholdt en innledning hvor intervjuer forklarte litt rundt temaet og ga en kort introduksjon. Deretter ble det etterfulgt av introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål og kjernes spørsmålene. Selv om intervjuer startet med å forklare hva temaet omhandlet og forklaring rundt en del begrepet så det ut til at en del av spørsmålene ble misforstått av deltakerne. Noen av deltakerne valgte å fokusere på kosttilskudd og selvvalgsvarer selv om det i starten av intervjuet ble presisert at fokuset var på veiledning i sammenheng med hjerte- og karsykdommer. I tillegg var det et par av deltakerne som oppfattet livsstilsveiledning som en farmasøyt-tjeneste med en gang og ikke kun rådgivning og veiledning over disk. Det ble prøvd å oppklare uklarheter men for noen informanter var det fortsatt litt vanskelig å forstå. Disse misforståelsene kan ha påvirket resultatene da noen av informantene kan ha svart på noe annet og oppfattet spørsmålet på en annen måte enn det som egentlig var meningen.

Forsker har en sentral rolle som kan påvirke validiteten i studien. En forskers interesse, ståsted og personlige interesser kan bestemme hva som vektlegges under hele studien (37). Derfor er det viktig å være klar over sin egen rolle som forsker og ha en viss bevissthet for hvilke påvirkninger det kan ha på gjennomføringen av studien og tolkningen av resultatene. Da jeg selv er farmasøyt og har gjennomført livsstilsveiledninger i forbindelse med jobb på apotek, hadde jeg en viss forventning om svarene jeg skulle få fra deltakerne. Under noen av spørsmålene ville noen informanter ha eksempler eller litt mer forklaring rundt spørsmålet. Når det ble spurt om eksempler blir det naturlig at intervjuer kommer med eksempler på det som forventes å høre eller det intervjuer selv tenker om situasjonen, dette kan ha hatt en påvirkning på hva informanten svarte i etterkant.

Jeg hadde aldri utført kvalitative dybdeintervjuer tidligere og fikk derfor en del veiledning fra veileder. Intervjuguiden var godt gjennomarbeidet både av intervjuer og veileder og ble grundig rettet og redigert for at resultatene på best mulig måte skulle være valide. De første intervjuene som ble utført var litt stivere og hadde mindre flyt enn de intervjuene som ble utført senere. Grunnen til dette var at intervjuer ble tryggere på å gjennomføre dybdeintervju etter å ha utført et par. Under intervjuene ble det forsøkt å holde egne holdninger og reaksjoner så nøytrale som mulig slik at informantene ikke tolket det som noen riktige eller gale svar.

#### 4.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet har noe med pålitelighet å gjøre, det er et mål på troverdigheten av undersøkelsen, altså om studien kan gjentas av andre forskere med tilsvarende resultater (82). Da det i denne studien ble brukt kvalitativ metode, handler reliabiliteten og troverdigheten mest om behandling av datamaterialet. Reliabilitet i kvantitative studier er annerledes fra kvalitative. Vurderingen av troverdigheten i kvalitative studier handler blant annet om resultatene som er funnet er pålitelige, gyldige og overførbare (83). Når intervju typen er semistrukturert slik som det er i denne studien, vil det si at det har vært en grad av fleksibilitet rundt spørsmålene. Det har gjort at en del spørsmål har blitt stilt litt annerledes enn slik det opprinnelig skulle i tillegg til at rekkefølgen varierte. På grunn av dette vil intervjuene kunne variere selv om man bruker samme intervjuguide.

Under analysen av materialet ble alle analysetrinnene fulgt og alt datamateriale ble nøye gjennomgått. For å opprettholde så høy reliabilitet som mulig ble blant annet transkripsjonene enten utført den samme dagen eller dagen derpå og gjennomgått på nytt senere. Men på grunn av mange detaljer er sannsynligheten for at det ville oppstått nye detaljer eller at en annen forsker hadde valgt å fokusere på andre temaer dersom datamaterialet skulle blitt gjennomgått igjen ganske stor. Derfor vil ikke reproduserbarheten i en kvalitativ studie være så veldig høy. Men på grunn av prosessen, trinnene som er fulgt og at vi var to personer som så på det transkriberte materialet og gjorde videre analyse, mener jeg at reliabilitet til studien er god.

## 5. Konklusjon

Resultatene fra studien viste at det var en del delte meninger og holdninger men at flesteparten av farmasøytene hadde positive holdninger til å utføre livsstilsveiledning i apotek for pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer.

Farmasøytene ønsket seg mer opplæring og fokus fra apotekkjedene dersom de skulle praktisere dette mer enn de gjør nå. For det meste hadde farmasøytene samme holdninger, de som skilte seg ut var farmasøyter som jobber på hektiske apotek med mange pasienter. Det kan se ut som at disse farmasøytene hadde litt mindre positive holdninger med tanke på tidsproblematikk.

Drivkraften bak farmasøytenes holdninger handlet mye om ønsket om å bidra mer i helsevesenet og få brukt kunnskapen deres i større grad. Informantene var enige om at farmasøyter kunne brukes mye mer i samfunnet og de var villige til å lette arbeidsoppgavene til legene ved å overføre tjenester til apotekene. I tillegg var mange av farmasøytene oppdatert på den økonomiske situasjonen i apotekene og ønsket å bruke slike tilbud til pasientene som en måte å øke inntjeningen på.

Farmasøytene var i stor grad enig om at hjerte- og karsykdommer var relevante sykdommer som burde fokuseres på og som kunne forebygges med livsstilstiltak. På grunn av følsomheten rundt temaet livsstil var det mange av informantene som ikke tok noe særlig initiativ til å gi livsstilsveiledning eller som prøvde å trå veldig varsomt dersom de skulle komme med kostholds- og treningsråd. Hovedsakelig var dette hovedutfordringene farmasøytene møtte i hverdagen med tanke på livsstilsveiledning i tillegg til lite initiativ og interesse fra pasientene, for lite tid, motstand fra andre helsepersonell grupper og lite økonomisk gevinst.

Resultatene viste at mange av farmasøytene mente at de har evnen til å utføre en slik veiledning. Det viste seg at selv om farmasøytene var trygge på kunnskapene sine ønsket de fortsatt mer opplæring og informasjon for å kunne gi en topp kvalitets veiledning til pasienter med risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Farmasøytene poengterte også at for at livsstilsveiledning skulle bli noe som det skulle fokuseres på i apotek var det viktig at befolkningen ble mer bevisst på at apotekfarmasøyter kan gi livsstils- og kostholdsråd i tillegg til at pasientene er åpne for å ta i mot veiledningen.

## Litteraturliste

1. Helsenorge. Kjernejournal [Available from: <https://helsenorge.no/kjernejournal>. (Lest 10.11.2019)
2. Apotekforeningen. Apotek i Norge 2017 [Available from: <https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2016/1-apotek/1-1apotekinorge>. (Lest 10.11.2019)
3. Granås AG, Universitetet i Oslo, Braut GS, Universitetet i Stavanger. Farmasøyt 2019, Januar 02 [Available from: <https://sml.snl.no/farmas%C3%B8yt>. (Lest 10.11.2019)
4. Regjeringen. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk 2004 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/?ch=1>. (Lest 05.12.2019)
5. Lovdata. Apotekloven 2000, Juni 02 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>. (Lest 05.12.2019)
6. Granås AG, Bakken K. Samfunnsfarmasi: legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse s. 83-84. 2. utgave ed. Bergen: Fagbokforlaget 2018.
7. Vendil Å. Tro på fremtiden 2012, Oktober 15 [Available from: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/nyhet/tro-p%C3%A5-fremtiden?PID=36826&M=NewsV2&Action=1>. (Lest 05.12.2019)
8. Regjeringen. Legemiddelmeldingen-riktig bruk-bedre helse 2014 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/sec1>. (Lest 10.11.2019)
9. Lovdata. Helsepersonelloven 1999, Juli 02 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Lest: 02.02.2020)
10. Lange MH, Granås AG. Apotekbransjen før og etter ny apoteklov. Tidsskriftet for den norske legeforening 2003; 123: 3248-9. (Lest 02.02.2020)
11. Husom N. Reseptfrie legemidler i butikkene? 2003, Januar 24 [Available from: <https://tidsskriftet.no/2003/01/reseptfrie-legemidler-i-butikkene>. (Lest 09.03.2020)
12. SSB. Færre fødte og flere eldre gir sterkere aldring 2019, April 09 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/faerre-fodte-og-flere-eldre-gir-sterkere-aldring>. (Lest 05.12.2019)
13. Eggen FW, Røtnes R, Steen J. Helse-Norge 2040 - Hvordan vil fremtiden bli? 2018, Januar 29 [Available from: <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5bdf1881aa4a999c659fcee5/1541347464185/R1-2018+Helse-Norge+2040.pdf>. (Lest 05.12.2019)
14. Helsedirektoratet. Lavterskeltilbud 2013, Juni 01 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppf%C3%B8lgning/langvarig-behandling-og-oppf/lavterskeltilbud>. (Lest 05.12.2019)
15. SSB. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 2019, Mai 09 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2035> (Lest 15.12.2019)
16. Walter AB, Fredriksen G. Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling 2014, September [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-farmasoyttjenester-og-etterlevelse-av-legemiddelbehandling/Utdredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf> /attachment/inline/8d795251-840a-459b-ba91-b173b9500729:318d16368d30c0fdd23a8e895191b6faa4994d25/Utdredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf (Lest 09.03.2020)
17. Hovland R. Farmasøytjenester 2014, Juni 05 [Available from: [https://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Rapporter/2014-05-06%20Rapport%20farmas%C3%B8yttjenester.pdf](https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Rapporter/2014-05-06%20Rapport%20farmas%C3%B8yttjenester.pdf). (Lest 06.01.2020)

18. Torheim E. Rapport fra Forprosjekt Oppstartsveiledning 2013, August 26 [Available from: [http://www.apotek.no/Files/Filer\\_2013/Lukkede%20sider/Nyheter/20130826\\_Sluttrapport\\_ForprosjektOppstartsveiledning\\_Komplett\\_v1-1\\_Trykkeklar.pdf](http://www.apotek.no/Files/Filer_2013/Lukkede%20sider/Nyheter/20130826_Sluttrapport_ForprosjektOppstartsveiledning_Komplett_v1-1_Trykkeklar.pdf). (Lest 06.01.2020)
19. Nylenna M, NTNU Livsstilssykdommer 2019, August 22 [Available from: <https://sml.snl.no/livsstilssykdommer>. (Lest 13.12.2019)
20. NHI. Livsstilssykdommer 2017, Mai 11 [Available from: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/> (Lest 13.12.2019)
21. Arnesen H, Universitetet i Oslo Hjerne- og karsykdommer 2018, September 11 [Available from: <https://sml.snl.no/hjerne- og karsykdommer>. (Lest 13.12.2019)
22. FHI. Hjerne- og karsykdommer i Norge 2020, Januar 16 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerne-kar/>. (Lest 14.12.2019)
23. Forskning.no. Flest dør av livsstilssykdommer 2012, Oktober 04 [Available from: <https://forskning.no/diabetes-forebyggende-helse-kreft/flest-dor-av-livsstilssykdommer/1139412>. (Lest 07.01.2020)
24. Kompetansenorge. Hva er veiledning? 2016, Februar 24 [Available from: <https://www.kompetansenorge.no/Grunnleggende-ferdigheter/Voksenpedagogikk/Hva-er-veiledning/>. (Lest 07.01.2020)
25. Lonie JM, Austin Z, Nguyen R, Gill I, Tsingos-Lucas C. Pharmacist-based health coaching: A new model of pharmacist-patient care. Res Social Adm Pharm. 2017;13(3):644-52.
26. Rutten GM, Meis JJ, Hendriks MR, Hamers FJ, Veenhof C, Kremers SP. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2014;11:86.
27. Braut GS, Universitetet i Stavanger. LEON 2019, Januar 14 [Available from: <https://sml.snl.no/LEON>. (Lest 07.01.2020)
28. Forebygging.no. LEON-prinsippet [Available from: <http://www.forebygging.no/Ordbok/LP/LEON-prinsippet/>. (Lest 10.01.2020)
29. Apotekforeningen. Helsetjenester i apotek 2008, Januar [Available from: [https://www.apotek.no/Files/Filer\\_2014/Apotekbransjen/Rapporter/Helsetjenester\\_i\\_apotek.pdf](https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Rapporter/Helsetjenester_i_apotek.pdf). (Lest 28.01.2020)
30. Steien TR. Høie ser at farmasøyter øker pasientsikkerhetene 2019, November 22 [Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/hoie-vil-bruke-farmasoytene-oke-pasientsikkerhet>. (Lest 28.01.2020)
31. Steien TR. Satsning på omsorg bør innebære kommunefarmasøyter 2019, Oktober 07 [Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/satsing-pa-omsorg-bor-innebaere-kommunefarmasoyter>. (Lest 14.04.2020)
32. Helsedirektoratet. Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd 2018, August 30 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>. (lest 14.04.2020)
33. Tranøy KE, Universitetet i Bergen. Metode 2019, Februar 18 [Available from: <https://snl.no/metode>. (Lest 02.02.2020)
34. Aubert V, Alstrad B. Det skjulte samfunn1985.
35. Studieweb.no. Hva er metode, kvalitativ og kvantitativ undersøkelse [Available from: <https://studieweb.no/metode-kvalitativ-kvantitativ-undersokelse/>. (Lest 04.02.2020)
36. Johannessen A, Tuft PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode s. 150-151. 4. utgave ed: Oslo: Abstrakt.; 2010.
37. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave ed. Oslo: Universitetsforlaget,2017.
38. Regjeringen. Etikk i forskningen 2018, November 15 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>. (Lest 04.02.2020)

39. Fangen K. Kvalitativ metode 2015, Juni 17 [Available from: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>. (Lest 04.02.2020)
40. Halvorsen K, Jerpseth H. Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier 2020, Januar 10 [Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2016/04/forskningsetiske-utfordringer-ved-kvalitative-studier>. (Lest 17.03.2020)
41. Lovdata. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) 2018, Juni [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>. (Lest 05.02.2020)
42. komiteene Dnf. Forskerrollen 2010, Januar 15 [Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>. (Lest 05.02.2020)
43. Farmasifag.no. Farmasiutdanning [Available from: <http://www.farmasifag.no/>.
44. UiT.no. Reseptarfarmasøyt [Available from: [https://uit.no/utdanning/yrker/yrke?p\\_document\\_id=172463](https://uit.no/utdanning/yrker/yrke?p_document_id=172463). (Lest 20.02.2020)
45. Singh HK, Kennedy GA, Stupans I. Pharmacist health coaching in Australian community pharmacies: What do pharmacy professionals think? Health Soc Care Community. 2020.
46. Udir.no. Hva er sosial kompetanse? 2016, Mars 30 [Available from: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/psykososialt-miljo/sosial-kompetanse/motivasjon-og-forventninger/>. Lest 05.03.2020)
47. Anderson C. Health promotion by community pharmacists: perceptions, realities and constraints. J Soc Admin Pharm 1998;15: 10-22.
48. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter 2019, Desember [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientens%20og%20brukerens%20rett>. (Lest 05.03.2020)
49. Tjora A. Den moderne pasienten Gyldendal 2008.
50. Oxman M. Vi trenger tverrfaglig samarbeid om kritisk tenking 2019, August [Available from: <https://forskeronen.no/helse-kronikk-meninger/vi-trenger-tverrfaglig-samarbeid-om-kritisk-tenking/1366095>. (Lest 10.05.2020)
51. Utdanning.no. Yrkesbeskrivelse lege 2020, Februar 19 [Available from: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/lege>. (Lest 10.03.2020)
52. Utdanning.no. Klinisk ernæringsfysiolog 2019, Juni 19 [Available from: [https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/klinisk\\_ernæringsfysiolog](https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/klinisk_ernæringsfysiolog). (Lest 10.04.2020)
53. Bordvik M, Hafstad A. Fedme koster Norge 68 milliarder kroner årlig 2019, Mai 07 [Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/07/fedme-koster-norge-68-milliarder-kroner-arlig/>. (Lest 13.04.2020)
54. Kvilhaugsvik B, Husøy G. Må samarbeide mer på tvers 2019, Desember 23 [Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/ma-samarbeide-mer-pa-tvers>. (Lest 13.04.2020)
55. Hafstad AK. Hvem stoler pasienten på, og med god grunn? . Farmatidno 2011, Februar 02.
56. Gjendem CS, Sundberg JD. Apotekene omsetter for milliarder - men tjener nesten ingenting 2014, August 2 [Available from: <https://e24.no/naeringsliv/i/y395gx/apotekene-omsetter-for-milliarder-men-tjener-nesten-ingenenting>. (Lest 22.04.2020)
57. Apotekforeningen. Apotekforeningens tidsskrift 2014, Juni [Available from: [https://www.apotek.no/Files/Filer\\_2013/%C3%85pne%20sider/Apotekforeningens%20Tidsskrift/apotekforeningen-juni\\_web.pdf](https://www.apotek.no/Files/Filer_2013/%C3%85pne%20sider/Apotekforeningens%20Tidsskrift/apotekforeningen-juni_web.pdf). (Lest 22.04.2020)
58. O'Loughlin J, Masson P, Dery V, Fagnan D. The role of community pharmacists in health education and disease prevention: a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. Prev Med. 1999;28(3):324-31.
59. Hovden K. Hva mener apotekansatte 2013, Juni 24 [Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/hva-mener-apotekansatte>. (Lest 29.04.2020)
60. Latif A, Pollock K, Boardman HF. Medicines use reviews: a potential resource or lost opportunity for general practice? BMC Fam Pract. 2013;14:57.

61. Engen ØB. NFA trekker seg fra medisinstart 2018, Mars 22 [Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/03/22/nfa-trekker-seg-fra-medisinstart/>. (Lest 29.04.2020)
62. Norsk forening for allmenntidrett. Høring - Forslag om at apotek kan utlevere reseptfrie legemidler med risikominimeringstiltak 2017, August 06 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntidrett/Styrets-arbeid/politikk/hoeringsuttalelser/hoering-forslag-om-at-apotek-kan-utlevere-reseptfrie-legemidler-med-risikominimeringstiltak/>. (Lest 29.04.2020)
63. Medisin D. Profesjonskamp går utover pasientene 2010, August [Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2010/08/26/profesjonskamp-gar-utover-pasientene/?x=MjAxNyOwMS0wNCAyMDoxNzozNQ==>. (Lest 03.05.2020)
64. Hakonsen H, Toverud EL. Cultural influences on medicine use among first-generation Pakistani immigrants in Norway. Eur J Clin Pharmacol. 2012;68(2):171-8.
65. Abuelmagd W. Management og Type 2 Diabetes in Non-Western Patient GroupsU: University of Oslo; 2019.
66. e24. Høyre vil overføre legetjenester til apotekene 2017, Juli 26 [Available from: <https://e24.no/naeringsliv/i/XwkQLm/hoeyre-vil-overfoere-legetjenester-til-apotekene>. (Lest 03.05.2020)
67. Gardemoen L-s. Hjertesykdom og livsstilsendring 2018 [Available from: [https://www.lhl.no/globalassets/ressurscenter-for-hjerterehabilitering/dokumenter/undervisningshefte\\_hjertesykdom\\_og\\_livsstilsendring.pdf](https://www.lhl.no/globalassets/ressurscenter-for-hjerterehabilitering/dokumenter/undervisningshefte_hjertesykdom_og_livsstilsendring.pdf). (Lest 19.04.2020)
68. Steien TR. Faglig defensivt av apotekforeningen 2019, April 13 [Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/faglig-defensivt-av-apotekforeningen>. (Lest 19.04.2020)
69. Wistner T. Kjernejournal - hva betyr dette for apotekene? 2014, Desember 15 [Available from: <https://www.farmatid.no/artikler/fag/kjernejournal-hva-betyr-dette-apotekene>. (Lest 03.04.2020)
70. Lovdata. Forskrift om pasientjournal 2019, Mars [Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>. (Lest 04.05.2020)
71. Soldal J. Apotekenes felles bransjesystem 2019, Mai [Available from: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/apotekenes-felles-bransjesystem>. (Lest 06.05.2020)
72. Helse-midt. Helseplattformen 2020, Januar [Available from: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>. (Lest 06.05.2020)
73. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc (Wash). 2003;43(2):173-84.
74. Utdanning.no. Apotektekniker 2020, Januar 10 [Available from: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/apotektekniker>. (Lest 17.04.2020)
75. Amdal HF, Drage M. God kommunikasjon gjør en forskjell 2015, Februar [Available from: <https://www.lhl.no/lhl-internasjonalsatsningsomrader/god-kommunikasjon-gjor-en-forskjell/>.
76. Teigen KH, Universitetet i Tromsø Motivasjon 2020, Mars 12 [Available from: <https://snl.no/motivasjon>. (Lest 06.05.2020)
77. Motivere.no. Hvorfor er motivasjon viktig 2013, Mars 19 [Available from: <https://motivere.no/hvorfor-er-motivasjon-viktig/>. (Lest 07.05.2020)
78. Kaae S, Sporrang SK. Patients' reasons for accepting a free community pharmacy asthma service. Int J Clin Pharm. 2015;37(5):917-24.
79. Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Community pharmacy integration within the primary care pathway for people with long-term conditions: a focus group study of patients', pharmacists' and GPs' experiences and expectations. BMC Fam Pract. 2019;20(1):26.



80. Responsanalyse.no. Dybdeintervjuer [Available from: <https://responsanalyse.no/metoder/kvalitative-metoder/dybdeintervjuer/>. (Lest 02.04.2020)
81. Grønmo S, Universitetet i Bergen. Validitet 2018, Februar 20 [Available from: <https://snl.no/validitet>. (Lest 02.04.2020)
82. Ulleberg HP. Forskningsmetode og vitenskapsteori 2002, Oktober 22 [Available from: <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/Forskning2.htm>. (Lest 02.04.2020)
83. Drageset S, Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju Sykepleienno 2019, Desember 12

## **Vedlegg**

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| Vedlegg 1 | Invitasjonsbrev |
| Vedlegg 2 | Samtykkeskjema  |

Vedlegg 3	Intervjuguide
Vedlegg 4	Meldeskjema til NSD
Vedlegg 5	Vurdering av NSD

## **Vedlegg 1 – Invitasjonsbrev**

### **Invitasjonsbrev**

Til apotekfarmasøyter

Jeg tar en mastergrad i farmasi ved NTNU under veiledning av førsteamanuensis Tonje Krogstad (OsloMet) og professor Siver Moestue (NTNU). Masteroppgaven omhandler

livsstilsveiledning av farmasøyter i apotek og i den sammenheng skal jeg gjennomføre semistrukturerte intervju. Derfor spør vi om du vil være med på denne undersøkelsen.

### **Formål**

Farmasøyter har ulike holdninger når det kommer til livsstilsveiledning i apotek for pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer. Derfor vil vi finne ut av hvilke holdninger ulike farmasøyter har og årsaken til de spesifikke holdningene. I tillegg vil vi finne ut av hvordan en farmasøyt eventuelt anvender kunnskapene de har om livsstilsveiledning og utfordringer de møter i prosessen.

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

Dersom du ønsker å delta på undersøkelsen vil vi gjennomføre et intervju, fortrinnsvis på apoteket der du arbeider. Vi vil blant annet snakke om dine holdninger om livsstilsveiledning i apotek, hvor kompetent du føler deg til å kunne gi en slik veiledning og eventuelle utfordringer du møter.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og dersom du deltar har du anledning til å reservere deg mot å svare på spørsmål i tillegg til å trekke deg fra undersøkelsen når som helst uten å oppgi grunn. Det vil heller ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å trekke deg på et senere tidspunkt. Dersom du ønsker å trekke tilbake dine opplysninger må dette gjøres før prosjektslutt 15.juni.2020 ved å gi beskjed til undertegnede.

### **Ditt personvern**

Intervjuet tas opp på lydopptak og skrives ned. Opptakene oppbevares på en kryptert minnepinne og resultatet blir presentert på en slik måte at ingen data vil kunne spores tilbake til enkeltindivider. Lydopptak og samtykkeskjema vil bli slettet og makulert ved prosjektslutt. NTNU er behandlingsansvarlig for persondata til masteroppgaven. Siver Moestue (NTNU), Tonje Krogstad (OsloMet) og jeg, Niki Farmani (masterstudent NTNU), vil være de eneste som har tilgang på lydopptakene og samtykkeskjemaene.

### **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 det.
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger.
- Å sende en klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Dine opplysninger behandles basert på ditt samtykke.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. De kan kontaktes på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 555 82 117.

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

Hvis du ønsker å være med eller har noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen, vennligst kontakt Niki Farmani på mobil 98060628 eller mail [nikif@ntnu.no](mailto:nikif@ntnu.no), Tonje Krogstad på [tonje.krogstad@oslomet.no](mailto:tonje.krogstad@oslomet.no) eller [siver.a.moestue@ntnu.no](mailto:siver.a.moestue@ntnu.no). Personverombud til NTNU er Thomas Helgesen med mail [personvernombud@ntnu.no](mailto:personvernombud@ntnu.no)

### **Gjennomføring av intervju**

Vi regner med å få gjennomført intervjuene i løpet av januar/februar. Vi vil finne et tidspunkt som passer deg for å holde intervjuet og det vil ta ca ½ - 1 time. Du vil få et gavekort på 500 kroner som takk for din deltagelse.

Med vennlig hilsen

Niki Farmani  
Master student

Tonje Krogstad  
Veileder

Siver Moestue  
Veileder

### **Vedlegg 2 - Samtykkeskjema**

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt  
«Apotekfarmasøytens rolle som livsstilsveiledere»

#### **Bakgrunn og formål**

Målet med studien er å undersøke hvilke holdninger apotekfarmasøyter har til livsstilsveilederrollen. I tillegg vil vi finne ut hvor kompetente farmasøytene føler seg i en slik rolle og utfordringer de eventuelt møter i prosessen.

### **Utvalget**

Målet er å intervjuer ti farmasøyter som jobber i apotek i Oslo og omegn.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Oppgaven er basert på en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer som metode. Intervjuet blir tatt opp på lydopptak og skrives ned i etterkant i sin helhet. Intervjuet er beregnet til å vare mellom 1/2-1 time.

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

Alle deltakere i undersøkelsen vil være anonyme og opplysningene i sluttresultatet vil ikke kunne spores tilbake til deg. Alle lydopptak og identifiserbar informasjon vil bli slettet og makulert ved prosjektslutt 15.Juni.2020.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og dersom du velger å delta har du mulighet til å reservere deg mot å svare på spørsmål. I tillegg kan du når som helst trekke deg fra intervjuet uten å oppgi grunn. Hvis du vil trekke tilbake dine opplysninger på et senere tidspunkt, må dette gjøres før prosjektets slutt.

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

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og sier med villig til å delta.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 3 – intervjuguide**

### **Bakgrunnsspørsmål**

#### Generelle spørsmål – fase 1

1. Kjønn:
  - Mann
  - Kvinne
2. Alder:

3. Erfaring (antall år i apotek):
4. Utdanning
  - Provisorfarmasøyt
  - Reseptarfarmasøyt
  - Kliniskfarmasøyt
  - Doktorgrad i farmasi
  - Annet
5. Apoteker:
  - Ja
  - Nei
6. Apotekkjede:
7. Total antall ansatte på apotek
  - Farmasøyter:
  - Andre:
8. Beliggenhet
  - Lokalapotek
  - By/senterapotek

### Andre fase

*En veiledning defineres som en målrettet samtale som skal stimulere deltakeren til å finne egne svar. Det skal oppmuntre til refleksjon og få pasienten til å utvikle større selvstendighet og ansvar for egen helse. En livsstilsveiledning i denne sammenheng kan for eksempel være råd og veiledning til pasienter med risikofaktorer for å få hjerte- og karsykdommer. Risikofaktorer kan være diabetes, høyt kolesterol, røyking, høyt blodtrykk og overvekt, og rådgivningen kan blant annet omfavne kosthold og trening.*

1. **Introduksjonsspørsmål:** Hva tenker du når du hører begrepet livsstilsveileder?
2. **Overgangsspørsmål:** Kan du fortelle litt om en hendelse hvor du så på deg selv som en livsstilsveileder?
3. I hvor stor grad føler du at du tar ansvar når det gjelder livsstilsveiledning?
4. Hvilke omstendigheter kunne fått deg til å gi livsstilsveiledning?
5. Hvor ofte blir du spurt om problemstillinger som omhandler kosthold og trening?
6. Hvor ofte utfører du en livsstilsveiledning?
7. Hvilke pasienten mener du kunne hatt behov for livsstilsveiledning og hvorfor?

*Livsstilsveiledning handler mye om å forebygge eventuelle sykdommer senere i livet som for eksempel hjerte- og karsykdommer. Risikofaktorene er blant annet diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, fedme og røyking.*

8. I hvor stor grad føler du deg kompetent til å vite hva slags type veiledning en pasient med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer trenger?
9. Hvor har du fått dine livsstilskunnskaper fra?
10. Hvor relevant mener du livsstils- og kostholdsveiledning er viktig for mennesker som har risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer?
11. Hvordan kan man øke kunnskaper rundt dette med livsstilsveiledning blant farmasøytene?
12. Hvordan er dine holdninger mot livsstilsveiledning i apotek?
  - Hvis positivt: hva er din motivasjon for en slik veiledning?

- Hvis negativt: hva er årsaken til at du ikke er positiv til livsstilsveiledning i apotek?
13. Hvor egnet mener du farmasøyter i apotek er til å utføre livsstilsveiledning?
  14. I hvor stor grad mener du det er farmasøytens ansvar å gi livsstilsveiledning til pasienter i risikogruppen for å utvikle hjerte- og karsykdommer?
    - Hvem andre mener du har ansvar og mener du at dette ansvaret blir opprettholdt?
  15. Hvilke forbedringer kan gjøres for at livsstilsveiledning i apotek blir lettere å utføre?
  16. Hvordan mener du en veiledning i apotek eventuelt burde foregå?
  17. Hvordan bruker du dine livsstilskunnskaper for å veilede pasienter med risikofaktorer for å utvikle hjerte- og karsykdommer.
    - Hva slags type utfordringer møter du ved slike veiledninger?
    - Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra pasienter ved en slik veiledning?
  18. Tror du dette kan bli en apotekteneste/farmasøytjeneste?
  19. Hvordan kan veiledning for hjerte- og karsykdom implementeres i apoteket?
  20. Bør kun farmasøyter gi livsstilsveiledning? Hva med apotekteknikere?
  21. Er det noe annet du ønsker å tilføye?

## **Vedlegg 4 – meldeskjema til NSD**

Meldeskjema 940334

**Sist oppdatert**

13.02.2020

*Hvilke personopplysninger skal du behandle?*

---

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

#### *Type opplysninger*

---

**Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke**  
Utdanning, kjønn, alder, jobberfaring,

**Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?**  
Nei

#### *Prosjektinformasjon*

---

##### **Prosjekttittel**

Farmasøytens rolle som livstilsveiledere

**Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke**  
Ikke aktuelt

##### **Begrunn behovet for å behandle personopplysningene**

For å kunne skille mellom ulike farmasøyer som har ulike meninger om livstilsveiledning kan det være nyttig å for eksempel kunne skille meningene til de unge/gamle, reseptarfarmasøyer/provisorfarmasøyer og menn/kvinner.

##### **Prosjektbeskrivelse**

Prosjektbeskrivelse Niki (1) (1).docx

##### **Ekstern finansiering**

##### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

##### **Kontaktinformasjon, student**

Niki Farmani, m-farmani@hotmail.com, tlf: 98060628

#### *Behandlingsansvar*

---

##### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

##### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Siver Moestue , Siver.a.moestue@ntnu.no, tlf: 73551353

**Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?**

Nei



## Utvalg 1

---

### **Beskriv utvalget**

Farmasøyter som arbeider i apotek

### **Rekruttering eller trekking av utvalget**

Det vil tas kontakt med ulike apotek i Østlandsområdet, enten direkte eller via aktuelle nettsider for apotekansatte

### **Alder**

22 - 68

### **Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?**

Nei

### **Personopplysninger for utvalg 1**

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

*Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?*

*Personlig intervju*

### **Vedlegg**

Intervjuguide - master.docx

### **Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

*Informasjon for utvalg 1*

### **Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

### **Hvordan?**

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

### **Informasjonsskriv**

Invitasjonsbrev.docx

*Tredjepersoner*

---

### **Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?**

Nei

*Dokumentasjon*

---

### **Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)

### **Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?**

Ved å gi muntlig eller skriftlig beskjed

### **Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?**

Det gis beskjed til enten meg eller de to andre veilederne. Kontaktinformasjon er oppgitt på invitasjonsbrevet.

### **Totalt antall registrerte i prosjektet**

1-99

*Tillatelser*

---

### **Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?**

*Behandling*

---

#### **Hvor behandles opplysningene?**

- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

#### **Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?**

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig

#### **Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?**

Nei

*Sikkerhet*

---

#### **Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?**

Ja

#### **Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**

- Opplysningene anonymiseres
- Adgangsbegrensning
- opplysningene krypteres under lagring
- Andre sikkerhetstiltak

#### **Hvilke**

Lyddopptak oppbevares på en kryptert minnepinne med sikkerhet på 256bit AES. Samtykkeskjema med navn på vil oppbevares innelåst i et skap som står i et låst rom. Data på båndopptakerne vil slettes med en gang det er lagt over på kryptert minnepenn. Før dette er gjort oppbevares også disse innelåst på et låst rom. All annen data er

beskyttet med passord på privat datamaskin, men personopplysninger vil ikke lagres på datamaskin. Alle personopplysninger slettes ved prosjektets slutt.

*Varighet*

---

**Prosjektperiode**

02.09.2019 - 30.06.2020

**Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?**

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

**Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?**

Nei

*Tilleggsopplysninger*

---

<https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Håndtering+av+forskningsdata+fra+helseforskning> Det blir kjøpt inn kryptert minnepinne på 256 bits AES, og lydopptak blir lagret på denne til prosjektets slutt.

**Andre vedlegg**

Samtykkeskjema.docx

## **Vedlegg 5 – Vurdering av NSD**

**NSD sin vurdering**

**Prosjektittel**

Farmasøytens rolle som livstilsveiledere

**Referansenummer**

940334

**Registrert**

15.10.2019 av Niki Farmani - nikif@stud.ntnu.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Siver Moestue , Siver.a.moestue@ntnu.no, tlf: 73551353

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Niki Farmani, m-farmani@hotmail.com, tlf: 98060628

**Prosjektperiode**

02.09.2019 - 30.06.2020

**Status**

18.11.2019 - Vurdert

**Vurdering (1)**

18.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.11.2019. Behandlingen kan starte.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2020.

**LOVLIG GRUNNLAG**

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

**PERSONVERNPRINSIPPER**

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

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