

Ilaf Abdel Karim Assi Al-Hsnawi

Eldres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt deres innhenting av informasjon

Masteroppgave i farmasi

Veileder: Tonje Krogstad

Mai 2020

Sammendrag

Bruken av naturmidler og kosttilskudd er svært utbredt i vestlige land, derav Norge. Disse produktene er i utgangspunktet ment til bruk i egenomsorg, og skal brukes etter bruksanvisningen. Eldre er en pasientgruppe som kan ha redusert appetitt, mens andre opplever ulike symptomer og plager som kan skyldes selve aldringsprosessen eller andre underliggende sykdommer. Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke eldre hjemmeboendes holdninger til og erfaringer med bruken av naturmidler og kosttilskudd, samt hvem de foretrekker å innhente informasjon fra, hvilken form de ønsker informasjonen skal være i, og hvordan de oppfatter råd og veiledning fra vedkommende. Videre var det av interesse å få en viss forståelse for bruksmønstret av disse produktene hos eldre.

I denne studien er det brukt en kvalitativ forskningsmetode som baserer seg på semistrukturerte intervjuer. Utvalget i studien var eldre hjemmeboende, fra 65 år og eldre. Rekrutteringen foregikk i perioden november 2019 til februar 2020. Informantene ble rekruttert fra apotek og tre ulike eldresentre i Oslo- og omegn. Det ble totalt gjennomført ni intervjuer av eldre som var i stand til å la seg intervjues.

Majoriteten av deltagere hadde godt kjennskap til produktene de selv brukte, men ønsket mer informasjon, samt flere dokumenterbare kilder som tilsier nytteverdi for bruken. Jevnlig bruk av minst ett kosttilskudd og naturmiddel ble rapportert av informantene, hvor kosttilskudd var brukt i større grad enn naturmidler. De vanligste brukte produktene var vitaminer og mineraler. Hensikten med bruken av disse produktene var for å oppnå god helse, lindre ulike plager, styrke immunforsvaret og tilføre kroppen ekstra næring. Informantene hadde positiv holdning til bruken av disse produktene og var tilfredsstillt med oppnådd effekt.

Hovedinformasjonskilder, som informantene hadde fått råd og anbefaling fra, var venner, familie, apoteket og legen. Det var et ønske fra flere deltagere om at legen hadde mer kjennskap til produktene og informerte mer innen dette området. Det varierte noe for hvor mye informasjon de enkelte deltagere hadde om produktene. Helsepersonell bør følge tettere opp bruken av naturmidler og kosttilskudd, i tillegg til at eldre bør også rådføre seg i større grad med helsepersonell før de begynner å bruke disse produktene for å unngå uheldig bruk. Både lege og apotekansatte kan bidra til riktig bruk av disse produktene. Dette kan oppnås ved å gi råd, anbefaling og oppdage uheldig kombinasjon av konvensjonelle legemidler sammen med naturmidler og kosttilskudd.

Abstract

The use of herbal remedies and supplements is quite widespread throughout Europe, and thus also Norway. These products are first and foremost for personal use and should be applied in accordance with the products' direction manual. The elderly are a patient group who may have symptoms that range between having a reduced appetite, to having pain and afflictions that are caused by their aging process or other underlying diseases.

The purpose of this study was to examine older resident's attitudes and experiences with the use of natural remedies and supplements, as well as who they prefer to gather information from, what form they want the information to be in, and also how they perceive advice and guidance from the person providing the information. Furthermore, it was of interest to gain some understanding of the patterns of use of these products in this group.

This study has applied the use of a qualitative research method based on semi-structured interviews. The research subjects were elderly patients from age 65 and older who all lived in their own homes. The recruitment took place from November 2019 to February 2020. The informants were recruited from pharmacies and three different retirement homes Oslo and the surrounding area. A total of nine interviews were carried out with elderly patients who were able and willing to be interviewed.

A majority of the contestants were already quite familiar with the products they were using themselves. They did, however, want more information on them, as well as more sources documenting the products, indicated usefulness. Regular use of minimum one supplement and herbal remedies was reported by the informants, supplements were a more common occurrence. The most used products were vitamins and minerals. The purpose of using these products was to better one's health, relieve ailments, boost immune systems, and/or give one's body additional nutrition. The informants had a positive attitude towards the use of such products and were satisfied with the achieved effect.

The main sources of information, from which the informants had been given advice and recommendations, were from their friends, family, pharmacies, and doctors. Many of the participants expressed that they wished their doctors had more knowledge of the products and thus the competence to inform their patients in this field. There were variations regarding the amount of information that some of the patients had on these products. Health professionals should closely monitor the use of herbal remedies and supplements. The elderly also should consult with healthcare workers to a greater extent before they start using these products, to avoid any unfavourable use. Both doctors and pharmacists can contribute to correct use of these products by advising and possibly discover potentially dangerous combinations of conventional drugs and herbal remedies and supplements.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som et avsluttende arbeid ved fakultet for medisin helsevitenskap, institutt for klinisk og molekylær medisin ved Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, NTNU i samarbeid med OsloMet Storbyuniversitet. Prosjektet ble gjennomført i perioden august 2019 til mai 2020.

Først vil jeg takke min fantastiske veileder, Tonje Krogstad for god veiledning og et fint samarbeid i løpet av perioden med masteroppgaven. Jeg er veldig takknemlig for at du tok meg så godt imot og å utvikle sammen denne masteroppgaven. Jeg vil også takke deg for dine tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk på masteroppgaven.

Videre vil jeg takke alle informantene som deltok i prosjektet, uten dere ville ikke denne studien blitt til. Jeg vil også takke ansatte og daglig ledere ved de ulike eldreheim for å ha vært imøtekommende og hjulpet meg med rekrutteringen.

Til slutt ønsker jeg å takke min familie og venner for all støtte, motivasjon og gode ord gjennom en tøff periode med både opp- og nedturer. Jeg vil spesielt takke min venninne Bayan for all teknisk hjelp.

Ilaf Al-Hsnawi
Oslo, mai 2020

INNHOOLD

Figurer.....	vi
Tabeller	vi
Forkortelser og begrepsforklaringer.....	vii
1. Bakgrunn	1
1.1 Introduksjon	1
1.1.1 Hensikt.....	3
1.2 Teoretisk bakgrunn	4
1.2.1 Farmasifaget.....	4
1.2.2 Egenomsorg og apotekets rolle.....	5
1.2.3 Mangel på helsepersonell.....	6
1.2.4 Eldre som en pasientgruppe.....	6
1.2.5 Kosttilskudd, naturmidler og plantebaserte legemidler	7
1.2.6 Bruk av naturmidler, kosttilskudd og plantebaserte legemidler i egenomsorg	9
1.2.7 Alternativ/Komplementær behandling.....	10
1.2.8 Helsepersonell og alternativ behandling	11
2. Materiale og metode	13
2.1 Valg av metode	13
2.2 Utvalg og rekruttering	13
2.3 Intervjuguide	13
2.4 Gjennomføring av intervjuet.....	14
2.5 Databehandling og analyse	14
2.6 Etiske hensyn og personvern.....	16
2.7 Forskerrollen.....	16
3. Resultater.....	18
3.1 Demografiske data.....	18
3.2 Analyserapport.....	20
3.3 Resultater fra dybdeintervjuene.....	21
3.3.1 Bruk av naturmidler og kosttilskudd	21
3.3.2 Informasjonskilder.....	24
3.3.3 Råd og veiledning	28
3.3.4 Informantens syn	31
4. Diskusjon	36
4.1 Diskusjon av resultater.....	36
4.1.1 Deltagernes bruk av naturmidler og kosttilskudd.....	36
4.1.2 Informantenes innhenting av informasjon, råd og veiledning	38
4.1.3 Informantens syn	42
4.2 Diskusjon av materiell og metode	44
4.2.1 Utvalg og rekruttering	44
4.2.2 Semistrukturerte intervjuer.....	45
4.2.3 Etiske aspekter	46
4.2.4 Reliabilitet	47
4.2.5 Validitet	48
4.2.6 Diskusjon av feilkilder	48

4.2.7 Generaliserbarhet	49
4.3 Videre studier	50
5. Konklusjon.....	51
Referanseliste	52
Vedlegg	57

Figurer

Figur 1.1 Oversikt over hvor mange som har brukt en/flere alternative behandlinger i Norge 2016 [49]. Hentet fra NAFKAM.....	11
Figur 2.1 oversikt over de ulike trinnene i analyseprosessen.....	16
Figur 3.1 Resultater av analysetrinn 1.4	21

Tabeller

Tabell 1.1 Naturmidler og kosttilskudd som informantene benyttet seg av.....	19
--	----

Forkortelser og begrepsforklaringer

FDA: U.S Food and Drug Administration

LEON: Lavest effektive omsorgsnivå

LUA: Legemidler utenom apotek

KAM: komplementær og alternativ behandling

NAFKAM: Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ
medisin

NSD: Norsk senter for forskningsdata

REK: Regionale komiteer for medisinsk forskning

RELIS: Regionalt senter for legemiddelinformasjon

SLV: Statens legemiddelverk

SSB: Statistisk sentralbyrå

SPC: Godkjent norsk preparatomtale

WHO: World Health Organization

1. Bakgrunn

1.1 Introduksjon

Apotek og farmasøytens hverdag har gjennomgått store forandringer i løpet av de siste 50-årene. Spesielt farmasøytens rolle i helsetjenesten har gått i gjennom endringer og gått over fra produksjon og fremstilling til andre typer arbeidsoppgaver. Deres nåværende rolle relateres mer til å råde og veilede allmennheten i riktig og forsvarlig legemiddelbruk. Pasienter har muligheten til å diskutere legemiddelrelaterte problemer med farmasøyten, og kan forvente faglig veiledning som skal sikre riktig legemiddelbruk [1]. Dette gjelder både reseptpliktige og reseptfrie legemidler, og andre produkter [2]. Apoteket har informasjonsplikt, ved å gi kunden tilstrekkelige opplysninger om legemidler slik at de kan brukes riktig. Apoteket har en generell plikt til å gi råd og veiledning om produktene som selges, samt informere om eventuelle bivirkninger eller fare for feil bruk.

Veiledning i apotek vil kunne føre til riktig bruk av legemidler, bedre ressursbruk i primærhelsetjenesten ved å utnytte kompetansen til apotekansatte i større grad, avlaste fastlegene og redusere kjøp av falske legemidler og andre typer produkter som naturmidler og kosttilskudd fra ulovlig «nettapotek», helsekostforretninger eller dagligvarebutikker. Det vil også kunne styrke befolkningens mulighet til å ivareta egen helse, ved forebygging og egenbehandling, samt øke etterlevelsen av behandlingen. En stor andel av brukerne bruker reseptfrie produkter ved egenbehandling av enkelte sykdommer og plager. Slike helseproblemer håndteres av den enkelte selv, av egen erfaring, råd fra familie og venner eller innhentet informasjon fra oppsøkte nettkilder og oppslagsbøker. For å oppnå god egenomsorg er det også viktig med et godt og tett samarbeid med apotekansatte. Dette er spesielt viktig når det gjelder anbefaling av alternativ behandling til pasienter med alvorlige sykdomstilstander og som bruker flere legemidler samtidig, samt har mangel på ulike vitaminer og mineraler [3].

Mange eldre lever med en eller flere kroniske sykdommer, og med alderen opplever mange at helsen svekkes og som kan føre til redusert livskvalitet. Antall legemidler som blir forskrevet øker også med legemiddelbrukerens alder. En rapport fra Folkehelseinstituttet viser at i 2016 fikk 90 prosent av alle over 65 år minst ett legemiddel på resept [4]. Videre viser denne rapporten at risikoen for underernæring er stor blant eldre, hvor risikoen øker ved alvorlige kroniske sykdommer, multisykkelighet og demens.

Flere studier har sett på bruken av naturmidler og helsekostprodukter blant ulike grupper i befolkningen. Både kreftsyke barn, gravide, personer med redusert appetitt og eldre har blitt studert. Studien fra USA som ble utført i 2011 viser at eldre bruker naturmidler i forbindelse med å bevare sin helse eller for selvmedisinering ved forskjellige plager [5]. I denne studien trekkes det frem at omtrent 50 prosent av eldre brukte naturmidler. Eldre er også en gruppe mennesker med ofte lite variasjon i kostholdet og kan oppleve underernæring. Mange eldre vil dermed ikke få i seg tilstrekkelig mengder av næringsstoffer. Noen eldre kan også ha redusert appetitt av ulike årsaker som blant annet sykdommer eller selve alderen hvor det skjer en rekke naturlige endringer i

kroppen [6]. Behandling med legemidler kan også føre til økt behov for ulike vitaminer og mineraler. Eldre kan derfor ha et større behov for inntak av kosttilskudd dersom man ikke kommer i mål med et vanlig kosthold eller bruke naturmidler for å lindre ulike plager som kan skyldes selve alderen.

Eldre mennesker utgjør en stor brukergruppe på apoteket og kan ha større behov for farmasøytiske tjenester og kundeservice. Dette er blant annet fordi eldre har et større kommunikasjonsbehov enn yngre. Eldre har ofte spesielle utfordringer slik som redusert språkforståelse og bearbeidelse av sanseinntrykk derav svekket syn, redusert hørsel og eventuelt hukommelsestap. Alt dette kan skape vansker med å få med seg informasjon og veiledning for hvordan legemidlene skal anvendes. Apotekansatte må kunne forholde seg til, tilpasse seg og etablere en god relasjon til de ulike kundegruppene som har ulike behov på apoteket, blant annet ved informasjonsformidling, rådgivning og legemiddelhåndtering. Videre er det viktig at apotekansatte møter denne kundegruppen med medmenneskelighet ved å vise en stor grad av aktsomhet, empati og tålmodighet. De må også ta hensyn til at eldre er en heterogen gruppe med ulike behov for informasjon og informasjonen må derfor tilpasses den enkelte. En kanadisk studie som ble utført i året 2002 viste at legemiddelbrukere ønsker mer informasjon om legemidler og bruken av dem enn det farmasøyter eller leger forventet [7]. En norsk studie fra 2015, viser også at over halvparten av pasientene ville gjerne vite mer om medisinene de brukte og hovedtemaene de ønsket å ta opp var effekt/bivirkninger og interaksjoner [8]. Videre viser denne studien at den viktigste kilden til legemiddelinformasjon var fastlegen, pakningsvedlegg og apotekpersonell.

1.1.1 Hensikt

Bruk av naturmidler og kosttilskudd er svært vanlig i vestlige land, derav Norge. Disse produktene er i utgangspunktet ment til bruk i egenomsorg, og skal brukes etter bruksanvisningen. Bruk av naturmidler og kosttilskudd kan benyttes som alternativ/komplementær. Flere studier har vært utført innen ulike pasientgrupper når det gjelder bruk av slike produkter blant annet kreftsyke og gravide. Bruk av denne type produkter blant eldre er heller ikke uvanlig, da de er en økende gruppe i befolkningen.

Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke eldre hjemmeboendes holdninger til og erfaringer med bruken av naturmidler og kosttilskudd. Det var også ønskelig å finne ut hvem de foretrekker å innhente informasjon fra og hvilken form informasjonen det skulle være, i tillegg til hvordan eldre oppfatter råd og veiledning fra vedkommende. Videre var det av interesse å få en viss forståelse for bruksmønstret av disse produktene.

1.2 Teoretisk bakgrunn

1.2.1 Farmasifaget

Farmasøyter har en viktig rolle innen helsetjenesten. En farmasøyt er autorisert helsepersonell som har en viktig kompetanse innenfor legemidler og legemiddelbruk. Helsepersonell skal på forskjellige måter kunne fremme best mulig helse for enkeltindividene i samfunnet. Dette er en viktig oppgave som også farmasøyter har. Farmasøyter har en bred kunnskap om legemidler, de skal sørge for at legemidler produseres, distribueres og brukes på en forsvarlig måte.

Ifølge rapporten fra Helsedirektoratet som ble utgitt i 2014 er pasientrollen under utvikling når det kommer til innflytelse og deltagelse i egen behandling [9]. Dette kan ha en sammenheng med økt tilgang på informasjon og høyere utdanningsnivå i befolkningen. I denne rapporten nevnes det videre at farmasøytenes rolle må komme mer til syne og deres kompetanse skal utnyttes mer i helsetjenesten. Farmasøytisk kompetanse kan for eksempel benyttes mer i legemiddelbehandling, kan brukes mer ute i klinikken og i kommunehelsetjenesten. Farmasøyter er i dag til en viss grad integrert i helsetjenesten, men deres rolle bør utnyttes mer og de bør bli en del av et tverrfaglig team i pasientforløpet. Med den hensikt kan tverrfaglige team sammen gjennomgå pasientens legemiddelbruk, og dette samarbeidet mellom de forskjellige helsepersonellgruppene kan føre til en bedre hverdag for pasienten og øke etterlevelsen av selve behandlingen.

Politikere har også uttrykt at farmasøyter skal ha en større rolle i pasientbehandlingen. Dette begrunnes med at farmasøyter har en helhetlig legemiddelkompetanse og kan derfor delta aktivt for å forbedre legemiddelbruken [10]. I Legemiddelmeldingen fra 2015 nevnes det at farmasøyter kan være med å bidra til riktig legemiddelbruk, og da også forhindre feilbruk [11]. Dette vil i lengden medføre mindre belastning for andre deler av helsesektoren, ettersom dette kan bidra til å redusere antall sykehusinnleggelseser. Sykehusinnleggelseser har store økonomiske kostnader som påvirker samfunnet og ikke minst pasienten selv. Helseminister Bent Høie har lagt ut en ny helse- og sykehusplan for 2020-2023, hvor det trekkes frem at farmasøytisk kompetanse kan være med å bidra til økt pasientsikkerhet [12]. I denne planen legges det frem at kliniske farmasøyter skal delta i større grad i råd og veiledning av leger, sykepleiere og ledere om riktig legemiddelbruk. Videre nevnes det at kliniske farmasøyter kan også påvirke overlevelsesstatistikken og innleggelsestiden til pasientene. Farmasøyter kan være med på å gi bedre pasientbehandling i tillegg til å redusere kostnader for den offentlige helsetjenesten om den farmasøytiske kompetansen benyttes i større grad iblant annet sykehusene. Farmasøyter kan delta i ulike helseteam i spesialisthelsetjenesten slik som pasientsentrert helseteam og palliative team. På denne måten kan offentlige utgifter reduseres i stor grad, i tillegg til at kunder er i stand til å håndtere sine lette og mindre alvorlige helseplager under faglig dialog og helhetlig vurdering fra en farmasøyt på apoteket.

1.2.2 Egenomsorg og apotekets rolle

LEON står for Lavest Effektive Omsorgsnivå og ble innført av WHO (World Health Organization) [13]. Dette er et prinsipp om næromsorg som innebærer at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig [13]. Næromsorg i apotek går ut på å tilby pasientene de mulighetene, samt ressursene som er tilgjengelig på apoteket. Apotek blir sett på som et lavterskeltilbud for helsehjelp som folk med alminnelige helseplager kan benytte seg av, få råd fra og veiledning av kvalifisert helsepersonell. Farmasøyter har en viktig rolle i å fremme LEON-prinsippet ved å bidra til en velfungerende egenomsorg. Egenomsorg defineres som individets omsorg for egen helse og omfatter enkeltes innsats for å fremme egen helse og forebygge sykdom [3]. Dette kan oppnås gjennom enkeltpersonenes helsebevarende og sykdomsforebyggende tiltak og selvbehandling [14].

I Legemiddelmeldingen fra 2015 trekkes det frem at det vil utformes en ordning for farmasøytutlevering i apotek. Farmasøytutlevering går ut på at enkelte legemidler kan kun utleveres fra en farmasøyt i apotek. Farmasøytene vil da kunne få en større rolle og ansvar i egenomsorg når flere legemidler kan bli tilgjengelige uten resept. Farmasøytutlevering kan være aktuelt for noen reseptfrie legemidler, dersom det er særlig behov for å gi informasjon om bruksområdet, bivirkninger og effekt av legemidlet. Denne ordningen, som nå kalles «reseptfri medisin med veiledning» vil kunne bidra til bedre informasjon av enkelte reseptfrie legemidler, samt reseptpliktige legemidler som også inngår i denne ordningen [11].

Et apotek reguleres av apotekloven, som skal sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker, som innebærer riktig legemiddelbruk i tillegg til å kunne sikre at befolkningen har tilgang til legemidler og farmasøytiske tjenester [11]. Dette vil igjen bidra til økt etterlevelse og økt pasientsikkerhet [15]. Pasientene kan oppnå bedre helse, øke etterlevelse av behandlingen og oppnå riktigere legemiddelbruk, ved å benytte seg av informasjonstilbudet på apoteket. I tillegg til å utvide informasjonstilbudet, er det også viktig å styrke rådgivningsrollen farmasøyten har for å øke etterlevelsen.

Etterlevelsen kan også økes gjennom Samvalg. Samvalg defineres som en felles beslutningsprosess hvor helsepersonells kunnskap og erfaring og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for å ta et informert valg [16]. En god beslutning kan oppnås ved å skape god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter eller kunder i apotek. Dette er viktig for å kunne sammen få frem den kunnskapen som er relevant til å danne en beslutning og enighet som skal fremme pasientens eller kundenes helse. Samvalg kan være med på å sikre at forventet effekt av behandlingen samsvarer med pasientens forventninger. På denne måten kan etterlevelsen av behandlingen økes også, noe som kan igjen bidra til riktig legemiddelbruk, bedre helse og økt livskvalitet [11]. Apotekansatte er derfor en god ressurs som bør utnyttes mer i egenomsorgen. Apoteket er en faghandel som er pålagt å gi tilstrekkelig informasjon om legemidler [17]. Apotek er også et profesjonelt helsetjenestetilbud som kunder oppsøker for behandling av sykdommer og plager eller for å øke velvære. Apotek tilbyr fellestjenester slik som vaksinasjon, Inhalasjonsveiledning og Medisinstart. Disse er offentlig finansierte tjenester, med unntak av vaksinasjonstjenesten. Noen apotek tilbyr egne tjenester blant annet screeningtjenester som føflekkskanning, kolesterolmåling og blodtrykksmåling.

Reseptfrie legemidler er legemidler som kan kjøpes uten resept. Legemidlene blir regnet som sikre og egnet for egen bruk uten tilsyn fra helsepersonell. Det ble i 2003 tillatt salg av enkelte reseptfrie legemidler utenom apotek [18]. Salg av disse reseptfrie legemidlene andre steder enn i apotek er nøyere regulert av SLV [19]. Helsemyndighetene anser ikke informasjonsformidling av reseptfrie legemidler fra helsepersonell som nødvendig ved salg av disse legemidlene. Dette er fordi det kan være tilstrekkelig for kunden å kun lese på selve pakningen eller pakningsvedlegget. Myndighetene ønsker å øke tilgjengeligheten og autonomien til befolkningen og begrense belastningen på helsepersonell.

LUA-ordningen er ordningen som tar for seg salg av enkelte reseptfrie legemidler utenom apotek og har til hensikt å bedre tilgjengeligheten til reseptfrie legemidler, samt bidra til priskonkurransen mellom apotek og andre utsalgssteder. For at apotekpersonalet skal kunne gi rådgivning og veiledning av legemidler både med og uten resept, må de ha kunnskap innenfor ulike sykdommer og plager og behandling av disse og i noen tilfeller at diagnosen er tidligere stilt av legen [20]. Det er også viktig å ha en god forståelse for egenomsorgsprodukter som tilbys på apoteket. Det kan være fordelaktig at farmasøyter og andre apotekpersonale samarbeider tett med øvrige helsepersonell for å kunne sammen fremme riktig bruk av legemidler og økt pasientsikkerhet ved egenomsorg. Dette kommer mer til uttrykk når de henviser kunden videre til legen dersom dette blir vurdert som nødvendig.

1.2.3 Mangel på helsepersonell

Økt befolkningsvekst og økt levealder medfører også økt behov og større forventninger til helsetjenesten. Dette fører til større behov for flere helsepersonell som jobber innenfor helse- og omsorgssektoren [21]. Antall eldre øker dramatisk i forhold til helsepersonell, derfor blir det nødvendig å benytte tilgjengelig kompetanse og arbeidskraft best mulig. Det blir dermed mer betydelig å benytte farmasøytens kompetanse i større grad. Deres kunnskap blir helt essensiell for å hindre feilmedisinering. I rapporten fra apotekenes bransjestatistikk nevnes det at forbruket av legemidler per innbygger i Norge har økt med ti prosent i løpet av de siste ti årene [22]. Årsaken til dette er som nevnt tidligere, økt levealder, i tillegg til at flere av befolkningen med kroniske sykdommer lever lenger enn tidligere. Selv om legemidlene har en stor innvirkning på at levealderen har økt, er det fremdeles en stor andel av befolkningen som bruker legemidlene sine feil. Årlig dør mellom 1000-2000 mennesker på grunn av feilmedisinering [10]. Farmasøyter har derfor en viktig rolle for å hindre feil legemiddelbruk. Legemiddelbruken i befolkningen har gått jevnt oppover. Legemidler vil være en viktig del av pasientens behandling, og derfor vil behovet for legemiddelkompetansen til farmasøytene alltid være ettertraktet. Tilgang på medisiner og bedre helsetjenester kan bidra til å redusere plagene, forebygge og behandle ulike sykdommer. Dette vil kunne medføre til bedre helse, god livskvalitet og mer aktiv hverdag for flere.

1.2.4 Eldre som en pasientgruppe

WHO definerer eldre som en gruppe mennesker mellom 60 og 74 år, mens gamle er de som er fra 75 år og oppover [23]. I året 2018 er forventet levealder ved fødsel 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. Statistikken fra Statistisk sentralbyrå viser at forventet

levealder vil stige i fremtiden, samtidig som at forskjellen på menn og kvinners levealder har blitt halvert [24]. Dette betyr imidlertid at både levealder og antall eldre øker fremover. Med økende levealder vil også risikoen for kroniske sykdommer øke, men dette kan ofte kontrolleres med medisiner.

En rekke naturlige fysiologiske forandringer og sykdomsrelaterte endringer i organfunksjonen oppstår ved aldring, slik som endret absorpsjon, metabolisme i leveren og eliminasjon av legemidler gjennom nyrene [25]. Disse endringene kan påvirke farmakokinetiske og farmakodynamiske egenskaper for en rekke legemidler hos denne pasientgruppen. Dette kan igjen virke inn på hvordan kroppen håndterer legemidlene og kan gi endret legemiddelrespons [26]. Eldre har også endret kroppsmasse, hvor kroppen består av mindre mengde muskler og vann, men økt relativ fettmengde i kroppen. Dette har en stor innvirkning på hvordan legemidler fordeler seg i kroppen og hvor lang tid det vil ta før kroppen klarer å eliminere og skille ut legemidlet. Eldre er også en mer sårbar gruppe ettersom de er mer syke enn yngre mennesker. Flere eldre har kroniske sykdommer og gjerne andre lidelser som oppstår samtidig (multimorbide) [27]. Eldre tolererer legemidler i mindre grad enn yngre voksne, de har endret følsomhet for legemidler og har variert grad av etterlevelse. Eldre bruker ofte flere legemidler samtidig. Dette medfører større fare for legemiddelinteraksjoner og økt bivirkningsrisiko [28].

Befolkningen blir stadig eldre samtidig som det utvikles nye legemidler som kommer inn på markedet. Eldre blir sjeldent inkludert i kliniske studier og utprøvinger av legemidler. Dette kan være uheldig ettersom både dose og effekt av velkjente legemidler kan ha annerledes virkning hos denne pasientgruppen [1]. Dette er til tross for at US Food and Drug Administration (FDA) i 1989 kom med klare retningslinjer om at alder alene ikke er en tilstrekkelig grunn for å ekskludere denne pasientgruppen fra studiedeltagelse [29]. Når legemidler utvikles vil mye av informasjonen vi vet om farmakologien som blant annet, metabolisme, utskillelse og bivirkninger være basert på studier som er blitt utført på yngre befolkningsgrupper [30]. Det er derfor ekstra viktig med nøye oppfølging av legemiddelbruken blant eldre og fange opp aktuelle legemiddelrelaterte problemer. Det er særlig viktig med nøye overvåkning ved oppstart av et legemiddel og ved endringer i klinisk tilstand eller i øvrig medisinerings for å unngå uheldig legemiddelbruk [26].

1.2.5 Kosttilskudd, naturmidler og plantebaserte legemidler

Kosttilskudd

Kosttilskudd er definert som næringsmidler som har til formål å supplere kostholdet [31]. De er konsentrerte kilder til stoffer med ernæringsmessig eller fysiologisk effekt slik som vitaminer, mineraler, tran og andre stoffer som er næringsrike. Kosttilskudd kan også være plantebaserte ved at de inneholder plantematerialer alene eller lagt til vitaminer og mineraler og kan brukes alene eller i kombinasjon.

Kosttilskudd brukes til å bedre helse hos friske personer og kan være et forebyggende eller styrkende tiltak. Noen legemiddelbrukere kan ha økt behov for tilskudd av vitaminer eller mineraler som følge av behandling med enkelte legemidler. Produktene blir også

brukt hos blant annet personer med dårlig allmenntilstand og redusert appetitt, i tillegg til underernærte personer med dårlig kosthold for å forebygge ulike sykdommer slik som benskjørhet og hjerte- og karsykdommer og ved lave nivåer av visse vitaminer som for eksempel D-vitamin, jern og folsyre. Flere studier har derimot vist at enkelte vitaminer ikke erstatter næringen man får i fra for eksempel fisk, grønnsaker og frukt og at den naturlige kilden er et bedre alternativ [32].

Det foreligger ingen formelle krav til dokumentasjon av effekt, sikkerhet eller kvalitet for å markedsføre kosttilskudd. Det er heller ingen godkjenningsordning for kosttilskudd, men produktene blir regulert av Forskrift for kosttilskudd [33]. Kosttilskudd skal merkes i samsvar med gjeldende forskrifter av næringsmidler. Det er ikke tillatt i merking eller markedsføring av produktet å påstå eller gi inntrykk av at et balansert og variert kosthold alene generelt ikke gir tilstrekkelig tilførsel av vitaminer og mineraler. Markedet for kosttilskudd er stort, og det blir ofte uttalt hvor gunstig effekt det har på ulike risikotilstander, plager og symptomer. Det finnes likevel få kosttilskudd med tilstrekkelig dokumentasjon på hvor gunstig effekter produktene har for helsen slik at de kan anbefales til bruk av friske personer. For kosttilskudd er det ikke noe krav til en preparatomtale (SPC). Dette gjør det vanskeligere å kunne forutsi om produktet er trygt å bruke eller hvilke bivirkninger eller interaksjoner som kan oppstå.

Naturmidler

Naturmidler er produkter som kan brukes i egenbehandling, hvor forbruket, utvalget og salget er under stadig økning. Produktene inneholder som oftest stoffer fra plante - eller dyreriket. Naturmidler markedsføres med et formål om å fremme helse og er formulert som tabletter, kapsler eller mikstur. Disse preparatene ligger i grensen mellom legemidler og næringsmidler og i følge helsekostbransjen er naturmidler produkter som ikke er rene vitaminer eller mineraler, og er heller ikke registrert som naturlegemidler eller plantebaserte legemidler [34]. Naturmidler er underlagt næringsmiddeloven og forvaltning av disse produktene er underlagt Mattilsynet, ettersom naturmidler klassifiseres som mat og ikke legemidler [33]. Bruken av disse produktene er vanligvis basert på folkemedisinske tradisjoner. Eksempler på tradisjoner og tradisjonell folkemedisin der naturmidler brukes for å lindre eller helbrede ulike sykdommer finnes blant annet i deler av Sør-Amerika, Afrika og Asia slik som i Kina og India.

Naturmidler skal kunne egne seg til bruk ved egenomsorg av tilstander hvor pasienten selv kan stille diagnose og behandle. Det er også et krav at preparatene skal merkes med en anbefaling om å ta kontakt med legen før bruk dersom symptomene også kan skyldes alvorlig bakenforliggende sykdom [35]. Et eksempel på dette er bruk av dvergpalme ved forstørret prostata. Dette produktet brukes særlig av eldre menn fra 60-årsalderen og oppover. Symptomene på forstørret prostata, for eksempel vannlatingsproblemer kan også oppstå ved selve sykdommen prostatakreft. Naturmidler skal ikke reklameres for medisinsk effekt, men det finnes likevel flere eksempler på naturmidler med denne type markedsføring.

Plantebaserte legemidler

Et plantebasert legemiddel er et legemiddel som inneholder ett eller flere virkestoffer fra plantemateriale eller plantebaserte tilberedninger [36]. Plantebaserte legemidler kan være ekstrakter eller konsentrater og kan komme i ulike formuleringer slik som flytende,

i kapselform eller som te, eteriske oljer og miksturer. Ifølge WHO, bruker 80 prosent av jordas befolkning fremdeles plantebaserte legemidler [37].

Plantebaserte legemidler er godkjent av SLV og omsettes etter legemiddellovgivningen. I legemiddelforskriften finnes det egne retningslinjer for plantebaserte legemidler [38]. Disse legemidlene er mer basert på publiserte vitenskapelige artikler som dokumenterer at legemidlene er påvist effekt og er trygge i bruk etter gjennomførte prekliniske- og kliniske studier. Søknad for markedsføringstillatelse for plantebaserte legemidler er basert på at disse produktene oppfyller samme krav som vanlige legemidler, slik som kvalitetskrav og krav til produksjon. Vanlige legemidler stilles strengere krav om dokumentasjon av både effekt og sikkerhet enn plantebaserte legemidler.

Plantebaserte legemidler deles inn i to grupper: plantebaserte legemiddel med veletablert bruk og tradisjonelle plantebaserte legemiddel [39]. Disse to gruppene stilles ulike krav til godkjenning. Plantebaserte legemiddel med veletablert bruk må kunne vise til kliniske studier av produktet for at det kan bli godkjent og markedsført. For de tradisjonelle plantebaserte legemidlene må søker vise til sikker bruk, samt kunne dokumentere at virkestoffet har vært i tradisjonell bruk i minst 30 år hvorav minst 15 år i EØS-området. Tradisjonelle Plantebaserte legemidler oppfyller de samme kravene som gjelder for andre legemidler, men de har redusert dokumentasjonskrav på effekt. For noen plantebaserte legemidler er det utarbeidet en preparatomtale i Felleskatalogen som omhandler blant annet bivirkninger, bruksanvisning og interaksjoner, i tillegg til en godkjent norsk preparatomtale på SLV sine hjemmesider. Det er et krav at bruksområdet i pakningsvedlegget og på selve pakningen inneholder følgende setning «*Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon*» [36]. Uønsket effekt som kan forekomme av plantebaserte produkter rapporteres gjennom spontanrapporteringssystemet etter at produktet har kommet på marked.

1.2.6 Bruk av naturmidler, kosttilskudd og plantebaserte legemidler i egenomsorg

Det har oppstått en kraftig økning i omsetningen av naturmidler og kosttilskudd med årene. En rapport fra Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) viser at nordmenn bruker 4.2 milliarder kroner på alternativ behandling, hvor selvhjelpsteknikker og bruk av urter og naturmidler er eksempel på slike [40]. I året 1988 kjøpte nordmenn helsekost for omtrent 382 millioner kroner. I følge tall fra Bransjerådet for naturmidler er dette en klar oppgang, hvor omsetningen i 2011 kunne passere 2,1 milliarder [41]. Det er ofte brukt ulike begreper for disse produktene. I denne oppgaven blir begrepet helsekostprodukter og naturmidler og kosttilskudd benyttet som fellesbetegnelse for plantebaserte legemidler, helsekostprodukter og naturmidler og kosttilskudd.

Naturmidler og kosttilskudd er mye brukt innen egenomsorg på apoteket, i tillegg til at det blir solgt i dagligvarebutikker og helsekostbutikker. Disse produktene skal brukes etter bruksanvisningen og eventuelt veiledning fra apotekansatte på apoteket og i helsekostbutikker. Produktene blir mye brukt som et supplement til legemidler for å forebygge en rekke symptomer og plager slik som tranebær for å forebygge

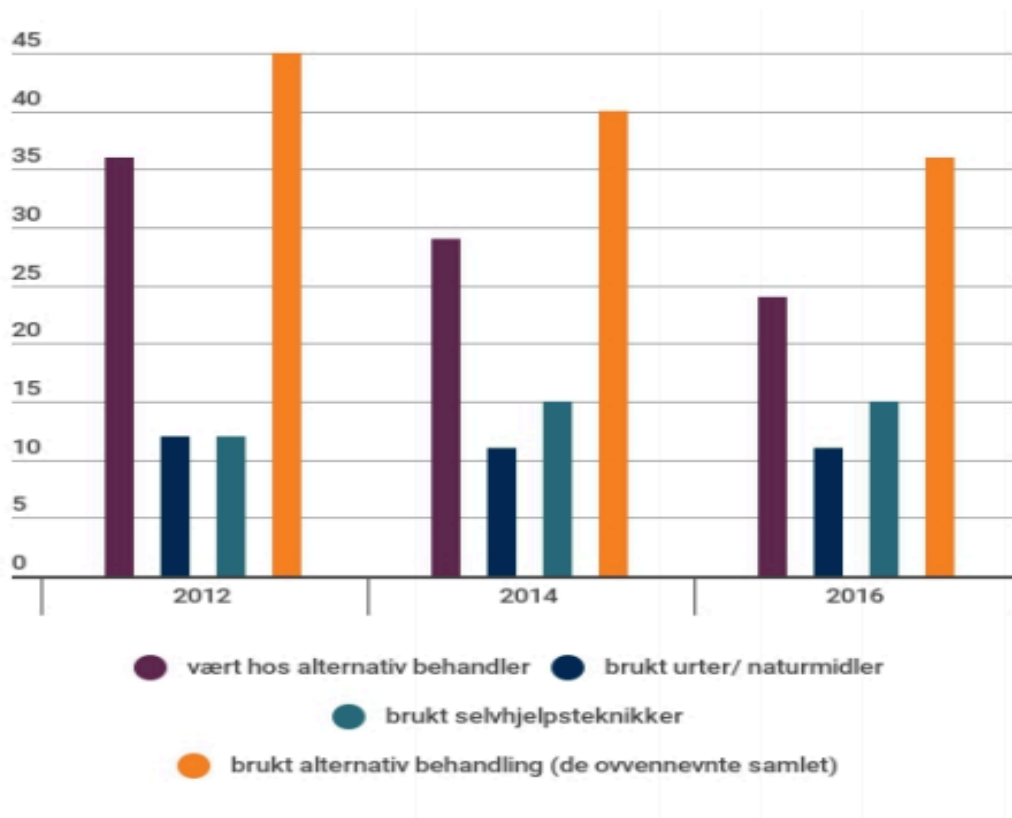
urinveisinfeksjon, mens tran og omega-3-tilskudd brukes for normal utvikling og bevaring av syns-hjerne- og leddfunksjoner [42].

Bivirkninger og interaksjoner er mangelfullt beskrevet blant disse produktene som kan skyldes ingen krav om referanser til kliniske studier og det foreligger heller ikke noen systematisk rapportering eller innhenting av sikkerhetsinformasjon. Et unntak er Johannesurt (*Hypericum perforatum*), som er mye omtalt og brukes en del i folkemedisin [43]. Det er blitt utført en rekke studier på effekt, bivirkninger og interaksjoner som Johannesurt kan medføre ved kombinasjon sammen med andre legemidler. Johannesurt kan blant annet øke metabolismen av en rekke legemidler i leveren. Dette kan igjen føre til endring av legemiddelets effekt, for eksempel for den blodfortynnende medisinen Warfarin (Marevan[®]) [44]. Faren for interaksjoner må derfor alltid vurderes ved oppstart i forhold til gevinsten av behandling med naturmidler, kosttilskudd og plantebaserte legemidler slik som Johannesurt. Derfor selges den kun på apotek og ikke i helsekostbutikker og dagligvarebutikker.

1.2.7 Alternativ/Komplementær behandling

I litteraturen blir ofte begrepene komplementær og alternativ behandling (KAM) sammenslått eller sammenblandet. Komplementær medisin er behandlinger som komplementerer skolemedisin. Komplementær medisin fungerer som et supplement til en annen konvensjonell behandling [45, 46]. Denne type medisin blir ikke regnet som en del av landets egen tradisjonelle eller konvensjonelle medisin og er heller ikke fullt integrert i det offentlige helsetilbudet [47]. Komplementær behandling benyttes også for å øke livskvaliteten og velvære hos den enkelte. Alternativ medisin/alternativ behandling er en samlebetegnelse for medisinske behandlingsmetoder som vanligvis ikke er etablert skolemedisin og som ikke tilbys av det offentlige [45]. Alternativ medisin har vanligvis mangel på dokumentasjon, men dersom det kan dokumenteres som effektivt, er det ikke lenger alternativ medisin ifølge Statens helsetilsyn. Alternativ medisin inkluderer blant annet akupunktur, homøopati, natur/urtemedisin og kostholds behandling.

Ifølge en undersøkelse som er blitt utført av Nasjonalt forskningsssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) hadde rundt en av fire voksne nordmenn oppsøkt alternativ behandler i året 2016. Hele 46 prosent av kvinnene oppga at de hadde brukt alternativ behandling. Undersøkelsen viser at 11 prosent av de som ble spurt oppga at de hadde brukt naturmidler som egenbehandling, mens to av tre oppga at de hadde brukt kosttilskudd. En annen spørreundersøkelse som ble utført i 2007 viser at omtrent halvparten av Norges befolkning har brukt alternativ behandling, med unntak av naturmidler i løpet av de siste 12 månedene [48]. Denne undersøkelsen viser også at det er høyere andel av yngre som hadde brukt alternativ behandling sammenlignet med eldre. Mellom 50 og 60 prosent av deltagerne i undersøkelsen oppga at bruk av alternativ behandling førte til forbedring av deres helse, mens 4 til 5 prosent rapporterte forverring [49]. Rapporten viser at mennesker med kronisk sykdom prøver ulike alternative behandlingsformer, dersom standard behandling ikke har ført frem til ønsket effekt og forbedring av helsen eller tilstanden.



Figur 1.1 Oversikt over hvor mange som har brukt en/ flere alternative behandlinger i Norge 2016 [49]. Hentet fra NAFKAM

1.2.8 Helsepersonell og alternativ behandling

Det er blitt utført flere ulike studier som har sett på holdninger og bruk av alternativ behandling blant helsepersonell. En undersøkelse har vist at omtrent halvparten av legene i USA anbefaler komplementær og alternativ behandling til pasientene sine [45]. Norske leger er derimot mer skeptiske til denne type behandling, hvor bare en av fem har positive holdninger til alternativ medisin. Hos sykepleiere er det større andel som har positive holdninger, så mye som to av tre. En norsk undersøkelse viste at sykepleiere og kontorpersoneell uttrykker en langt mer positiv holdning til alternativ medisin (71 % og 72 %) enn legene (16 %) [50]. Sykepleiere og kontorpersoneell hadde større tro på alternativ medisin og at det kunne ha effekt ved ulike type lidelser. Kvinner i alle disse tre yrkesgruppene, men spesielt yngre personell (under 39 år), hadde i større grad interesse av å få mer informasjon og økt kunnskap om alternativ behandling. Undersøkelsen viser videre at legene favoriserer bruken av ikke-skolemedisinske terapier ved tilstander der det ikke finnes god skolemedisinsk behandling og når sykdommen ikke regnes som farlig. Mange leger uttrykker at de har for lite kunnskap om alternative behandlingsformer, og at de bør ha en viss kunnskap om de mest vanlige behandlingsformene, blant annet for å kunne svare når pasientene etterspør. Lite kunnskap, kjennskap til og erfaring med kan være grunnen til at en av fire leger fraråder aktivt sine pasienter alternativ behandling. Manglende kunnskap og lite erfaring gir norske leger et svakt utgangspunkt for kritiske og reflekterte standpunkter i spørsmål som omhandler alternative behandlingsformer [51].

Mange apotekansatte er åpne for homøopati, men det er likevel mindre tro på homøopati jo høyere utdanning man har, hvor det viser seg at provisorfarmasøytene har minst tro [52]. Homøopatiske midler blir kun solgt på apotek, dette er fordi det er definert som legemidler. En masteroppgave fra 2012 konkluderer med at apotekansatte ikke har tilstrekkelig kunnskap om temaet til å kunne informere og gi råd til sine kunder om disse produktene [53]. Det blir også vanskelig for apotekansatte å komme med råd eller fraråde pasienten, ettersom det ikke foreligger nok dokumentasjon på effekt. Blant helsepersonell generelt, oppstår det en del usikkerhet når det kommer til blant annet effekt, bivirkning og interaksjoner som kan oppstå ved bruk av disse produktene sammen med andre legemidler.

2. Materiale og metode

2.1 Valg av metode

I denne studien er det brukt en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode brukes for å få en bedre forståelse av enkeltindivider. Dette er en metode som gjør det mulig å få fylldige og mer detaljerte beskrivelser av det man ønsker å studere nærmere. Her utforsker man et fenomen i dybden, og ikke i bredden slik som ved bruk av kvantitativ metode. Dette er viktig for forskeren for å kunne avdekke hva informanten subjektivt mener om et fenomen [54]. Semistrukturert intervju ble vurdert som en god metode for å undersøke eldre hjemmeboendes bruk, informasjonskilder, oppfatninger og holdninger om naturmidler og kosttilskudd, i tillegg til deres erfaringer ved bruk av slike produkter.

2.2 Utvalg og rekruttering

Av praktiske årsaker ble informantene rekruttert fra Oslo- og omegn. Ulike eldresentre ble kontaktet for å komme i kontakt med aktuelle informanter. Det ble sendt en skriftlig henvendelse til eldresentre gjennom e-mail. Invitasjonsbrevet inneholdt informasjon om hensikten med prosjektet, hvordan intervjuet skulle foregå, perioden det skulle bli avholdt, hvordan opplysningene fra informantene skulle behandles gjennom oppgaven og måten intervjuene skulle gjennomføres på. Daglig leder på eldresenteret ble også kontaktet per telefon. Totalt åtte eldresentre ble kontaktet i Oslo- og omegn, hvor tre av dem takket ja til invitasjonen. Invitasjon til deltagelse ble videreformidlet av daglig leder ved eldresenteret. Dette var viktig for at prosjektet ikke fikk tilgang på kontaktopplysninger før samtykket av pasientene ble innhentet. Kriteriene for å delta i studien var eldre hjemmeboende personer som var 65 år eller eldre og som har brukt eller fremdeles bruker naturmidler, kosttilskudd og eller begge disse produkttypene, samt er i stand til å la seg intervjues. Det ble også rekruttert informanter fra apoteket, men det var i all hovedsak informanter fra eldresenteret som utgjorde den største andelen. Det var totalt to av informantene som ble intervjuet ved rekruttering ved kjøp av et helsekostprodukt fra apoteket.

2.3 Intervjuguide

Intervjuguiden besto av spørsmål som ble utformet på forhånd med bestemte temaer og spørsmål som hadde en bestemt rekkefølge. De ulike temaene og spørsmålene var utformet slik at informantene kunne svare best mulig på problemstillingen som undersøkelsen skulle belyse. Temaene som inngikk i intervjuguiden var følgende; informantenes bruk, informasjonskilder, oppfatninger, erfaring og holdninger til naturmidler og kosttilskudd. Underveis i intervjuet hadde informantene anledning til å komme selv med nye temaer, slik at det var mulighet for endringer underveis på rekkefølgen av spørsmålene. Intervjuguiden bestod av faktaspørsmål, i tillegg til hovedspørsmålene som skulle besvare problemstillingen. Spørsmålene i intervjuguiden var ment å kunne oppmuntre informantene til å komme med utdypende og utfyllende svar. Under hovedspørsmålene var det utformet underpunkter eller underspørsmål som

skulle berøre nærmere de forskjellige temaene. Oppfølgingsspørsmål ble også stilt, for å få mer fullstendig informasjon og klarhet i informantenes svar.

2.4 Gjennomføring av intervjuet

Til intervjuet ble det stilt et eget rom til disposisjon. Intervjuene ble satt opp etter avtale med personale på eldresenteret og informantene. Intervju av informanter som var rekruttert fra apoteket ble avholdt på informasjonsrommet i apotekets lokaler. Selve intervjuet ble innledet ved at informantene besvarte noen bakgrunnsspørsmål om seg selv og litt generelt om bruken av naturmidler og kosttilskudd. Selve intervjuet bestod av 16 spørsmål med tilhørende oppfølgingsspørsmål, for å gi best mulig svar på den sentrale problemstillingen (vedlegg 4). Mot slutten av intervjuet var det et spørsmål som gikk ut på om informantene ønsket å tilføye noe mer. Dette spørsmålet ble bevisst tatt med i intervjuet for å kunne fange opp eventuelle meninger om, eller spesielle tanker rundt bruken av naturmidler og kosttilskudd som ikke kom frem tidligere i intervjuet.

Samtykkeskjema

Det ble sendt ut samtykkeskjema til aktuelle informanter ved forespørsel om delta i prosjektet (vedlegg 1). Informantene måtte lese gjennom informasjonsskrivet og deretter underskrive på samtykkeskjemaet. Ved innledning av hvert intervju ble deltagerne informert om prosjektets formål. Ettersom informasjonsskrivet kunne være vanskelig å oppfatte og lett å glemme for eldre, ble informasjonen også oppgitt muntlig i forkant av intervjuet. Det ble tydelig klargjort hva datamaterialet skulle brukes til, hvem som hadde innsyn, hvordan det skulle oppbevares og at materialet skulle anonymiseres. Det ble videre presisert at personvern og anonymitet var tilfredsstillende ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning, i tillegg til at deltagelsen var frivillig og at de når som helst hadde anledning til å trekke seg under eller etter gjennomføringen av intervjuet. De ble også gjort kjent med bruken av lydopptak under intervjuet. Dette var godt beskrevet i samtykkeskjemaet som deltagerne hadde signert på og krysset av.

Pilot

Etter at intervjuguiden ble laget, var det interessant å se hvordan spørsmålene fungerte i praksis. Det første intervjuet ble derfor regnet som et pilotintervju. Pilotintervjuet ble gjennomført for å kunne optimalisere strukturen og gjennomføringen av intervjuene, i tillegg til å minimere risikoen for feil og se om det eventuelt var nødvendig å gjøre noen endringer i intervjuguiden. Pilotintervjuet ble inkludert i resultatene, til tross for at det ble gjort små endringer underveis. Dette hadde imidlertid ikke noe betydning for selve resultatene.

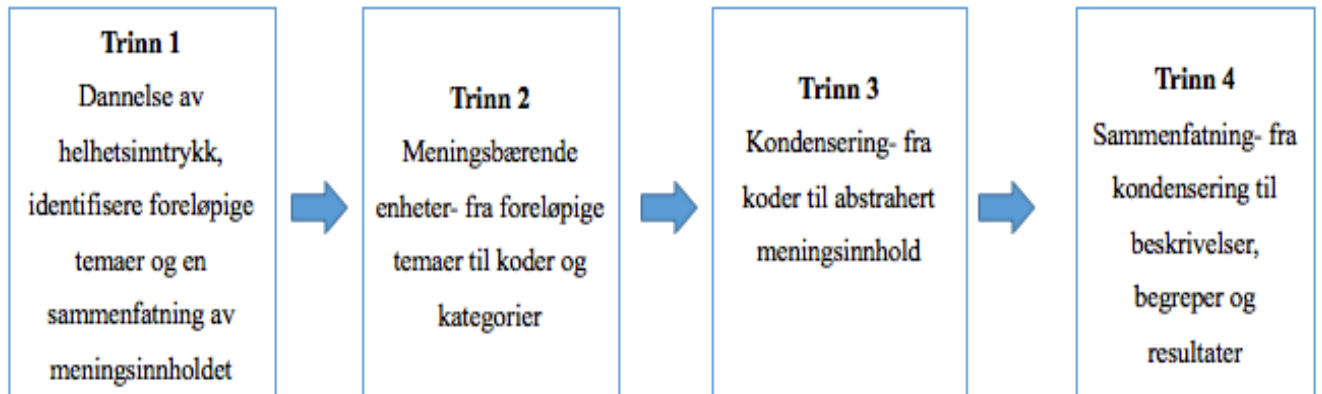
2.5 Databehandling og analyse

Gjennom datainnsamlingen gir deltagerne forskeren innsikt i deres kunnskaper og erfaringer. Derfor var det viktig å vise aktsomhet når det ble tatt opp sensitive temaer eller når det ble innhentet kunnskap om det aktuelle temaet. Intervjuet ble tatt opp på

båndopptakere for å overføre lydfilen til datamaskinen. Selv om dataene ble anonymisert, ble dataene for sikkerhets skyld lagret på en kryptert minnepinne som var passord beskyttet. Både minnepennen og samtykkeskjemaet til hver deltager ble innelåst i et skap, for å sørge for at personvern var overholdt. Et viktig grunnlag i denne studien har vært anonymisering av data, som ble slettet ved prosjektets slutt. Noen av informantene fortalte historier, som ble brukt som sitater og eksempler i resultatene. I dette tilfelle ble alle detaljer som kunne føre til gjenkjenning, redigert bort ved å for eksempel fremstille informantene som hankjønn eller hunkjønn.

Opptaket ble lyttet til og skrevet ned i sin helhet. Alle ni intervjuene ble transkribert umiddelbart etter hvert intervju, for å sikre at det ble lettere å huske på momenter som kunne oppklare uklarheter, eller som var av betydning for meningen i teksten. Lydopptakene ble overført til datamaskin og deretter spilt av flere ganger i programmet iTunes for å sikre at alt informantene hadde sagt ble fanget opp. Transkripsjonen ble gjennomført i programvaren Microsoft Word, hvor hele samtalen ble skrevet ned. Resultatene ble sortert etter hovedkategori og underkategori, som ble deretter tolket og analysert på en systematisk måte.

For å analysere det innsamlede datamaterialet ble analysemetoden systematisk tekstkondensering (STC) tatt i bruk. Denne analysemetoden brukes for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, som består av fire trinn. Det første trinnet går ut på å danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet ved å lese hele datamaterialet, slik at man kan finne relevante temaer som representerer problemstillingen. I det andre trinnet identifiseres meningsbærende enheter i utsagnene fra informantene, slik at man skiller mellom det som er relevant og det som er irrelevant for problemstillingen. I dette trinnet av analyseprosessen skal man kode teksten. Dette gjøres ved å kode de meningsbærende enheter i forhold til de ulike temaene fra første trinnet. Det innebærer at tekst med samme tema skal sorteres etter samme kode, slik at man kategoriserer det som står i teksten. Teksten kodes for å merke enkelte ord eller setninger, og kodingen vil også kunne hjelpe forskeren med å organisere, påvise og redusere meningsbærende enheter i teksten slik at det blir lettere å utføre analyseprosessen. Deretter vil man i tredje trinnet kunne gå litt mer i dybden i de enkelte meningsbærende enhetene, slik at noen av de meningsbærende enhetene blir trukket ut og sortert i undergrupper eller kategorier. I dette trinnet blir det hentet ut meninger ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er blitt kodet sammen. Formålet med dette trinnet er å hente inn systematisk kunnskap som kan belyse problemstillingen. I det fjerde trinnet skal man sammenfatte teksten som skal representere informantens meninger og gi leseren innsikt. Materialet som ble samlet inn fra de tidligere trinn skulle nå i dette trinnet sammenfattes og gjøres om til informantens meninger. I dette trinnet ble informantens egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene brukt. Hver undergruppe fikk sitt avsnitt med sitater fra intervjuet som ble trukket inn i teksten [55].



Figur 2.1 oversikt over de ulike trinnene i analyseprosessen

2.6 Etiske hensyn og personvern

Godkjenning av studien

Prosjektet ble etter revidering godkjent (vedlegg 6). Medisinsk forskning reguleres av norske lover og forskrifter, det ble derfor søkt om tillatelse for å kunne utføre denne studien. Før innsamling av data, ble det sendt en søknad om godkjenning av studien til personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 5). Det var ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da prosjektet ble definert utenfor helseforskningsloven. Dette er nærmere diskutert i 4.2.1. NSD sine retningslinjer ble fulgt nøye igjennom prosjektet, og det har blitt hentet signert samtykkeskjema fra alle informanter før intervjuet (vedlegg 1).

2.7 Forskerrollen

Ved bruk av kvalitative studier er nærhet til forskning en viktig forutsetning, i tillegg til at forskeren må ha en reflekterende holdning for å kunne analysere og tolke dataene [56]. I kvalitative studier er forskeren det viktigste forskningsinstrumentet, som innebærer at forskeren kan selv påvirke hvordan datamaterialet tolkes. Denne personen må være i stand til å klargjøre sin forståelse og hypoteser, samt kunne dele dette med leseren [55].

I kvalitative studier med medisinsk eller helsefaglig tema har forskeren kunnskap om forskningstemaet gjennom en annen rolle som i dette tilfellet som en farmasøyt. Denne kunnskapen skapes ved en interaksjon med informantene, utsagn og forskeren selv. Derfor er det viktig at forskeren er i stand til å vurdere både fordeler og ulemper som kan oppstå innenfor forskningsprosjektet, i tillegg til å ha en viss forståelse for hva som er viktig og mindre viktig. Forståelsen og erfaringer jeg som forsker har med eldre som kunder på apoteket og som har oppgave i å informere, gi råd og veiledning i bruken av legemidler og helsekostprodukter, kan være både styrkende og begrensende for dette forskningsprosjektet. Styrken er at jeg kan undersøke dette temaet mer og kan danne en

viss forståelse for eldres forventninger til farmasøyter på apoteket. Begrensingen kan være forståelse jeg selv har ut i fra egne erfaringer. Derfor er det viktig for meg som forsker å være bevist på dette og være mer åpen under intervjuene.

3. Resultater

Det ble gjennomført ni intervjuer med eldre hjemmeboende i Oslo-området. Totalt ble det utdelt åtte invitasjonsbrev til ulike eldresentre, hvor tre takket ja til å delta. Det første intervjuet ble gjennomført i januar 2020, og siste ble gjennomført i starten av februar 2020.

3.1 Demografiske data

Bakgrunnsskjemaet ble brukt for å innhente data om blant annet kjønn, alder og legemiddelhåndtering. Alle deltagerne var kvinner hvor den yngste var 65 år og den eldste var 81 år. Det ble i tillegg stilt litt mer generelle spørsmål om bruken av helsekostprodukter slik som naturmidler og kosttilskudd. De vanligste brukte kosttilskuddene var under følgende kategorier vitaminer og mineraler, Omega-3 inkludert tran og andre kosttilskudd. Se tabell 1 for informasjon om type naturmidler og kosttilskudd som ble brukt. Det viste seg at de fleste informantene ikke brukte eller hadde brukt flere enn kun et produkt samtidig. Hvor lenge produktet hadde vært i bruk var ulikt blant de intervjuede, men de fleste hadde brukt det i flere år.

Sanasol [®]
Magnesium
C-vitamin
Omega-3
Floradix [®]
Melatonin
B-kompleks
Multivitaminer
Jerntabletter
D-vitamin
Collagen
Gerimax [®]
VitaePro [®]
Kalsium
L-Serin
K2-vitamin
Tran
Solhatt [®]
HUSK naturlig fiber [®]
Frukt & Fiber [®]
Gatromik te
Gurkemeie
Tofu
Tranebær kapsler/ te
Valeriana Forte [®]
Sedix [®]

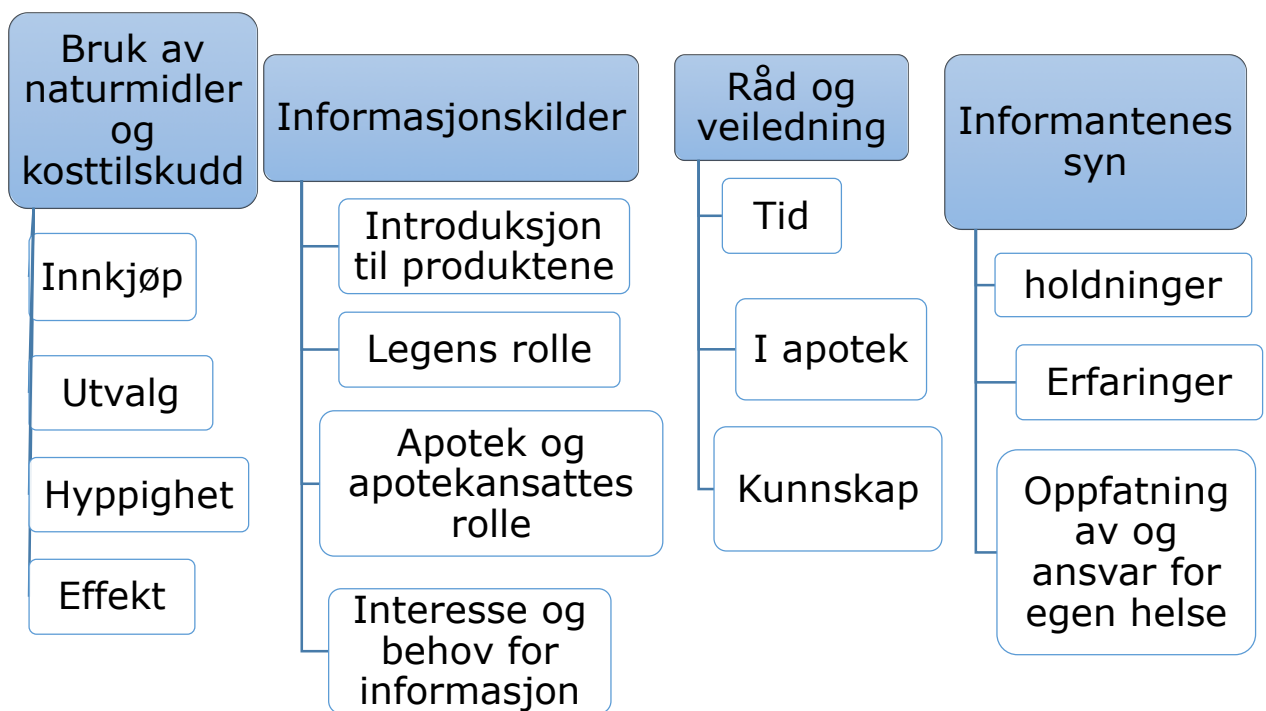
Tabell 1.1 Naturmidler og kosttilskudd som informantene benyttet seg av

3.2 Analyserapport

I første trinn ble alle intervjuene lest gjennom for å kunne identifisere foreløpige temaer. Ved første gjennomlesing ble det identifisert totalt 18 temaer som kunne representere problemstillingen. Alle transkripsjonene ble lest enda en gang for å kunne konkretisere temaer. Det ble til slutt trukket frem fire aktuelle temaer. Temaene var 1) Bruk av naturmidler og kosttilskudd, 2) informasjonskilder, 3) råd og veiledning og 4) informantenes Syn.

De fire endelige temaer som ble funnet i trinn 1 ble brukt til å danne grunnlag for kodegrupper i det andre analysetrinnet. Det ble identifisert flere ulike kodegrupper under hvert hovedtema. Kodene ble brukt som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter inn i kodegruppene. I dette trinnet ble den relevante teksten skilt fra teksten som var mindre relevant og sortering av den delen av teksten som kunne belyse problemstillingen. Transkripsjonen ble dermed gjennomgått grundig og meningsbærende enheter ble identifisert og sortert.

I trinn 3 ble mening innhentet systematisk ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. I dette analysetrinnet ble noen kodegrupper satt sammen og hver kodegruppe ble delt inn i undergrupper. Deretter ble det laget et kondensat (et kunstig sitat) som skulle bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å gi dem en mer generell form. Det ble dermed dannet en tekst med summen av innholdet fra de meningsbærende enhetene. Under denne fasen ble det også valgt ut et «gullisitat» som kunne konkretisere hovedfunnet. Gullisitatene som belyser resultatene er hentet fra forskjellige informanter. Under det fjerde og siste trinnet ble det gjort en rekontekstualisering. I dette trinnet ble viktigste funn fra kodegruppene og undergruppene innhentet, i tillegg til at det ble laget en analytisk tekst for kodegruppene og undergruppene ved bruk av kondensatene. De fire teamene som ble identifisert under første trinn ble brukt som hovedkategorier med tilhørende undergrupper som ble brukt for å belyse resultatene.



Figur 3.1 Resultater av analysetrinn 1.4

3.3 Resultater fra dybdeintervjuene

I presentasjon av resultatene blir naturmidler og kosttilskudd brukt om hverandre med helsekostprodukter.

3.3.1 Bruk av naturmidler og kosttilskudd

Innkjøp

På spørsmålet om hvor helsekostproduktene var kjøpt, viste det seg en stor variasjon blant deltagerne. De fleste svarte med at de hadde kjøpt produktene på apoteket. Det ble også nevnt at kosttilskudd ble kjøpt på dagligvarebutikker, på helsekostforretninger eller på internett. Noen deltagere nevnte at de hadde bestilt på internett og fikk dermed jevnlig tilsending av produktet. En del av deltagerne fortalte også at de hadde kjøpt produktene fra utlandet fordi det var rimeligere alternativer i utlandet enn i Norge. Spørsmålet som tok for seg innkjøp av produktet ga et innblikk i hvor stor grad apoteket blir brukt til å kjøpe disse produktene, samt hva informantene syntes om utvalget på apoteket. Ut ifra hva deltagerne fortalte om hvor de hadde kjøpt produktene, var ikke apoteket innkjøpsstedet som dominerte. Flere av deltagerne var positive til å handle helsekostprodukter på internett med unntak av en deltager som nevnte at hun aldri kjøper noe over internettet og var ganske skeptisk til å handle over internett generelt. En

annen informant fortalte at hun ikke handler noe på helsekostforretninger, men kun på apotek eller diverse matbutikker.

«Jeg kjøper dette på apoteket. Jeg går til apoteket og syntes jo de har godt utvalg av det meste.»

-informant 2

«Jeg kjøper magnesium på apoteket. Magnesium får du jo overalt, så jeg har tidligere kjøpt det på dagligvarebutikker.»

- informant 1

«Jeg kjøper fra ulike helsekostbutikker, jeg kjøper jo også i Sverige. Det er kanskje litt stygt å si det (latter), men det er jo mye billigere. Hun jeg kjøper fra kjenner meg jo.»

-informant 3

Utvalg

En del av informantene nevnte at det var mye å velge mellom når ulike produsenter produserer samme produkt og at det kunne derfor være utfordrende å finne frem til ønsket produkt. Det skapte også forvirring blant informantene at det fantes samme type produkt men med et annet varemerke og at det kan kjøpes på ulike steder slik som matbutikker, helsekostforretninger, internett og apoteket. Flere uttrykte også at det kunne være vanskelig å finne frem til riktig produkt når boksen eller selve pakken endrer seg stadig. Dette kunne være spesielt utfordrende for eldre, fordi de ikke er i stand til å vurdere korrekt slik som tidligere, mente en deltager. Et eksempel som ble nevnt av en av informantene var ulike varianter av omega 3-produkter. Noen av informantene kjøpte kun produktet de er kjent med og det de har prøvd tidligere enn å prøve noe nytt. Det ble også nevnt av noen deltagere at de spurte ansatte i helsekostforretninger eller i apotek om anbefaling og hjelp til å finne frem til riktig produkt, da utvalget var stort. Noen av dem var ikke klare over at det var et bredt utvalg av helsekostprodukter i apotek. De visste blant annet lite om at kosttilskudd som de allerede bruker fantes i apoteket også. Produktet ble derfor kjøpt på helsekostforretninger eller dagligvarebutikker istedenfor. En deltager hadde oppfatning av at produktet som ble solgt på apoteket var kanskje tilsatt mer kjemiske stoffer i motsetning til produkter vedkommende hadde kjøpt fra helsekostforretninger.

«Jeg trudde ikke de greiene finnes på apoteket rett og slett, ville jo heller ha hatt det. Er det slik som i helsekost liksom, eller et det blandet inn i noe kjemiske greier? »

-informant 5

«For eldre mennesker så er det jo spørsmålet hva skal du velge... Det er jo så mye å velge imellom, dette er jo helt idiotisk. Bare det at det kommer begge steder, og eldre for som kanskje ikke er så veldig våkne lenger og slitene, kan ikke gå og kan ikke vurdere. Bare det er ordentlig tullball syntes jeg da, ikke tull men blir for mye. Jeg vet at det er masse alternativer til hva du kan bruke.»

-informant 1

«Jeg går til apoteket og syntes jo de har godt utvalg av det meste. Sånn C-vitaminer har byttet boks, også er det blitt ulike leverandører. Så da syntes jeg det er fint å snakke med han som er på jobb. Det er litt utfordringer syntes jeg, at det er så mye å velge imellom. Går du forbi et apotek senest i dag, og da er det 2 for 1 og da tenkte jeg nei, skal ikke gå innom her skal sjekke hva jeg faktisk bruker. Fordi jeg har kjøpt feil da, eller ikke det optimale da.»

-informant 2

Hyppighet

På spørsmålet om hvor ofte deltagerne brukte naturmidler og kosttilskudd hadde de fleste brukt en eller flere typer av disse produktene i løpet av den siste perioden. Flere av deltagerne svarte at de hadde brukt produktene i et par år. Under intervjuet viste det seg at flere hadde brukt naturmidler og kosttilskudd slik som tran, ulike sorter av vitaminer eller andre typer produkter i flere år uten å være klar over det eller tenke bevisst på det. Noen av deltagerne ønsket ikke å bruke flere kosttilskudd fordi de bruker allerede mange andre medikamenter i forbindelse med sine sykdommer, og ønsket dermed ikke å forholde seg til helsekostprodukter i tillegg.

«Jeg vil gjerne ha kosttilskudd som inneholdt C-vitamin, fordi jeg syntes jeg trenger C-vitamin nå på vinteren for å styrke immunforsvaret. jeg vil gjerne ha en tablett hvor all er included.»

-informant 1

Det som var mest brukt blant deltagerne var ulike produkter av vitaminer, mineraler og tran. Deltagerne var godt orientert om hvordan de skulle ta produktene, hvor ofte det skulle tas og hva som er anbefalt å ta for å dekke behovet deres. Noen informanter nevnte at de tok en ekstra tablett eller kapsel av tilskudd ved behov når de kjente på plager og symptomer.

«Jeg bruker jo to tran tabletter hver dag, fordi det er anbefalt dose. Jeg vet ikke riktig med de andre kapsler, ved behov?.»

-informant 5

Effekt

Flere av deltagerne var klar over hvilken effekt produktet de brukte hadde og hvorfor de brukte det. Majoriteten av deltagerne fortalte under intervjuet at de ikke hadde hatt noen negative erfaringer med produktene som de hadde brukt, og hadde stort sett gode erfaringer med bruken av de forskjellige helsekostproduktene. Deltagerne som sluttet å bruke produktet, nevnte at de hadde ikke sluttet å bruke det på grunn av bivirkninger, men fordi de ikke oppnådde ønsket effekt eller at de ikke hadde behov for å bruke det lenger.

«Det var mer eller mindre at jeg prøvde febrilsk en periode, men det funket ikke så da droppet jeg det. Jeg merket ikke noe forandring. Jeg merket ingen bivirkninger, ingen ting. De luktet så fælt også virket dem ikke. »

-informant 7

Deltagerne som hadde hatt god nytte av produktene hadde brukt det over en stund og hadde vært stort sett fornøyd med oppnådd effekt gjennom hele perioden produktet ble brukt. Flere av deltagerne hadde brukt ulike produkter mot ulike plager og hevdet at produktet var med på å lette plagene. Noen informanter målte effekten av produktene ved å sammenligne seg selv med sin nærmeste omkrets. Når det gjaldt tro på helsekostprodukter generelt uttrykte de fleste at de hadde troen på produktet de selv brukte. Ut ifra alle samtaler hadde samtlige deltagere ikke hatt noen negative erfaringer selv med de vanligste produktene som ble brukt og var stort sett positive til bruken.

«Jeg ser jo folk rundt meg blir så forkjølet men jeg blir ikke forkjølet (banker på bordet). Faren min gjorde det ikke bestandig skjønner du. Så Han ble jo forkjølet mens vi andre ble jo ikke det. Så jeg tenker jo at dette er forebyggende.»

-informant 2

Noen få andre deltagere så på effekten av produktet ut ifra hvordan de hadde det før, sammenlignet med hvordan de har det nå, etter at de begynte å bruke produktet. Flere nevnte at de var usikre på om de hadde oppnådd tilstrekkelig effekt, men hadde i hvert fall ikke blitt verre eller opplevd noen form for bivirkninger etter å ha begynt å bruke helsekostprodukt. Det var usikkerhet blant deltagerne om det var kun helsekostproduktene de brukte, som hadde bidratt til at de hadde det så bra eller om det kan skyldes noe annet. At helsekostprodukter kun er placebo ble også nevnt av en deltager.

«Litt er det jo går jeg ut ifra. Nei, jeg vet ikke. Jeg vet ikke om de hjelper meg. Jeg er i hvert fall ikke noe verre. Altså jeg kan ikke si om jeg er bedre eller ikke bedre. Jeg kan ikke si det.»

-informant 8

3.3.2 Informasjonskilder Anbefaling og introduksjon til produktene

Det var stor variasjon blant deltagerne når det gjaldt informasjonskilder og hvordan de ble introdusert til produktene. Flertallet av informantene nevnte at de ble introdusert til produktene gjennom venner, bekjente, familien, legen, apotekansatte, sosiale medier eller en kombinasjon av nevnte informasjonskilder. Den ene informanten trakk frem at hun selv er helsepersonell og kan derfor mye om produktene fra før av, i tillegg til at hennes far som er lege var bevisst på det med helse og kosthold. Hun fortalte at dette lærte hun siden hun var barn og var derfor klar over hva som var gunstig for helsen og ikke.

«Gudskjelov så har jeg lært mye av min far også har jeg jo tatt helse og sosiale fag så jeg kan jo mye av dette her selv. Du kan jo bare slå opp i noen ukeblader, holdte jeg på å si. Du kan jo få det i media. Du vet jo at man får masse informasjon i posten, på Tven og så videre... Så du blir jo matet med informasjon og hvis man er fremdeles våken, så

vil den aldersgruppen som du intervjuer kanskje ikke er så flinke til å spørre, men jeg er ikke typisk eksempel på det vetdu (latter).»

-informant 1

De fleste nevnte at de fikk kjennskap til produktet igjennom venner, familie og internett, og ble anbefalt å bruke produktene fra disse kildene. Noen av informantene hadde prøvd helsekostproduktene ut ifra hva venner og familie hadde fortalt om egen erfaring og at de var selv fornøyd med oppnådd effekt. Det var få deltagere som hadde fått prøve ut produktet fra bekjente som hadde tilbudt dem, eller at andre i familien hadde bestilt det for dem.

«Jeg hadde ei venninne og hun syntes det virker. For det første så leste jeg om produktet og for det andre så trur jeg at hun eller han forklarte meg godt de på helsekost. Også sa en lege til meg at jeg kunne bruke det året rundt. Det gjorde ingenting, det var bra for kroppen. Nei altså, jeg hadde en søster som var opptatt av piller .Hun tok altså sånn vitamin- cocktail da som hun hadde hørt. Også har jeg da bestandig hørt at det er bra å ta disse. »

-informant 7

«Anbefalinger fra andre som har prøvd og mener det funker og det er jo grunnen til at jeg har brukt det. »

-informant 4

Ettersom det er masse omtaler og reklame om de ulike kosttilskuddene og naturmidler på sosiale medier, ukeblader og på TV, mente deltagerne at dette fungerte som informasjonskilder og påvirket i den grad at de kjøpte produktet. Det var også en påvirkningskraft at kjente idrettsutøvere brukte produktene og påstod at det hadde positiv effekt på helsen og mot ulike plager, mente den ene deltageren.

«Det er jo reklame som sier mye om innholdet og at man holder seg i god form. Det er jo ulike reklamer som sier noe om at det skal være bra for ditt og for datt, så da tenker man okay da får jeg mye fra den Omega-3 da.»

-informant 2

«Nei du det er på Tven nesten hver dag. Friidrettsfolk og alle bruker. Jeg leser jo hva det inneholder og sånt.»

-informant 8

«Søsteren min hun bestilte til mannen sin også bestilte hun til meg vet du. Jeg leser selvfølgelig på annonser også er det jo noe på Tven. jeg fikk vel lest den informasjon på pakken. Jeg gjorde det da, du leser ikke sant, så ser du hva det virker på. »

-informant 6

Legens rolle

Flertallet av deltagerne nevnte at legen er den informasjonskilden de har mest tillitt til og går først og fremst ut ifra hva legen sier. Samtlige deltagere uttrykte at de stolte på legene, den medisinske behandlingen og rådene som ble gitt under legetimen. Det var

likevel ulike meninger om hvor nødvendig de tenkte det var å informere legen om deres bruk av kosttilskudd eller naturmidler. Noen mente det er viktig å diskutere dette med legen for å unngå feil bruk og ugunstig kombinasjon sammen med andre legemidler. Andre deltagere hadde ikke behov for å fortelle legen at de brukte produktene, da de mente de selv kunne sørge for riktig bruk og at de hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne bruke det på en forsvarlig måte. Det var også noen som nevnte at det er lite feil man kan gjøre med disse produktene enn andre legemidler. Den ene deltageren mente at legen har ansvaret for medisiner som er på resept og ikke for naturmedisin eller kosttilskudd. Noen trakk frem at legen fulgte nøye med på bruken av medisinene både det som var på resept og det som var reseptfritt og at det var legen som anbefalte dem å bruke produktene og ga dem tilstrekkelig informasjon om bruken før produktet var tatt i bruk.

«Ja, nå som du stiller meg dette spørsmålet så er det er vel etter at jeg har snakket med legen hvis det hadde vært noe. Da stoler jeg selvfølgelig på det. Jeg tenker at legens ansvarsområde, det må være større enn apotekets ansvarsområde.»

-informant 4

«Jeg trur jo på prøv å se metoden. Hvis det ikke har effekt så kjøper jeg ikke dem mer. Jeg må jo konsultere nyrelegen min, fordi det er visse planter slik som stjernefrukt som jeg ikke må spise. Og ting fra Johannes frø treet hva en det er for noe, kan jeg heller ikke spise. Du får jo høre hva venner og bekjente sier ikke sant? men men, for min del så er jeg nødt til å spørre legen i forveien om det er greit. Jeg spør med jevne mellom rom, fordi det kommer jo ny forskning hele tiden og jeg bytter jo tablettene.»

-informant 5

«Da tenker jeg atte skal man høyere opp og lengre inn på de kompliserte medisinene så må det være legen. Men så bør dette med apotek og om det er farmasøyter, teknikere eller hva, så bør de svare på det som er mindre farlig det man kan gjøre mindre gærent da.»

-informant 2

Apotek og apotekansattes rolle

Apotek ble også nevnt av flere deltagere som en informasjonskilde de hadde tillitt til. En del av deltagerne ga uttrykk for at de stort sett var fornøyde med hjelpen de hadde fått på apoteket og at de føler seg godt ivaretatt av apotekansatte. Mange av informantene uttrykte at de setter pris på den veiledningen og hjelpen de mottar på apoteket fra apotekansatte.

Det ble også nevnt hva slags type forandringer og eventuelle endringer informantene ønsket å se på apoteket. Den ene deltageren trakk frem at det kunne være mer til hjelp at apotekansatte spurte litt rundt bruken og hva man kan få før av om disse produktene. Kunne stille spørsmål som følgende; har du brukt det før?, hva vet du om det? og vet du hvordan den skal brukes?, i tillegg til noen oppfølgingsspørsmål for å forsikre seg om at man kan bruke produktet trygt og riktig mente denne deltageren. Andre deltagere nevnte at de foretrekker å heller spørre om det de lurer enn å bli «dyttet» på med informasjon. Noen av informantene var ikke klar over at apoteket er et

lavterskeltilbud og at de kunne få stille spørsmål og få hjelp med sine mindre alvorlige plager, symptomer og bivirkninger som de opplevde, i tillegg til helsekostprodukter.

«At jeg gjennom reklame så er det jo forskjellig Multi-vitaminer også må man jo lese seg opp til det eller snakke med disse folkene som er på apoteket. Jeg vil si jeg innhenter for det meste informasjon fra apoteket og familie. Når det er sånne ting som er uten resept, jeg flyr ikke til legen da syntes ikke det er nødvendig med mindre man ikke får hjelp på apoteket. Så hvis jeg hadde vært litt urolig, så kunne det hende at jeg hadde spurt om det på et apotek. »

-informant 2

« Han farmasøyten opplyser av seg selv altså. Han spør har du tatt det før, hva vet du om dette og så videre. Veldig flink!. Nå kjenner han meg forså vidt godt, jeg vet jo ikke om han gjør det med andre?, men jeg syntes han er flink med meg. »

-informant 5

«Så derfor tenker jeg det med apotek, og det og gå dit og spørre og få noen råd og da spør de gjør du det, bruker du det, gjør du sånn og da finner vi ut at det går bra. Noen ganger så tenker jeg jo at det er fint at jeg kan spørre om det jeg trenger, og ikke blir dyttet på fordi det kan jeg oppleve slik som nødvendig?. Takk men jeg har det fint, skjønner du ?. Jeg tenker det at noen stiller meg dette spørsmålet kan jo være trygt det også. Det er godt å bli sjekket to ganger syntes jeg da. Jeg spør jo hvis det er noe jeg lurer på. Jeg syntes noen ganger at det kan være litt vanskelig å forklare meg på apoteket, Jeg tror de ikke hele tiden forstår hva du mener. Kanskje fordi jeg er dum til å forklare ting?. Jeg vet ikke... Syntes det kan være vanskelig å ordlegge meg. »

-informant 3

«Nei, vet du hva, jeg har faktisk ikke tenkt på det. Jeg har ikke tenkt på at man kan få gratis veiledning på apotek. Nå vet jeg jo at man kan få veiledning, men jeg har ikke benyttet meg av det tidligere. Det kan hende at jeg gjør det nå, etter at du har fortalt meg det.»

-informant 4

Interesse og behov for informasjon

Det var stor variasjon blant deltagerne når det gjaldt deres interesse for informasjon og hvor mye informasjon de hadde om naturmidler og kosttilskudd. Noen av deltagerne hadde stor interesse for å prøve ut naturmidler og kosttilskudd fremfor andre typer legemidler som de mente var mer kjemisk fremstilt. De som var interesserte hadde ønske om å få mer informasjon angående bruken av produktene og var nysgjerrige på å prøve ut helsekostprodukter som kunne vise seg å være nyttig for dem ut ifra deres behov. Noen av deltagerne hadde spørsmål om hvilken effekt de kunne forvente ved bruk av produktene, hva slags type bivirkning man kunne forvente seg og om det var trygt å kombinere produktene sammen med sine faste medisiner. Flere av deltagerne var spesielt interessert i å vite mer om innsovningsmedisiner som var plantebaserte. Noen få andre derimot hadde liten interesse av å få mer informasjon om helsekostproduktene. En av deltagerne mente at hun kunne finne informasjon på egenhånd og var i stand til å vurdere hva som var relevant av informasjon for å bruke produktet riktig. Det ble videre nevnt av denne deltageren at det ikke var vanskelig å bruke helsekostprodukter, da det

ikke er farlige å bruke uansett. Andre deltagere mente at de hadde brukt produktet så lenge at de ikke hadde behov for mer informasjon. En deltager nevnte at hun brukte kun produkter som hun hadde prøvd ut tidligere og hadde derfor ikke behov for å spørre på apoteket for råd og informasjon og hadde heller ikke ønske eller behov til å prøve ut noe nytt.

«Nei da, jeg var bare nysgjerrig. Fordi det har jeg ikke hørt om?. Det eneste som er at jeg tenker det kan bli litt mye D?. Men ellers så ja jeg føler det er ufarlig å bruke det»
-informant 7

«Hvis jeg kjøper en naturmedisin, så kan de jo spørre har du kjøpt det før eventuelt hva jeg skal bruke det til men da kan jo folk bli fornærmet. Det kan de jo prøve på fordi jeg tror ikke folk går inn og sier, kan du fortelle meg om kosttilskudd?. Det gjør de ikke.»
-informant 5

«Jeg har tatt helse- og sosialfag så jeg kan jo mye av dette her selv. Fordi jeg har bakgrunn så jeg kan vurdere det selv. Jeg har altså en bakgrunn som gir meg en forståelse for dette. Vi har noe som heter bakerens barn får aldri kaker. I mitt legehjem var det jo slik.»
-informant 1

«Jeg tror ikke de er noe farlig å bruke det. Den har er jo godt i gjennom så mye testing og det er jo mange som bruker det. »
-informant 8

3.3.3 Råd og veiledning

Tid

Mangel på tid opplevde informantene som tosidig, enten at det var de selv som ikke hadde tid til å snakke om produktene eller at ansatte på helsekostforretninger og helsepersonell slik som lege eller apotekansatte ikke hadde tid. Noen av informantene nevnte at de ikke tok seg tid til å bli informert om produktet, enten fordi de hadde brukt produktene tidligere og var kjent med bruken eller at de valgte heller å innhente informasjon på egenhånd. En av informantene var redd hun brukte mye tid og at dette skulle gå utover de andre som ventet på sin tur for å bli ekspedert av apotekansatte på litt mer travelt apotek. Denne deltageren følte at hun ikke hadde nok tid til å snakke om bruken av produktene og heller ikke fikk god veiledning i bruken. En annen informant ønsket at apotekansatte tilbød råd og veiledning og dersom hun hadde tid så skulle hun gjerne ha tatt en prat om produktene med apotekansatte. En deltager nevnte at hun følte seg veldig godt ivaretatt av apotekansatte og at de tok hensyn til at hun hadde spesielle behov. Denne deltageren fortalte også at apotekansatte satte av alltid litt tid til henne for å snakke om medisinbruken og gikk nøye igjennom spørsmål hun hadde.

«Noen ganger så sier jeg dette har jeg ikke tid til vi må ta det en annen dag (latter), men han blir ikke fornærmet av det han?. Det er som regel kø på dette apoteket ikke sant?. Hvis det står seks stykker bak meg og jeg har ventet i femten minutter ikke sant, så skjønner jeg jo at dette har jeg ikke tid til. Jeg må si at når jeg er på apoteket så føler

jeg at de har ofte litt dårlig tid altså og lite diskre. Du har liksom ikke lyst til å vrenge sjela di akkurat der heller, men jeg er ikke så fintfølede.»

-informant 5

«De kunne ha spurt meg om veiledning og ikke bare gi den, fordi da blir jeg avvisende. Da er det ikke sikkert jeg har tid til det akkurat da, men hvis de spør så kan vedkommende svare ja eller nei. Det går jo an.»

-informant 4

Opplevelse av råd og veiledning i apotek

Flere av deltagerne var stort sett fornøyd med gode råd og veiledning de ble tilbudt på apoteket. Mange av dem var ganske mottakelige for råd og anbefalinger som apotekansatte kom med. Noen deltagere uttrykte også at de følte seg trygge på apoteket fordi apotekansatte er svært informative og fulgte godt opp deres medisinbruk. En del nevnte at det var betryggende at apotekansatte vurderte eventuelle interaksjoner, for å se om ulike legemidler kan kombineres med hverandre eller sammen med helsekostprodukter og informerte tydelig dersom det var noe de måtte ta hensyn til. En informant nevnte at det er godt at apotekansatte informerer for å sikre at legemidlene ble tatt korrekt. Dette var fordi det er lett å glemme informasjonen som ble gitt hos legen og det er fint å kunne stille spørsmål på apoteket, dersom man lurer på noe etter å ha vært hos legen og kommer på spørsmål i senere tid.

«Altså de jeg har møtt, i de forskjellige apotek så har jeg jeg aldri gått ut av et apotek og spurt om råd og følt at dette var bortkastet tid. Jeg syntes det er veldig godt å snakke med en, spesielt når en sier, ja, du det er jeg ikke sikker på skal slå det opp jeg. Da føler jeg meg trygg, jeg vil heller bruke tid å snakke med noen, fordi du kan få veldig gode råd på denne måten. Også er jeg jo litt frekk da, jeg går som oftest til to ulike apotek og når jeg får samme svar fra begge stedene, så blir jeg mer sikker og fornøyd med svaret jeg får.»

-informant 9

«Da sa jeg til hun på apoteket at slik gjør jeg det, så sa hun det er det man ikke skal med litt streng stemme. Fordi den kanskje ikke passet helt til meg da. ut ifra det behovet jeg har hatt og de spørsmålene jeg har hatt så tenker jeg at det har vært tilfredsstillende med rådene og veiledningen jeg har fått fra de på apoteket. Jeg har aldri opplevd å gå ut fra et apotek uten at jeg har fått det svaret på det jeg trenger. Jeg har fått på svar på det jeg har lurt på. »

-informant 2

«Kjenner du til dette produktet? Nei, ja, hva skal du med det?, har du hørt om det?. Nei, så han informerer helt uoppfordret altså. Jeg syntes det er fint jeg at de informerer. Jeg har jo blitt avvist også, der de sa, dette tror jeg ikke du skal ta .Hvis jeg får et råd og jeg har en plage og de sier det kan ikke skade deg så prøver jeg jo, fremfor å gå på medisiner med engang. »

-informant 5

Flere var enige i at det var fornuftige og brukbare råd, anbefaling og veiledning til bruken, som de hadde mottatt fra apotekansatte. Den ene deltageren mente at apotekansatte er kompetente mennesker som gir masse gode råd og veiledning som kan føre til korrekt bruk, samt motiverte til bruken av legemidlene. Mange andre hadde lik holdning som denne deltageren og mente det var gode råd som de selv kunne prøve ut og se om deres plager eller symptomer lettes eller forsvinner helt ved hjelp av helsekostprodukter apotekansatte hadde anbefalt.

«Min erfaring er jo at nyutdannet kan kanskje ganske mye mer. Så jeg har ikke noe problem med å snakke med en som er nyutdannet. Jeg syntes det er veldig godt å snakke med en, spesielt når du møter en som sier, ja, du det er jeg ikke sikker på skal slå det opp jeg. Da føler jeg meg trygg, jeg vil heller bruke tid å snakke med noen, fordi du kan få veldig gode råd på denne måten. Altså jeg føler jeg alltid blir møtt av kompetente mennesker og hvis det er noen anbefalinger så kommer de jo med det, råd og sånne ting. Ja nei, jo mer kontakt jeg har med apoteket, jo mer jeg tenker wow!. Skikkelig kompetente mennesker dette her.»

-informant 9

Det var stort sett positive opplevelser informantene hadde med apoteket og apotekansatte. Flere av deltagerne ga uttrykk for at de brukte ett apotek fast, hvor de ansatte kjente dem igjen og følte at apotekansatte ga råd og veiledning som var tilpasset dem og deres behov. Dette opplevdes også som betryggende, det at ansatte på apoteket kjente dem igjen og kunne åpne seg mer for å snakke sammen og få svar på det de måtte lure på.

«Hvis jeg lurer på noe så går jeg selvfølgelig til et apotek og spør. De kjenner meg og der får jeg jo hjelpen jeg trenger.»

-informant 1

Kunnskap om naturmidler og kosttilskudd

Behovet for veiledning varierte noe blant informantene på grunn av ulikt kunnskapsnivå. Det var flere av informantene som hadde gode kunnskaper og erfaringer med de forskjellige produktene. Flertallet var klar over hva produktet gjør med kroppen dersom man tok det og hva som skjer med kroppen ved tilfeller hvor man ikke tok det. Flere nevnte at de brukte produktet fordi de mangler noe i kroppen, og må derfor tilføre kroppen dette ved å for eksempel ta magnesium, D-vitamin og C-vitamin. Samtidig var det flere som mente at de har nok kunnskaper til å kunne bruke produktene og nevnte under intervjuet hva slags type kunnskaper de hadde om de ulike produktene. De fleste deltagerne som brukte kalsium, visste at det var bra for muskler og ledd, i tillegg til å styrke skjelettet, at C-vitamin var bra for å styrke immunforsvaret og at tranebær kunne forebygge urinveisinfeksjon.

«Jeg kan mye av dette her. Det er jo en kjent sak, at hvis du har urolige ben, så mangler du mineralet magnesium. Det er jo forsket på det og jeg har jo meldt meg inn i en forening i dette her. Jeg vet jo at det er et mineral jeg mangler og mer enn dette behøver jeg jo ikke å vite.»

-informant 1

«Man bruker da vitamin- D fordi forskning har vist at man lagrer D-vitamin om sommeren, men går raskt nedover mot høsten. Det er derfor man får sesongbettinget depresjon. Omega-3 skal være godt for hjertet. »

-informant 9

Under spørsmålet om de følte at de hadde nok kunnskaper angående produktene presiserte den ene deltageren at hun mente at hun hadde kunnskaper, men at hun var interessert i å få tilført mer informasjon. Dette begrunnet hun med at det vil alltid være behov for ytterligere informasjon angående produkter man ønsker å bruke eller som man allerede bruker.

«Altså man kan sikkert ha behov for mer kunnskap. Skulle gjerne ha hatt litt mer informasjon om disse produktene. »

-informant 4

3.3.4 Informantens syn Erfaringer

Det var flere deltagere som unngikk å bruke for mye av helsekostprodukter. Disse deltagerne prøvde så godt det lot seg gjøre å bruke minst mulig av slike produkter og mente de allerede hadde nok å holde styr på av sine faste medisiner. Flere av informantene fortalte at de ikke ønsket å bruke for mye tabletter generelt, enten fordi de var redde for å glemme å ta det, at det var vanskelig å holde styr på å huske å ta det eller at de rett og slett ikke ønsket å kombinere flere tabletter/kapsler samtidig. En deltager hadde ønske om å bruke tran, men hun mente at det er en vanesak og at det var for sent for henne å begynne å venne seg til å ta det nå. Noen ønsket ikke å kjøpe helsekostprodukter fordi produktene hadde litt for høy pris, og det var derfor flere som var enige i at staten kunne dekke noe av prisen. Et forslag fra en deltager var at staten kunne dekke det slik de gjorde med legemidler på blåreseptordningen. Denne deltageren mente at helsekostproduktene er minst like viktige som legemidler som er på resept og at produktene kunne forebygge ulike sykdommer. Det var derimot noen deltagere som mente det motsatte, at staten allerede dekker store utgifter for helsen vår, og at vi kunne dekke utgiftene for helsekostproduktene selv uten ekstra støtte fra staten.

«Jeg tar jo så mye medisin i utgangspunktet, så jeg forsøker å holdet dette på et lavt nivå. Jeg trenger ikke flere tabletter for å si det sånn.»

-informant 5

«Jeg er ikke for å bruke så mye tabletter da. Det var ikke noe ufordel av å bruke det i hvert fall. Jeg skulle ønske jeg hadde klart å ta tran. Fordi jeg trur den er veldig bra. De som tar tran de er jo friskere. »

-informant 8

«Jeg syntes det skal komme inn under samme system. Slik som det som er på resept, hvor de betaler noe av det og du betaler resten. Det er jo veldig viktig for helsen, så jeg syntes det er et bra tiltak.»

-informant 9

«Syntes vi kan betale for det selv jeg. Det er da måte på hva det offentlige skal betale. Vi må absolutt dekke det selv, nei vetdu hva?. Vi kan ikke få alt gratis, alvorlig tatt.»
-informant 3

Andre hadde god erfaring med bruk av forskjellige helsekostprodukter og kunne derfor prøve ut noe nytt dersom dette kunne lette på deres plager eller symptomer, i tillegg til at produktet hadde en dokumenterbar effekt. Det ble også nevnt at det var betryggende at de som informerte om produktet, fortalte også om erfaring fra andre som hadde prøvd ut produktet og var tilfredsstillt med effekten. Dette nevnte deltagerne som hadde kjøpt disse produktene fra helsekostforretninger eller på apoteket. Flere av deltagerne var fornøyde med at helsekostprodukter ikke trengte resept. Det ble nevnt at man får da muligheten til å kjøpe det direkte uten resept og produktene blir mer tilgjengelig.

«Når jeg kjøper det på helsekosten så er jeg jo litt sånn, jeg har jo brukt det og sånt, så sier hun ja det er veldig bra det er mange som også bruker det sier hun da. Og det gir meg sånn trygghet at jeg vet at det ikke bare er jeg som mener det. Har likevel troen på at det har en stor innvirkning på meg og mine plager, og jeg er jo bedre nå når jeg bruker det, enn da jeg ikke gjorde det. Også syntes jeg at det er litt spennende det med naturmidler og eldre rett og slett.»
-informant 3

«Jeg tenker at det er enklere å få tak i det, det er vel en ting. Istedenfor å gå til legen å få en resept. Jeg tenker det kunne være fornuftig å starte med dem, for de som er på min alder. jeg tenker også på mitt ansvar for hva jeg godtar å få i meg. Jeg er veldig kritisk, bortsett ifra at jeg ikke har vært kritisk i å ta dette produktet.»
-informant 4

Holdninger

Slik det fremgikk av samtalene med hver deltager så ønsket deltagerne å prøve ut naturmidler og kosttilskudd før de eventuelt brukte legemidler de kunne få fra legen for å lette sine plager. Noen deltagere hadde holdning om at man bør være mer kritisk til legemidler man får på resept, enn helsekostprodukter da disse produktene var mer naturlige og var mindre farlige å bruke. Samtlige deltagere var enige i at prisen ikke ville være noe problem dersom produktet hadde en dokumenterbar effekt, en klar nytteverdi og var uten bivirkninger fordi det var naturlig og dermed lite fare som var forbundet med bruken. Flere av deltagerne ønsket at disse produktene hadde blitt forsket mer på for å være mer sikker på at det faktisk har en hensiktsmessig effekt enn kun prøve og deretter se om det hjelper eller ikke. Mange deltagere uttalte at de nok ville være mer tilbøyelige til å prøve ut forskjellige produkter hvis de også hadde lik dokumenterbar effekt slik som andre legemidler og at det var legen som anbefalte og informerte om bruken av produktet. Det var flere deltagere som mente at det var viktig å kjenne godt til produktet og ha nok informasjon om produktet før man prøvde det ut. Flesteparten av deltagerne hadde holdning om at produktene kunne absolutt være et nyttig supplement til andre legemidler, dersom det var god nok dokumentasjon, enn kun basere seg på lang erfaring og tradisjonell bruk. Det ble videre nevnt at helsekostprodukter kunne absolutt likestilles med konvensjonelle legemidler ved lette plager eller sykdommer som kunne være mulig å behandle med helsekostprodukter.

«Også er det jo hva vet man om det?. Hvis det skal inkluderes, så må man være sikker på at det hjelper og ikke bare la oss ta en sjans. Jeg har nok ikke truen på at alt det de selger hjelper. Det er litt sånn 50/50 trur jeg. »

-informant 6

«Så lenge den har en virkning, og brukes på en korrekt måte så syntes jo jeg man kan prøve med naturmidler eller kosttilskudd først og å se an. Det bør likevel forskes mer på for å se hva man driver med. Men jeg tenker jo det kan være et nyttig supplement til vanlige medisiner.»

-informant 4

Det ble også nevnt at helsepersonell slik som legen og apotekansatte bør kunne informere mer om slike produkter ved førstegangsbruk, slik at man får mer kjennskap til produktet og unngår feilbruk. Flere av informantene var mer skeptiske til naturmidler enn kosttilskudd, og en del deltagerne hadde heller ikke helt klart for seg hva forskjellen mellom disse produktene var eller hva et naturmiddel egentlig var. En deltager nevnte at hun stiller seg tvilsom til naturmidler, grunnen til dette er fordi hun har lite kjennskap til og erfaring med naturmidler. Denne deltageren mente at man må ha mer informasjon før man eventuelt bruker det, selv om det er naturlig. Videre fortalte denne deltageren at hun hadde derimot god kjennskap til kosttilskudd og mente at dette er nyttige produkter, spesielt for eldre som får i seg mindre næring gjennom kosten. Et par av deltagerne nevnte at de stilte seg tvilsomme til slike produkter, spesielt innsovningstabletter. Grunnen til dette var at det kunne føre til avhengighet noe de absolutt ikke ønsket. På den andre siden var det andre deltagerne som ønsket å heller ta plantebaserte innsovningstabletter fremfor sovetabletter som man kunne få på resept.

«Da er greit å ta plantebaserte fremfor legemidler på resept, fordi hvis du går til legen så får du jo legemidler, også er det jo hva vet man om det ?. Hvis det skal inkluderes så må man være sikker på at det hjelper og ikke bare la oss ta en sjans. Det er jo så mange forskjellige ting som de kaller for naturmedisiner eller er plantebaserte. Naturmedisin er jeg litt i tvil men kosttilskudd tror jeg er nyttig. Spesielt for eldre mennesker som får i seg mindre næring enn yngre. Jeg vet jo ikke hva som er plantebaserte og hva de har inni det, men jeg tror det kan hjelpe. »

-informant 5

«Jeg bruker ikke noe sånt noe fordi jeg har ikke troen på å blande for mye greier. Det er jo ikke så kompliserte greier da. Men hvis du skal ha homeopatiske legemidler så må man jo ha ordentlig kunnskap. Gjelder ikke akkurat magnesium, fordi den dør du ikke akkurat av. »

-informant 1

« Jeg stiller meg litt tvilsomt til slike innsovningstabletter fordi du blir så fort avhengig. Jeg er veldig skeptisk, fordi når du først er blitt avhengig så får du ikke sove uansett, da må du dra på dette hele tiden .»

-informant 8

Flertallet nevnte likevel at de er positive til bruken og har et ganske avslappet forhold til naturmidler og kosttilskudd, i tillegg til at det ikke er farlig å bruke det så lenge man har nok informasjon om produktet, bruker det på en riktig måte og som anbefalt. Dette mente majoriteten av informantene til tross for at de ikke hadde mye kunnskaper om produktene etter deres vurdering om hvor mye de faktisk kunne om produktet.

«Litt mer åpenhet for naturmidler ja absolutt.»
informant 9

«Jeg har et ganske avslappet forhold det med naturmedisin og en annen type behandling, slik som skolemedisinen og naturmedisinen i forhold til lege standarden du kan godt bli behandlet hos en akupunktør eller fysioterapeut. Så jeg tenker at hvis det skulle vise seg at naturmedisin eller kosttilskudd, altså den type produkter kan hjelpe på noe så kan det tenkes at det kan likestilles tenker jeg da og at det er forsvarlig og få det i kroppen. Dette kan jeg jo alt for lite om så har ikke noe sterke meninger da.»
-informant 2

Oppfatning av og ansvar for egen helse

Flere av deltagerne hadde oppfatning av at de fikk i seg nok næring gjennom kostholdet, i tillegg til at holdt seg i god form ved å være fysisk aktive og delta på ulike aktiviteter som eldre hjem hadde organisert for dem. Noen av deltagerne nevnte videre at de derfor ikke hadde behov for å bruke mye naturmidler eller kosttilskudd eller annen type alternativ medisin. De fleste fortalte under intervjuet at det var bedre å tilføre kroppen vitaminer og mineraler fra kosten, fremfor å bruke ulike produkter derav kosttilskudd. I tillegg ble det nevnt at det kan være gunstig å heller inkludere frukt og grønt i kosten og avstå fra ferdiglagete produkter. Istedenfor å ta D-vitamin, nevnte noen av informantene at dette kunne de heller få tilført ved å være mye i sola i tillegg til å spise mye fet fisk. Det ble også nevnt at de foretrakk å heller spise for eksempel nøtter, svsker og grovt brød mot hardt mage fremfor å bruke naturlige avføringsprodukter som man kunne blant annet kjøpe på apoteket. En deltager spiste mye appelsin og rødbet som var rik på C-vitamin, mens en annen deltager nevnte at hun spiste mye fersk ingefær for å styrke immunforsvaret. Det ble også nevnt av noen deltagerne at de kombinerte vitaminer og mineraler fra kosten i tillegg til å ta kosttilskudd, for å oppnå optimal effekt.

«I forhold til kosttilskudd, så får man jo mye med seg når man spiser riktig. Så i forhold til C-vitamin og disse andre vitaminene vi snakker om, jeg spiser jo mye rødbet. Det er jo mye C-vitamin og jern i rødbet.»
-informant 2

«Jeg elsker ingefær, tar det fersk, rå det er det beste. Bruker det for alt mulig i matlaging og det å drikke det, alt for å holde helsen og immunforsvaret. Jeg foretrekker å ta ting som er mer naturlig.»
-informant 9

Over halvparten av informantene mente at de hadde god helse og hadde lite plager i forhold til de andre på sin alder. Dette kunne skyldes deres aktive hverdag i tillegg til at de var bevisste på kostholdet sitt og prøvde å inkludere grønnsaker, frukt og kutte ned

på rødt kjøtt. Noen av informantene nevnte at det å kjenne på litt ubehag og lette plager iblant kunne ha sammenheng med selve alderen og at man ikke nødvendigvis trenger å behandle alle lette plager som man kjenner på, men kan lære seg å leve med eller forsøke med helsekostprodukter først dersom det er behov for det.

«Jeg tar selv ikke D -vitamin da jeg spiser en del olivenoljer og jeg er ute og reiser mye så jeg får nok sol. Jeg spiser jo egg, ost og melk. Masse fisk også, men ikke rødt kjøtt eller svin. Jeg er jo flink til å gå og å bevege meg. Jeg er jo veldig glad for det, fordi jeg føler meg lett i kroppen og måten jeg spiser på også. Det går jo an å være 81 år og å føle seg bra og fungere bra.»

-informant 1

«Det feiler meg ingenting. Jeg merker jo ikke at jeg mangler noe, jeg merker kanskje ikke fordi at jeg faktisk har tatt C-vitamin jevnlig.»

-informant 2

«Jeg har usedvanlig lite plager. Altså jeg føler meg relativt frisk, så det er sjeldent jeg har behov for det. Det er sjeldent jeg sitter på nettet og leser om en eller annen sykdom, naturmiddel eller kosttilskudd. Så da tenker jeg sånn har jeg det i dag, men hvis jeg ikke har sånn i morgen så er det bare noe som følger med alderen. Jeg tar ikke noe fordi jeg er relativt frisk heldigvis, bank i bordet. .»

-informant 4

4. Diskusjon

4.1 Diskusjon av resultater

4.1.1 Deltagernes bruk av naturmidler og kosttilskudd

Resultatene viser at kvinner ser ut til å være mer opptatt av alternativmedisinske behandlingsformer enn menn. En amerikansk studie har sett på bruken av helsekostprodukter blant kvinner og menn og viste at det var hyppigere bruk av disse produktene hos kvinner [57]. Kvinner fra den amerikanske studien kombinerte både vitaminer og naturmidler, sammen med den konvensjonelle behandlingen for å behandle og redusere symptomer og bivirkninger som er forbundet med behandling av kreft. Kvinner er generelt mer oppmerksom på deres helsetilstand og flere studier har vist at kvinner er større forbrukere enn menn når det kommer til helsekostprodukter. En kvantitativ studie fra Tromsø som er blitt utført i perioden 2015-2016 viser at kvinner er mer interessert i alternativmedisinske behandlingsformer enn menn [58]. Videre viser denne studien at det er ingen signifikante kjønnsforskjeller for bruken av naturmidler. I denne studien oppga 18 prosent av kreftpasientene å ha brukt urter og naturmidler. En norsk undersøkelse utført av Erik Arnesen i 2017, rådgiver i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har sett på bruken av kosttilskudd og legemidler blant eldre [59]. Arnesen har også gjort en kvantitativ studie hvor han har sammenlignet eldre menn og kvinner, hvor han derimot kom frem til at kvinner brukte kosttilskudd i større grad enn menn. Dette kan relateres til resultatene fra vår studie, hvor flere eldre menn ble spurt om deres forbruk av helsekostprodukter og de fleste svarte at de ikke brukte eller at de ikke hadde interesse for disse produktene. Eldre menn ble dermed ikke inkludert i undersøkelsen. Disse studiene og vår studie er ikke sammenlignbare, fordi det er ulike grupper og flere deltagere i de andre nevnte studiene, i tillegg til at vår studie har brukt en kvalitativ metode og resultatene dermed ikke kan generaliseres. Det at det blir brukt ulike begreper fra studie til studie kan også gjøre det vanskelig å sammenligne resultatene.

Studien viste at noen av informantene brukte kosttilskudd, men det var betydelig mindre antall som brukte naturmidler. En undersøkelse foretatt av Bransjerådet for naturmidler (BRN) viser at det er store årlige variasjoner i omsetningen av kosttilskudd noe som kan skyldes moteprodukter som det selges mest av i løpet av en periode [31]. Denne undersøkelsen er fra 2013, og det er ikke noe som tilsier at bruken er lavere nå. Det var en stor andel av informantene som hadde brukt kosttilskudd som vitaminer og mineraler. Dette var produkter informantene hadde brukt i flere år og var vant med å bruke det. Noen nevnte også at de brukte for eksempel C-vitamin og Sanasol siden barndommen, dette var produkter de hadde vokst opp med og som de hadde brukt regelmessig. Deltagerne uttrykte også at de hadde hatt god nytte av helsekostproduktene som tranebær, tran, Omega-3 og andre multivitaminpreparater og mineraler. Noen av produktene som ble nevnt regnes av Mattilsynet blant de mest omsatte kosttilskuddene og at blant annet Omega-3 fettsyrer brukes i økende grad på grunn av kunnskapen om de positive helseeffektene [31]. Undersøkelsen fra Arnesen viser også at tran/ fiskeolje var mest utbredt (brukt av 58 %) blant informantene, i tillegg til tilskudd av ulike vitaminprodukter og mineraler.

Et annet viktig moment som kom frem under intervjuene var at flere av informantene syntes det var forvirrende at samme helsekostprodukt fantes i ulike forpakninger og laget av ulike leverandører med ulikt navn og utseende på produktpakken. Det kan derfor være svært utfordrende for eldre å kunne velge hvilken type produkt de skulle ha for å dekke deres behov. Det er stort utvalg og økt tilgjengelighet av helsekostprodukter på markedet. Man har mulighet til å kjøpe disse produktene både på butikkene og på internett, samt på postordre og ved å abonnere på produktet. Apoteket øker også stadig sin andel av helsekostprodukter på markedet. Noen av informantene nevnte at de blir påvirket av hvordan media fremstiller disse produktene og det var blant annet stor påvirkningskraft at kjente idrettsutøvere reklamerte for produktet. Eldre personer møter påstander fra mange ulike hold om at helsekostprodukter er nyttige for dem, dette hadde også betydning for hvilket produkt som ble brukt. Reklame for helseprodukter kan være både informativ og nyttig i følge utredningen fra Helsedepartementet [60]. Det kan likevel oppstå fremstillinger som er ufullstendige og misvisende, som får forbrukerne til å handle på feil grunnlag. Dette kan skyldes av at ulike informasjonskilder, slik som internett, reklame i aviser og ukeblader inneholder ofte ulike påstander om evne til kosttilskuddet for å forebygge, behandle eller kurere ulike plager og sykdommer. Videre nevnes det i utredningen at kontroll med markedsføring av naturlegemidler og plantebaserte legemidler sikres gjennom legemiddellovgivningen, der markedsføringstillatelsen setter grenser for type påstander som omhandler medisinsk effekt og som kan gis i reklame for produktet.

Det finnes lite informasjon og få studier der man ser på eldre og deres bruk av helsekostprodukter. I generelle studier om komplementær og alternativ medisin oppgis det ofte at urter og vitaminer er blant de vanligste behandlingsformene ved for eksempel kreft [61]. Andel brukere av helsekostprodukter er svært varierende i studier fra ulike land. I en svensk studie ble det sett på bruken av urteprodukter og kosttilskudd for personer i alderen 60 år og oppover, samt tatt hensyn til hvordan faktorer som alder og kjønn har innvirkning på bruken av disse produktene i denne pasientgruppen [62]. I denne eldre befolkningen var det nesten 30 % som brukte disse produktene og kvinner var hyppigere brukere av kosttilskudd enn menn. Videre viser denne studien at svenske eldre brukte disse produktene uavhengig av konvensjonelle legemidler, og at bruken var redusert med økende alder.

Informantene med helsepersonell som utdanningsbakgrunn uttrykte at de hadde gode kunnskaper om disse produktene og var bevisste på hvordan de skal tas i bruk. Disse informantene opplevdes som mindre interesserte i å snakke om produktene med helsepersonell og stolte mer på egen kunnskap om helsekostproduktene og hvordan de selv kan behandle sine plager. I denne studien ble ikke utdanning tatt i betraktning for å se om dette hadde sammenheng med bruken av naturmidler og kosttilskudd, men flere studier har vist en tendens til at forbruket øker med høyere utdanning. Det er også utført studier blant gravide i Norge og konkluderer med at bruk av helsekostproduktene er utbredt blant gravide. Et eksempel på dette er studien til Lone Holst fra 2009 som viser at bruken av urtemedisin er svært utbredt blant gravide kvinner og økte ettersom kvinnene med fremdeles mulighet for å få barn ble eldre og hadde høyere utdanning [63]. Flere undersøkelser har vist at norske kvinner bruker naturmidler i stor grad under svangerskapet. Eldre personer og gravide kvinner er to vidt forskjellige grupper. Det blir dermed vanskelig å kunne sammenligne de to studiene for å vise om utdanning har noe påvirkning for bruk av helsekostprodukter blant de eldre. Det disse gruppene har til felles er at bruken av naturmidler kan være uheldig og forårsake alvorlige bivirkninger.

Behovet for informasjon er derfor stort blant eldre og gravide og her har både legen og apotekansatte en viktig rolle til å bidra med riktig bruk.

4.1.2 Informantenes innhenting av informasjon, råd og veiledning

Under intervjuene kom det frem at flere av informantene hadde stor interesse for helsekostprodukter og ønsket å få mer informasjon om disse produktene. Noen av dem hadde ønske om å få mer informasjon om produktene de selv brukte eller om produkter de hadde hørt om og hadde ønske om å prøve ut. Temaene de primært ønsket å vite mer om var effekt og hvordan de ulike produktene virker mot ulike plager og sykdommer, samt bivirkninger og interaksjoner. Flere av deltagerne ønsket at disse produktene hadde mer dokumentasjon på sikkerhet og effekt. Det er derimot slik at dersom naturmidler og kosttilskudd får påstander og dokumentasjoner på effekt og sikkerhet, vil produktene klassifiseres som legemidler. Legemiddelverket ser derimot at om naturprodukter blir omklassifisert til legemidler, vil dette være en fordel. Dette er fordi man vil kunne få en bedre oversikt over forbruk og bedre mulighet til innrapportering av uventede bivirkninger. RELIS håndterer bivirkningsmeldinger på legemidler inkludert plantebaserte legemidler, mens Mattilsynet har ansvaret for forvaltning av kosttilskudd. I tilstandsbeskrivelsen for Mattilsynet trekkes det frem at kosttilskudd kan inneholde ulike stoffer og planter som kan være helseskadelige og at inntak av kosttilskudd kan forårsake helseskader hos personer [31]. Et eksempel på uheldig bruk, er blant annet to meldte tilfeller til RELIS og Mattilsynet, hvor den ene pasienten fikk hjerteinfarkt under samtidig bruk av flere kosttilskudd, mens en annen pasient utviklet leverbetennelse (hepatitt) [64]. Man kan ikke utelukke at bruken av kosttilskudd var av betydning, men heller ikke foreslå noen sammenheng nevner RELIS. Mattilsynet mener også at det kan være vanskelig å avdekke årsakssammenheng mellom inntak av kosttilskudd og en oppstått helseskade [31].

Det var stor variasjon blant deltagerne angående hvilke informasjonskilder de hadde benyttet seg av og hvilke de foretrakk. Noen foretrakk å innhente informasjon om helsekostproduktene på egen hånd, eller spørre i sin nærmeste omgangskrets som hadde brukt produktet tidligere og hadde vært fornøyd med effekten. Informantenes hovedkilder til informasjon var venner fastlege, apotek, helsekostforretninger og internett. Studien til Holst viste dessuten at gravide kvinner forhørte seg med venner og familie dersom de ønsket å vite mer om urtemedisin. Det å spørre om råd fra familie og venner om bruken av urtemedisin er uheldig, dette er fordi disse ikke er faglig kompetente til å kunne råde eller fraråde om bruken. Flere av deltagerne fra vår studie nevnte også at de hadde fått råd og anbefalinger fra familie, venner og bekjente. Enten det handlet om tips til hvor man kunne lese seg opp om produktet på egenhånd, hva nytten av produktet var eller at de fikk tilbudt prøve av produktet for å teste det ut.

Råd og anbefaling som deltagerne hadde mottatt ble oppfattet ulikt. Enkelte deltagere satte stor pris på rådene og anbefalingene de hadde fått, og mente at det var til stor hjelp mot deres plager og symptomer. Andre hadde ikke latt seg påvirke av rådene og anbefalinger de hadde mottatt, enten fordi de følte at produktet ikke var relevant i deres tilfelle eller at de heller kunne tilføre kroppen tilskudd av vitaminer og mineraler fra kosten istedenfor. Flere studier har sett på hvordan råd blir oppfattet blant ulike

befolkningsgrupper. Et eksempel på en slik studie er studien som hadde sett på bruken av naturpreparater og kosttilskudd hos kreftsyke barn i Norge [65]. Av den informasjonen foreldrene til kreftsykebarn hadde fått om disse produktene, stolte de mest på råd og anbefalinger fra venner og familie. Selv om mange av informantene nevnte venner og familie som informasjonskilde i vår studie, ga flere uttrykk for at de hadde stor tillitt til helsekostforretninger, legen og apoteket. Apoteket ble sett på som en troverdig informasjonskilde. Noen av deltagerne var klar over at ansatte på apoteket er helsepersonell som har ansvar for å gi kvalitetssikret informasjon om produktet, i tillegg til å råde og veilede i riktig bruk. Imidlertid hadde de fleste informantene primært kjøpt helsekostproduktene andre steder enn på apoteket. Dette begrunnet de med at dem blant annet ikke klar over at produktene ble solgt på apoteket og at det var rimeligere å kjøpe produktene fra helsekostforretninger i utlandet. Det kan tenkes at flere av deltagerne ville kjøpt produktene på apoteket dersom de hadde behov for faglig informasjon om produktene og hvis prisforskjellen ikke var stor i forhold til utlandet.

De fleste informantene så ikke på tid som en begrensende årsak til å ikke kunne rådføre seg med apotekansatte eller med legen. Noen av dem mente at dersom de selv hadde mer tid så ønsket de gjerne å snakke med apotekansatte og blir mer informert om produktene. Det ble videre nevnt at det var vanskelig å kunne snakke med apotekansatte på et litt mer travelt apotek, vanskelig å høre og å få med seg alt som ble sagt. Dette medførte igjen at disse informantene ikke følte det var rom for å ta en ordentlig prat og å få råd og veiledning om bruken av helsekostproduktene. Dette fordrer de ansatte på apoteket til å vise mer hensyn, omsorg og mer tilrettelegging for eldre kunder ved informasjonsformidling. Majoriteten av deltagerne hadde til tross for dette, holdning om at apotekansatte er eksperter på medisiner, og det er naturlig å spørre dem når det gjaldt spørsmål om legemidler, helsekostprodukter, eller ta imot råd og informasjon dersom tid ikke var en hindring. Flere av deltagerne nevnte også at de følte seg godt ivaretatt på apoteket og var stort sett fornøyde med informasjonen de fikk fra apotekansatte. Det ble også nevnt at det var betryggende at apotekansatte belyste, veiledet og vurderte eventuelle interaksjoner, samt formidlet konsekvensen av å kombinere legemidler og helsekostprodukter. Farmasøyter har tilstrekkelig med kunnskaper til å kunne veilede og informere om bruken av disse produktene. Dette er til tross for at produktene er allment tilgjengelige og uten behov for resept. Dette kan også være årsaken til at bruken av helsekostprodukter ikke blir tatt opp med helsepersonell, slik at for eksempel eldre personer ikke er klar over eventuelle interaksjoner som kan oppstå ved kombinasjon med andre legemidler.

Til tross for at informantene hadde tillit til apotekansattes kunnskaper om helsekostprodukter, så stemmer ikke dette nødvendigvis med hvordan apotekansatte selv oppfatter deres kunnskaper om disse produktene. Undersøkelse utført blant farmasøyter i Australia hadde sett på deres forhold til komplementær og alternativ behandling [66]. Det konkluderes med at bruk av alternativ behandling er utbredt blant australske farmasøyter, hvor 60 % hadde brukt denne type behandling selv og hvor det mest brukte var urte- og vitamintilskudd. Videre viser denne undersøkelsen at farmasøytene hadde positiv holdning til disse produktene og at 71 % av farmasøytene anbefalte helsekostproduktene til sine kunder. Totalt 99 % av farmasøytene som deltok i undersøkelsen mente at det var nødvendig for farmasøyter å ha økt kunnskap om alternativ medisin og konvensjonell medisin. De mente også at tilgang til flere ressurser og mulighet til å inkludere denne kunnskapen mer i utdanningsforløpet er svært viktig, slik at kunder kan få riktig bruksinformasjon. Både denne studien og flere andre, slik som

kreftsykebarn studien påpeker betydningen av økt kunnskap om bruk av denne type produkter i tillegg til mer kompetanse blant helsepersonell slik som leger og farmasøytter på dette området. En masteroppgave i farmasi ved UiO fra 2006 om apotekansattes holdninger til kosttilskudd, naturmidler og naturlegemidler konkluderte med at majoriteten av apotekansatte mente at kundene selv kunne ta ansvar for bruken av disse produktene [67]. Farmasøytene anbefalte kosttilskudd og naturpreparater i mindre grad enn apotekteknikere. Apotekbransjen er under stadig endring, og det er økt omsetning og fokus av kosttilskudd de siste årene, derfor kan det tenkes at disse holdningene blant apotekpersonalet har endret seg fra 2006 til i dag. I og med at dette er en stor produktgruppe på apotek i dag, blir det av stor betydning at apotekansatte har god kunnskap og gir faglig rådgivning og veiledning i bruk av disse produktene.

Legen ble oftest nevnt som foretrukket informasjonskilde, men likevel så var ikke legen mest benyttet benyttet til å innhente informasjon om helsekostprodukter. Flere av informantene som benyttet helsekostprodukter informerte lege og apotek om denne bruken kun i moderat grad. De fleste informantene ønsket derfor å få informasjon om produktene først og fremst gjennom helsevesenet, slik som legen og apoteket. Fastlegen ble i større grad enn apotek informert om bruk av helsekostproduktene. Ulike studier er blitt utført for å se på hvordan og fra hvem de forskjellige foretrekker å innhente informasjon fra. I studien som hadde sett på kreftsykebarn, nevner foreldrene til disse barna at de ikke hadde fått informasjon fra helsepersonell slik som leger, noe de var interessert i å få. Flere andre studier har sett på bruken av alternativ behandling, å diskutere bruken med leger eller annet helsepersonell og å benytte dem som hovedinformasjonskilde. Undersøkelsen fra Arnesen viser at bare 57 % hadde rapportert å ha informert sin fastlege om bruken av kosttilskudd og mer enn 90 % av de som brukte kosttilskudd brukte dette i kombinasjon med minst ett legemiddel. En annen studie som har sett på kreftpasienter i Norge, viser også at pasientene ikke snakker med legen om bruk av alternativ behandling [58]. I vår studie ble det oppgitt flere grunner til at legen ikke ble informert om bruken, men de fleste hadde holdning om at kosttilskudd var ufarlig og hadde oppfatning om at bruken av disse produktene ikke var nødvendig å diskutere med legen da dette kan være utenfor legens kompetanseområde og at det er som oftest legemidler man snakker med legen om. En annen amerikansk studie fra 2011 hadde også sett på befolkningens holdninger til og bruken av kosttilskudd [68]. Denne studien konkluderte med at stor andel ikke konsulterte bruken med legen fordi de enten hadde oppfatningen av at legens kompetanse på dette området var ubetydelig og følte at legen da ikke kunne bidra innen dette området, eller at de var bekymret over at legen hadde negative holdninger til bruken av kosttilskudd. Årsakene som var funnet i den amerikanske studien er muligens også aktuelt for vår studie, dessuten trodde ikke deltagerne at det var nødvendig å snakke med legen om disse produktene da de forbundet helsekostproduktene som mindre skadelige og ufarlige.

En studie fra Nord-Norge har sett på leger, sykepleiere og kontorpersoneell på sykehus sine holdninger til bruk av alternativ behandling [50]. Undersøkelsen viser at legene favoriserer bruken av ikke-skolemedisinske terapier ved tilstander der det ikke finnes gode skolemedisinske behandlingsformer og når sykdommen ikke regnes som farlig. Det ble også nevnt av enkelte deltagere at de følte de ikke fikk utfyllende informasjon av helsepersonell da de spurte om helsekostprodukter. Undersøkelsen fra Arnesen viser videre at legen spurte sjeldent om pasientene bruker slike produkter, da mange opplever å ha for lite kunnskap innenfor dette feltet. Legen får da ikke mulighet til å oppdage uheldig bruk av disse produktene. Helsepersonell slik som leger og apotekansatte må

dermed vurdere nøye bruken av disse produktene blant eldre, dette blir spesielt viktig for legen å gjøre når de endrer på doseringen eller tar beslutning om type behandling for pasienten. En kvantitativ studie fra New York viste at alternativ behandling var svært utbredt blant eldre [69]. Denne studien viser at kun 50% av tilfellene der alternativ behandling blir dokumentert. Legen bør derfor oppfordres til å spørre sine eldre pasienter om bruk av alternativ behandling, vurdere og diskutere potensielle interaksjoner med helsekostprodukter og legemidler. Mangel på diskusjoner med legen rundt bruken av helsekostprodukter kan dermed føre til lite informasjon om produktene og uheldig bruk.

Økende polyfarmasi kan forekomme blant eldre, dette kan medføre ekstra problemer med bivirkninger, terapivikt og ugunstige interaksjoner mellom legemidlene og helsekostprodukter. Noen helsekostprodukter har mer tilgjengelig litteratur og det har blitt utført en del studier for å se på bruken av produktet sammen med andre legemidler, slik som antikoagulantia og vitamin-K. Et klassisk eksempel på dette er forskrivning av det blodfortynnende legemiddelet Warfarin (Marevan[®]), som brukes av mer enn 60 000 nordmenn over 60 år ifølge reseptregistret [70]. Inntak av vitamin-K fra mat eller som kosttilskudd kan påvirke effekten av Warfarin og kan dermed føre til alvorlige bivirkninger som høy eller lav blødningstidens. Dette er ikke alle klar over ved kjøp av vitamin-K. Derfor er det viktig at helsepersonell og spesielt apotekansatte stiler kundene spørsmål, informerer og eventuelt fraråder om bruk dersom dette kan være uheldig. Det var likevel noen få informanter som hadde informert fastlegen om bruken av helsekostproduktene. Disse gjorde legen bevisst på bruken av produktene fordi de selv var bekymret over å kombinere legemidlene sammen med helsekostproduktene. Det ble også nevnt av noen informanter at de hadde fått informasjon tidligere fra legen og at helsekostproduktene som de bruker eller hadde vurdert å prøve ut kan interagere med legemidlene, eller at helsekostproduktene kan redusere effekten av legemidler som de bruker fast.

Deltagerne hadde ulik kunnskap og kjennskap til forskjellige helsekostprodukter. Noen hadde prøvd ut flere ulike produkter gjennom årene. En del hadde både hørt om og brukt ett eller flere produkter, men kom ikke på navnet under intervjuet. Det at det var vanskelig å huske navnet på produktene, kan ha flere årsaker. For det første kan det være selve alderen, hvor sviktende hukommelse og demens er vanligst i høy alder [71]. Det kan tenkes at når man leser eller får høre om de ulike produktene så fester man seg ikke ved navnet, men er mer opptatt av nytten produktet har. En annen årsak kan være at man stadig hører om forskjellige produkter, så det kan være vanskelig å holde styr på produktene og å huske navnet, spesielt når man allerede bruker mange ulike legemidler. Eller at det rett og slett kan være fordi produktene ikke har vært av interesse og har derfor ikke undersøkt det nærmere.

Noen av deltagerne hadde helsepersonellutdanning og med utgangspunkt i dette kunne man tenke seg at disse deltagerne hadde et annet forhold til helsekostproduktene enn resten av deltagerne. Dette er med tanke på bruken og informasjonen disse informantene hadde om de ulike helsekostproduktene. Deltagerne hadde det klart for seg hvordan produktet virket og hvorfor det var gunstig for dem å ta det. Andre deltagere som brukte helsekostproduktene stolte mer på sine kunnskaper om produktene og mente de ikke hadde behov for tilleggsinformasjon. En mindre andel av informantene nevnte at de rådførte seg med ansatte på helsekostforretninger eller apotek da de kjøpte produktene. Det var ikke alle som var klar over at apotek er en potensiell

konsultasjonspartner i sin rolle som detaljist av helsekostprodukter, så vel som legemiddelekspert. Det var en informant som utmerket seg med sitt utsagn «*Visste ikke at man kunne få råd og veiledning på apotek*». Dette kan være fordi denne personen ikke var klar over hvilken rolle apotekansatte og spesielt farmasøyter spiller i samfunnet og at det er høyt utdannede mennesker som jobber på apoteket. Det kan også tenkes at denne informanten hadde lite kontakt med apoteket og apotekansatte og hadde derfor lite kjennskap til deres rolle. Det var dermed andre som var klar over at apoteket er et lavterskeltilbud, og mente at farmasøyter er svært kompetente mennesker med masse kunnskaper om både legemidler og rådgivning.

Det nevnes videre av informantene at de som kom med råd og anbefalinger ikke hadde gitt det på en fullt så mottakelig måte, men følte mer at det ble pådyttet. Dette skapte mer press til å prøve ut produktet eller kjøpe det, enn at det var et ønske om å faktisk prøve det ut. Foreldre i kreftsykebarn studien opplevde også rådene de hadde mottatt fra familie og venner som et press til å prøve ut produktene og at dette følte som en belastning [65]. Disse foreldre mente også at de var utsatt for et stort press fra reklame, medier og helsekostforretninger til å prøve supplerende behandlingsformer. Noen deltagere i vår studie ønsket å heller spørre selv om informasjon, råd og anbefaling enn å bli dyttet på med dette, på for eksempel apoteket eller helsekostforretninger. En masteroppgave har sett på apotekpersonalets holdninger og kunnskap til disse produktene [67]. Det ble konkludert med blant annet at anbefalinger kom som oftest etter en henvendelse fra kunden og at selve anbefalingen var rettet mot å dekke behovet og gi veiledning i bruken av produktene. Videre nevnes det at kundene visste hva de ville ha og var godt informert, og apotekansatte fikk positive tilbakemeldinger. Flere av informantene fra vår undersøkelse ønsket generelt mer informasjon om helsekostproduktene på apoteket og hos legen, i tillegg til å få råd og veiledning om bruken. Deltagerne som nevnte at de hadde fått råd og informasjon opplyste at både apotekansatte og legen kommuniserte og formidlet dette på en forståelig måte og at de i verken opplevde ubesvarte spørsmål i etterkant av apotekbesøket eller legetimen.

4.1.3 Informantens syn

Flere av de som ble intervjuet hadde holdning av at bruk av helsekostprodukter var en naturlig del av det å holde seg frisk og sunn. De hadde også en holdning til at dette var naturlige produkter og var derfor forbundet med mindre risiko enn konvensjonelle legemidler. Den amerikanske studien fra 2011 viser også at eldre pasienter som brukte kosttilskudd mente at det var bra for helsen, velvære, i tillegg til å kunne ha gunstig effekt på livskvaliteten og hadde troen på at kosttilskudd kunne hjelpe med behandlingen av en lang rekke sykdommer. Noen av informantene fra vår studie var ganske restriktive med tanke på å bruke helsekostprodukter. Helsekostprodukter kan kanskje appellere til eldre kunder som tryggere alternativ enn konvensjonelle legemidler. Dette er en vanlig misoppfatning blant befolkningen. Mange hadde oppfatning av at helsekostprodukter er trygt å bruke og at de har færre eller ingen spesielle bivirkninger man trenger å ta hensyn til sammenlignet med konvensjonelle legemidler. Dette er til tross for at Mattilsynet, SLV, RELIS og Giftinformasjonen stadig advarer mot kosttilskudd og andre helsekostprodukter og at bruken kan være farlig og uheldig [72]. Dette er spesielt gjeldene for produkter som blir solgt over internett. Grunnen til dette er blant annet fordi produktene kan inneholde mer vitaminer og mineraler enn tillatt og som kan være

helseskadelig eller at produktene er tilsatt legemiddelsubstanser. Selv om produktene skal være naturlige, er det ingen garanti for at de ikke har uønskede effekter som alvorlige bivirkninger, akutte forgiftninger og i tillegg kan påvirke effekten av andre legemidler ved samtidig inntak. Da det ikke er utført nok studier på eldre, vet man ikke nok om sikkerhet og effekt. Derfor advarer og råder Mattilsynet til å være spesielt forsiktig med bruken av disse produktene blant eldre. Det er imidlertid viktig at slike studier utføres blant eldre, for å kunne sikre trygg og riktig bruk av helsekostprodukter. I studien fra Tromsø som hadde sett på kreftsyke pasienter, antok pasientene også at alternativ behandling er naturlig og er derfor forbundet med lite risiko. Videre i den studien nevnes det at naturmidler slik som gurkemeie, grønn te og ingefær påvirket effekten av den konvensjonelle kreftbehandlingen. Informantene fra vår studie hadde stort fokus på det å holde seg i god form, ha en sunn livsstil og bruk av «naturlige alternativer». Dette kan også sees i sammenheng med at det er økt marked og forbruk for naturmidler blant befolkningen i vesten, ifølge en rapport fra WHO [73].

Flere av informantene i vår studie var klar over at sunn livsstil kunne bidra til å forebygge og redusere risiko for flere sykdommer spesielt hjertekarsykdommer. Sunn livsstil forbandt informantene med å være fysisk aktive, ha variert og sunt kosthold, moderat alkoholinntak og røykeslutt. Det ble også nevnt at dersom det ikke er tilstrekkelig å få i seg næring fra kosten, var helsekostprodukter et godt alternativ og et nyttig supplement. I dag er den vestlige befolkningen i større grad opptatt av helse, økt livskvalitet og bruk av alternative behandlingsmetoder. Noe også andre studier viser at markedet har økt igjennom mange år og at bruken er stadig under vekst [31]. Noen av informantene opplevde som nevnt tidligere at det var utfordrende at det fantes et stort utvalg av produktene på markedet og at det var derfor vanskelig å kunne velge riktig produkt. Det store utvalget på markedet kan tyde på at det er en økende bruk av denne type produkter blant Norges befolkning, og det blir dermed viktig å øke kunnskap blant befolkningen også innenfor dette området.

Det ble nevnt av noen informanter at de opplevde bruken av disse produktene som en økonomisk belastning. Det ble også nevnt at dersom produktene kunne garantere effekt mot deres plager eller symptomer så hadde ikke kostnadene hatt like stor betydning og de var villige til å investere disse produktene på seg selv. Flere av deltagerne nevnte at helsekostprodukter kan være et nyttig supplement til legemidler og at det bør inkluderes i større grad av offentlige helsetjenesten, samt at staten kunne dekke noe av utgiftene. Informantene hadde ulike formeninger om at de selv skulle dekke utgiftene eller at de fikk det dekket fra staten slik som andre legemidler. Det kom som et forslag fra flere deltagere at det er bedre å forebygge sykdommer dersom det er mulig ved å for eksempel tilføre kroppen det som mangles av vitaminer og mineraler enn å utvikle sykdom og deretter bruke store utgifter på behandling. Det var derimot noen som mente at det er nok med at den offentlige helsetjenesten dekker legemidler som er på resept, og at man kunne selv dekke utgiftene for bruk av helsekostprodukter. Dette var fordi man velger selv å bruke disse produktene og skal dermed ikke belaste staten for dette. Undersøkelsen som omhandler norske kreftpasienter og helsekostnader, utført av Rolf Johansen viser store variasjoner i utgifter blant pasientene [74]. Undersøkelsen viser at 4% prosent av pasientene hadde brukt over 1000 kr i utgifter per måned, 5% brukte 500-1000 kr, mens resten hadde mindre utgifter. Videre viser undersøkelsen at 3 % av pasientene opplevde bruken av helsekostproduktene som en stor økonomisk belastning, mens 13 % opplevde noe økonomisk belastning.

Flere av informantene hadde fokus på å bruke minst mulig legemidler, men også helsekostprodukter. Det var flere årsaker til dette. Noe som ble nevnt av deltagerne var at det er allerede vanskelig å huske å ta sine faste medisiner. Økt medisinbruk førte til at flere ikke ønsket å måtte kunne forholde seg til å huske og å ta ekstra tabletter slik som tilskudd. En annen grunn som ble nevnt av deltagerne var at det fantes lite dokumentasjon på helsekostprodukter sammenlignet med konvensjonelle legemidler. Det var ønskelig fra flere deltagerne at det fantes mer litteratur tilgjengelig og mer omtale fra helsepersonell om disse produktene. De aller fleste informantene syntes at det var vanskelig å vite hva som stemmer og ikke om produktene. Det ble derimot også nevnt at det kan tenkes å være fordel å kombinere legemidler sammen med kosttilskudd fordi dette hadde de fått anbefalt fra venner, familie, legen, apotekansatte, eller at de valgte selv å kombinere helsekostprodukter sammen med legemidler for å redusere bruken av legemidler. Deltagerne fra studien i Amerika som hadde sett på bruken av helsekostprodukter blant kvinner og menn hadde troen på nytten av forskjellige kosttilskudd uavhengig av dokumentasjon på effekt. Informantene fra vår studie hadde en annen formening om dette. Majoriteten ønsket dokumentasjon på effekt, nytteverdi og at det er trygt å bruke de forskjellige helsekostproduktene. Noen av deltagerne påpekte også at det var vanskelig å kunne stole på at naturmidler kun var plantebaserte og at produktene inneholder det produsenten lover. Dette kan være en av årsakene til at noen deltagerne var mer i tvil enn andre.

Majoriteten var tilfredsstillt med kostholdet de hadde og var bevisste på hva de fikk i seg. Etersom deltagerne ikke hadde brukt så mye helsekostprodukter, var det flere som nevnte at de fikk de ulike vitaminene og mineralene igjennom kosten. Ut i fra resultatene viser det seg at eldre er positive til bruken av helsekostprodukter, men velger heller næringsstoffer og vitaminer fra kosten fremfor å ta det i tablettform eller som flytende dersom det var mulig å få til i praksis. Det ble nevnt for eksempel at vitamin-D var mer foretrukket å tilføre kroppen fra kilder som fet fisk og fra solen enn tilskudd av D-vitamin, eller spise appelsiner og rødbet som var en god kilde til C-vitamin.

4.2 Diskusjon av materiell og metode

4.2.1 Utvalg og rekruttering

Deltagerne i studien var eldre hjemmeboende som besøker ofte et av eldresentrene i Oslo- området. Informantene var tilfeldig valgt til å delta i studien og ble dermed ikke valgt strategisk. Fordelen med denne utvalgsmetoden var at deltageren og intervjueren ikke hadde et spesielt forhold til hverandre. Dette kan være for eksempel positive eller negative følelser fra intervjuerens side, basert på tidligere erfaringer som kan resultere i at man ikke får helheten eller den fulle sannheten om hva informanten egentlig tenker om temaet. Det kan også tenkes at bekjentskap kan hindre at personer som er sjenerte overfor andre de ikke kjenner blir mer åpne og skaper en mer trygg atmosfære og spesielt i begynnelsen av intervjuet. Dette var ikke et tilfelle da informantene opplevdes åpne og avslappet under intervjuet.

Daglig leder ved de ulike eldrehjem som takket ja til å delta i prosjektet, var med på å vurdere hvem av deres brukere som kunne være aktuelle deltagerne og var i stand til å delta i intervjuet. Det var av vesentlig betydning at daglig leder var med i rekrutteringen

og deltok i å introdusere prosjektet for deres brukere. Det kan også være en mulighet at det var de mest interesserte i bruken av disse produktene som sa ja til å være med. De som takket ja, fortalte under intervjuet at de er svært engasjerte og interesserte i helsekostprodukter, samt at de ønsket å vite mer om disse produktene og at de syntes at det er spennende å delta i slike prosjekter og være til hjelp med utførelsen av undersøkelsen. Dette kan ha påvirket resultatene, og må derfor tas i betraktning når man skal se på resultatene. Det kan tenkes at de som takket nei til å delta hadde et annet forhold til tema, enn de som sa seg villig til å delta. Det viste seg at de fleste som takket nei, oppga rent praktiske årsaker som at de ikke hadde tid eller at de rett og sett ikke bruker eller hadde brukt slike produkter tidligere.

Flere ulike eldresentre ble kontaktet per telefon, og det ble tilsendt et invitasjonsbrev til daglig leder ved eldresentret. Med tanke på sted for hvor intervjuet skulle holdes og deltagerens mulighet til å stille opp, så var det mest gunstig å holde intervjuet i et rom på eldresenteret. Det ble også utført et intervju på lunsjrommet på eldresenteret, da deltageren selv ønsket dette. Under et av intervjuene i eldresentret ble intervjuet holdt ved tilstedeværelse av deltagerens venninne, forutsatt at venninnen overholdt taushetsplikt. Dette ønsket deltageren selv fordi vedkommende stammet. Ett av intervjuene ble avbrutt flere ganger fordi det ble holdt konsert i lunsjrommet, noe som opplevdes ganske forstyrrende for deltageren selv og det var også litt vanskelig å lytte til opptaket i etterkant. Likevel ble intervjuet gjennomført på en tilfredsstillende måte. Det var også en utfordring å få til et tidspunkt som passet deltagerne, ettersom de ikke besøkte eldresentret daglig. Derfor ble det gjort en avtale med daglig leder ved de ulike eldresentrene om å komme innom de vanligste dagene hvor det var mest besøkende av deres brukere. De to informantene som ble rekruttert fra apoteket hadde intervjuet på informasjonsrommet på apoteket. Rekruttering av disse informantene foregikk ved at vedkommende ble spurt om de var interessert til å delta i forskningsprosjektet da de var kunder i apoteket. Disse informantene oppga heller ingen form for helseopplysninger og vi fikk dermed ingen innsyn i helseopplysningene til vedkommende. De ble også informert om bruk av lydopptak under intervjuet og ga sitt samtykke til dette.

Det oppstod en skjevhet i fordeling mellom de ulike kjønn, da det optimale skulle ha vært både eldre kvinner og menn som deltok, for å best mulig gjenspeile bruken av naturmidler og kosttilskudd blant eldre hjemmeboende. Det er vanskelig å trekke frem om valg av område eller når på dagen eldresenteret var besøkt for rekruttering, kan ha påvirket resultatene. Det er fordi flere eldre kvinner samlet seg for å ta en kopp kaffe sammen rundt lunsjtiden, mens eldre menn for det meste var innom rundt middagstiden. Hvis rekrutteringen foregikk over lengere tid og i andre tidspunkt på dagen, kunne dette ha påvirket utvalget og dermed resultatene. Det var generelt ganske få eldre menn som var innom eldresenteret og de opplevdes som mindre åpne enn kvinnelige deltagere. Noen menn ble spurt om å delta, men de hadde verken interesse eller brukte denne type produkter.

4.2.2 Semistrukturerte intervjuer

En kvalitativ metode gir forskeren mulighet til å hente frem kunnskap om menneskers oppfatning og erfaringer, samt gir forskeren mulighet til å gå i dybden på individers følelser og synspunkt [55]. Kvalitative data er refleksjoner og utsagn som formuleres med ord, i motsetning til kvantitative data som fremstilles som numeriske [75].

I denne studien ble det brukt et semistrukturert intervju til innsamling av kvalitative data. Et kvalitativt intervju kan variere fra å være ustrukturert til strukturert. I denne oppgaven er det blitt brukt en semistrukturert metode. Denne metoden var godt egnet for å besvare problemstillingen da informasjonen som ble innhentet om de ulike temaene var som ønsket.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble noe revidert underveis i datainnsamlingen. Intervjuguiden ble pilottestet på forhånd for å kvalitetssikre den. Dette ble gjort for å avklare om spørsmålene var forståelige for informantene og om spørsmålene ble oppfattet som ønsket. Pilottesten kan virke validerende på intervjuguiden og selve intervjueren blir også testet for intervjuteknikken sin. Intervjuguiden var dessuten åpen for redigering etter hvert intervju under hele prosessen, slik at behovet for pilottesting blir relativt liten. Selve pilotintervjuet ble benyttet i resultatene. Det ble derimot ikke gjort store endringer i intervjuguiden, slik at en endringssøknad ikke var nødvendig å sende til NSD. Ved bruk av semistrukturerte intervjuer får forskeren større frihet til å hoppe frem og tilbake i intervjuguiden. Spørsmålene som ble stilt under intervjuet har tatt utgangspunkt i intervjuguiden, men rekkefølgen på spørsmålene varierte noe fra intervju til et annet intervju. Denne metoden å gjennomføre intervjuet på gir større fleksibilitet for mer utdypende og oppklarende spørsmål, samt enklere å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen. Deltagerne får også muligheten til mer tid og rom til å prate og større mulighet til å komme med uventede digresjoner enn det intervjueren hadde sett for seg på forhånd.

Et alternativ til semistrukturert intervju kunne ha vært fokusgruppeintervju for å besvare problemstillingen. Dersom fokusgrupper ble benyttet, hadde det vært mulighet for diskusjoner innad i gruppen for å kanskje skape flere ulike synspunkter som kunne diskuteres sammen. Deltagerne kan da dele meninger og erfaringer om temaet, og forskeren får på denne måten tilgang til annerledes informasjon, enn ved individuelle intervjuer. Ulempen ved bruk av gruppeintervju er at deltagerne holder tilbake informasjon fordi de ikke ønsker å dele det med andre i gruppen eller at deltagerne kan påvirke hverandres holdninger og at en eller flere av deltagerne dominerer i intervjuet, i tillegg til at intervjueren må ta ansvar for å skape en god gruppedynamikk, hvor alle deltagerne kommer til ordet [76].

4.2.3 Ethiske aspekter

Det tok litt tid å få studien godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette var fordi det ble gjort en del endringer på søknaden til NSD, slik at behandling av personopplysninger i prosjektet ble vurdert av NSD til å være i samsvar med personvernlovgivningen. NSD påpekte betydningen av at invitasjonen til deltagelse ble videreformidlet av eldresenteret og/eller apoteket for å opprettholde taushetsplikten. Det vil igjen si at forskningsprosjektet ikke fikk tilgang på kontaktopplysninger før samtykke var innhentet av informantene. Søknaden ble godkjent forutsatt at det ikke ble skrevet ned noen personlige opplysninger om informantene, og at deltagerne måtte gi sitt informerte samtykke. Dette gjorde de ved å signere under samtykkeskjemaet (vedlegg 1).

Under utarbeidelse av metoden ble det fokusert på å kunne gjøre gode etiske vurderinger. Det ble lagt stor vekt på at deltagerne skulle anonymiseres og eventuelle

personopplysninger var i samsvar med personvernregelverket, i tillegg til at det ble holdt konfidensielt. Deltagerne ble også muntlig opplyst om anonymiseringen og at lydbåndet skulle krypteres, transkriberes og deretter slettes ved prosjektets slutt. Deltagerne ble også informert både skriftlig og muntlig om at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst både under selve intervjuet og før innlevering av oppgaven. Det ble heller ikke tatt opp på lydbånd noen form for informasjon som muliggjorde indentifisering av enkelte deltagere. På bakgrunn av dette og at ingen helseopplysninger og pasienthistorier skulle brukes i oppgaven ble det tilstrekkelig med godkjennelse av studien fra NSD og ble ikke sett som nødvendig å søke til REK (regional etisk komite).

I Helseforskningsloven defineres medisinsk og helsefaglig forskning som; «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*» [77]. Hovedhensikten med dette prosjektet var å få mer kjennskap til eldre hjemmeboendes holdninger til og erfaringer med bruken, hvem de foretrekker å innhente informasjon fra og hvilken form for informasjon det skulle være, samt hvordan de oppfatter råd og veiledning fra vedkommende. I tillegg ønsket vi å få til en viss forståelse av bruksmønstret av naturmidler og kosttilskudd blant eldre. Dette er vurdert nøye før oppstart av prosjektet til å ikke komme innunder Helseforskningslovens definisjon og derved være fremleggingspliktig. Dette prosjektet omhandler ikke pasienter, men eldre hjemmeboende. Formålet med prosjektet er ikke å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, men heller et kvalitetssikringsprosjekt der formålet er å generere informasjon om hvordan brukerne av deler av helsetjenesten ser på denne. I veilederen fra REK trekkes det frem følgende; «Prosjekter med elementer av pasientopplevelse eller tilfredshet som kombineres med f.eks. en retrospektiv evaluering av klinisk virksomhet, kan betraktes som en systematisert men likevel naturlig del av kvalitetssikringen». I søknaden til NSD ble det skrevet at vi også skulle skaffe helseopplysninger men dette ble likevel ikke gjort, da dette ikke var nødvendig for formålet med oppgaven. Fokuset på oppgaven var annet enn det som er gjeldende i Helseforskningsloven. Det ble heller satt mer fokus på kun elementer av Eldres opplevelse og tilfredshet. I intervjuguiden (vedlegg 4) var det satt opp spørsmål som gikk ut på årsaken til bruk av produktene med oppfølgingsspørsmål, og spørsmål om informantene hadde oppnådd ønsket effekt av behandlingen. Disse spørsmålene ble tonet ned og stilt på en slik måte at ikke helseopplysninger fra informantene kom fram under intervjuet.

4.2.4 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige og nøyaktige dataene i studien er. Dette går ut på nøyaktigheten til undersøkelsen og at data kan påvirkes av flere ulike faktorer som blant annet type data som brukes, måten de samles inn på og også hvordan de bearbeides [54]. For å oppnå høyest mulig reliabilitet i dette prosjektet ble transkriberingen utført direkte etter hvert intervju, i tillegg til at analysetrinnene som er beskrevet i metode delen ble fulgt. Intervjuene er utført med utgangspunkt i en intervjuguide, men måten spørsmålene ble stilt på for hvert intervju kan variere noe. Dette kan påvirke reproduserbarheten og reliabiliteten kan derfor svekkes. Måten resultatene er tolket og analysert på vil likevel være det samme i denne studien, da både gjennomføringen av intervjuene, samt transkriberingen ble utført av én og samme person. Troverdigheten i studien kan fremdeles styrkes dersom det er flere forskere i samme prosjekt. Troverdigheten kan også påvirkes av hvordan forskeren skiller mellom egne vurderinger

av informasjonen som er samlet inn. Relasjonen mellom informanten og forskeren, samt forskerens erfaringer og hvordan dette påvirker datamaterialet kan ha innvirkning på troverdigheten også. Analysen ble derimot gjort av to personer, for å få ulike tolkninger av datamaterialet og sørge for at det mest interessante og relevante ble tatt med.

Det ble utført pilottest i begynnelsen av undersøkelsen for å teste reliabiliteten. Reliabiliteten kan sies å være høy dersom gjentatte målinger gir samme resultat med utgangspunkt i at det blir brukt samme måleinstrument. På grunn av at det ble benyttet et kvalitativt intervju som måleinstrument, så vil det være vanskelig å sørge for at studien har høy grad av reliabilitet. Dette er fordi man ikke kan oppnå samme resultater ved gjentatte målinger i kvalitative studier slik som ved kvantitative studier, og reproduserbarheten vil derfor være lav.

4.2.5 Validitet

Validitet i en studie handler om i hvilken grad man er i stand til å trekke ut gyldige konklusjoner om det man har undersøkt ut ifra resultatene som er gitt i studien [78]. Overførbarhet av kvalitative studier er ofte knyttet til selve utvalget, samt spørsmålet som går ut på hvilken måte resultatene kan bidra til å opplyse om en liknende problemstilling [55]. Man snakker ofte om indre og ytre validitet i et forsøk eller en studie. Indre validitet uttrykker muligheten en studie gir til at resultatene kan forklares gjennom den antatte hypotesen, mens ytre validitet angir i hvilken grad resultatene fra studien kan generaliseres og er gyldige for en større mengde data enn det studien undersøkte [78]. I denne studien er det vanskelig å kunne si noe om den ytre validiteten, da det var både få deltagere og de ikke kan representere alle eldre i Norge. Etter ni intervjuer ble det likevel oppnådd «metningspunkt», og det ble vurdert at ytterligere datainnsamling ikke tilførte ny kunnskap.

Det er likevel flere faktorer som kan bidra til å styrke den indre validiteten slik som intervjuguiden som er utformet med flere oppfølgingsspørsmål (vedlegg 4). Intervjuguide er med på å fange opp flere aspekter ved de ulike temaene. Pilotintervju kan også bidra til å gi studien en form av kvalitetssikring. Det er på forhånd forsøkt å ta stilling til eventuelle bias som kan oppstå og det kan derfor sies at denne studien har høy grad av indre validitet. Det kan av den grunn ikke utelukkes bias i denne studien, men datainnsamling ved hjelp av semistrukturerte intervjuer som metode kan sies å være pålitelig. Informasjonsbias kan oppstå i denne studien, da informantene kan ha gitt mindre troverdig eller holdt tilbake viktig informasjon som kan påvirke resultatet, i tillegg misforståelser som kan oppstå på grunn av ulik tolkning av begreper som naturmidler og kosttilskudd.

4.2.6 Diskusjon av feilkilder

Bias er skjevheter som kan oppstå i studien og som kan gi forskeren feil i sine resultater. Bias kan oppstå bevisst eller ubevisst, tillegg til at det kan dukke opp hos både forskeren eller deltagerne [79]. Dette innebærer at det kan være andre ting som kan påvirke resultatene og ikke det vi opprinnelig trodde. For eksempel at informantene hadde brukt naturmidler og kosttilskudd tidligere men ikke husker eller at de ikke var klar over

bruken. Dette kan påvirke generaliseringen av svarene som igjen har en påvirkning på resultatene.

I all forskning kan det oppstå feilkilder som kan påvirke resultatet i studien. Under selve intervjuet kan det oppstå feilkilder. Dette gjelder både utarbeidelsen av intervjuguiden og gjennomføringen av selve intervjuet. Når det kommer til intervjuguiden kan selve utformingen være årsaken til at feilkilder kan oppstå. Det kan tenkes at selve spørsmålsformuleringen og hvordan spørsmålene ble stilt ikke var helt optimalt. For eksempel begrepsbruken slik som kosttilskudd, naturmidler, om det er et nyttig supplement og fordelingen av ansvarsområdet. Det kan være tilfelle at spørsmålene er for lange, mindre informative eller ikke tydelige nok. Det kan også tenkes at ikke alle spørsmålene ble oppfattet likt av alle informantene, som kan bidra til misforståelser og feiloppfatning av spørsmålene. Alt dette kan føre til eventuelle bias som kan påvirke studies validitet.

Med tanke på informantene var det ingen av dem om var kjente eller bekjente. Dette kan være både positivt og negativt for resultatene. På den ene siden så vil det ikke være noe tidligere hendelser eller noen form for relasjoner som kan påvirke intervjuet i noe retning. På den andre siden ville det å ha truffet på deltagere tidligere kunne føre til en mer avslappet atmosfære, at deltagerne kunne vært mer åpne for en de kjenner og følt seg mer trygge. Dette kunne ha påvirket resultatene og kan derfor sies å være en mulig feilkilde. Registrering av data kan også være en mulig feilkilde. Ved å omforme muntlig tale til en nedskrevet tekst så kan det være mange faktorer ved det muntlige språket som faller bort. Det ble derimot brukt opptak som muliggjør å spole tilbake for å høre på hva informantene sa. Ved bruk av opptak og gå tilbake så kan man fange opp viktig informasjon som man kanskje ikke klarte å fange opp etter å ha lyttet på intervjuet for første gang. Dette skaper mer nøyaktighet, mer troverdighet og mulig eliminering av feilkilder.

4.2.7 Generaliserbarhet

Generalisering vil si at man kan trekke konklusjoner basert på egne resultater og som vil kunne gjenspeile resten av en populasjon[54]. Ved å bruke en kvalitativ metode er ikke hensikten å kunne generalisere resultatene, men målet er at funnene skal kunne gi kunnskap som kan benyttes av andre med en overføringsverdi. Siden funnet i denne studien er basert på et mindre antall eldre informanter, kan man ikke med sikkerhet si at utvalget gir resultater som er statistisk generaliserbare. Funnet i studien kan heller ikke anses som generaliserbart til den generelle populasjonen. Studien bestod av en relativt liten populasjon, noe som kan bidra til at resultatene ikke er typiske for den generelle eldre befolkningen i Norge. Man kan dermed ikke bruke resultatene til å angi sannsynlighet for at andre innen samme gruppe eller befolkning generelt har samme mening. Utvalget bestod av eldre hjemmeboende personer som var relativt friske og oppegående og i den grad kan man si alle på sin måte representerer denne gruppen.

4.3 Videre studier

Denne studien har sett på eldre hjemmeboendes holdninger til og erfaring med bruken av naturmidler og kosttilskudd, samt hvordan de skaffer seg informasjon om disse produktene, og hvordan informasjonen blir oppfattet og blir tatt i bruk. I tillegg til hvordan bruksmønstret er blant denne informantgruppen.

Videre studier kan være nødvendig for å identifisere mulige interaksjoner helsekostprodukter danner med konvensjonelle legemidler, i tillegg til bivirkninger som kan oppstå. Det kan være behov for å gjøre ytterligere undersøkelser og finne ut hva slags kosttilskudd, naturmidler og legemidler som ofte kombineres, og om bruken er forsvarlig. Flere undersøkelser kan også være aktuelt for å se sammenheng mellom bruken av disse produktene og symptomlindring eller forbedring av plagene blant en større gruppe av eldre hjemmeboende personer. Det er også av stor betydning å se enda nærmere på apotekets rolle og hva apotekansatte kan tilby og bidra med for å føre til trygg og riktig bruk av naturmidler og kosttilskudd.

5. Konklusjon

Denne studien viste at bruk av kosttilskudd slik som vitaminer og mineraler er svært utbredt blant eldre hjemmeboende for å fremme god helse og oppnå bedre livskvalitet. Resultatene viste at det var vanlig for informantene å kombinere flere helsekostprodukter og å bruke disse produktene over lengere tid.

Flere av deltagerne uttrykte stor interesse for helsekostproduktene. Resultatene viste at få av informantene spurte helsepersonell om informasjon. Det viser også at helsepersonell trolig ikke vet om deres bruk. Det er derfor av stor betydning at eldre tar mer initiativ og i større grad rådfører seg med helsepersonell. Resultatene viser også at informasjon som eldre hadde om helsekostprodukter kun i moderat grad dekkes ved apotekbesøk eller legekonsultasjoner. Dette kan øke risikoen for uønsket interaksjon mellom denne typen produkter og den konvensjonelle behandlingen. Utsagn fra informantene tydet på at flere av dem hadde prøvd ut helsekostproduktene og hadde hatt større tillitt til produktene dersom legen hadde anbefalt å bruke det. Majoriteten nevnte at de fikk produktene anbefalt fra venner, familie, apotekansatte, legen eller hadde hørt om det i media. De som anbefalte produktene var også hovedinformasjonskilder og var også årsaken til at deltagerne brukte produktet. Råd og anbefaling ble oppfattet forskjellig blant informantene, noen hadde god nytte av det, mens andre ikke følte det var relevant.

Informantene hadde stort sett positive holdninger til kosttilskudd, men var litt mer skeptiske til naturmidler og det var flere som nevnte at de hadde prøvd ut kosttilskudd enn naturmidler. Det var også et ønske fra flere at dersom de skulle prøve ut naturmidler, så må det foreligge god nok dokumentasjon på effekt og at nytten var betydelig. Det bør derfor utføres flere studier på sikkerhet og effekt, i tillegg til økt kunnskap blant helsepersonell for å bidra til forsvarlig bruk blant eldre hjemmeboende.

Referanseliste

1. Granås, A.G. and K. Bakken, *Samfunnsfarmasi : legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse*. 2. utg. ed. 2018, Bergen: Fagbokforl. [21.09.2019]
2. Statens Legemiddelverk. *Reseptfrie legemidler med krav om veiledning*. [04.03.2020]; Available from: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/risikominimeringstiltak/reseptfrie-legemidler-med-krav-om-veiledning>.
3. Nylenna, M. and G.S. Braut. *Egenomsorg*. 2009 [12.10.2019]; Available from: <https://sml.snl.no/egenomsorg>.
4. Folkehelseinstituttet. *Helse hos eldre i Norge*. 2014 [15.10.2019]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=angst&h=1>.
5. González-Stuart, A., *Herbal product use by older adults*. Maturitas, 2011. **68**(1): p. 52-55; [02.10.2019].
6. Abd Aziz, N.A.S., et al., *Assessing the nutritional status of hospitalized elderly*. Clin. Interv. Aging, 2017. **12**: p. 1615-1625; [10.09.2019].
7. Nair, K., et al., *What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives*. Can Fam Physician, 2002. **48**: p. 104-10; [29.09.2019].
8. Mamen, A.V., et al., *Norwegian elderly patients' need for drug information and attitudes towards medication use reviews in community pharmacies*. Int J Pharm Pract, 2015. **23**(6): p. 423-8; [12.09.2019].
9. Walter, A.B., G. Fredriksen, and Helsedirektoratet, *Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling*. 2014, Helsedirektoratet: Oslo; [20.09.2019].
10. Nilsen, L.B. *Enige om farmasøytenes viktige rolle*. 2016; [25.08.2019].
11. Norge Helse- og omsorgsdepartementet, *Legemiddelmeldingen : riktig bruk-bedre helse*. St.meld. ... (trykt utg.). Vol. 28(2014-2015). 2015, Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; [21.09.2019].
12. Steien, T.R. *Høie ser at farmasøyter øker pasientsikkerheten*
Bruk av farmasøyter bedrer pasientsikkerheten, slår den nye helse- og sykehusplanen fast. 2019; [11.10.2019].
13. Helsedirektoratet. *LEON-prinsippet*. 2010 [25.08.2019]; Available from: <http://www.forebygging.no/ordbok/l-p/leon-prinsippet/>.
14. Direktoratet for e-helse. *Egenomsorg*. [10.12.2019]; Available from: <https://volven.no/begrep.asp?id=596&catID=12>.
15. Sanii, Y., et al., *Role of pharmacist counseling in pharmacotherapy quality improvement*. Journal of Research in Pharmacy Practice, 2016. **5**(2): p. 132-137; [12.10.2019].
16. Helsebiblioteket. *Samvalg*. 2020 [06.02.2020]; Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/samvalg>.
17. *Forskrift om apotek (apotekforskriften)*, in *I 2001 hefte 2*. 2001, Helse- og omsorgsdepartementet: Norge; [10.10.2019].
18. *Forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek*, in *I 2003 hefte 12*. 2003, Helse- og omsorgsdepartementet; [10.10.2019].
19. Statens Legemiddelverk. *Salg utenom apotek (LUA-ordningen)*. [05.10.2019]; Available from: <https://legemiddelverket.no/import-og-salg/salg-utenom-apotek>.

20. Ulshagen, K.M. *Reseptfrie legemidler – god helsetjeneste for pasienten?* 2016; [13.10.2019].
21. Hanger, M.R. *Kan trenge over dobbelt så mange helsepersonell.* 2018; [29.09.2019].
22. Skreiberg, E.C.M. *Fortsatt mangel på farmasøyter i Norge.* 2019; [12.10.2019].
23. Hajime Orimo, T.S., Takayuki Hosoi, Hideki Ito, Atsushi Araki, Motoji Sawabe. *Reviewing the definition of “elderly”.* 2006 [01.11.2019]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/263589932_Reviewing_the_definition_of_elderly.
24. Statistisk Sentralbyrå. *Menn enda nærmere kvinners levealder.* 2018 [01.11.2019]; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinnens-levealder>.
25. Wynne, H., *Drug metabolism and ageing.* J Br Menopause Soc, 2005. **11**(2): p. 51-6; [19.10.2019].
26. Rita Romskaug, M.S.B. *G10 Eldre og legemidler.* 2020 [10.12.2019]; Available from: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler.
27. Violan, C., et al., *Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies.* PLoS ONE, 2014. **9**(7), [23.10.2019].
28. Cusack, B.J., *Pharmacokinetics in older persons.* Am J Geriatr Pharmacother, 2004. **2**(4): p. 274-302; [18.10.2019].
29. Rockville, M., *Guidance for industry.* Dissolution testing of immediate release solid oral dosage forms. US FDA CDER, 1997; [03.11.2019].
30. Nyborg, G. *Uheldig legemiddelbruk hos eldre.* 2012 [18.10.2019]; Available from: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/legemiddelbruk.html>.
31. Mattilsynet, *Kosttilskudd - en tilstandsbeskrivelse.* 2013, Norge: Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler. 78, [04.11.2019].
32. Drevon, C.A., *Bruk og misbruk av kosttilskudd.* Tidsskrift for Den norske legeforening, 2004. **124**(9): p. 1240-1242; [05.10.2019].
33. *Forskrift om kosttilskudd, in I 2004 hefte 6.* 2004, Helse- og omsorgsdepartementet; [01.10.2019].
34. Grimsgaard, S. *Naturmiddel.* 2009 [02.12.2019]; Available from: <https://sml.snl.no/naturmiddel>.
35. Statens Legemiddelverk. *Markedsføringstillatelse for naturlegemidler.* 2016 [25.12.2019]; Available from: <https://legemiddelverket.no/godkjenning/godkjenning-av-legemidler/mt-for-plantebaserte-legemidler-og-naturlegemidler/markedsforingstillatelse-for-naturlegemidler>.
36. Fossum, G. and O. Havnerås. *G22 Plantebaserte legemidler og naturlegemidler.* 2015 [15.12.2019]; Available from: [https://www.legemiddelhandboka.no/G22/Plantebaserte legemidler og naturlegemidler](https://www.legemiddelhandboka.no/G22/Plantebaserte_legemidler_og_naturlegemidler).
37. Hjelmstad, R. *Naturmidler og naturlegemidler.* [22.12.2019]; Available from: <http://www.rolv.no/urtemedisin/diverse/naturlegemidler.htm>.
38. Statens Legemiddelverk. *Dokumentasjonskrav ved søknad om markedsføringstillatelse for plantebasert legemiddel.* 2016 [11.12.2019]; Available from: <https://legemiddelverket.no/godkjenning/godkjenning-av-legemidler/mt-for-plantebaserte-legemidler-og-naturlegemidler/mt-for-plantebaserte->

- [legemidler/dokumentasjonskrav-ved-soknad-om-markedsforingstillatelse-for-plantebasert-legemiddel.](#)
39. Statens Legemiddelverk. *Kva er plantebaserte legemiddel?* 2016 [10.02.2020]; Available from: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/plantebaserte-legemidler/kva-er-plantebaserte-legemiddel#krav-til-godkjenning>.
 40. Helmers, A.-K.B. *Brukte 3 milliarder kroner på alternative behandlere.* 2017; [05.11.2019].
 41. Krogstad, T., *Bruk av kosttilskudd, plantebaserte legemidler og naturlegemidler i Norge.* Norsk farmaceutisk tidsskrift, 2011. **119**(12): p. 26-29; [11.11.2019].
 42. 1, A. *Omega-3 og tran.* 2018 [12.09.2019]; Available from: <https://www.apotek1.no/kost-og-ernaering/omega3-og-tran>.
 43. Norsk Helseinformatikk. *Johannesurt i folkemedisinen.* 2018 [11.10.2019]; Available from: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/johannesurt-i-folkemedisinen/>.
 44. O., S. *Naturlegemiddelet johannesurt gir alvorlige interaksjoner med en rekke legemidler.* 2000 [12.10.2019]; Available from: https://relis.no/Publikasjoner/Arkiv/2000/Naturlegemiddelet_johannesurt_gir_alvorlige_interaksjoner_med_en_rekke_legemidler/.
 45. Kvam, M. *Alternativ medisin.* 2018 [22.12.2019]; Available from: <https://nhi.no/livsstil/alternativ-medisin/alternativ-medisin/>.
 46. Risberg, T., *Komplementære og alternative terapier ved kreft.* Tidsskrift for Den norske legeforening, 2003. **123**(5): p. 664-667; [17.11.2019].
 47. World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.* 2013 [25.09.2019]; Available from: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21201en/>.
 48. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin *NIFAB-undersøkelsen 2007.* 2007; [14.10.2019].
 49. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin, *Rapport: Bruk av alternativ behandling i Norge 2016.* 2016: NAFKAM - Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin; [27.10.2019].
 50. Risberg, T. and A. Kolstad, *Alternativ medisin - holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge.* Tidsskrift for Den norske legeforening, 2003. **123**(5): p. 604-606, [26.10.2019].
 51. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin *Helsepersonells holdning til alternativ behandling.* 2018, [10.10.2019].
 52. Gran, E. *Vanskelig for apotekene å gi råd om homøopati.* 2012; [18.11.2019].
 53. Nguyen, P.H. *Apotekansattes erfaringer, holdninger og kunnskaper rundt homøopatiske medisiner.* 2012. 92; [15.12.2019].
 54. Johannessen, A., L. Christoffersen, and P.A. Tufte, *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* 5. utg. ed. 2016, Oslo: Abstrakt; [10.09.2019].
 55. Malterud, K., *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. ed. 2017, Oslo: Universitetsforl, [15.01.2020].
 56. De nasjonale forskningsetiske komiteene. *Forskerrollen.* 2009 [09.01.2020]; Available from: <https://www.etikkom.no/forskningssetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>.

57. Richardson, M.A., et al., *Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology*. J Clin Oncol, 2000. **18**(13): p. 2505-14; [07.01.2020].
58. Kristoffersen, A.E., et al., *Use of traditional and complementary medicine among Norwegian cancer patients in the seventh survey of the Tromsø study*. BMC complementary and alternative medicine, 2019. **19**(1): p. 341-341; [15.01.2020].
59. Arnesen, E. *Bruk av kosttilskudd og legemidler hos en gruppe personer over 50 år*. 2017. 11; [11.01.2020].
60. Aslak Syse, et al. *Utredning fra «Utvalg nedsatt av Helsedepartementet for å vurdere hvilke påstander knyttet til legemiddellignende produkter som kan eller vil føre til at produktet blir et legemiddel, og enkelte andre nærliggende problemstillinger.» 2003* [12.01.2020]; Available from: <https://legemiddelverket.no/Documents/Godkjenning/Klassifisering/198029-syseutredningen.pdf>.
61. Ernst, E. and B.R. Cassileth, *The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review*. Cancer, 1998. **83**(4): p. 777-82, [01.02.2020].
62. Stjernberg, L., J. Berglund, and A. Halling, *Age and gender effect on the use of herbal medicine products and food supplements among the elderly*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2006. **24**(1): p. 50-55; [05.02.2020].
63. Holst, L., et al., *The use and the user of herbal remedies during pregnancy*. J Altern Complement Med, 2009. **15**(7): p. 787-92; [10.01.2020].
64. Aa, E. *Mistanke om alvorlige bivirkninger av kosttilskudd*. 2016; [25.12.2019].
65. Krogstad, T., et al., *Bruk av naturpreparater og kosttilskudd hos kreftsyke barn i Norge*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2007. **127**(19): p. 2524-2526; [19.01.2020].
66. Naidu, S., J.M. Wilkinson, and M.D. Simpson, *Attitudes of Australian pharmacists toward complementary and alternative medicines*. Ann Pharmacother, 2005. **39**(9): p. 1456-61, [02.03.2020].
67. Risheim, A.L.B. *Kunnskap om og holdninger til kosttilskudd, naturmidler og naturlegemidler hos apotekpersonale*. 2006 [cited 25.12.2019]; Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/12107>.
68. Blendon, R.J., et al., *Americans' views on the use and regulation of dietary supplements*. Archives of Internal Medicine, 2001. **161**(6): p. 805-810, [17.01.2020].
69. Cohen, R.J., K. Ek, and C.X. Pan, *Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use by Older Adults: A Comparison of Self-Report and Physician Chart Documentation*. The Journals of Gerontology: Series A, 2002. **57**(4): p. M223-M227; [14.12.2019].
70. Folkehelseinstituttet. *Reseptregisteret*. [10.04.2020]; Available from: <http://www.reseptregisteret.no/>.
71. Norsk helseinformatikk. *Hukommelsessvikt*. 2019 [15.02.2020]; Available from: <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/hukommelsessvikt/NH>.
72. Matportalen. *Vær kritisk til urtebasert kosttilskudd*. 2017 [cited 10.04.2020]; Available from: https://www.matportalen.no/matvaregrupper/tema/diverse_retter_produkter_og_ingredienser/vaer_kritisk_til_urtebasert_kosttilskudd.
73. Qi, Z. and E. Kelley, *The WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023: A perspective*. Science, 2014. **346**(6216): p. S5-S6; [14.02.2020].

74. Johansen, R. and E.-L. Toverud, *Norske kreftpasienter og helsekostmarkedet - hva brukes og hvorfor?* Tidsskrift for Den norske legeforening, 2006. **126**(6): p. 773-775; [13.04.2020].
75. UIO, *Kvantitative metoder - Statistikk*. UIO; [20.02.2019].
76. Helsebiblioteket. *Fokusgruppeintervju*. 2007 [13.10.2019]; Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>.
77. Helseforskning *Kjennetegn som REK bør observere i spørsmål om kvalitetssikring VS. fremleggingspliktige prosjekter*. 2011. 4; [17.12.2019].
78. Dahlum, S. *Validitet*. 2014 [15.10.2019]; Available from: <https://snl.no/validitet>.
79. Magnus, L., *Forskningsmetode - Noen grunnleggende konsepter*. UIO: Oslo; [19.12.2019].

Vedlegg

Vedlegg 1 Samtykkeskjema

Vedlegg 2 Invitasjonsbrev til ansatte ved eldreheim

Vedlegg 3 Invitasjonsbrev til eldre

Vedlegg 4 Intervjuguide

Vedlegg 5 Meldeskjema til NSD

Vedlegg 6 Vurdering fra NSD

Samtykke til deltagelse i forskningsprosjektet (1)

« Eldres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt deres innhenting av informasjon»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke rundt bruken av naturmidler og kosttilskudd blant eldre hjemmeboende, med fokus på deres holdninger og erfaringer, samt hvordan de tilegner seg informasjon og råd om disse produktene.

De som gjennomfører dette forskningsprosjektet er Universitetet i Trondheim - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i samarbeid med OsloMet Storbyuniversitetet.

Utvalget

Det er satt et mål om å intervju rundt ti personer fra ulike eldresenter i Oslo-og omegn.

Hva innebærer det å delta i studien?

For denne masteroppgaven er det blitt valgt kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Intervjuet er beregnet til å vare mellom ½ - 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og skrives ned i sin helhet, før analyse.

Hvordan oppbevarer vi informasjon om deg?

Alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt og oppbevares forsvarlig. Informasjonen som registreres skal kun brukes til prosjektets formål. Data om deg vil anonymiseres og all identifiserbar informasjon om deg vil bli slettet og makulert ved prosjektets slutt 15.juni. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i resultatene av undersøkelsen når disse publiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i denne undersøkelsen. Du har mulighet til å reservere deg mot å svare på spørsmål og du har anledning til å trekke deg fra undersøkelsen når som helst uten å oppgi noen grunn for dette. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan en av følgende kontaktes: ilafa@ntnu.no, eller telefon 451 40 271, Tonje Krogstad på tonje.krogstad@oslomet.no eller telefon 77 64 58 89, Siver Moestue på Siver.a.mostue@ntnu.no eller 73551353

Dine rettigheter ved deltagelse

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

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

Samtykke til deltagelse i prosjektet:

- Samtykke for deltagelse i intervjuet
- Samtykke for lydopptak
- Samtykke for lagring av personopplysninger
- Kryss av her dersom du har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og sier deg villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Invitasjonsbrev til ansatte ved eldreheim (2)

Jeg er farmasistudent ved NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap, som skriver min master oppgave ved OsloMet Storbyuniversitetet og har førsteamanuensis Tonje Krogstad som veileder. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg gjennomføre intervjuer og håper jeg kan få komme å presentere undersøkelsen vår for derved å få mulighet til å intervjuere deres brukere.

Vi er interessert i å snakke med aktuelle deltagere som bruker eller har brukt naturmidler og/eller kosttilskudd for å undersøke deres synspunkter rundt bruken av disse produktene, samt vite litt mer om hvordan og fra hvem de innhenter informasjon fra. I tillegg å få innblikk i hvordan informasjonen blir oppfattet og videre fulgt.

Formålet

Formålet med dette forskningsprosjektet er å se nærmere på holdninger og erfaringer man har ved bruk av naturmidler og kosttilskudd.

Bakgrunn for oppgaven er at det er stor forbruk av naturmidler og kosttilskudd blant befolkningen. Disse produktene er i utgangspunktet ment til bruk i egenomsorg, og skal brukes etter bruksanvisningen og eventuelt etter veiledning og rådgivning fra farmasøyter på apoteket. Vi ønsker å undersøke eldres bruk, samt vite litt mer om informasjonskilder og oppfatninger om naturmidler og kosttilskudd.

Hva innebærer det å delta?

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, skrevet ned i sin helhet før analyse. All data vil anonymiseres og resultatene presenteres slik at enkeltindivider ikke kan identifiseres. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysningene som vil kunne bli oppgitt, vil ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner og identifiserbar informasjon vil bli slettet og makulert ved prosjektslutt. Opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Vi behandler alle opplysningene i samsvar med personvernregelverket.

Rettigheter ved deltagelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis brukerne sier seg villig til å delta, så har de mulighet til å reservere seg mot å svare på noen av spørsmålene, og kan trekke seg når som helst fra videre deltagelse uten å oppgi spesifikke grunner til dette. All opplysninger om brukerne vil anonymiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger?

Opplysninger behandles basert på vedkommende sin samtykke.

Forskningsprosjektet er blitt meldt inn og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD). Disse kan kontaktes på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller per telefon; 55 58 21 17

Gjennomføring av intervjuet

Vi regner med å få gjennomført intervjuene i løpet av januar/februar 2020. Intervjuet vil kunne foregå på et tidspunkt som passer for brukeren. Hele intervjuet er beregnet til å vare i ca. ½ -1 time.

Deltagerne vil få et gavekort på 500 kr som takk for deltagelse i prosjektet.

Hvor kan jeg finne ut mer om prosjektet?

Dersom det er noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen, vennligst ta kontakt med Ilaf Al-Hsnawi på e- mail ilafa@ntnu.no, Tonje Krogstad på tonje.krogstad@oslomet.no eller Siver Moestue på Siver.a.moestue@ntnu.no. Personvernombud til NTNU er Thomas Helgesen med mail personvernombud@ntnu.no

Med vennlig hilsen

Ilaf Al-Hsnawi

Tonje Krogstad

Siver Moestue

Masterstudent

Veileder

Veileder

Invitasjonsbrev til besøkende av eldreheim (3)

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet «Eldres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt deres innhenting av informasjon»

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å se nærmere på holdninger og erfaringer man har med bruk av naturmidler og kosttilskudd.

Jeg er farmasistudent ved NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap, som skriver min masteroppgave ved OsloMet Storbyuniversitetet og har førsteamanuensis Tonje Krogstad som veileder. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg gjennomføre intervjuer.

Vi er interessert i å snakke med deg som bruker eller har brukt naturmidler og/eller kosttilskudd for å undersøke dine synspunkter rundt bruken av disse produktene, samt vite litt mer om hvordan og fra hvem du har innhentet informasjon fra om disse produktene. I tillegg å få innblikk i hvordan informasjonen blir oppfattet og videre fulgt.

Bakgrunn for oppgaven er at det er et stort forbruk av naturmidler og kosttilskudd i befolkningen. Disse produktene er i utgangspunktet ment til bruk i egenomsorg, og skal brukes etter bruksanvisningen og eventuelt etter veiledning og rådgivning fra farmasøyter på apotek. Vi ønsker å undersøke eldre bruk, samt vite litt mer om informasjonskilder og oppfatninger om naturmidler og kosttilskudd.

Hva innebærer det for deg å delta?

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, skrives ned i sin helhet før analyse. All data vil anonymiseres og resultatene presenteres slik at enkeltindivider ikke kan identifiseres. Alle opplysningene som blir oppgitt, vil ikke kunne spores tilbake til deg og identifiserbar informasjon vil bli slettet og makulert ved prosjektslutt. Vi behandler alle opplysningene i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du sier deg villig til å delta, så har du mulighet til å reservere deg mot å svare på noen av spørsmålene. Du kan også trekke deg når som helst fra videre deltagelse uten å oppgi spesifikke grunner til dette. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger?

Opplysninger om deg behandles basert på ditt samtykke. Forskningsprosjektet er blitt meldt inn og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), Disse kan kontaktes på E-post (personverntjenester@nsd.no) eller per telefon; 55 58 21 17

Gjennomføring av intervjuet

Vi regner med å få gjennomført intervjuet i løpet av januar/februar 2020. Intervjuet vil foregå på et tidspunkt som passer for deg. Hele intervjuet er beregnet til å vare i ca. ½ - 1 time.

Du vil få et gavekort på 500 kr som takk for din deltagelse i prosjektet.

Hvor kan jeg finne ut mer om prosjektet?

Hvis du har noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen, vennligst ta kontakt med Ilaf Al-Hsnawi på mail ilafa@ntnu.no, Tonje Krogstad på tonje.krogstad@oslomet.no eller Siver Moestue på Siver.a.moestue@ntnu.no. Personvernombud til NTNU er Thomas Helgesen med mail personvernombud@ntnu.no eller

Med vennlig Hilsen

Ilaf Al-Hsnawi

Tonje Krogstad

Siver Moestue

Masterstudent

Veileder

Veileder

Intervjuguide (4)

Bakgrunnsskjema

1. Kjønn
 1. Mann
 2. Kvinne
3. Alder
Åpen boks
3. legemiddelhåndtering
 - a. Håndterer legemidlene selv
 - b. Får hjelp og eventuelt fra hvem?
4. Har du i løpet av det siste året jevnlig brukt noe av disse preparatene?
 - a. Bruker kun naturmidler
 - b. Bruker kun kosttilskudd
 - c. Bruker både naturmidler og kosttilskudd
4. Antall naturmidler/kosttilskudd som du bruker, og eventuelt hvilket?

Intervjuguide

1. Hva forbinder du med naturmidler og kosttilskudd?
2. Plantebaserte legemidler er definert som legemidler, mens naturmidler er ikke definert som legemidler, men som kosttilskudd. Eksempler på et naturmiddel er Sedix, Johannesurt, Valerianarot, RemiFemin og Dvergpalme. Kosttilskudd er vitaminer, mineraler og tran, i tillegg til naturmidler. De fleste får i seg det de trenger gjennom kosten, mens andre trenger tilskudd for å dekke behovet f.eks. Multivitamin , Jern, Vitamin-D og Omega-3. Felles for disse produktene er at de kan komme i ulike formuleringer som tabletter, kapsler eller flytende former. Vi bruker slike produkter for å fremme helse, forebygge sykdommer og for å redusere ulike plager.
 - Hvilket naturmiddel og/ eller kosttilskudd bruker du eller har brukt tidligere?
 - Hvor lenge har du brukt det?
3. Hva er årsaken til at du bruker disse produktene?
 - Hva vet du om dette produktet?
 - Hvor ofte tar du det?
 - Hvordan tar du det?
4. Kjøpes produktene fra apotek, helsekostforretninger, dagligvarebutikker, internett, annet?
5. Føler du at du har oppnådd ønsket effekt?
 - Hva kan årsaken være til eventuelt manglende effekt?
 - Har du noen gang opplevd bivirkninger?
6. Kjenner du til negative eller positive erfaringer med bruk av denne typen produkter? Egne og eventuelt andres erfaringer?
7. Kan du fortelle om hvordan du ble introdusert til disse preparatene?
8. Hvor pleier du å kjøpe kosttilskudd/naturmidler?
9. Hvordan har du innhentet informasjon om disse preparatene? Fra legen, apoteket, helsekostforretninger, internett, venner eller bekjente?
 - Hva skal til for at du oppsøker informasjon om naturmidler/kosttilskudd på apoteket?

- Hender det at du ber apotekansatte om råd og veiledning om bruken av disse produktene?
 - Dersom du har fått informasjon fra apoteket: Føler du at informasjonen du får fra apotekansatte er tilstrekkelig? Eventuelt hvilken forbedringer kan gjøres?
 - Hvordan oppleves/oppfattes informasjonen du mottar fra selgeren?
 - Stoler du på informasjonen som blir gitt?
 - Hvordan oppfatter du rådene som du mottar fra vedkommende?
10. Bør apotekansatte være flinkere til å gi mer informasjon om naturmidler kosttilskudd, og i så fall hva kan forbedres?
11. Har du noen formening om legens ansvarsområde kontra apotekets ansvarsområde kontra helsekostforretningers ansvarsområde?
12. Hvordan bedømmer du dine kunnskaper om denne typen produkter?
13. Synes du at naturmidler/kosttilskudd bør inkluderes som en del av den offentlige helsetjenesten?
14. Mener du at naturmidler /kosttilskudd er et nyttig supplement?
15. Hva var det som gjorde at du ønsket å delta i dette prosjektet?
16. Er det noe annet du ønsker å tilføye?

Meldeskjema til NSD (5)

Meldeskjema 907448

Skriv ut

Sist oppdatert

03.12.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

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

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertrедelser?

- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Eldres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt deres innhenting av informasjon

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

Ikke aktuelt

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Navn, alder og kjønn skal kun være på samtykkeskjema og skal ikke være med på lydopptakene eller i selve oppgaven. Lydopptakene skal være anonymisert og er nødvendige for å sikre at all innsamlet data blir riktig.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelse llaf-2.docx

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

ilaf al-Hsnawi, ilafa@ntnu.no, tlf: 45140271

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

Eldre hjemmeboende, grunnen til at denne gruppe mennesker blir spurt er at vi ønsker utforske deres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt finne ut hvem de innhenter informasjon fra og hvordan den oppfattes

Rekruttering eller trekking av utvalget

Ulike eldresenter kontaktes i Oslo-og omegn med spørsmål om deltagelse i studien. Det vil også være aktuelt å rekruttere direkte fra apotek. hvert eldrehjem skal ringes før det deretter sendes ut invitasjonsbrev.

Alder

65 - 100

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
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide .docx

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

på samtykkkjemaet vil deltagerne kunne krysse av for at de ønsker å delta i tillegg til signatur

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Invitasjonsbrev til informantene (3).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 til intervjuer

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

Ved å gi beskjed til intervjueren

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

Annen godkjenning

eldresenter og eldre personer som har vært kunder på apoteket har gitt tillatelse til å utføre prosjektet

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Private enheter
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Retningslinjer/tillatelse til å behandle opplysninger på private enheter

Behandling av personopplysninger ved NTNU.pdf

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
- opplysningene krypteres under lagring

Varighet

Prosjektperiode

20.08.2019 - 20.06.2020

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

Invitasjonsbrev til ansatte ved eldreheim for signering.pdf

Samtykke og invitasjonsbrev (2).docx

Vurdering fra NSD (6)

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjekttittel

Eldres holdninger til og erfaringer med naturmidler og kosttilskudd, samt innhenting av informasjon.

Referansenummer

907448

Registrert

02.10.2019 av Ilaf Abdel-Karim Assi Al-Hsnawi - ilafa@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

ilaf al-Hsnawi, ilafa@ntnu.no, tlf: 45140271

Prosjektperiode

20.08.2019 - 20.06.2020

Status

11.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

11.12.2019 - 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 den 11.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. Vi forutsetter at invitasjon til deltagelse viderefordles av eldresentere og/eller apoteket for å opprettholde taushetsplikten. Det vil si at det vil si at forskingsprosjektet ikke får tilgang på kontaktopplysninger før samtykke er innhentet av pasientene. Dette er også noe som bør opplyses om.

PREMIERING AV INFORMANTER

Betaling kan anses som et rettførdig vederlag for tidsbruk/innsats, motivering for å ta seg tid, uttrykk for takknemlighet eller verdsetting av bidraget som ytes, eller som et lokkemiddel for å få mennesker til å delta på noe de heller ville ha ønsket å unngå (NESH 2014). Premiering/belønning må alltid vurderes i lys av frivillighetsprinsippet. Økonomisk sårbarhet kan få mennesker til å delta i forskning for å oppnå økonomisk gevinst, selv om de egentlig ikke ville ha ønsket å delta

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger helseopplysning og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

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 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henriette N. Munthe-Kaas

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

