

Ragnhild Vold Aarnes

Koronavaksinering i apotek

En kvalitativ studie av farmasøytens erfaringer

Masteroppgave i farmasi

Veileder: Siver Andreas Moestue

Medveileder: Marianne Kollerøs Nilsen

Mai 2022

Ragnhild Vold Aarnes

Koronavaksinering i apotek

En kvalitativ studie av farmasøytens erfaringer

Masteroppgave i farmasi
Veileder: Siver Andreas Moestue
Medveileder: Marianne Kollerøs Nilsen
Mai 2022

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Under koronapandemien opplevde mange av landets kommuner at det var vanskelig å skaffe nok personale, til alle de oppgavene som måtte gjennomføres. For å øke kapasiteten til å vaksinere mot covid-19, valgte Oslo kommune våren 2021 å inngå en avtale om koronavaksinering med en rekke apotek i Oslo. Tanken var at apotekene skulle fungere som et supplement til fastlegene og kommunenes vaksinasjonssentre. Noen av apotekene var i gang med vaksineringen, allerede før påsken i 2021.

Hensikt: Å undersøke hvilke erfaringer farmasøyter har med koronavaksinering i apotek, og videre, med bakgrunn i dette, undersøke hvorvidt det faktisk egner seg å drive med koronavaksinering i apotek. Det var også ønskelig å undersøke fasilitatorer og barrierer for koronavaksineringen, samt skaffe til veie ny kunnskap om farmasøytenes holdninger til den nye rollen.

Metode: En kvalitativ forskningsmetode basert på 13 semistrukturerte intervju, med farmasøyter fra totalt 9 ulike apotek i Oslo kommune. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som videre ble transkribert ordrett inn i Microsoft Word. I analysen av datamaterialet ble det tatt utgangspunkt i Malterud sin prosedyre for systematisk tekstkondensering (STC).

Resultat: I analysen ble det identifisert tre hovedtemaer: «Kreative løsninger», «Organisering og frigjøring av ressurser», og «Et faglig givende og samfunnsmessig viktig oppdrag». Under intervjuene ga flere av farmasøytene uttrykk for at vaksinenes begrensede holdbarhet og de gjeldende avstandskravene til tider kunne by på utfordringer, og farmasøytene fortalte om hvordan de, på en kreativ måte, løste slike utfordringer. De fleste av farmasøytene påpekte at bemanningen hadde vært viktig i perioden med koronavaksinering, og mange skrøt av timebestillingsprogrammet «Helseboka», som hadde gjort det lettere å planlegge vaksineringen. De færreste av farmasøytene så på perioden med koronavaksinering som en problematisk tid, og de fleste syntes ikke at vaksineringen hadde gått på bekostning av andre oppgaver i apoteket. Flere av farmasøytene ga dessuten uttrykk for at de hadde valgt å prioritere vaksineringen, og flere påpekte at det var faglig og arbeidsmessig givende å bidra i koronavaksineringen. Flere av farmasøytene hadde også inntrykk av at vaksineringen hadde bidratt til å øke befolkningens bevissthet, omkring farmasøytenes kompetanse.

Konklusjon: Farmasøytene hadde opparbeidet seg flere erfaringer på ulike plan i perioden med koronavaksinering, og de erfaringene farmasøytene hadde gjort seg, var jevnt over positive. Til tross for at farmasøytene hadde fått en ekstra arbeidsoppgave, at de nærmest var som prøvekaniner når det gjaldt koronavaksinering, og at ulike utfordringer oppsto, erfarte ikke farmasøytene at perioden med koronavaksinering var en spesielt problematisk tid. Resultatene viser videre at farmasøytene var tilpasningsdyktige og løsningsorienterte i møte med utfordringer, og at de virkelig hadde lyst til å gjøre en innsats i koronavaksineringen. Dette var spesielt tydelig i forbindelse med farmasøytenes kappløp mot vaksinenes begrensede holdbarhet. Funnene antyder videre at farmasøytenes villighet til å vaksinere mot covid-19 var høy, og at dette var noe farmasøytene faktisk hadde lyst til å drive med. Videre antyder resultatene at det er rom for å drive med koronavaksinering i apotek, og i det store og hele antyder studiens resultater at apotekfarmasøyter faktisk kan fungere som en ressurs i en pandemisituasjon, der det er viktig å få vaksinert befolkningen så raskt som mulig.

Abstract

Background: During the COVID-19 pandemic, many of the Norwegian municipalities experienced that it was difficult to obtain enough personnel, for all the tasks that had to be done. In spring 2021, the municipality of Oslo made an agreement with a number of pharmacies, in order to increase the municipality's capacity to vaccinate people against COVID-19. The idea was that the pharmacies could be a supplement to the general practitioners (GPs) and the municipalities' vaccination centres. Just before easter 2021, some of the pharmacies had already started vaccinating against COVID-19.

Purpose: To look into pharmacists' experiences with vaccination against COVID-19 in pharmacies, and further, on the basis of this, explore whether it is suitable to provide vaccination against COVID-19 in pharmacies. It was also desirable to look into possible facilitators and barriers to this vaccination service, as well as obtaining new knowledge about the pharmacists attitudes towards their new role.

Methods: A qualitative method based on 13 semi-structured interviews, with pharmacists from a total of 9 different pharmacies in the municipality of Oslo. The interviews were recorded and transcribed verbatim into Microsoft Word. The analysis of the data was based on Malterud's procedure for systematic text condensation (STC).

Results: Three main themes were identified during the analysis: «Creative solutions», «Organizing and making resources available», and «A professionally satisfactory and socially important task». During the interviews, several of the pharmacists indicated that the limited shelf life of the vaccines and the requirements regarding social distancing, occasionally could cause challenges, and talked about how they, in a creative way, solved such challenges. The majority of the pharmacists indicated that the quantity and quality of the pharmacy's personnel, had been important during the vaccination period. Many of the pharmacists bragged about the appointment system «Helseboka», which, according to the pharmacists, had made the planning of the vaccination easier. Very few of the pharmacists experienced the vaccination period as problematic, and most of the pharmacists thought that the vaccination had not been at the expense of other tasks in the pharmacy. Moreover, several of the pharmacists indicated that they had chosen to prioritize the vaccination against COVID-19, and several of the pharmacists pointed out that contributing in the vaccination was both professionally and workwise satisfying. Several of the pharmacists also had the impression that the vaccination had increased the population's awareness regarding the pharmacists' professional competence.

Conclusion: The pharmacists had gained different experiences during the vaccination period, and their experiences were generally positive. Despite the fact that the pharmacists had been given an extra task, that they almost were like guinea pigs when it came to vaccinating against COVID-19, and that various challenges arose, the pharmacists didn't experience that the vaccination period had been a particularly problematic time. The results shows that the pharmacists had great adaptability and were eager to find new and creative solutions to challenges that arose, and that they really wanted to do a good job. This was especially shown in the pharmacists' race against the limited shelf life of the vaccines. The results indicates a high willingness and eagerness to vaccinate against COVID-19, among the pharmacists, and that pharmacies actually are able to provide this vaccination service. The results indicates that pharmacists working in pharmacies can contribute to mass vaccination, during a pandemic situation.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på 5 år som farmasistudent, både ved Nord Universitet og NTNU. Arbeidet med oppgaven har vært spennende og jeg har lært ekstremt mye det siste året. Når jeg nå har kommet i mål med oppgaven, er det mange jeg ønsker å takke.

En stor takk rettes først og fremst til Marianne Kollerøs Nilsen, som har veiledet meg i arbeidet med masteroppgaven. Takk for at du allerede det første året på farmasiutdanningen, vekket min interesse for samfunnsfarmasi. Du har vært en stor inspirasjon, og det har vært en glede å få ha deg som veileder også denne gangen. En stor takk rettes også til Siver Andreas Moestue, som har bistått i veiledningen.

Jeg vil også benytte anledningen til å takke alle de fine menneskene jeg har møtt på veien. En spesielt stor takk rettes til studievenninnene mine som jeg møtte under studietiden i Namsos. Studietiden hadde ikke vært den samme uten dere!

En stor takk rettes også til familien: Takk til mine hardtarbeidende foreldre, som opp gjennom livet har vist meg at hardt arbeid lønner seg. Dere er mine største forbilder! Takk for at dere gjennom de siste 5 årene har orket å diskutere farmasøytiske problemstillinger rundt middagsbordet, og for at dere alltid har heiet meg frem, og kommet med oppmuntrende og støttende ord gjennom studietiden. I forbindelse med masterskrivingen vil jeg spesielt rette en stor takk til min kjære far, som har kommet med innspill og vært behjelpelig med korrekturlesing av oppgaven. Jeg vil også takke min kjære lillesøster, som lot meg få bo hos henne under gjennomføringen av intervjuene.

Sist men ikke minst vil jeg takke Hilde Ariansen i Apotekforeningen som har vist stort engasjement for oppgaven, og bistått i rekrutteringen av intervjupersoner. En stor takk rettes også til intervjupersonene som ville dele sine erfaringer med meg. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre dette forskningsprosjektet!

Ragnhild Vold Aarnes

Mai 2022

Innhold

Tabeller.....	xi
1 Innledning	12
1.1 Studiens tematikk og bakgrunn.....	12
1.2 Forforståelse	13
1.3 Hensikt og problemstilling	14
1.4 Oppgavens struktur.....	14
2 Teoretisk bakgrunn	16
2.1 Utbrudd av infeksjonssykdom	16
2.2 Vaksiner som infeksjonsforebyggende tiltak.....	16
2.3 Koronapandemien	17
2.4 Sykdommen covid-19	18
2.5 Utvalgte smitteverntiltak mot covid-19.....	18
2.6 Koronavaksinasjonsprogrammet	19
2.7 Vaksinene i koronavaksinasjonsprogrammet.....	19
2.8 Holdbarhet og oppbevaring av Comirnaty og Spikevax	21
2.9 Vaksineanbefalinger	22
2.10 Vaksiner i norske apotek – litt historikk.....	22
2.11 Apotekforeningen.....	23
2.12 Vaksinesertifisering	23
2.13 Koronavaksinering i norske apotek	25
2.14 Helseboka	26
2.15 Tidligere forskning og litteratur	26
3 Metode.....	28
3.1 Valg av metode.....	28
3.1.1 Kvalitativ forskningsmetode	28
3.1.2 Semistrukturerte intervju.....	28
3.2 Utvalgsstrategi og rekruttering av intervjupersoner	29
3.3 Intervju	30
3.3.1 Gjennomføring av pilotintervju	30
3.3.2 Gjennomføring av intervju	31
3.4 Transkribering og videre behandling av datamaterialet.....	32
3.4.1 Transkribering	32
3.4.2 Analyse	33
3.5 Forskningsetiske hensyn	35
4 Resultat.....	37

4.1	Beskrivelse av intervjupersonene	37
4.2	Kreative løsninger	38
4.2.1	Kasting av vaksinedoser	38
4.2.2	Avstandskrav	39
4.3	Organisering og frigjøring av ressurser.....	40
4.3.1	Arbeidsfordeling	40
4.3.2	Helseboka.....	40
4.3.3	Et skifte i arbeidsoppgaver	41
4.4	Et faglig givende og samfunnsmessig viktig oppdrag	41
4.4.1	Givende å bidra	42
4.4.2	Faglig og arbeidsmessig givende	42
4.4.3	Synliggjøring.....	42
5	Resultatdiskusjon	44
5.1	Farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19.....	44
5.2	Ikke en problematisk tid	47
5.3	Kappløpet mot vaksinene begrensede holdbarhet.....	51
6	Diskusjon av metode.....	53
6.1	Utvalg og rekruttering	53
6.2	Intervjuguiden.....	54
6.3	Intervju	54
6.4	Transkribering	55
6.5	Analyse	55
6.6	Pålitelighet.....	56
6.7	Overførbarhet.....	56
7	Konklusjon.....	58
8	Veien videre.....	59
8.1	Implikasjoner for praksis.....	59
8.2	Forslag til videre forskning	59
	Referanser	61
	Vedlegg	71
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv	72
	Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	75
	Vedlegg 3: Forenklet informasjonsskriv	76
	Vedlegg 4: Intervjuguide.....	78
	Vedlegg 5: Intervjuguide (revidert).....	80
	Vedlegg 6: Vurdering NSD	82
	Vedlegg 7: Bransjestandard influensavaksinering.....	84

Vedlegg 8: Bransjestandard covid-19-vaksinering	85
Vedlegg 9: Litteratursøk i PubMed.....	86

Tabeller

Tabell 1: Oversikt over inndelingen av resultatene i hovedtema og undertema	37
Tabell 2: Karakteristika ved utvalget presentert i form av gruppedata	38

1 Innledning

I dette kapitlet presenteres først studiens tematikk og bakgrunn. Videre presenteres masterstudentens forforståelse. Kapitlet inneholder videre en presentasjon av studiens hensikt og problemstilling. I slutten av kapitlet presenteres oppgavens struktur.

1.1 Studiens tematikk og bakgrunn

«Og bare gleden husker jeg. Gleden av å bidra i noe stort, i den kritiske situasjonen som det var. Jeg var virkelig stolt farmasøyt da!»

Farmasøyt 8, apoteker

Som reseptarfarmasøyt og masterstudent i farmasi, er jeg naturlig nok interessert i farmasøytens rolle og utviklingen av denne. Tradisjonelt sett har primærapotekenes hovedaktivitet vært knyttet til ekspedisjon av legemidler, samt det å sikre riktig legemiddelbruk hos pasienter. Men spørsmålet om hvorvidt farmasøyer og apotek bør tillegges nye oppgaver, har opp igjennom årene til stadighet vært tema for diskusjon (Walter & Fredriksen, 2014). I en global undersøkelse fra 2020, som ble gjennomført i regi av The International Pharmaceutical Federation (FIP), ble det funnet at apotekbasert vaksinerings er tilgjengelig i minst 36 land og territorier (Pinto et al., 2020). I Norge startet prosessen med å tilby vaksinerings i apotek i 2017 (Apotekforeningen, 2020a).

Ifølge en rapport utgitt av Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2019, vil norsk helsevesen i årene fremover, stå overfor klare utfordringer når det gjelder å sikre tilstrekkelig tilgang på personale (Hjemås et al., 2019). En knapphet på helsepersonell medfører at det helsepersonellet som er tilgjengelig, må brukes på en mest mulig effektiv måte. I slike situasjoner kan det være aktuelt å tillegge ulike grupper av helsepersonell nye oppgaver, noe som i teorien også kan medføre en overføring av nye oppgaver til apotekene (Walter & Fredriksen, 2014). I forbindelse med koronapandemien har helse- og omsorgstjenesten fått mange tilleggsoppgaver. Dette har ført til at mye av ressursene og helsepersonellet i landets kommuner, har blitt omdisponert til testing, smittesporing og vaksinerings mot covid-19 (Larsen et al., 2021).

Under pandemien opplevde mange av landets kommuner at det var vanskelig å skaffe nok personale, til alle oppgavene som måtte gjennomføres. Når det gjelder vaksinerings mot covid-19, stilles det krav til spesiell opplæring og helsefaglig utdanning, og personer med en slik kompetanse har under pandemien, også vært involvert i mye av det andre koronarelaterte arbeidet i de enkelte kommunene. Apotekpersonale i mange

apotek har den nødvendige kompetansen som kreves for å sette vaksine mot covid-19. Det finnes i tillegg opplæringsmateriale i apotekene, som kan bidra til å gi apotekpersonale opplæring i denne typen vaksineringsprosedur. Farmasøyter har under gitte vilkår, dessuten rekvireringsrett for koronavaksine. Under pandemien kunne landets kommuner, med bakgrunn i dette, velge å benytte seg av apotekene i koronavaksineringsproseduren ved kapasitetsproblemer (Folkehelseinstituttet, 2021a). For å øke kapasiteten til å vaksinere mot covid-19, valgte Oslo kommune våren 2021, å inngå en avtale om koronavaksineringsprosedur med en rekke apotek i Oslo. Tanken var at apotekene skulle fungere som et supplement til fastlegene og kommunens vaksinasjonssentre (Vendil, 2021a). Da jeg fikk høre at ulike apotek i Oslo hadde bidratt i koronavaksineringsproseduren, ble jeg veldig nysgjerrig på hvordan denne vaksineringsproseduren hadde foregått, og hvordan vaksineringsproseduren hadde fungert. Jeg ble spesielt nysgjerrig på hvilke erfaringer farmasøytene i disse apotekene hadde med vaksineringsproseduren, og jeg fikk lyst til å undersøke temaet nærmere.

I regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av koronapandemien, som ble publisert 5. april 2022, angis det at pandemien etter to år, fortsatt ikke er fullstendig over (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Dette underbygger temaets dagsaktualitet. Siden koronavaksineringsproseduren ble innført som et infeksjonsforebyggende tiltak i forbindelse med koronapandemiens utbrudd, hadde ikke apotekfarmasøytene tidligere erfaring med koronavaksineringsprosedur. Av samme grunn finnes det lite tidligere forskning på området, både i Norge og internasjonalt. Dette underbygger viktigheten av å gjennomføre en studie på området. Forskning på området er viktig, da kunnskap om farmasøytens erfaringer, kan gi en pekepinn på hvorvidt det egner seg å drive med denne typen vaksineringsprosedur i apotek. Forskning kan gi kunnskap om hvilke faktorer som er viktige for implementeringen av en slik tjeneste i apotekene, og hvilke barrierer som må overkommes for at farmasøyter i apotek skal kunne drive med koronavaksineringsprosedur.

På verdensbasis registreres pandemier av ulik alvorlighetsgrad med 10-30 års mellomrom, og ifølge en analyse av krisescenarier utgitt i 2019, er det på landsbasis 75% sannsynlighet for at en alvorlig pandemi forekommer i løpet av en periode på 100 år (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019). Den relativt store sannsynligheten for at en ny pandemi med tiden vil forekomme, underbygger viktigheten av å skaffe til veie ny kunnskap om hvilken rolle farmasøytene kan spille i en pandemisituasjon. Kunnskap om temaet vil kunne være nyttig i forbindelse med lignende utbrudd av smittsomme sykdommer i fremtiden. Lærdom hentet fra farmasøytens erfaringer vil potensielt sett kunne være nyttig for myndighetene, ved planlegging av strategier for massevaksineringsprosedur av befolkningen, samt planlegging av en mest mulig hensiktsmessig bruk av tilgjengelige helsepersonellressurser. Det er også viktig å skaffe til veie kunnskap om hva farmasøytene selv tenker om å skulle bidra i en slik form for vaksineringsprosedur. Har farmasøytene selv lyst til å drive med koronavaksineringsprosedur?

1.2 Forforståelse

Personlig hadde jeg ingen praktisk erfaring med vaksineringsprosedur i apotek, før jeg begynte å skrive denne masteroppgaven. Etter å ha jobbet som farmasøyt i apotek, har jeg likevel

gjort meg noen tanker om apotekenes vaksineringsjeneste, og vært vitne til hvordan vaksinerings i apotek kan foregå i praksis. Litteratur og forskning jeg har lest, oppslag og debatter i media, og samtaler med personer jeg kjenner som også er farmasøyter, gjorde at jeg gikk inn i dette prosjektet med en viss formening om hva jeg ville finne. I forkant av studien hadde jeg en antagelse om at farmasøytene sine erfaringer ville være sterkt knyttet til barrierer, økt arbeidsbelastning og stress. Jeg hadde i tillegg en teori om at koronavaksinerings mest sannsynlig, hadde gått på bekostning av andre oppgaver i apoteket. Disse antagelsene kan nok knyttes til mine tidligere erfaringer fra en travel apotekhverdag, samt tidligere forskning og litteratur der barrierer for vaksinerings i apotek, har blitt presentert. Til tross for at jeg hadde disse kritiske forventningene, hadde jeg samtidig en formening om at farmasøytene ville stille seg positive til implementeringen av flere helsetjenester i apoteket. Dette kan trolig knyttes til det inntrykket jeg har av at farmasøyter, inkludert meg selv, jevnt over ønsker å tilstrebe en større grad av faglighet i apotekene. Dette kan videre ses i sammenheng med et ønske om økt anerkjennelse som helsepersonell, heller enn som butikkpersonale. I min rolle som farmasøyt, har jeg fått inntrykk av at farmasøytene sine kompetanse er underkommunisert. I forkant av prosjektet hadde jeg dessuten inntrykk av at leger og andre yrkesgrupper, gjerne hadde vært litt skeptiske til vaksinerings i apotek. Dette kan nok knyttes til ting jeg har lest i ulike tidsskrifter og fagblader.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt det egner seg å drive med koronavaksinerings i apotek. Det var også ønskelig å undersøke fasilitatorer og barrierer for koronavaksinerings, samt skaffe til veie ny kunnskap om farmasøytene sine holdninger til den nye rollen. Lite forskning omkring farmasøytene sine erfaringer med koronavaksinerings i apotek, viktigheten av å skaffe til veie en slik form for kunnskap, samt det som er presentert i oppgavens teoretiske bakgrunn, ledet sammen med studiens hensikt, frem til følgende problemstilling:

Farmasøyter som en ressurs under en pandemi – hvilke erfaringer har farmasøyter med koronavaksinerings i apotek?

I denne oppgaven omfatter ordet farmasøyt både reseptarfarmasøyter, provisorfarmasøyter og farmasøyter i ledende stilling, som bestyrer eller apoteker. Erfaringer defineres i denne oppgaven, som den informasjonen og kunnskapen farmasøytene i studien har tilegnet seg, gjennom å bidra i koronavaksinerings. Apotek er i denne studien avgrenset til å omhandle primærapotek og sykehusapotek.

1.4 Oppgavens struktur

Oppgavens innhold er fordelt over 8 kapitler. I starten av hvert kapittel presenteres det enkelte kapitlets innhold, for å gi leseren et innblikk i hva som kan forventes i det enkelte kapitlet. Kapittel 1 inneholder masteroppgavens innledning. I dette kapitlet presenteres studiens tematikk og bakgrunn, masterstudentens forforståelse, og studiens hensikt og problemstilling. I kapittel 2 presenteres teori og tidligere forskning, som er relevant for oppgavens tema og problemstilling. I kapittel 3 er det gjort rede for fremgangsmåten

som ble brukt i arbeidet med å besvare studiens problemstilling. Kapittel 4 inneholder en beskrivelse av intervjupersonene. Videre i dette kapitlet følger en presentasjon av studiens hovedfunn. I kapittel 5 diskuteres et utvalg av studiens resultater, opp imot tidligere forskning og litteratur. Det ble besluttet å vie et eget kapittel til diskusjon av metoden, som følger i kapittel 6. I konklusjonen i kapittel 7, er det avslutningsvis forsøkt å besvare studiens problemstilling. Kapitlet følges av «Veien videre» i kapittel 8, der masterstudenten deler sine tanker om hvordan studiens resultater potensielt sett kan komme til nytte i praksis. Kapitlet inneholder i tillegg en presentasjon av masterstudentens forslag til videre forskning på området. Helt til slutt i oppgaven kommer referanselisten og aktuelle vedlegg.

2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet presenteres teori som er relevant for studiens tema og problemstilling. Slutten av kapitlet inneholder en kort presentasjon av 3 studier, som masterstudenten valgte å ta med videre fra et systematisk litteratursøk, som ble gjennomført i forbindelse med studien.

2.1 Utbrudd av infeksjonssykdom

En infeksjonssykdom er en sykdom som er forårsaket av en mikroorganisme. Bakterier, virus, parasitter og sopp, er alle eksempler på mikroorganismer som kan gi opphav til infeksjonssykdommer (Kløvstad et al., 2019). Infeksjonssykdommer er i motsetning til andre sykdommer smittsomme, og er på verdensbasis den viktigste årsaken til sykdom og død (Tjade, 2021, s. 12). Ved utbrudd av en smittsom sykdom, er det flere tilfeller av sykdommen, enn det som normalt er forventet innenfor et område, i en gitt tidsperiode. Noen ganger kan utbrudd av infeksjonssykdommer være relativt små og avgrenset, mens de andre ganger kan ramme et helt land. I de verste tilfellene kan en smittsom sykdom spre seg over landegrensene, slik at utbruddet blir globalt. Utbrudd av smittsomme sykdommer kan altså variere mye i omfang. Når en smittsom sykdom sprer seg og rammer et større antall mennesker, omtales utbruddet gjerne som en «epidemi». Ved en ytterligere spredning, der store deler av verdens befolkning rammes, brukes derimot benevnelsen «pandemi» om utbruddet (Tjade, 2021, s. 51-52). Før i tiden var bakterier en viktig årsak til at pandemier oppsto, men risikoen for at slike pandemier oppstår, er nå redusert ved hjelp av antibakterielle midler og bedre smittevern. I nyere tid er det derfor pandemier forårsaket av virus, som er mest fryktet (Tjade, 2021, s. 41).

2.2 Vaksiner som infeksjonsforebyggende tiltak

Ved infeksjonssykdom som skyldes virus, finnes det ikke nødvendigvis en behandling som er rettet mot det aktuelle viruset. På grunn av dette er det spesielt viktig å forebygge smitte av virussykdom (Tjade, 2021, s. 209-210). Det å satse utelukkende på behandling av syke, er ikke ansett som lønnsomt. Det er både mer effektivt og billigere å sette i gang målrettede tiltak, for å redusere risikoen for at større utbrudd av smittsomme sykdommer skal forekomme (Tjade, 2021, s. 41). I arbeidet med å forebygge infeksjonssykdom, er vaksiner det mest effektive verktøyet vi har (Tjade, 2021, s. 13). Formålet med vaksiner er å oppnå beskyttelse mot en sykdom, uten å først måtte gå gjennom den aktuelle sykdommen (Helsenorge, 2022a). I tillegg til å beskytte enkeltpersoner mot infeksjonssykdom, er vaksiner også viktig for å oppnå flokkbeskyttelse i samfunnet. Dersom store deler av befolkningen er vaksinert, kan dette bidra til å redusere risikoen for at sykdom sprer seg til personer som av ulike grunner ikke kan vaksinere seg. For å lykkes med å skape en slik flokkbeskyttelse, kreves det en gjennomgående stor vilje og motivasjon i befolkningen, til å la seg vaksinere (Tjade, 2021, s. 295). I Tjade (2021) poengteres viktigheten av at folk tar hensyn til

fellesskapet, og ikke utelukkende baserer valget om å la seg vaksinere eller ikke, på egen risiko for smitte.

Vaksinering har som infeksjonsforebyggende tiltak, hatt stor betydning for å redusere forekomsten av sykdom og død på verdensbasis (Tjade, 2021, s. 292). Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler vaksinering som en suksesshistorie, når det gjelder global helse og utvikling (World Health Organization, u.å.). Et historisk eksempel på dette er koppevaksinen, som gjorde det mulig å utrydde den svært smittsomme og alvorlige sykdommen kopper. Tilsvarende har poliovaksinen bidratt til at store deler av verden, i dag er fri for poliomyelitt (Tjade, 2021, s. 14-15). I enkelte tilfeller kan altså formålet med vaksineringen, være å få utryddet en infeksjonssykdom på nasjonalt eller globalt nivå (Tjade, 2021, s. 295). God hygiene, godt utprøvde strategier for vaksinering, og andre kontrolltiltak, har gjort at Norge i dag befinner seg i en svært gunstig situasjon når det gjelder forekomst av smittsomme sykdommer i befolkningen. De strategiene og tiltakene som Norge har iverksatt, har gjort at flere infeksjonssykdommer nå, fullstendig eller til dels er utryddet. Selv om flere smittsomme sykdommer og smittestoff nå, helt eller delvis er utryddet i Norge, er situasjonen gjerne helt annerledes på globalt nivå (Tjade, 2021, s. 43).

Det å bekjempe infeksjonssykdommer er et viktig satsingsområde for de norske helsemyndighetene (Tjade, 2021, s. 20). I Norge er det utarbeidet et nasjonalt vaksinasjonsprogram, som fungerer som et tiltak for å forebygge infeksjonssykdommer i befolkningen (Trogstad et al., 2018). Som angitt i §3 i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, inneholder vaksinasjonsprogrammet tilbud om barnevaksinasjoner og vaksinasjon mot influensa (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2009, §3). Høsten 2020 ble det gjort endringer i forskriften, slik at vaksinasjonsprogrammet nå også inneholder et vaksinasjonsprogram mot covid-19 (Endr. i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2020). Som vist av §3-8 i lov om vern mot smittsomme sykdommer, er det kommunen som har ansvar for å gi befolkningen tilbud om vaksinene i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet (Smittevernloven – smvl., 1995, §3-8). Når det gjelder vaksinasjonsprogrammene mot influensa og covid-19, er kommunen pliktet til å organisere vaksineringen, på den måten kommunen selv finner mest hensiktsmessig for å oppnå størst mulig vaksinedekning i befolkningen (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2009, §6).

2.3 Koronapandemien

I den kinesiske byen Wuhan, ble det i slutten av 2019 oppdaget en ny type koronavirus som etter hvert fikk navnet SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Viruset gir opphav til den smittsomme sykdommen covid-19. På grunn av at viruset hadde spredd seg over landegrensene og til store deler av verden, ble smitteutbruddet erklært som en pandemi 12. mars 2020. For å begrense spredningen av viruset ble det innført omfattende smitteverntiltak i Norge, der regjeringen valgte å stenge ned samfunnet. Eksempelvis ble skoler og barnehager stengt, og kultur- og idrettsarrangementer ble forbudt. Koronapandemien fikk store helsemessige,

samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser, og er ansett som den mest alvorlige pandemien i nyere tid (Tjade, 2021).

2.4 Sykdommen covid-19

Det er først og fremst luftveiene som rammes av covid-19, og SARS-CoV-2 er sammen med SARS-CoV og MERS-CoV, et av de 3 koronavirusene som i tillegg til å gi forkjølelse, også kan gi mer alvorlig og dødelig sykdom. Sykdommen covid-19 smitter ved indirekte og direkte kontakt, og gjennom dråpesmitte. Det har vist seg at sykdommens symptombilde, kan være nokså forskjellig mellom ulike individer. I den ene enden av skalaen har vi de som ikke får symptomer i det hele tatt, mens vi i den andre enden, har personer som blir alvorlig syke, og som behøver behandling med respirator. Noen kan til og med få multiorgansvikt på grunn av sykdommen (Tjade, 2021).

For å forebygge spredning av koronavirus, er det anbefalt med god hoste- og håndhygiene. Smitte kan også forebygges ved å holde avstand til andre mennesker, og ved luftveissymptomer er det anbefalt å holde seg hjemme (Tjade, 2021).

Behandlingen av covid-19 er symptomatisk, og det finnes per i dag ingen antivirale legemidler mot koronaviruset (Tjade, 2021, s. 246). For å utvikle gode vaksiner mot covid-19, ble det satt inn store ressurser. Som et resultat av dette har legemiddelmyndighetene nå, godkjent flere vaksiner mot covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2022b), og i Norge ble den første koronavaksinen satt i desember 2020 (Kalajdzic et al., 2020). Hvordan koronavaksineringen påvirker pandemiens utvikling i Norge, avhenger blant annet av tempoet på vaksineringen, og hvor stor andel av de gruppene som tilbys vaksine, som velger å ta imot tilbudet om vaksinering. Tilgangen på vaksine vil også kunne være av betydning, siden vaksinetilgangen påvirker vaksinasjonshastigheten (Folkehelseinstituttet, 2022a).

2.5 Utvalgte smitteverntiltak mot covid-19

Under pandemien ble den norske befolkningen bedt om å begrense den sosiale kontakten med andre mennesker, og det ble i tillegg innført avstandskrav. Avstandskravene varierte: Det var i perioder anbefalt å holde minst 1, eller 2 meter avstand til andre personer. I gitte situasjoner hvor det ikke var mulig å overholde kravet om 1 meter avstand, ble det anbefalt å bruke munnbind. I slike situasjoner kunne dessuten kommunene innføre påbud om bruk av munnbind (Helsedirektoratet, 2022). Når det gjelder apotek, ble apotekene i Norge enige om felles smittevernråd. Ifølge disse smittevernrådene, skulle apotekene blant annet tilstrebe overholdelse av anbefalingene om 1-2 meter avstand mellom enkeltindivider. På grunn av dette måtte antall kunder som oppholdte seg i apoteket samtidig, begrenses. Siden kundearealet til de ulike apotekene varierer, var det opp til hvert enkelt apotek å gjøre en egen vurdering av dette. Mange apotek valgte i den forbindelse å innføre en grense på maks 5 kunder i apoteket samtidig (Apotekforeningen, 2020b).

2.6 Koronavaksinasjonsprogrammet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga høsten 2020, Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag å utarbeide en nasjonal plan for koronavaksineringen. Vaksinasjon mot covid-19 tilbys som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, som angitt i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram (se også 2.2, tredje avsnitt). De faglige retningslinjene for gjennomføringen av programmet, gis av FHI (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2009, §3). Innkjøp og distribusjon av vaksiner, er også et av FHI sine ansvarsområder. FHI gir i tillegg anbefalinger om målgrupper for vaksinasjon, og hvem som skal prioriteres ved mangel på vaksine. På grunn av en knapphet på vaksine de første månedene etter at en koronavaksine hadde blitt tilgjengelig, var det i en periode nødvendig å prioritere hvilke grupper som skulle få vaksine (Folkehelseinstituttet, 2022a). Personer i prioriterte grupper, og som bor eller oppholder seg midlertidig i en kommune, skal i hht. §§ 1, 2 og 4 a i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, tilbys vaksine fra kommunen. Det er kommunen som har ansvar for å tilby befolkningen vaksiner mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven – smvl, 1995, §3-8). Kommunene pliktes også i hht. covid-19-forskriften, å ha et tilbud om koronavaksinering der det ikke stilles krav til bestilling av time, og der det aktuelle tilbudet også skal være tilgjengelig utenom vanlig kontortid. Tilbudet kan enten gis av kommunen selv, eller etter avtale med andre tjenesteytere - offentlige eller private (Covid-19-forskriften, 2020, §22a).

Leger og helsesykepleiere kan i henhold til hhv. §2-1 og §2-5 i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, rekvirere koronavaksine (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998). I forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, er begrepet rekvirering definert som: «Muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemiddel ved resept eller rekvisisjon» (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, §1-3c). I forbindelse med koronapandemien ble det besluttet å gi sykepleiere midlertidig rekvireringsrett for koronavaksine, som angitt i §2-5a i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, §2-5a). Etter hvert ble det også besluttet å gi apotekfarmasøyter midlertidig rekvireringsrett for koronavaksine. I forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, angis det at rekvireringen skal skje i henhold til koronavaksinasjonsprogrammet, og at vaksineringen skal skje i apoteket. Videre omfatter rekvireringsretten også legemidler som anses som nødvendige i forbindelse med administreringen av vaksinen (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, §2-4). Apotekfarmasøytenes midlertidige rekvireringsrett trådte i kraft 22. mars 2021, og skulle i utgangspunktet gjelde til 1. januar 2022 (Midl. endr. i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021). Det ble videre besluttet å utvide den midlertidige rekvireringsretten til å gjelde frem til 1. januar 2023. Det samme var tilfellet for sykepleiernes midlertidige rekvireringsrett (Endr. i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021).

2.7 Vaksinene i koronavaksinasjonsprogrammet

Når det gjelder de koronavaksinene som er godkjent i EU/EØS, fikk disse en såkalt betinget godkjenning for å sikre befolkningen tilgang til en vaksine under pandemien, til tross for at langtidsdata om effekt og bivirkninger, enda ikke var klarlagt (Statens legemiddelverk, 2021). Ved en betinget godkjenning foreligger det tilstrekkelig med data

til å kunne vurdere at nytten av den aktuelle vaksinen, er langt større enn risikoen. Samtidig innebærer en betinget godkjenning, at produsenten av vaksinen må fortsette studiene og gi legemiddelmyndighetene nye data om vaksinen, etter hvert som nye data kommer til (Folkehelseinstituttet, 2022b). Den betingede godkjenningen kan endres til en full godkjenning, når myndighetene har mottatt all avtalt dokumentasjon om vaksinene (Statens legemiddelverk, 2021).

Av de 5 vaksinene som har fått betinget godkjenning, er det per dags dato bare Comirnaty, Spikevax og Nuvaxovid, som benyttes i det norske koronavaksinasjonsprogrammet. De to mRNA-vaksinene Comirnaty og Spikevax, er produsert av henholdsvis BioNTech/Pfizer og Moderna. Comirnaty ble godkjent for bruk av norske og europeiske legemiddelmyndigheter, i siste halvdel av desember 2020, mens Spikevax ble godkjent i begynnelsen av 2021. Den proteinbaserte vaksinen Nuvaxovid som er produsert av Novavax, ble derimot ikke godkjent for bruk i Europa, før i slutten av 2021. En koronavaksine ved navn Vaxzevria, produsert av AstraZeneca, fikk betinget godkjenning i slutten av januar 2021 (Folkehelseinstituttet, 2022b). Grunnet alvorlige vaksinebivirkninger, besluttet den norske regjeringen i første halvdel av mai 2021, at vaksinen skulle tas ut av det norske koronavaksinasjonsprogrammet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). En koronavaksine fra Janssen-Cilag ble godkjent av legemiddelmyndighetene i mars 2021, men vaksinen har ikke blitt benyttet i det norske koronavaksinasjonsprogrammet, grunnet risiko for alvorlige bivirkninger (Folkehelseinstituttet, 2022b; Folkehelseinstituttet, 2022c). Når det gjelder Oslo-apotekene, hadde apotekene frem til midten av september 2021, benyttet seg av både Comirnaty og Spikevax i koronavaksineringen (Vendil, 2021b).

Når det gjelder Spikevax, leveres vaksinen i form av ferdig injeksjonsvæske (Felleskatalogen, 2022a). Comirnaty kommer derimot i form av et konsentrat, som må fortynnes med natriumklorid før bruk (Felleskatalogen, 2022b). Begge de to koronavaksinene kommer i flerdosehetteglass (Felleskatalogen, 2022a; Felleskatalogen, 2022b). Et hetteglass med Comirnaty 30 µg/dose, som er indisert til forebygging av covid-19 hos personer på 12 år eller eldre, inneholder 6 vaksinedoser på 0,3 ml etter fortykning med natriumklorid. Comirnaty finnes også i en styrke på 10 µg/dose, som kan benyttes i forebygging av covid-19 hos barn i alderen 5-11 år (Felleskatalogen, 2022b). Et hetteglass av Spikevax inneholder 10 doser på 0,5 ml, eller 20 oppfriskningsdoser i en størrelse på 0,25 ml (Folkehelseinstituttet, 2022d). Vaksinen er indisert til forebygging av covid-19, hos personer på 6 år eller eldre. Personer som er 12 år eller eldre skal vaksineres med doser på 0,5 ml, mens barn i alderen 6 til 11 år, skal gis doser i en størrelse på 0,25 ml (European Medicines Agency, u.å. a).

Når det gjelder flerdosebeholdere som inneholder injeksjonsvæske, stilles det krav til at disse skal inneholde et volum, stort nok til at antall doser angitt i preparatinformasjonen eller på preparatets etikett, skal kunne tas ut og administreres (Kristensen, 2008, s. 155). På bakgrunn av dette, inneholder flerdosehetteglassene med Spikevax en ekstra overfylling (European Medicines Agency, u.å. a). Ved opptrekk av flere enn 10 eller 20 doser på henholdsvis 0,5 og 0,25 ml, anses bruken av vaksinen som off-label. Ansvaret ligger da hos legen som har ansvar for vaksineringen, og legen skal i en slik situasjon

sikre at det på en faglig forsvarlig måte, blir gitt riktig mengde av vaksinen (Folkehelseinstituttet, 2022d). Det samme gjelder for de to styrkene av Comirnaty, dersom det blir besluttet å trekke opp flere doser enn det som er angitt i vaksinens preparatomtale (European Medicines Agency, u.å. b; Folkehelseinstituttet, 2022d). Som angitt på sidene til Folkehelseinstituttet (FHI), er det ikke tillatt å blande vaksinerester fra flere ulike hetteglass. Dette gjelder for både Comirnaty og Spikevax (Folkehelseinstituttet, 2022d). Når det gjelder vaksiner mot covid-19 i kommunene, er lageransvarlige og vaksinatører pliktet til å føre oversikt over benyttede og kasserte doser av vaksinene (Folkehelseinstituttet, 2022f).

2.8 Holdbarhet og oppbevaring av Comirnaty og Spikevax

På sidene til Folkehelseinstituttet (FHI) omtales også holdbarhet og oppbevaringsbetingelser for de ulike vaksinene som benyttes i det norske koronavirusvaksinasjonsprogrammet. Når det gjelder Comirnaty, skal vaksinen transporteres og lagres i frossen tilstand. Etter uttak fra fryser hadde Comirnaty 30 µg/dose, først en holdbarhet i kjøleskap (2-8°C) på 5 dager, men denne holdbarheten ble etter hvert utvidet til 1 måned. Når det gjelder holdbarhet før fortytning, er Comirnaty i styrkene 30 µg/dose og 10 µg/dose, holdbare i en romtemperatur på maks 30°C, i inntil hhv. 2 timer og 12 timer etter opptining, forutsatt at hetteglassene ikke er åpnet. Videre har Comirnaty i styrken 30 µg/dose en maksimal holdbarhetstid på 6 timer etter fortytning, forutsatt at vaksineløsningen oppbevares i en temperatur på mellom 2°C og 30°C (Folkehelseinstituttet, 2022d). Vaksinen må med andre ord settes innen 6 timer etter fortytning av konsentratet, men aller helst skal ferdig fortynnet vaksine brukes så fort som mulig. Fortynt vaksineløsning destrueres i tråd med lokale rutiner, dersom løsningen ikke brukes innen 6 timer etter fortytning. Comirnaty 10 µg/dose har til forskjell fra Comirnaty i styrken 30 µg/dose, vist seg å være kjemisk og fysisk stabil i 12 timer etter fortytning, dersom vaksineløsningen oppbevares i en temperatur på mellom 2°C og 30°C. Etter opptrekk i sprøyte skal Comirnaty brukes så snart som mulig, og aller helst innen 1 time. Dette gjelder også for Spikevax (Folkehelseinstituttet, 2021b; Folkehelseinstituttet, 2022g; Folkehelseinstituttet, 2022h).

Spikevax skal i likhet med Comirnaty, transporteres i frossen tilstand (Folkehelseinstituttet, 2022d). Når det gjelder holdbarhet i romtemperatur, er Spikevax holdbar i inntil 24 timer i en temperatur på maks 25°C, forutsatt at hetteglassene ikke er punktert (Folkehelseinstituttet, 2021b). Etter første punksjon av flerdosehetteglassene, er vaksinen kjemisk og fysisk stabil i 19 timer, forutsatt en temperatur på mellom 2°C og 25°C. Til tross for en kjemisk og fysisk stabilitet på 19 timer, skal Spikevax, sett fra et mikrobiologisk synspunkt, brukes umiddelbart. Ved en arbeidsmetode som kan forhindre tilførsel av mikrober, kan likevel preparatet lagres i romtemperatur i inntil 12 timer. Dette medfører at hetteglassene må kastes, senest 12 timer etter at det første opptrekket er gjennomført. For å holde oversikt over holdbarheten, skal hetteglassene som inneholder Spikevax merkes med dato og tid for første opptrekk. Hetteglass som inneholder Comirnaty, skal av samme grunn merkes med dato og tidspunkt for fortytning av konsentratet. I håndteringen av vaksinene skal det dessuten brukes aseptisk teknikk, for å sikre at de enkelte vaksinedosene er sterile (Folkehelseinstituttet, 2022d).

2.9 Vaksineanbefalinger

Når det gjelder vaksiner mot covid-19, har Folkehelseinstituttet (FHI) utarbeidet anbefalinger for grunnvaksinasjon og administrering av oppfriskningsdose, for ulike grupper av befolkningen. De gjeldende vaksineanbefalingene, viser hvilke vaksiner som er anbefalt for grunnvaksinasjon hos de gitte gruppene, samt hvilke vaksiner som er anbefalt som oppfriskningsdose, der administrering av oppfriskningsdose er aktuelt. I tillegg til anbefalinger om hvilke vaksiner de ulike gruppene kan få, er det også angitt anbefalinger om antall doser. Der hvor en gruppe er anbefalt flere doser av koronavaksinen, er det også gitt en anbefaling om lengden på intervallet mellom de enkelte doseringene. Eksempelvis er det anbefalt at aldersgruppen 18-44 år, vaksineres med Comirnaty eller Spikevax, og at personer i denne aldersgruppen får 2 doser av koronavaksinen. For denne gruppen er det anbefalt et doseringsintervall på 3-12 uker, ved vaksineringsdose med Comirnaty. Når det gjelder vaksineringsdose med Spikevax, er det derimot anbefalt et doseringsintervall på 4-12 uker. Det er videre anbefalt et minimumsintervall på 20 uker, mellom dose 2 og en eventuell oppfriskningsdose. For denne gruppen er full dose av Comirnaty, eller halv dose av Spikevax anbefalt som oppfriskningsdose (Folkehelseinstituttet, 2022e).

2.10 Vaksinerings i norske apotek – litt historikk

Vaksinerings er i dag én av flere helsetjenester som tilbys i norske apotek (Apotek 1, u.å.; Boots Apotek, u.å. a; Vitusapotek, u.å.). En rekke vaksiner kan settes i norske apotek, og apotekene tilbyr blant annet vaksinerings mot influensa (Apotek 1, 2021; Boots Apotek, u.å. b; Vitusapotek, 2022). Historisk sett har apotekbransjen i mange år, diskutert mulighetene for å tilby vaksinerings i apotekene. I Norge startet prosessen med å tilby vaksinerings i apotek, ved at Vitusapotek i 2017, startet opp et pilotprosjekt i samarbeid med noen leger. Totalt 23 apotek var med i prosjektet, hvor de ansatte i apotekene satte influensavaksiner etter resept. Apotekene fikk dette året satt til sammen 1300 influensavaksiner. Prosjektet var vellykket, og fikk oppmerksomhet blant politikere og i mediebildet. Dette utviklet seg videre til at flere apotek meldte seg på prosjektet, og bransjen ble etter hvert enig om at det i fellesskap skulle utvikles en vaksinetjeneste. Apotekene vaksinerer til sammen 12 000 personer i 2018. Utviklingen fortsatte, og i 2019 hadde apotekene fått en egen bransjestandard for vaksinerings i apotek. I 2019 var det totalt 600 apotek som vaksinerer mot influensa (Apotekforeningen, 2020a), og til sammen 30 971 influensavaksiner ble satt i apotek dette året (Apotekforeningen, u.å. b). Apotekpersonalet hadde hittil vært avhengig av resept fra lege, for å kunne sette influensavaksiner i apoteket (Soldal, 2020).

I 2020 sendte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ut et høringsnotat, der det ble foreslått å gjøre endringer i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, for at apotekfarmasøyter skulle få rekvireringsrett for influensavaksiner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I høringsnotatet ble det argumentert med at vaksinerings mot sesonginfluensa i apotek, på daværende tidspunkt så ut til å fungere som et godt supplement til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet mot influensa, og at det derfor burde tilrettelegges for at apotek skulle kunne drive med denne typen vaksinerings. Det ble også argumentert med at en slik rekvireringsrett, ville kunne gjøre vaksineringsen i apoteket enklere, og bidra til å gjøre influensavaksinerings mer tilgjengelig

for befolkningen. Det ble videre argumentert med at rekvireringsretten, ville kunne bidra til at flere ville velge å benytte seg av muligheten til å vaksinere seg mot influensa, og at det også ville kunne bidra til å avlaste kommunens og fastlegenes vaksineringsarbeid. I høringsnotatet ble det også argumentert med at det å gi apotekfarmasøyter en slik rekvireringsrett, ville kunne bidra til å i større grad opprettholde helsetjenestens kapasitet, til å ta hånd om koronasmittede pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Som et resultat av høringen, ble det gjort en forskriftsendring som gjorde at apotekfarmasøyter 31. august 2020, fikk rekvireringsrett for bestemte influensavaksiner (Endr. i forskrift om legemidler fra apotek, 2020). Dette gjorde at folk kunne vaksineres i apotek, uten resept fra lege (Soldal, 2020). Rekvireringsretten gjelder for vaksiner som skal settes i apoteket, og legemidler som anses som nødvendige i forbindelse med administrering av vaksinen, omfattes også av rekvireringsretten. Farmasøyter som eier apotek har som vist av §2-4 i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, ikke rekvireringsrett for influensavaksiner (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, §2-4). Det året apotekfarmasøytene fikk rekvireringsrett, ble det satt totalt 96 634 influensavaksiner i norske apotek (Apotekforeningen, u.å. b). Dette året var det i overkant av 900 apotek som vaksinerte mot influensa (Apotekforeningen, u.å. c). Antall influensavaksiner satt i apotek økte videre, og i 2021 ble det satt hele 153 749 influensavaksiner i apotek (Apotekforeningen, u.å. b). Dette året var det 979 apotek som satte influensavaksine (Apotekforeningen, u.å. c). Det økende antallet influensavaksiner som settes i apotek, viser at stadig flere velger å vaksinere seg i apotek.

2.11 Apotekforeningen

Apotekforeningen er en organisasjon som jobber for å ivareta den norske apotekbransjen sine interesser. Både privateide apotek, og sykehusapotekene som er offentlig eid, er medlem av foreningen. Apotekforeningen har mange ulike arbeidsområder, og jobber opp imot myndighetene, media og ulike organisasjoner, for å blant annet sikre at bransjen får gjennomslag i helsepolitikken, god oppmerksomhet, og best mulig myndighetsstyrte rammevilkår. I tillegg til dette jobber også foreningen blant annet med apotekfaglig utvikling, og teknologi og e-helse (Apotekforeningen, u.å. a).

2.12 Vaksinesertifisering

Når det gjelder vaksinering i apotek, er det utarbeidet et eget opplæringsprogram for de apotekansatte som ønsker å utdanne seg til vaksinatører. For å kvalifiseres til å sette influensavaksine, og derav bli vaksinatør, må de apotekansatte gjennomføre relevante e-læringskurs i apotekets e-læringsssystem. Opplæringen består videre av teoretisk undervisning og praktisk trening. Den teoretiske undervisningen skal inneholde en rekke elementer. Blant annet skal bransjestandard for influensavaksinering, lover og regler, ansvarsforhold, og rammer for apotekenes vaksineringstjenester, gjennomgås

(Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. a)¹. Videre skal den teoretiske undervisningen omhandle forberedelsesprosessen før selve vaksineringsen, og journalføring og rapportering av vaksineringsen til SYSVAK, som er det nasjonale vaksinasjonsregisteret i Norge (Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. a; Folkehelseinstituttet, 2020). Ulike aspekter knyttet til helse, miljø og sikkerhet (HMS), er også blant de elementene som skal inkluderes i den teoretiske undervisningen. Når det gjelder den praktiske delen av opplæringen, skal denne ledes av en person med kompetanse innen akuttmedisin. Denne delen av opplæringen består av to deler, hvor det i den ene delen er fokus på praktisk trening knyttet til administrering og setting av vaksiner. I denne delen av opplæringen skal de apotekansatte sette minimum 2 vaksiner, for å få praktisk trening i administrering av vaksiner. I den andre delen av den praktiske opplæringen, skal de apotekansatte få praktisk trening i førstehjelp, med tanke på akutte situasjoner. Her skal de apotekansatte blant annet lære seg å skille mellom anafylaktiske- og vasovagale reaksjoner, og de skal i tillegg få trening i å sette adrenalin (Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. a).

Når det gjelder influensavaksinering i apotek, er det utarbeidet et eget kompetansebevis for vaksinatører. På denne måten kan apotekene dokumentere at det obligatoriske opplæringsprogrammet er gjennomført og bestått av den enkelte, og at kompetansekravene er oppfylt. Kompetansebeviset signeres av lederen i apoteket (Apotekforeningen, arkivert materiale, juni 2019). Det obligatoriske opplæringsprogrammet er som vist av vedlegg 7, fastsatt i apotekenes bransjestandard for influensavaksinering i apotek. Det er gjennom utarbeidelsen av bransjestandarden, etablert felles krav til de norske apotekene, når det gjelder opplæring og utdanning av vaksinatører, og også med tanke på kvaliteten av vaksineringsstjenesten. Når det gjelder opplæringsprogrammet, må dette være gjennomgått og bestått av den enkelte, for å kunne bli vaksinatør. Helsepersonell ansatt i apotek, og som har autorisasjon eller lisens, kan kvalifiseres til å sette vaksiner mot influensa (Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. b).

I forbindelse med koronapandemien har Apotekforeningen opprettet en egen ressurside for covid-19-vaksinering. Videre er det utarbeidet egne prosedyrer, til de apotekansatte som skal bidra i kommunens vaksineringsen mot covid-19 (Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. c). Som for influensavaksinering, er det også utarbeidet en egen bransjestandard for administrering av vaksiner mot covid-19 (jfr. vedlegg 8). De to bransjestandardene skal bidra til en forsvarlig gjennomføring av vaksineringsen som gjennomføres i apoteket, og skal også bidra til at vaksineringsen gjennomføres i samsvar med vaksinasjonsveilederen for helsepersonell, som er utarbeidet av FHI (jfr. vedlegg 7 og 8). I likhet med det som gjelder for influensavaksinering, kan covid-19-vaksiner som skal settes i apotek, administreres av helsepersonell med autorisasjon eller lisens, forutsatt at helsepersonellet har gjennomført og bestått den gjeldende opplæringen for administrering av covid-19-vaksiner (jfr. vedlegg 7 og 8).

¹ En del av referansene i 2.12 er passord-beskyttet, og kan derfor ikke gjenfinnes i referanselisten. Materialet er brukt etter avtale med Apotekforeningen, og ble lest av masterstudenten i april 2022.

På ressursidene til Apotekforeningen finnes også en oversikt over kompetansekravene som må oppfylles, for å bli kvalifisert til å kunne sette vaksine mot covid-19, og bli covid-19-vaksinatør. Kompetansekravene indikerer at covid-19-vaksinatører skal ha grunnleggende vaksinatørkunnskaper. Det henvises i denne sammenhengen til Apotekforeningens tjenestemanual for influensavaksinerings (Apotekforeningen, arkivert materiale, 20. desember 2021a). I kompetansebeviset som er utarbeidet for vaksinatører med tanke på covid-19-vaksinerings, er det å være sertifisert vaksinatør for influensavaksinerings, angitt som et obligatorisk grunnkrav. Kompetansebeviset viser i tillegg at det kreves ekstra opplæring for covid-19-vaksinatører. E-læringskursene, det skriftlige og teoretiske materialet, og den praktiske treningen, inneholder elementer som er spesifikke for koronavaksinerings og koronavaksinene. Eksempelvis omhandler den praktiske treningen, tilberedning og opptrekk av covid-19-vaksiner (Apotekforeningen, arkivert materiale, 20. desember 2021b).

2.13 Koronavaksinerings i norske apotek

I starten av 2021 ble det sendt brev til 220 kommuner i Norge, der Apotekforeningen informerte om hvordan over 900 vaksine-apotek i landet, kunne bidra i koronavaksinerings i kommunene (Apotekforeningen, u.å. c; Soldal, 2021a). Brevet som ble sendt til kommunene inneholdt to mulige alternativer, der apotekene enten kunne bidra gjennom utleie av vaksinatører til massevaksinasjonssenteret i kommunen, eller ved å vaksinere i apotekenes egne lokaler (Apotekforeningen, arkivert materiale, 1. februar 2021)². Apotekforeningen signerte etter hvert en samarbeidsavtale med Oslo kommune, på vegne av apotekbransjen. Det ble med dette avtalt at apotekene skulle bistå kommunen i vaksinerings av innbyggerne i Oslo, og planen var at apotekene skulle fungere som et supplement til fastlegene og vaksinasjonssentrene i kommunen. I begynnelsen var det totalt 23 apotek i Oslo, som skulle bistå kommunen i vaksinerings (Vendil, 2021a). Apotekene bidro i første omgang til å få vaksinert en gruppe med kritisk helsepersonell (Skreiberg, 2021), og noen av apotekene var allerede i gang med vaksinerings før påske i 2021 (Apotekforeningen, u.å. c). Etter hvert bisto flere Oslo-apotek, kommunen i koronavaksinerings. Apotekene bidro etter hvert i vaksinerings av vanlige innbyggere, og det ble med tiden opprettet muligheter for drop-in vaksinerings (Vendil, 2021b).

Apotek rundt om i hele landet ønsket å bidra i koronavaksinerings, og i desember 2021 valgte regjeringen å mobilisere landets apotek til vaksinerings mot covid-19 (Soldal, 2021b). En standardavtale, refusjonstakst og oppgjørsordning var på dette tidspunktet klart til bruk, og apotekene kunne tas i bruk i vaksinerings, i de kommunene hvor dette var ønskelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). I slutten av januar 2022, hadde hele 55 kommuner inngått en vaksineringsavtale med apotek. På dette tidspunktet var det over 160 apotek som kunne tilby vaksinerings mot covid-19, på vegne av en kommune (Soldal, 2022). Etter å ha fungert som et supplement til massevaksinerings i

² Referansen er passord-beskyttet, og kan derfor ikke gjenfinnes i referanselisten. Materialet er brukt etter avtale med Apotekforeningen, og ble lest av masterstudenten i april 2022.

kommunen, overtok etter hvert flere apotek ansvaret for koronavaksineringen i kommunen (Skreiberg, 2022).

2.14 Helseboka

«Helseboka» er en e-helsetjeneste utviklet av Helseapps AS. Både privatpersoner og helsepersonell kan benytte seg av tjenesten. For helsepersonell fungerer «Helseboka» som en plattform for samhandling med pasienter. Plattformen kan eksempelvis benyttes som et verktøy for timebestilling, og bidra til å gi en mer effektiv administrasjon for helsepersonell og andre behandlere. Samhandlingsplattformen gjør det mulig å samle pasienters diagnostikk, helsedata og oppfølging, på ett og samme sted, noe som kan være til fordel for både helsepersonellet og pasientene selv. Etter at den første versjonen av «Helseboka» ble lansert i 2019, har nå over hundre av landets kommuner, alle apotekkjedene i Norge, flere sykehus, institusjoner og klinikker, og en rekke aktører i primærhelsetjenesten, valgt å benytte seg av «Helseboka» (Helseboka, u.å. a). Apotekene kan benytte seg av «Helseboka» for timebestilling, registrering og rapportering av helserelaterte data, til myndighetene. De tre store apotekkjedene Apotek 1, Vitusapotek og Boots Apotek, har valgt å benytte seg av «Helseboka» i forbindelse med vaksinerings (Helseboka, u.å. b).

2.15 Tidligere forskning og litteratur

I forbindelse med studien ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i PubMed, for å undersøke hvilken kunnskap som allerede fantes på området. Søkeordene som ble brukt i søket og hvordan disse ble kombinert, er vist i vedlegg 9. Søket ble strukturert ved hjelp av PICo, og publiseringskanalene til den utvalgte litteraturen ble vurdert i Register over vitenskapelige publiseringskanaler, for å sikre at publiseringskanalene var regnet som vitenskapelige (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). På det tidspunktet det systematiske litteratursøket ble gjennomført, var det ikke særlig mye litteratur som viste seg å være direkte relevant for oppgavens problemstilling. Det ble valgt å bruke 3 av de studiene som ble funnet i søket, i det videre arbeidet med oppgaven. I de påfølgende avsnittene følger en kort presentasjon av de aktuelle studiene.

En av studiene som det ble valgt å inkludere i det videre arbeidet med oppgaven, var en amerikansk studie fra 2021, som fokuserte på farmasøyter i Mississippi. I denne studien ble det blant annet sett på barrierer knyttet til covid-19-vaksinering. Farmasøytene i studien ga uttrykk for at pasientenes villighet til å la seg vaksinere, tidsbegrensninger, og bemanning, var de sterkeste barrierene for covid-19-vaksinering. Forskrifter for regulering av farmasøytens praksis, farmasøytens mangel på kunnskap om covid-19-vaksinering, og motstand blant personalet, ble ansett som de minst utfordrende barrierene å overkomme. I studien ble det gjennomført en tematisk analyse av farmasøytens kommentarer om covid-19-vaksinering i apotek. I analysen ble 3 hovedtemaer identifisert: «Logistiske barrierer», «Vaksineskepsis» og «Treg distribusjon av covid-19-vaksiner til primærapotek». Innenfor hovedtemaet «Logistiske barrierer», ble det videre identifisert 3 undertema: «Bemanningsproblemer», «Frykt for å måtte kaste vaksinedoser», og «Dokumentasjon, eller regulatoriske krav». Av 233

responderende farmasøyter, ga de fleste uttrykk for at de jobbet i primærapotek (n = 157, 67.4%). I studiens konklusjon argumenteres det for at bruk av apotekteknikere i administrering av vaksiner, dokumentering og fakturering, muligens kan redusere omfanget av logistiske barrierer som er knyttet til administrering av covid-19-vaksiner, og på den måten øke kapasiteten til å vaksinere mot covid-19 (Gravlee et al., 2021).

I litteratursøket ble det også funnet en artikkel av Jarab et al. (2022), der det hadde blitt gjennomført en spørreundersøkelse, som inkluderte farmasøyter fra primærapotek i Jordan. Datamaterialet som studien bygger på, ble innhentet i 2021. Hensikten med studien, var å vurdere farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19 og andre infeksjonssykdommer. Målet med studien var i tillegg å undersøke barrierer for å tilby koronavaksinering i primærapotek. Av de totalt 201 farmasøytene som deltok i studien, ble det funnet at 86,6% av farmasøytene hadde en høy grad av villighet til å drive med vaksinering. Til tross for den høye villigheten til å vaksinere, ble det funnet at flere barrierer var tilstede. Mangel på autorisasjon (91,6%), mangel på samarbeid med annet helsepersonell (85,6%), og mangel på lagringsplass (74,1%), ble funnet å være de vanligste barrierene for å kunne tilby koronavaksinering. Mer enn halvparten av farmasøytene indikerte mangel på kontinuerlig opplæring og workshops (53,2%), mangel på tid (55,7%), mangel på privat område for å sette vaksinen (56,8%), og mangel på refusjon (61,1%), som ytterligere barrierer. Det må nevnes at farmasøytene i Jordan ikke var autorisert til å kunne tilby vaksineringstjenesten, på det tidspunktet studien ble gjennomført (Jarab et al., 2022).

Det ble valgt å også inkludere en studie av Merks et al. (2021), i det videre arbeidet med oppgaven. Studien ble gjennomført i perioden februar til august 2020, og totalt 1777 farmasøyter ansatt i polske primærapotek, var inkludert i studien. Målet med studien til Merks et al. (2021) var å vurdere hvor forberedt og villige farmasøytene i studien, var til å administrere vaksiner i polske primærapotek. I studien ble det sett på 2 ulike grupper av farmasøyter: 1) Farmasøyter som hadde deltatt på kurs og fått opplæring i vaksinering gjennom prosjektet «Pharmacists Without Borders», og 2) Farmasøyter som ikke hadde deltatt på de aktuelle kursene. I tillegg til å vurdere hvor forberedt og villige de 2 gruppene av farmasøyter var til å administrere vaksiner, var det også ønskelig å identifisere eventuelle barrierer for implementeringen av en vaksinetjeneste i apotekene, samt faktorer som er nødvendige for implementeringen av denne typen farmasøytiske tjenester i Polen. Av de 1777 deltakende farmasøytene, var det 127 (7,1%) som hadde fått opplæring i vaksinering gjennom prosjektet «Pharmacists Without Borders». I studien ble det blant annet funnet at de farmasøytene som hadde fått opplæring gjennom prosjektet, var mer forberedt på, og mer rede til å skulle tilby vaksineringstjenester, enn de som ikke hadde fått den aktuelle opplæringen. Det ble i tillegg funnet at de farmasøytene som ikke hadde deltatt på de aktuelle kursene i «Pharmacists Without Borders», var mer tilbøyelige til å se mulige barrierer knyttet til vaksinering i apotek (Merks et al., 2021).

3 Metode

I denne delen av oppgaven er det gjort rede for fremgangsmåten som ble brukt i arbeidet med å besvare problemstillingen. Først presenteres valg av metode. Videre omtales studiens utvalgsstrategi, og rekrutteringen av intervjupersoner til studien. Deretter omtales gjennomføringen av intervju. Videre presenteres transkriberingen og analysen av datamaterialet, før forskningsetiske hensyn og personvern omtales i slutten av kapitlet.

3.1 Valg av metode

3.1.1 Kvalitativ forskningsmetode

I tilfeller hvor det er ønskelig å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter ved ulike fenomener, vil det kunne være hensiktsmessig å benytte en kvalitativ metode som forskningsstrategi. Kvalitative forskningsmetoder er godt egnet i situasjoner hvor det er ønskelig å få vite mer om menneskers erfaringer, holdninger, tanker og opplevelser. I motsetning til kvantitative metoder hvor datamaterialet foreligger som tall, består det kvalitative datamaterialet av tekst. Det tekstbaserte datamaterialet kan være basert på samtaler eller observasjoner (Malterud, 2017). Som omtalt i Malterud (2017) finnes det flere ulike strategier for innsamling av kvalitative data. Ved bruk av kvalitative intervju kan forskeren stille åpne spørsmål, som kan stimulere intervjupersonene til å dele sine erfaringer. I denne studien var hensikten å undersøke hvilke erfaringer farmasøyter har med koronavaksinering i apotek. Som angitt i Malterud (2017) er det oppgavens problemstilling som avgjør valg av forskningsmetode. I denne studien ble det derfor ansett som mest hensiktsmessig å benytte en kvalitativ forskningsmetode med intervju, for å belyse studiens problemstilling. Intervjuene ble gjennomført i 2 runder, og totalt 13 farmasøyter ble intervjuet. De 6 første intervjuene ble gjennomført i slutten av oktober 2021. Videre ble de 7 resterende intervjuene, gjennomført i månedsskiftet november/desember samme år.

3.1.2 Semistrukturerte intervju

Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015) er forskningsintervjuet en profesjonell samtale, hvor kunnskap konstrueres i interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Til forskjell fra hverdagens spontane utveksling av meninger, vil intervjuene som benyttes i forskningssammenheng, gå dypere. Samtalen mellom de to partene har et bestemt formål, og er preget av en viss struktur. For intervjueren, som videre i dette avsnittet omtales som «forskeren», innebærer et forskningsintervju å stille spørsmål og lytte til det intervjupersonen sier, med den hensikt å innhente kunnskap som er etterprøvable. I forskningssammenheng blir ikke de to partene som deltar i intervjuet, ansett som likeverdige deltakere. Samtalen defineres og styres av forskeren, som i tillegg til å bestemme tema, også følger opp de svarene som gis av intervjupersonen, på en kritisk måte (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuer med enkeltpersoner, kalles av og til for semistrukturerte intervjuer (Malterud, 2017).

I forbindelse med gjennomføringen av dette forskningsprosjektet, ble det valgt å benytte semistrukturerte intervjuer, for å innhente informasjon som kunne belyse studiens problemstilling. Et semistrukturert intervju har verken en fullstendig åpen eller lukket struktur, men kan sies å være en blanding av disse tilnærmingene. I gjennomføringen av denne typen intervju, tas det utgangspunkt i en intervjuguide som er utarbeidet i forkant av intervjuet. Intervjuguiden, som gjerne er laget i stikkordsform, inneholder tema og/eller forslag til spørsmål som kan stilles i intervjuet, og kan på mange måter fungere som en slags huskeliste for forskeren (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Det er viktig at de temaene og spørsmålene som forskeren velger å inkludere i intervjuguiden, dekker de mest sentrale områdene som skal belyses i studien (Dalen, 2011, s. 26). Et intervju skal som omtalt i Malterud (2017), ikke gjennomføres helt uten mål og mening.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide, som vist i vedlegg 4. Intervjuguiden ble brukt som et hjelpemiddel under intervjuene, for å minne masterstudenten på hvilke tema som skulle belyses i løpet av intervjuene. Bakgrunnsspørsmål, tema og hovedspørsmål, ble på forhånd fastsatt i intervjuguiden. Bakgrunnsspørsmål ble stilt for å tilegne seg bakgrunnsinformasjon om intervjupersonene, som videre kunne tenkes å være nyttig i forbindelse med den påfølgende analysen av datamaterialet. Som vist av vedlegg 4, ble intervjuguiden strukturert med bakgrunn i de to temaene: «Vaksiner og vaksinerings», og «Koronavaksinerings i apotek». Spørsmålene ble forsøkt formulert på en slik måte, at intervjupersonene ble stimulert til å snakke mest mulig fritt om temaet. Dette ble gjort ved å bruke åpne spørsmål, samtidig som at det ble forsøkt å unngå ja/nei-spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble stilt med utgangspunkt i det intervjupersonene sa, der hvor det ble ansett som hensiktsmessig. Oppfølgingsspørsmålene ble ikke fastsatt i intervjuguiden i forkant av intervjuene. Det ble forsøkt å unngå å lage en altfor detaljert intervjuguide, siden formålet var å innhente informasjon, om noe som på forhånd var relativt ukjent for masterstudenten. Som angitt i Malterud (2017) bør det unngås å ha en for detaljert intervjuguide, i situasjoner hvor det er ønskelig at samtalen åpner opp for nye spørsmål som kan være av relevans for problemstillingen. I slike situasjoner anbefales det av samme grunn, å ikke tilstrebe å følge intervjuguiden slavisk (Malterud, 2017).

3.2 Utvalgsstrategi og rekruttering av intervjupersoner

Utvelgelsen av intervjupersoner til studien ble gjort på en strategisk måte, da det var ønskelig å inkludere de deltakerne som ble ansett som best egnet til å komme med relevant informasjon, til å besvare studiens problemstilling (Malterud, 2017). Da hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer farmasøyter har med koronavaksinerings i apotek, ble det ansett som mest hensiktsmessig å inkludere farmasøyter med et ansettelsesforhold i apotek som hadde bidratt i koronavaksinerings. På tidspunktet for datainnsamlingen, var det hovedsakelig apotek i Oslo som hadde bidratt i vaksinerings mot covid-19. Utvalget i studien er derfor hentet fra ulike apotek i Oslo kommune. Det var ønskelig å inkludere farmasøyter med erfaring omkring rekvirering og administrering av koronavaksine, men farmasøyter fra disse apotekene, og som ikke hadde erfaring med rekvirering og vaksinerings i det hele tatt, kunne også delta. Det ble valgt å ekskludere alt imellom, slik som for eksempel farmasøyter som kun hadde erfaring med influensavaksinerings. Apotek teknikere og andre apotekansatte ble også ekskludert fra studien.

For å få rekruttert intervjupersoner til studien, ble det etter anbefaling fra veileder, besluttet å kontakte en representant fra Apotekforeningen, som hadde hatt en sentral rolle tilknyttet koordineringen av koronavaksineringen i Oslo. Det ble sendt mail til representanten, med forespørsel om kontaktopplysninger til apotek eller farmasøyter som hadde bidratt i koronavaksineringen. Dette resulterte i at masterstudenten fikk tilsendt kontaktinformasjon til totalt 11 apotek i Oslo. Dette var ifølge representanten fra Apotekforeningen, de apotekene som hadde mest erfaring med koronavaksinering, og som det derfor ville være mest hensiktsmessig å kontakte. Siden søknaden til NSD (Norsk senter for forskningsdata) på daværende tidspunkt, enda ikke hadde blitt godkjent, ble det valgt å i første omgang, sende en mail med et forvarsel om studien til de aktuelle apotekene. Et forenklet informasjonsskriv ble vedlagt i denne mailen (se vedlegg 3). Tidspunkt for gjennomføring av intervju, ble avtalt etter at søknaden til NSD hadde blitt godkjent.

Det ble i runde 2 av rekrutteringen, sendt en ny mail til de apotekene som ikke hadde deltatt i første runde. Da svært få svarte på denne mailen, ble det valgt å kontakte de aktuelle apotekene via telefon. Et omtrentlig tidspunkt for gjennomføring av intervju, ble avtalt i telefonsamtalen. Når det gjelder utvelgelsen av de enkelte farmasøytene, var det lederne i de enkelte apotekene som foreslo, og spurte aktuelle farmasøyter i apoteket, om de kunne tenke seg å delta i intervju.

3.3 Intervju

3.3.1 Gjennomføring av pilotintervju

I Dalen (2011) påpekes det at det i forbindelse med kvalitative intervjustudier, alltid må gjennomføres minst ett prøveintervju. I denne studien ble det valgt å gjennomføre ett enkelt prøveintervju, som ble gjennomført i september 2021. Prøveintervjuet ga masterstudenten mulighet til å prøve seg som intervjuer, og masterstudenten fikk i tillegg anledning til å teste intervjuguiden (Dalen, 2011). En av fordelene med å gjennomføre slike prøveintervju, er at masterstudenten kan få tilbakemeldinger på utformingen av intervju spørsmålene, samt egen væremåte i intervjusituasjonen. Prøveintervjuet gir i tillegg anledning til å teste ut det tekniske utstyret (Dalen, 2011). I forbindelse med denne studien, ble det valgt å ikke ta lydopptak av prøveintervjuet. Det ble i stedet tatt notater på PC, mens intervjuet pågikk. Det presiseres at det tekniske utstyret ble testet før gjennomføringen av de påfølgende intervjuene, men at dette som nevnt ikke ble gjort i forbindelse med prøveintervjuet.

Som angitt i Dalen (2011) er det ofte ansett som nødvendig å redigere intervjuguiden i etterkant av prøveintervjuet, ettersom forskeren gjerne i løpet av slike pilotintervju, blir introdusert for nye og aktuelle temaer, som det er ønskelig å inkludere. Kanskje oppdager også forskeren at deler av spørsmålene inkludert i intervjuguiden, ikke er egnet til sitt formål, og derfor må omformuleres (Dalen, 2011). I forbindelse med denne studien ble det ikke gjort endringer i intervjuguiden i etterkant av prøveintervjuet. Da prøveintervjuet ble gjennomført med en farmasøyt som ikke hadde erfaring med koronavaksinering, og spørsmålene i intervjuguiden av denne grunn ble vinklet til å

handle om influensavaksinering, ble det ansett som lite hensiktsmessig å inkludere datamaterialet fra prøveintervjuet, i den påfølgende analysen.

3.3.2 Gjennomføring av intervju

En intervjusituasjon innebærer utveksling av informasjon. Samtidig vil intervjusituasjonen innebære en form for sosial samhandling, mellom de partene som deltar i samtalen. Ved innhenting av kvalitativt datamateriale som bygger på samtaler, er det viktig at forskeren er klar over hva som foregår mellom forskeren selv og intervjupersonen. Konteksten rundt samtalen vil nemlig danne en viktig ramme for utviklingen av kunnskap, og det er derfor viktig at forskeren er klar over hvilken betydning konteksten har, med tanke på tolkning av datamaterialet og studiens funn (Malterud, 2017). I Kvale & Brinkmann (2015) diskuteres intervjuet som kontekst for kunnskapsproduksjon. Konteksten kan påvirke hva forskeren og intervjupersonen sier og gjør, og deres posisjoner eller roller vil samtidig, på en gjensidig måte, kunne påvirke konteksten. Når det gjelder det ikke-menneskelige vil møbleringen, en eventuell lydopptaker, og det fysiske miljøet rundt, også kunne spille en rolle for kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 114-131). I boken til Kvale & Brinkmann (2015) diskuteres det videre hvordan man kan eksperimentere med arrangementen av intervjuets kontekst, men det påpekes at konteksten bør arrangeres på en slik måte at den kan føre til den kunnskapsproduksjonen som faktisk er ønsket (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 130-131). I forbindelse med denne studien ble det valgt å gjennomføre intervjuene i møte- eller pauserom, på intervjupersonenes arbeidssted, i arbeidstiden. Bakgrunnen for valget, var tanken om at det å gjennomføre intervjuene på farmasøytens arbeidsplass, i større grad kunne skape en trygg atmosfære og kontekst for farmasøytene, ved at farmasøytene fikk være på et kjent sted, når intervjusettingen ellers kunne være ukjent. Valget kan i tillegg begrunnes med masterstudentens ønske, om å i størst mulig grad møte farmasøytene i deres rolle som farmasøyter, og ikke som privatpersoner. Masterstudenten ville med andre ord, unngå en forskyvning av rollene.

I Dalen (2011) omtales viktigheten av å ta vare på intervjupersonenes egne uttalelser. Ved gjennomføring av kvalitative intervju anbefales det derfor å bruke teknisk utstyr for å ta opptak av intervjuene (Dalen, 2011). I forbindelse med denne studien ble det valgt å ta lydopptak ved hjelp av en diktafon. Til tross for at lydopptak egner seg godt i situasjoner hvor det kvalitative datamaterialet hentes fra samtaler, er det bare de språklige og nærspråklige elementene av samtalen, som fanges opp på lydopptaket (Malterud, 2017, s. 73). Nonverbal kommunikasjon, slik som for eksempel intervjupersonenes kroppsholdning, kommer ikke med på lydopptaket (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205; Malterud, 2017, s. 73). Som omtalt i Malterud (2017) kan det også være nyttig å ta notater fra intervjuet, som i ettertid kan fungere som et supplement til selve lydopptaket. I forbindelse med denne studien valgte masterstudenten å ta notater i etterkant av intervjuene, for å unngå å forstyrre intervjusamtalen. Dersom oppmerksomheten til masterstudenten rettes mot notatene, kan dette potensielt sett gå på bekostning av masterstudentens interaksjon med deltakeren, og forstyrre samtalen (Malterud, 2017). De notatene som masterstudenten tok, var basert på masterstudentens egne refleksjoner omkring intervjusituasjonen. Inntrykk som potensielt sett kunne være nyttig for det videre arbeidet med datamaterialet, ble skrevet ned. Inntrykkene kunne eksempelvis være knyttet til

intervjupersonenes kroppsspråk og gester. Ideer til nye spørsmål og vendinger, ble også skrevet ned.

Som omtalt i Malterud (2017) kjennetegnes den kvalitative forskningsprosessen av fleksibilitet. Forskerens møte med feltet, og den nærheten forskeren etter hvert får til datamaterialet, kan bidra til å gi en mer fokusert problemstilling. Forskeren kan altså dra nytte av de erfaringene som kommer til underveis i prosessen med datainnsamling, og med utgangspunkt i dette endre kursen i prosjektet. Dette er noe man som forsker, både har rett og plikt til å gjøre (Malterud, 2017, s. 76). Det var på bakgrunn av dette, at masterstudenten i denne studien, valgte å ta notater i etterkant av intervjuene, samt gjennomføre intervjuene i 2 runder.

3.4 Transkribering og videre behandling av datamaterialet

3.4.1 Transkribering

For å gjøre intervjuene tilgjengelig for analyse, ble intervjusamtalene i transkripsjonsprosessen, transformert fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-207). Intervjuene ble som tidligere nevnt, registrert ved hjelp av en diktafon. Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015) kan lydopptakene overføres til en datamaskin, for avspilling og transkribering av intervjuene i et tekstbehandlingsprogram. I transkriberingen av datamaterialet, fra lydopptak til tekstform, valgte masterstudenten å benytte seg av avspillingsfunksjonen i multimedie-avspillingsprogrammet iTunes. Tekstbehandlingsprogrammet Microsoft Word, ble også benyttet i transkriberingen. Når det gjelder transformasjon av lydopptak fra muntlig til skriftlig form, er det en rekke valg som må tas (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Kvale & Brinkmann (2015), er det ingen uttalt korrekt måte å gjennomføre denne transformasjonen på. En forsker bør heller spørre seg selv, hvilken prosedyre som er mest nyttig i forbindelse med den aktuelle forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). I forbindelse med denne studien valgte masterstudenten å transkribere intervjupersonenes uttalelser ordrett, som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015). Det ble i tillegg valgt å inkludere pauser, latter og endringer i intervjupersonenes intonasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Masterstudenten besluttet å inkludere disse elementene, da de potensielt sett kunne være av betydning for den videre analysen av datamaterialet. Til tross for at masterstudenten ønsket å tilstrebe en ordrett transkribering av lydopptakene, besluttet masterstudenten å forsiktig redigere teksten underveis i transkriberingen, der det ble ansett som nødvendig for å redusere risikoen for latterliggjøring av intervjupersonenes uttrykk (Malterud, 2017, s. 78). Siden flere av intervjupersonene hadde særegne dialekter, eller snakket noe gebrokkent, valgte masterstudenten å transkribere intervjuene på bokmål.

Som omtalt i Dalen (2011), er det viktig at forskeren grundig sjekker transkriptene opp imot lydopptakene fra intervjusamtalene. Ved uklarheter i transkriptene, hørte masterstudenten gjennom lydopptakene på nytt, for å få oppklart hva intervjupersonene faktisk hadde sagt. I transkriberingsprosessen ble i tillegg ord og uttrykk som stammet fra andre språk enn det norske, forsøkt oversatt og slått opp i ordbøker, der hvor dette ble ansett som nødvendig, for å forstå sammenhengen i det intervjupersonene sa.

Redigeringen som ble gjort på bakgrunn av dette, ble gjort med forsiktighet, for å på best mulig måte, prøve å bevare meningsinnholdet i det intervjupersonene hadde sagt.

For å bli bedre kjent med datamaterialet og øke nærheten til transkriptene, valgte masterstudenten å gjennomføre transkriberingen på egenhånd (Dalen, 2011, s. 58). En slik nærhet til transkriptene, kan ifølge Dalen (2011) bidra til å styrke den fremtidige analysen av datamaterialet. Det ble forsøkt å transkribere intervjuene så raskt som mulig etter gjennomføring, da dette, som angitt i Dalen (2011), kan være fordelaktig. Når det gjelder å gjengi intervjupersonenes uttalelser, kan en umiddelbar transkribering gi masterstudenten bedre muligheter, til å komme med en god gjengivelse av det intervjupersonene faktisk sa (Dalen, 2011, s. 58). Videre ble det av etiske hensyn, valgt å anonymisere datamaterialet direkte, i overgangen fra lyd til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

3.4.2 Analyse

I analysen av datamaterialet ble det valgt å ta utgangspunkt i Malterud (2017) sin prosedyre, for systematisk tekstkondensering (STC). Den kvalitative analysemetoden, kan benyttes når hensikten er å gjennomføre en tematisk tverrgående analyse, av datamaterialet i kvalitative studier. Masterstudenten valgte å benytte seg av systematisk tekstkondensering som analysemetode, da metoden som omtalt i Malterud (2017), er spesielt godt egnet for nybegynnere på feltet. Bruk av metoden stiller i liten grad krav til masterstudenten når det gjelder kunnskap om filosofisk bakgrunn, og kvalitative metodetradisjoner. Litteraturens grundige beskrivelse av metodens fire analysetrinn, argumenterte også for bruk av metoden (Malterud, 2017). I de påfølgende avsnittene, presenterer masterstudenten hvordan den kvalitative analysen ble gjennomført.

Trinn 1 – Gjennomlesing for å finne foreløpige temaer

I trinn 1 var hensikten å få oversikt over datamaterialet. Masterstudenten leste transkriptene fra et fugleperspektiv, for å få et helhetsinntrykk av materialet. For å holde seg åpen for alle mulige inntrykk som teksten potensielt sett kunne formidle, ble masterstudentens forforståelse, forsøkt satt i parentes. Det ble samtidig forsøkt å ha problemstillingen i bakhodet. Grunnet datamaterialets omfang, ble det besluttet å ta notater underveis i lesingen. Etter gjennomlesingen av transkriptene, gjorde masterstudenten et forsøk på å oppsummere alle inntrykk. En rekke stikkord om datamaterialets innhold, ble skrevet ned. Masterstudenten valgte med utgangspunkt i disse stikkordene ut foreløpige tema, som kunne fortelle noe om farmasøytene erfaringer med koronavaksinering i apotek.

Trinn 2 – Identifisering og sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper

I trinn 2 av analysen ble de foreløpige temaene som ble funnet i trinn 1, diskutert med veileder, som også hadde lest transkriptene. Dette førte til reformulering og revidering av de foreløpige temaene, og dannet videre opphav til kodegrupper. Med de foreløpige temaene i bakhodet ble transkriptene gjennomgått, linje for linje, for å markere meningsbærende enheter som kunne fortelle noe om de gitte temaene, og som kunne

bidra til å besvare problemstillingen. På denne måten ble relevant tekst, skilt fra irrelevant tekst. Samtidig som at transkriptene ble gjennomgått for å markere meningsbærende enheter, ble det også forsøkt å sortere eller systematisere de meningsbærende enhetene, i de gitte kodegruppene. I dette arbeidet ble det brukt forskjellige koder eller «merkelapper», og de ulike kodene fikk hver sin farge. Tekst som var av relevans, og som handlet om det samme, ble markert i samme farge. Kodearbeidet ble gjennomført manuelt med utskrift av transkriptene, og de meningsbærende enhetene ble markert ved hjelp av markeringstusjer, i ulike farger. «Gullsiter» fra intervjupersonene ble også markert underveis i kodearbeidet, slik at det skulle være lettere å finne tilbake til disse, i påfølgende analysetrinn. Når alle transkriptene var ferdig kodet, ble det brukt saks for å klippe ut de meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene ble videre sortert til riktig kodegruppe, etter farge.

Kodingsarbeidet ga masterstudenten større innsikt i datamaterialet. Dette gjorde at allerede eksisterende kodegrupper ble justert underveis i prosessen, og nye kodegrupper ble også dannet. Etableringen av nye koder krevde en ny gjennomgang av transkriptene, for å sikre at alle relevante meningsbærende enheter ble fanget opp. Flere av de allerede eksisterende kodegruppene ble etter hvert slått sammen, da det viste seg at de egentlig handlet om mye av det samme. Noen av kodegruppene ble til slutt fjernet, da det viste seg at innholdet i disse kodegruppene, kanskje ikke var så relevant for problemstillingen likevel. Det ble ført logg over hvilke endringer og justeringer som ble gjort underveis i kodingsprosessen, for å lettere kunne gå tilbake og reversere prosessen dersom dette var ønskelig. I prosedyren til Malterud (2017), står det at man gjerne kan vente til trinn 3, med å sortere innholdet i de ulike kodegruppene, i mindre undergrupper. I forbindelse med denne studien ble det valgt å gjøre dette som en del av kodeprosessen, da det var det som følte mest naturlig for masterstudenten. De enkelte kodegruppene ble systematisk gått gjennom, for å se hva de egentlig inneholdt. Da innholdet i den enkelte kodegruppen gjerne hadde flere nyanser, ga dette utgangspunkt for videre sortering av innholdet i 2-3 undergrupper. Underveis i kodearbeidet i trinn 2, forsøkte masterstudenten å reflektere litt omkring hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier, som lå til grunn for kodingen. Definisjoner for de ulike kodene, ble skrevet ned i prosjektloggen.

Trinn 3 – Kondensering

I trinn 3 av analysen ble alle de meningsbærende enhetene i samme undergruppe, gått gjennom på en systematisk måte, med den hensikt å trekke sammen innholdet til en lengre, sammenhengende tekst. I arbeidet med oppbyggingen av disse kondensatene, ble det tatt utgangspunkt i den rikeste og mest beskrivende tekstbiten i den gitte undergruppen, og bygd videre på denne. Bit for bit, ble i logisk rekkefølge sydd sammen, til det ikke var flere meningsbærende enheter igjen, i den aktuelle undergruppen. Kondensatene, som egentlig er kunstige sitater, ble skrevet i jeg-form. Samtidig ble det forsøkt å holde seg så tekstnær som mulig, for å ta vare på deltakernes opprinnelige ord og uttrykk. Der hvor flere tekstbiter sa cirka det samme, ble det valgt å inkludere den tekstbiten som ble ansett som best. Den systematiske gjennomgangen av de meningsbærende enhetene, førte til at tekstbiter ble flyttet mellom de ulike kodegruppene og undergruppene, da det etter hvert viste seg at de passet bedre inn

andre steder, enn der hvor de opprinnelig hadde blitt plassert. Det ble også valgt å ta noen av de meningsbærende enhetene ut av analysen, da det viste seg at de ikke var så relevante likevel, med tanke på oppgavens problemstilling. I kondenseringsprosessen ble det også valgt ut relevante «gullsiter» fra deltakerne, som kunne illustrere poenget i kondensatet som ble laget for de enkelte undergruppene. Kondenseringen ble gjennomført på denne måten, for alle kodegruppene undergrupper.

Trinn 4 – Syntese

I analysens fjerde og siste trinn, ble det laget en analytisk tekst for hver enkelt av undergruppene, innenfor de ulike kodegruppene. I dette arbeidet ble det tatt utgangspunkt i kondensatene fra trinn 3. For å gjenfortelle det intervjupersonene hadde sagt, ble de analytiske tekstene skrevet i tredjeperson. Etter etableringen av de analytiske tekstene, ble det foretatt en vurdering av hvorvidt de «gullsitatene» som hadde blitt valgt ut i trinn 3 av analysen, fortsatt var representative, og kunne gi en god illustrasjon av hovedpoenget i hver enkelt av de analytiske tekstene. De analytiske tekstene og de tilhørende «gullsitatene», dannet til sammen grunnlaget for resultatdelen av oppgaven. I dette siste analysetrinn, ble også resultatene rekontekstualisert opp imot det opprinnelige datamaterialet. I denne prosessen ble intervjutranskriptene gått gjennom på nytt, for å få en påminnelse om hva som faktisk ble sagt i intervjuene. Hensikten med rekontekstualiseringen var å undersøke hvorvidt det opprinnelige innholdet i intervjuene, hadde blitt bevart i oppgavens resultat.

3.5 Forskningsetiske hensyn

Som angitt i Malterud (2017) er det utarbeidet etiske standarder og lovverk, som har til hensikt å regulere forskning. Det overordnede formålet med bestemmelsene, er å beskytte forsøkspersoner mot skade og belastning, i forbindelse med deres deltakelse i forskningsprosjekter (Malterud, 2017).

Da forskningsprosjektet ville innebære behandling av personopplysninger, ble prosjektet ansett som meldepliktig til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. For å få en vurdering av den planlagte behandlingen av personopplysninger i prosjektet, ble det fylt ut og sendt inn et digitalt meldeskjema, med referansenummer 349157. Vedlegg 6 viser NSD sin vurdering av prosjektet, der institusjonen har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med personvernlovgivningen. Vurderingen fra NSD var en forutsetning for at datainnsamlingen kunne starte (Norsk senter for forskningsdata, u.å. a).

Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015), er hele forløpet i en intervjuundersøkelse preget av etiske problemstillinger, som forskeren bør ta hensyn til underveis i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Informert samtykke og konfidensialitet, er 2 områder som tradisjonelt sett blir diskutert i etiske retningslinjer for forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102). Før oppstart av det enkelte intervju og igangsetting av lydopptakeren, fikk deltakerne utdelt et informasjonsskriv som masterstudenten hadde utarbeidet på forhånd (se vedlegg 1). Hensikten med

informasjonsskrivet var å gi intervjupersonene tilstrekkelig informasjon, om hva en deltakelse i forskningsprosjektet ville innebære. Som angitt i forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora, er det en hovedregel at deltakere i forskningsprosjekter skal informeres om prosjektet, og samtykke til deltakelsen i den aktuelle forskningen. For å bidra til en tydeliggjøring av ansvaret til forskeren, og samtidig verne om rettighetene til intervjupersonene, bør det forskningsetiske samtykket kunne dokumenteres. I forbindelse med denne studien, ble dette ivaretatt via en samtykkeerklæring som muliggjorde en skriftlig dokumentasjon av samtykket til intervjupersonene (se vedlegg 2) (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Det ble i utarbeidelsen av informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen, tatt utgangspunkt i malen på sidene til NSD (Norsk senter for forskningsdata, u.å. b).

Når det gjelder informasjonen til forskningsdeltakerne, skal denne blant annet inneholde opplysninger om hvordan datamaterialet skal behandles, lagres og brukes, og vilkår for anonymisering og konfidensialitet, skal presiseres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Deltakere i forskningsprosjekter skal alltid opplyses om den tiltenkte bruken av eventuelle lydopptak, samt hvem som vil få tilgang til datamaterialet (Malterud, 2017, s. 214-215). Med konfidensialitet i forskningen, vises det til enigheten mellom forskeren og de som deltar i studien, med tanke på hva som kan gjøres med det innhentede datamaterialet. Som regel vil dette innebære at data som er private, og som kan bidra til å identifisere forskningsdeltakerne, ikke skal avsløres. Forskeren skal sørge for beskyttelse av intervjupersonenes privatliv, i situasjoner der utsagn fra private intervju skal inkluderes i rapporter, som det videre er meningen å offentliggjøre (Kvale & Brinkmann, 2015). Som omtalt i Malterud (2017), skal intervjupersonene kunne føle seg trygge på at anonymitet og personvern blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte, uten risiko for å bli gjenkjent. I denne studien ble det av hensyn til deltakernes privatliv, besluttet å overføre lydopptakene til en kryptert minnepinne for lagring. For å sikre deltakernes anonymitet, ble det videre besluttet å anonymisere datamaterialet direkte ved transformasjon av lydopptakene til skriftlig form. Det ble i dette arbeidet opprettet en kodeliste, der deltakerne fikk hver sin kode. For å unngå at uvedkommende skulle kunne gjenkjenne deltakerne, ble det valgt å oppbevare kodelisten atskilt fra det andre materialet. Dette da kodelisten inneholdt deltakernes kontaktopplysninger. For å opprette et fysisk skille til det øvrige materialet, ble kodelisten, samt deltakernes samtykkeerklæringer, oppbevart innelåst.

I tillegg til å være informert og dokumenterbart, skal det forskningsetiske samtykket være frivillig, og gis uten ytre press. Som vist av informasjonsskrivet (se vedlegg 1), fikk intervjupersonene informasjon om at det var frivillig å delta, og at de når som helst, uten å oppgi noen grunn, kunne trekke seg eller avstå fra studien, uten at dette ville få negative konsekvenser for den enkelte. Det er forskerens ansvar å sørge for at deltakerne er klar over dette. Et annet aspekt ved det forskningsetiske samtykket, er at det skal være utvetydig. Det vil si at deltakerne aktivt, og på en entydig måte, skal gi uttrykk for at de har lyst til å delta i det aktuelle forskningsprosjektet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

4 Resultat

I starten av dette kapitlet kommer først en kort beskrivelse av intervjupersonene. Tabell 2 viser en oversikt over karakteristika ved utvalget, presentert i form av gruppedata. Med utgangspunkt i problemstillingen, presenteres videre studiens hovedfunn. Resultatene er inndelt i hovedtema og undertema, som vist av tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over inndelingen av resultatene i hovedtema og undertema

Hovedtema:	Kreative løsninger	Organisering og frigjøring av ressurser	Et faglig givende og samfunnsmessig viktig oppdrag
Undertema:	Kasting av vaksinedoser	Arbeidsfordeling	Givende å bidra
	Avstandskrav	Helseboka	Faglig og arbeidsmessig givende
		Et skifte i arbeidsoppgaver	Synliggjøring

4.1 Beskrivelse av intervjupersonene

Totalt 13 apotekfarmasøyter ble inkludert i studien. Blant disse var det 3 menn og 10 kvinner. 3 av intervjupersonene hadde autorisasjon som reseptarfarmasøyt, 3 var provisorfarmasøyter, og 7 hadde en ledende stilling som bestyrer eller apoteker. Av de 13 farmasøytene, var det bare én farmasøyt som ikke hadde vaksinesertifisering. Intervjupersonene var ansatt ved totalt 9 ulike apotek i Oslo kommune. De 3 apotekkjedene Boots Apotek, Vitusapotek og Apotek 1 er representert i studien, og som vist av tabell 2, var én av farmasøytene ansatt ved et sykehusapotek.

Tabell 2: Karakteristika ved utvalget presentert i form av gruppedata

Karakteristika	Antall
Kjønn	
Menn	3
Kvinner	10
Alder	
20-34 år	3
35-49 år	7
50-64 år	3
Utdanning	
Bachelor/reseptarutdanning	5
Mastergrad/cand.pharm.	8
Yrkestittel	
Reseptarfarmasøyt	4
Provisorfarmasøyt	3
Bestyrer eller apoteker (lederstilling)	6
Antall år som farmasøyt	
1-10 år	4
11-20 år	4
21-30 år	4
31-40 år	1
Vaksinesertifisering	
Ja	12
Nei	1
Type apotek/apotekkjede	
Apotek 1	6
Vitusapotek	4
Boots Apotek	2
Sykehusapotek	1
Apotekets kundeareal	
Lite	5
Stort	7
Ukjent	1

4.2 Kreative løsninger

Farmasøytene ga uttrykk for at det hadde oppstått en del utfordringer i forbindelse med koronavaksineringen, og fortalte om hvordan de måtte finne løsninger på disse. Flere av deltakerne fortalte om hvordan de hadde tilpasset seg vaksinenes begrensede holdbarhet og avstandskravene som måtte overholdes.

4.2.1 Kasting av vaksinedoser

Flere av farmasøytene nevnte at det var veldig mye usikkerhet omkring hvem som skulle få vaksiner, prioriteringslisten, og hva de skulle gjøre med ekstradoser. En apoteker fortalte at dette var noe de hadde lyst til å gjøre riktig. For når de først hadde fått tilliten,

så ville de jo leve opp til forventningene. Mange av farmasøytene fortalte også at de var veldig nøye på å få brukt opp alle vaksinedosene, og at de syntes det var kjedelig å måtte kaste doser. Flere av farmasøytene poengterte at dette med tid og logistikk måtte være på plass. Et par av farmasøytene fortalte at de aldri kastet noen doser, siden de vaksinerte akkurat i den perioden hvor ingen av de på apoteket hadde blitt vaksinert, og at de derfor kunne bruke resterende doser på ansatte ved apoteket. Samtidig var det en del av deltakerne som nevnte at de til tider ikke hadde nok folk å vaksinere, til tross for at de hadde prøvd å rekruttere nye. Flere av deltakerne nevnte at det nærmest var sånn at de spurte tilfeldige kunder som kom inn i apoteket. En av apotekerne som deltok i studien fortalte at de også hadde sendt melding til blant annet regionsjefer, for å høre om det var noen som ville ha den ellefte («ekstra») dosen. Enkelte av farmasøytene fortalte at de hadde endt opp med å løpe rundt i Oslo for å rekruttere nye folk, når kunder avlyste eller var syke, og ikke kunne komme. Deltakerne var jevnt over enige om at dette hadde vært litt krevende, og nærmest kaotisk til tider. Som illustrert av sitatet under, og i teksten forøvrig, hadde farmasøytene mange kreative løsninger for å unngå å måtte kaste vaksinedoser:

«Så da sto vi igjen med én dose, og jeg visste ikke helt hva jeg skulle gjøre med den. Så da løp jeg over til butikken her borte i gaten, og ropte «Heisann, er det noen som trenger vaksine?». Hun i kassen trengte vaksine, og fikk komme og ta den» (Farmasøyt 12, apoteker).

4.2.2 Avstandskrav

Flere av farmasøytene som deltok i studien fortalte at det til tider kunne være utfordrende å opprettholde avstandskravene, og at dette var noe de tenkte mye på. En kvinnelig apoteker mente at det ikke var fysisk mulig å ha så mange sittende og vente i apoteket, gitt de gjeldende reglene om å holde avstand. Hun fortalte at plassen hvor kundene kunne sitte og vente, var mer begrensende enn hvor fort de kunne sette vaksine. Apotekeren mente videre, at lokalet i apotekene ikke er så godt egnet til å drive med koronavaksinering. Hun mente at det var bedre egnet på større vaksinasjonssentre, i hvertfall for massevaksinering. Videre mente apotekeren at apotekene heller burde bidra ved å sende vaksinatører til vaksinesentre, for å hjelpe til med vaksinering på steder hvor det er større plass, og flere kan sitte og vente. En annen apoteker fortalte derimot at det gikk fint å opprettholde 2 meter avstand, siden de hadde et veldig stort apotek. Hun påpekte at slettes ikke alle er så heldige å ha såpass stor plass, og at apotekerne generelt sett hadde vært veldig skeptiske til koronavaksineringen, nettopp på grunn av dette. En av apotekerne i studien, fortalte hvordan de løste utfordringene knyttet til de gjeldende avstandskravene:

«I begynnelsen var det jo veldig, veldig vanskelig for helt plutselig hadde vi avstandskrav. Vi hadde 2 meter, og 2 meter er dritvanskelig å få til. Så det vi gjorde var at vi åpnet tidligere for vaksinering. Da kunne vi «space» stoler, slik at vi visste at avstanden ble holdt. Helt plutselig ble det litt mer «relaxed» - vi hadde 1 meter, og da ble det litt enklere. Da kunne vi gjøre det i åpningstiden, men da i en veldig begrenset mengde, siden vi var nødt til å være veldig, veldig på avstanden» (Farmasøyt 12, apoteker).

4.3 Organisering og frigjøring av ressurser

Flere av farmasøytene fortalte om hvordan de hadde organisert koronavaksineringen, og påpekte i denne sammenhengen viktigheten av nok bemanning. Flere av deltakerne ga uttrykk for at timebestillingsprogrammet «Helseboka», hadde gjort det lettere å planlegge frigjøringen av ressurser til vaksineringen. Ifølge flere av farmasøytene, var riktignok koronavaksineringen en arbeidsoppgave som de hadde valgt å prioritere.

4.3.1 Arbeidsfordeling

Flere av farmasøytene som deltok i studien, poengterte at flere oppgaver førte til at man fikk mer å gjøre. Det var enighet blant flere av deltakerne om at koronavaksineringen gjerne tok litt lengre tid, og var mer arbeidskrevende enn for eksempel influensavaksinering. Flere nevnte at koronavaksineringen hadde påvirket logistikken og arbeidsfordelingen, men påpekte samtidig at det først og fremst var i starten at vaksineringen hadde påvirket disse tingene. Flere av farmasøytene fortalte at de hadde funnet en veldig fin måte å gjøre det på, når de først hadde kommet inn i det. Et par av farmasøytene fortalte at de hadde prøvd å delegere litt ansvar, for hvem som skulle sette vaksiner de gitte dagene. Da hadde det fungert veldig greit, og en av farmasøytene fortalte at det nærmest ble som et slags samlebåndsprinsipp. En annen farmasøyt fortalte at de nærmest hadde etablert en egen avdeling i apoteket, med egen kasse til koronavaksineringen, og at resten hadde fungert som normalt. De fleste farmasøytene påpekte at bemanningen hadde vært viktig i perioden med koronavaksinering. Vaksineringen gjorde at flere apotek fikk behov for litt ekstra personale, når de skulle kombinere vaksineringen med de vanlige arbeidsoppgavene. Et par av deltakerne nevnte at de trolig hadde fått flere kunder i denne perioden, og en av farmasøytene påpekte at ansatte som ikke drev med vaksinering, gjerne hadde fått mer jobb knyttet til ekspedering av kunder. Som en av deltakerne uttalte, hadde disse fått «pushet» mye kunder. Flere av farmasøytene la vekt på at det er viktig at det er nok folk til å gjennomføre de andre oppgavene i apoteket.

«Hvis vi er nok folk og kan sette én person til å gjøre det, så går det ganske greit. Men hvis vi for eksempel er for få mennesker og alle gjør litt av alt, så blir det jo veldig oppstykket, og man må være litt her og litt der, og litt armer og bein, og sånne ting» (Farmasøyt 3, provisorfarmasøyt).

4.3.2 Helseboka

Mange av farmasøytene skrøt av timebestillingsprogrammet «Helseboka», og fortalte at programmet hjalp dem med å holde oversikt. Timebestillingsprogrammet gjorde at de til enhver tid visste hvem som kom og når. Siden vaksinene kom i flerdosehetteglass og hadde begrenset holdbarhet etter åpning, måtte farmasøytene planlegge åpningen av hetteglassene. Flere av farmasøytene sa at «Helseboka» hadde gjort det lettere å planlegge åpningen av hetteglassene, siden timebestillingsprogrammet hadde gjort det mulig å sette opp timene slik at det gikk opp med antall doser i hetteglassene. Et par av farmasøytene ga i tillegg uttrykk for at «Helseboka» hadde vært nyttig med tanke på organisering og ressursbruk. En av farmasøytene fortalte at de hadde vaksinert tre dager i uken, siden det var det som passet best med bemanningsplanen de hadde på apoteket. En annen farmasøyt fortalte at de ikke orket å sette opp 20 timer, hvis de var klar over

at de var for få på jobb den aktuelle dagen. Hun påpekte at man på denne måten kunne kontrollere det litt selv. Som illustrert i sitatet under, ga flere av farmasøytene uttrykk for at timebestillingsprogrammet var noe av det som gjorde det praktisk mulig å få gjennomført koronavaksineringsen.

«Det har jo vært et støymoment ekstra, men i motsetning til annen vaksinerings som gjerne blir tatt som drop-in, så kunne man jo planlegge. Og da visste man hva man skulle sette av av ressurser til enhver tid. Så hvis man var flink nok - og det burde man kunne greie, og hadde ressursene der og da, til den tiden de trengtes, så var ikke det noe problematisk» (Farmasøyt 5, apoteker).

4.3.3 Et skifte i arbeidsoppgaver

De færreste av farmasøytene så på perioden med koronavaksineringsen som en problematisk tid. Et par av farmasøytene mente at det egentlig bare hadde vært et slags skifte i arbeidsoppgavene. Mange nevnte at vaksineringsen hadde blitt en del av jobben, og at det i likhet med de andre arbeidsoppgavene, bare var en jobb som måtte gjøres. De fleste av farmasøytene syntes ikke at koronavaksineringsen hadde gått noe særlig utover de andre oppgavene i apoteket. Flere av farmasøytene fortalte at dette var noe de var litt stresset over i begynnelsen, og at de i starten var veldig spente på hvordan det skulle gå. Et par av farmasøytene påpekte at de vanlige kundene, noen ganger kanskje måtte vente litt lenger i perioden med koronavaksineringsen. En annen av farmasøytene mente samtidig at det ikke hadde gått utover andre ting, slik som for eksempel forsendelser. Flere av farmasøytene var enige om at koronavaksineringsen heller hadde kommet i tillegg til de andre oppgavene. Ifølge en av apotekerne som deltok i studien hadde koronavaksineringsen tatt litt plass i en periode, men apotekeren påpekte samtidig at vaksineringsen ikke hadde gått på bekostning av de andre, mer kritiske oppgavene. Videre fortalte apotekeren at de sikkert måtte nedprioritere en del administrative oppgaver, men at vaksineringsen ikke hadde gått noe utover disse. Ifølge henne, hadde disse oppgavene bare blitt gjennomført på et litt senere tidspunkt. Under intervjuene ga flere av farmasøytene uttrykk for at koronavaksineringsen var en arbeidsoppgave som de hadde valgt å prioritere. En av apotekerne i studien poengterte at man kanskje ikke rekker å gjøre alt som man burde ha rukket, men at man hele tiden må jobbe med å løfte frem det viktigste. Farmasøytene ga jevnt over uttrykk for at det er rom for å drive med koronavaksineringsen i apotekene, som illustrert av sitatet under:

«Det virker som at det var et tomrom, som det har fylt. Det virker som at det var plass til det. Det visste vi ikke fra før» (Farmasøyt 8, apoteker).

4.4 Et faglig givende og samfunnsmessig viktig oppdrag

Farmasøytene syntes det var givende å få være med og bidra til at befolkningen ble vaksinert mot covid-19. De erfarte i tillegg at vaksineringsen var et positivt tilskudd i arbeidshverdagen på apoteket. Flere av farmasøytene hadde dessuten inntrykk av at koronavaksineringsen hadde bidratt til å øke befolkningens bevissthet om farmasøytens kompetanse, og mente på bakgrunn av dette, at vaksineringsen hadde fungert som god reklame for profesjonen.

4.4.1 Givende å bidra

Det var bred enighet blant farmasøytene om at koronavaksineringsen hadde vært en positiv erfaring, og flere fortalte at de var veldig glade for at de hadde fått være med på vaksineringsen. Flere av farmasøytene påpekte at det var fint å bidra til å få vaksinert befolkningen raskere, i en slik krisesituasjon. Flere av deltakerne ga også uttrykk for at de kanskje hadde følt seg litt mer viktig, enn det de følte før. Mange av deltakerne fortalte at de var stolte over den jobben de hadde gjort, og erfarte selv at de hadde vært en ressurs. Flere følte at de gjorde en ordentlig samfunnsnytte når de vaksinerte folk mot covid-19, og en av farmasøytene påpekte at det var veldig godt å gå hjem fra jobb, og føle at man hadde gjort noe nyttig. En av deltakerne i studien fortalte dessuten at det å hjelpe til med koronavaksineringsen hadde gitt henne mye glede, siden hver eneste dråpe av vaksinen var så etterlengtet.

«Det var godt å føle at man faktisk fikk gjort noe. For som regel så er det jo bare sånn at man ikke gjør noen ting. Du bare holder deg unna alt og alle. Så jeg synes det var fint å gjøre noe aktivt» (Farmasøyt 1, reseptarfarmasøyt).

4.4.2 Faglig og arbeidsmessig givende

Flere av farmasøytene som deltok i studien syntes den nye arbeidsoppgaven var veldig spennende. En av farmasøytene fortalte at de fikk være med hele veien ifra de første spørsmålene kom, mens Apotekforeningen drev og utviklet tjenestemanualen. Hun fortalte videre at de også var med og drøftet prosessen på Teams-møter. Det syntes hun var veldig spennende. Flere av farmasøytene påpekte at det er fint å få noe annet å gjøre i en hverdag med masse resepter. Flere nevnte at vaksineringsen gjorde at det ble en litt mer variert hverdag, noe de syntes var positivt. Det ble på en måte et slags avbrekk i hverdagen. En av deltakerne fortalte at hun synes det er spennende å kunne gjøre noe nytt, etter å ha jobbet såpass mange år i apotek. Det ga henne ny motivasjon i jobben. Ifølge farmasøytene på sykehusapoteket, hadde de ikke holdt på med vaksineringsen i så mange år, men hun fortalte at de nå ønsket å utvide, siden de hadde sett at vaksineringsen var en hyggelig ting. Flere av farmasøytene som deltok i studien, nevnte også at det var fint å samarbeide om koronavaksineringsen, og en av apotekerne i studien fortalte at koronavaksineringsen hadde vært med på å gi en god team-følelse. Da skjønnte de ansatte som ikke vaksinerte, at de måtte gjøre mer av andre ting. Farmasøytene stilte seg positive til å skulle fortsette med koronavaksineringsen, og flere av deltakerne hadde et håp om at de skulle få bidra enda mer. En av farmasøytene som deltok i studien sa:

«Siste dagen var det nesten litt sånn vemodig» (Farmasøyt 1, reseptarfarmasøyt).

4.4.3 Synliggjøring

Flere av farmasøytene mente at perioden med koronavaksineringsen i apotek, kanskje kan ha ført til et endret syn på farmasøytene som yrkesgruppe, og flere mente også at kommunen nå kanskje hadde skjønnt at de kan benytte seg av farmasøytene til sånne ting. En av apotekerne som deltok i studien mente at koronavaksineringsen hadde gjort befolkningen og kundene i apoteket, veldig bevisste. Han erfarte at folk skjønnte at de kunne gå på apoteket for å få satt vaksine, og at det ble en slags generell bevissthet rundt dette, i apotekets nærområde. Dette hadde også, ifølge apotekeren, avspeilet seg på influensavaksinen som på daværende tidspunkt akkurat hadde kommet. Flere av

farmasøytene nevnte dessuten at de hadde fått gode tilbakemeldinger fra både leger og kunder, og også fra andre. En av farmasøytene fortalte at de allerede hadde fått spørsmål om når de skulle sette tredje dose. Flere erfarte dessuten at en del av de legene som gjerne hadde vært litt skeptiske til vaksinerings i apotek til å begynne med, nå hadde begynt å henvise pasientene sine til apoteket. En av deltakerne erfarte også at tiltroen til apotekene hadde blitt enda høyere, etter at de hadde begynt å bidra i koronavaksineringsen. Som illustrert av sitatet under, påpekte en av deltakerne i studien at vaksinetjenesten som tilbys i apotekene, potensielt sett kan bidra til en tydeligere helsepersonell-rolle og synliggjøring av farmasøytens kompetanse.

«Jeg tror mange ser på oss som butikkpersonale, mer enn som helsepersonell. Så med en gang du gjør dette her, så skjønner folk at her er det noen som kan noe om helse. Og vi får selvfølgelig mange andre spørsmål også, når vi først er der inne på informasjonsrommet og setter vaksiner. Så det er god reklame for oss som farmasøyter da, synes jeg» (Farmasøyt 4, bestyrer).

5 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet diskuteres et utvalg av studiens funn, opp imot allerede eksisterende forskning og litteratur. Masterstudentens egne synspunkter er også til en viss grad inkludert i drøftingen. I drøftingen av resultatene har masterstudenten tatt utgangspunkt i problemstillingen:

Farmasøyter som en ressurs under en pandemi: hvilke erfaringer har farmasøyter med koronavaksinering i apotek?

5.1 Farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19

Studiens funn viser at flere av farmasøytene syntes det var fint å bidra til å få vaksinert befolkningen raskere, i en slik krisesituasjon som det var. Resultatene viser i tillegg at flere av farmasøytene gjerne ville bidra enda mer. Disse funnene indikerer at farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19 var høy. Dette samsvarer med det som ble funnet i spørreundersøkelsen til Jarab et al. (2022), der 90,6% av de 201 deltakende farmasøytene, gjerne ville støtte helsetjenesten under pandemien, ved å administrere vaksiner til pasienter. Farmasøytene som deltok i studien til Jarab et al. (2022), var riktignok ikke autorisert til å tilby vaksineringstjenesten, på det tidspunktet studien ble gjennomført (Jarab et al., 2022). Antagelsen om farmasøytene villighet til å vaksinere, samsvarer også med nyere forskning, der faktorer som kunne legge til rette for at farmasøyter og apotek skulle kunne tilby ulike vaksineringstjenester, ble undersøkt. I de landene hvor farmasøytene hadde lov til å vaksinere, var farmasøytene ønske om å tilby vaksineringstjenester, den vanligste faktoren, også når det kom til covid-19-vaksinering (Bates et al., 2022). Farmasøytene tilsynelatende høye villighet til å bistå i koronavaksineringen, kan trolig forklares på flere måter.

For det første stilles det krav til at apotekfarmasøyter som skal vaksinere mot covid-19, må ha gjennomført og bestått den fastsatte opplæringen for administrering av koronavaksiner (jfr. vedlegg 8). Kunnskapen og de ferdighetene som de fleste av farmasøytene i denne studien har tilegnet seg gjennom den fastsatte opplæringen, har med stor sannsynlighet bidratt til at farmasøytene i større grad følte seg trygge på å skulle sette koronavaksiner. Det er nærliggende å tro at farmasøytene ferdigheter knyttet til førstehjelp og håndtering av akutte situasjoner (Apotekforeningen, arkivert materiale, u.å. a)³, virket betryggende for farmasøytene i en slik situasjon, der vaksiner på det tidspunktet ble gjennomført, bare hadde fått en betinget godkjenning, der langtidsdata om effekt og bivirkninger enda ikke var fullstendig klarlagt (Folkehelseinstituttet, 2022b; Statens legemiddelverk, 2021). En kunnskapsoppsummering viser at farmasøyter som har fått opplæring knyttet til vaksinering, er mer villige til å vaksinere enn de som ikke har fått opplæring (Burson et

³ Referansen er passord-beskyttet, og kan derfor ikke gjenfinnes i referanselisten. Materialet er brukt etter avtale med Apotekforeningen, og ble lest av masterstudenten i april 2022.

al., 2016). Det kan tenkes at den fastsatte opplæringen som flesteparten av farmasøytene i denne studie hadde gjennomført, kan ha bidratt til å øke farmasøytenes villighet til å vaksinere. I en undersøkelse som så på faktorer som var viktige for farmasøyter og apotek med tanke på det å skulle tilby covid-19-vaksinering, var dessuten tilgangen på opplæring og trening, en av de høyest rangerte faktorene (Bates et al., 2022).

Videre kan det tenkes at farmasøytene høye villighet kan knyttes til smitteutbruddets omfang, de alvorlige konsekvensene av utbruddet, og nedstengingen av samfunnet (Tjade, 2021, s. 42-43). Nedstengingen av samfunnet gjorde at pandemien angikk oss alle, også farmasøytene - både i deres rolle som farmasøyter, men også som privatpersoner. Det kan derfor tenkes at farmasøytene villighet til å vaksinere, også til en viss grad kan knyttes til et ønske om å få gjenåpnet samfunnet og komme tilbake til normalitet, så raskt som mulig. Under smitteutbruddet fikk dessuten pandemien svært stor oppmerksomhet i media, og befolkningen ble bedt om å begrense den sosiale kontakten med andre personer (Helsedirektoratet, 2022). Det kan også tenkes at det store fokuset på covid-19 og den nasjonale dugnaden som ble igangsatt, kan ha bidratt til å øke farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19.

Studiens funn viser at flere av farmasøytene syntes det var spennende å drive med koronavaksinering. Flere av farmasøytene erfarte også at det var fint å få noe annet å gjøre, i en hverdag med masse resepter. I tillegg var det flere av farmasøytene som nevnte at vaksinering bidro til å gi variasjon i arbeidshverdagen, noe som ifølge farmasøytene var positivt. I det store og hele indikerer funnene at farmasøytene erfarte at det var faglig og arbeidsmessig givende å drive med koronavaksinering, og at de var glade for å lære noe nytt og utvide den faglige horisonten. Dette samsvarer med det som ble funnet i en tidligere gjennomført intervjustudie, der farmasøytene rapporterte at vaksinering bidro til økt faglig tilfredshet (Gerges et al., 2017). I gjennomføringen av denne studien valgte masterstudenten å inkludere en farmasøyt som jobbet på et sykehusapotek. Ifølge denne farmasøyten hadde de ikke holdt på med vaksinering i så mange år. Men som vist av studiens funn, fortalte farmasøyten at de nå ønsket å utvide vaksineringstjenesten i apoteket, siden de hadde sett at vaksinering var en hyggelig ting. Dette samsvarer med det som ble funnet i intervjustudien til Gerges et al. (2017), der en av farmasøytene hadde gitt uttrykk for at vaksinering var noe vedkommende likte å holde på med, og at farmasøyten videre hadde et håp om at vaksineringstjenesten kunne utvides til å også omhandle alle andre vaksiner, og ikke bare influensavaksiner (Gerges et al., 2017). Det at farmasøytene i denne studien erfarte at koronavaksineringen, og også vaksinering mer generelt, var et positivt tilskudd i apotekhverdagen, kan trolig ses i sammenheng med farmasøytene tilsynelatende høye villighet til å vaksinere mot covid-19.

Flere av farmasøytene som deltok i studien ga uttrykk for at koronavaksineringen som ble gjennomført i apotekene, kanskje kan ha endret synet på farmasøytene, og at vaksineringen muligens hadde bidratt til en større bevissthet omkring farmasøytene kompetanse. En av farmasøytene erfarte at tiltroen til apotekene hadde blitt høyere etter at de hadde begynt å bidra i koronavaksineringen, og flere erfarte at leger som i starten

hadde vært skeptiske til vaksiner i apotek, nå sendte pasientene sine til apoteket for å få satt vaksine. Funnene antyder at farmasøytene tidligere kanskje har hatt en oppfatning av at andre yrkesgrupper og befolkningen forøvrig, ikke har hatt spesielt stor tiltro til farmasøytene, eller vært klar over hvilken kompetanse farmasøytene faktisk har. I en kvalitativ studie gjennomført i Skottland, hadde deltakerne en formening om at farmasøyter primært sørger for å forsyne befolkningen med legemidler, og deltakernes bevissthet omkring farmasøytens utvidede rolle, var lav (Gidman et al., 2012). Masterstudentens antagelser om farmasøytens oppfatning, understøttes av denne studien. Det kan videre tenkes at oppfatningen om at befolkningen ikke vet hvilken kompetanse farmasøytene innehar, kan ha fungert som en motivasjon for farmasøytene, og at dette har bidratt til å gjøre farmasøytens villighet til å vaksinere, desto høyere.

Når mennesker er på jobb, foreligger det i hovedsak to grunnleggende behov hos mennesket: det å bli sett, og det å gjøre nytte for seg. Det å arbeide vil som regel være en kilde til mestring og god helse, dersom dette innfris (Hilt, 2017). Som vist av studiens funn fortalte mange av deltakerne at de var stolte over den jobben de hadde gjort, og mange av farmasøytene erfarte selv at de hadde vært en ressurs. Dette kan ses i sammenheng med en tidligere publisert kunnskapsoppsummering, som viser at implementering og utvidelse av vaksinasjonsprogram i primærapotek, generelt øker antall vaksiner administrert (Burson et al., 2016). Farmasøytens stolthet og mestringsfølelse kan trolig, til en viss grad, ses i sammenheng med det som ble funnet i Gerges et al. (2017), der en av farmasøytene uttrykte glede og stolthet, over å vite hvordan man vaksinere. Riktignok antydes det at farmasøytene som deltok i studien til Gerges et al. (2017), først og fremst hadde erfaring med influensavaksinering. Når det gjelder influensa, kommer influensaepidemien til Norge hvert eneste år, en gang i vinterhalvåret (Tjade, 2021, s. 42), og norske apotek tilbyr vaksiner mot influensa (Apotek 1, 2021; Boots Apotek, u.å. b; Vitusapotek, 2022). Til sammenligning med de årlige influensaepidemiene, der et større antall mennesker rammes av smitteutbruddene (Tjade, 2021), ble utbruddet av covid-19 erklært som en pandemi (Tjade, 2021, s. 43) siden spredningen av viruset var såpass stor, at store deler av verdens befolkning ble rammet (Tjade, 2021, s. 52). Selv om det er store variasjoner rundt om i verden, har covid-19, til sammenligning med sesonginfluensa, en høyere dødelighet (Johannessen, 2020). Med utgangspunkt i pandemiens omfang og dødeligheten av covid-19, kan det tenkes at det å administrere koronavaksine, til sammenligning med influensavaksinering, medførte en desto høyere grad av glede og stolthet hos farmasøytene. Som vist av studiens funn følte dessuten flere av deltakerne at de gjorde en ordentlig samfunnsnytte når de vaksinerte folk mot covid-19, og en av deltakerne påpekte at det var veldig godt å gå hjem fra jobb og føle at man hadde gjort noe nyttig. Med utgangspunkt i disse funnene, er det nærliggende å tro at farmasøytene kjente på en slags mestringsfølelse, i forbindelse med å ha bidratt i koronavaksineringen. For å oppsummere dette avsnittet kan man si at den mestringsfølelsen, gleden og stoltheten farmasøytene ser ut til å ha opplevd, muligens kan bidra til å forklare farmasøytens høye grad av villighet til å vaksinere mot covid-19.

Mennesker har som tidligere nevnt et behov for å bli sett når de er på jobb, og dersom dette innfris, er det å jobbe som regel en kilde til mestring (Hilt, 2017). Dette kan trolig ses i sammenheng med farmasøytens høye villighet til å drive med koronavaksinering.

Som vist av studiens funn, nevnte flere av farmasøytene at de hadde fått gode tilbakemeldinger i forbindelse med koronavaksineringen. I tillegg fortalte en av farmasøytene at de allerede, på det tidspunktet studien ble gjennomført, hadde fått spørsmål om når de skulle sette tredje dose. Flere av farmasøytene erfarte dessuten, at en del av de legene som gjerne hadde vært litt skeptiske til vaksinerings i apotek til å begynne med, nå hadde begynt å henvise pasientene sine til apoteket. En av deltakerne mente også at vaksinerings i apotek bidrar til å øke befolkningens bevissthet om at farmasøyter også er helsepersonell, og at det potensielt sett kan bidra til en synliggjøring av farmasøytens kompetanse. Det kan med bakgrunn i disse funnene antas at farmasøytene i perioden med koronavaksinerings, i større grad følte at de fikk anerkjennelse for kompetansen de innehar, og at de i større grad følte seg sett. Det at farmasøytene følte seg sett kan i teorien ha gitt farmasøytene en mestringfølelse, som videre kan bidra til å forklare farmasøytens tilsynelatende høye villighet til å drive med koronavaksinerings. Som vist av funnene hadde en av farmasøytene i studien, en antagelse om at mange ser på farmasøyter som butikkpersonale, mer enn som helsepersonell. Farmasøyten hadde en formening om at vaksinerings som gjennomføres i apotekene, bidrar til at folk i større grad forstår at farmasøytene også er helsepersonell, og faktisk kan noe om helse. Dette kan ses opp imot det som ble funnet i en tidligere gjennomført studie, der farmasøyter følte at det å vaksinere pasienter bidro til å øke pasientenes tillit til farmasøytene (Gerges et al., 2017). Farmasøyten i denne studien, mente videre at vaksinerings ga farmasøytene muligheter, til å i større grad vise hvilken kompetanse de innehar. Det kan tenkes at farmasøytens tilsynelatende høye villighet til å vaksinere mot covid-19, kan ses i sammenheng med disse funnene, og at farmasøytene i studien tildels så på koronavaksinerings som en gylden mulighet til å få økt befolkningens bevissthet, omkring hvilken kompetanse den farmasøytiske profesjonen innehar.

Farmasøytens tilsynelatende høye villighet til å vaksinere mot covid-19, kan muligens bidra til å forklare det at farmasøytene, til tross for ulike utfordringer, ikke opplevde perioden med koronavaksinerings som en problematisk tid. Dette kan ses i sammenheng med uttrykket «Man kan få til hva man vil, så lenge man vil det nok» (Sivertstøl, u.å.). Som studiens resultater antyder, kan det tenkes at farmasøytene hadde et brennende ønske, om å få bidra i arbeidet med å få kontroll over pandemien. I forbindelse med pandemien, ble det som tidligere nevnt, satt i gang en nasjonal dugnad, der hele befolkningen ble bedt om å delta (Helsedirektoratet, 2022). Muligens så farmasøytene på vaksinerings som deres bidrag inn i denne dugnaden. Det at farmasøytene hadde valgt å prioritere koronavaksinerings over de andre arbeidsoppgavene, indikerer dessuten at farmasøytene syntes vaksinerings var viktig.

5.2 Ikke en problematisk tid

I en tidligere gjennomført studie som fokuserte på farmasøyter i Mississippi, der hensikten blant annet var å beskrive farmasøytens engasjement i administrering av koronavaksiner, samt identifisere barrierer for farmasøytens deltakelse i denne typen vaksinerings, indikerte resultatene at det følte overveldende for farmasøytene å skulle administrere vaksiner, i tillegg til det vanlige arbeidet (Gravlee et al., 2021). Dette funnet er litt motstridende til denne studiens resultater, hvor farmasøytene, til tross for at de erfarte noen utfordringer, ikke opplevde perioden med koronavaksinerings som en

spesielt problematisk tid. Dette er et interessant funn som er vanskelig å forklare, men som trolig kan henge sammen med flere ting.

Det at farmasøytene i studien ikke opplevde perioden med koronavaksinering som en problematisk tid, kan muligens ses i sammenheng med at de fleste farmasøytene, på det tidspunktet datamaterialet ble innhentet, hadde praktisert som farmasøyter i over 10 år (jfr. tabell 2). På det tidspunktet studien ble gjennomført, hadde dessuten en relativt stor andel av apotekene i Norge, rukket å drive med vaksinering i et par år allerede (Apotekforeningen, 2020). I Norge stilles det dessuten krav til at vaksinatører som skal sette vaksine mot covid-19, må ha grunnleggende vaksinatørkunnskaper og være sertifisert vaksinatør for influensavaksinering (Apotekforeningen, arkivert materiale, 20. desember 2021a; Apotekforeningen, arkivert materiale, 20. desember 2021b)⁴. Selv om farmasøytene kan ha gjennomført opplæringen for å bli vaksinatør mot influensa i sammenheng med pandemien, er det nærliggende å tro at flere av farmasøytene, på bakgrunn av at de fleste hadde praktisert i over 10 år, hadde gjennomført opplæringen før pandemiens utbrudd. Denne teorien understøttes av det som ble funnet i en kunnskapsoppsummering, der det påpekes at deltakelse i vaksinering, kan være assosiert med antall år en farmasøyt har praktisert (Burson et al., 2016). Hvorvidt de enkelte farmasøytene hadde tidligere erfaring med vaksinering eller ikke, kan muligens derfor ses i sammenheng med antall år farmasøytene har praktisert, men spørsmål angående farmasøytene tidligere erfaringer med vaksinering, kunne nok med fordel ha blitt inkludert i intervjuguiden (se vedlegg 4). Funnet som viser at farmasøytene ikke erfarte perioden med koronavaksinering som spesielt problematisk, kan med andre ord trolig knyttes til det at mange av farmasøytene, i teorien hadde erfaring med vaksinering i apotek fra tidligere. Dersom de fleste farmasøytene og de apotekene farmasøytene jobbet i, hadde erfaring med annen type vaksinering før pandemiens utbrudd, er det nærliggende å tro at farmasøytene og apotekene hadde innarbeidet rutiner knyttet til vaksinering. Det at studiens funn antyder at farmasøytene tok vaksineringen på strak arm, til tross for at de ikke hadde drevet med koronavaksinering i apotekene tidligere, understøtter denne teorien.

Apotekforeningen sendte en henvendelse til kommunene på vegne av apotekene, der de aktuelle kommunene fikk tilbud om hjelp til koronavaksineringen (Soldal, 2021a). Det er nærliggende å tro at apotekene selv hadde godkjent dette på forhånd, og sagt seg villig til å delta i vaksineringen. Dersom dette var tilfellet, hadde apotekene med stor sannsynlighet, vurdert det som overkommelig å skulle drive med denne typen vaksinering i apotekene. Muligens hadde de via tidligere erfaringer med vaksinering i apotek, sett at de hadde kapasitet til å drive med vaksinering, og at de med utgangspunkt i kundetrykket i apoteket, trolig ville kunne ta på seg en slik oppgave.

Studiens funn antyder at underbemanning er en barriere for å kunne tilby koronavaksinering i apotek. Dette samsvarer med det som ble funnet i Gravlee et al.

⁴ Referansene er passord-beskyttet, og kan derfor ikke gjenfinnes i referanselisten. Materialet er brukt etter avtale med Apotekforeningen, og ble lest av masterstudenten i april 2022.

(2021), der farmasøytene ga uttrykk for at bemanning var en av de sterkeste barrierene for covid-19-vaksinering. Til forskjell fra Norge der også annet apotekpersonale enn farmasøyer kan administrere vaksiner mot covid-19 (jfr. vedlegg 8), antydes det i studien til Gravlee et al. (2021) at apotek teknikere ikke har bistått farmasøytene i vaksineringsarbeidet. Det at farmasøytene i artikkelen til Gravlee et al. (2021) trolig ikke fikk hjelp til arbeidet med vaksineringsarbeidet, kan være medvirkende til at farmasøytene følte at det var overveldende å skulle administrere vaksiner, i tillegg til det vanlige arbeidet. Dersom Oslo-apotekene i tillegg til farmasøytene, hadde andre ansatte med den nødvendige utdanningen for å kunne sette koronavaksiner, kan dette ha bidratt til at tiden med koronavaksinering følte mindre problematisk for farmasøytene. Dersom en større andel av de ansatte i apoteket har den nødvendige kompetansen, er det nærliggende å tro at muligheten til å kunne bytte på å skulle vaksinere, og derav variere arbeidet, øker. For å ha bedre holdepunkter for å kunne gjøre disse antagelsene, kunne farmasøytene under intervjuene med fordel ha blitt spurt, om hvor mange av de ansatte i apoteket som var utdannet vaksinatører.

Til tross for at ulike barrierer var tilstede, så ikke farmasøytene på perioden med koronavaksinering som en problematisk tid. En mulig forklaring kan være at farmasøytene i forkant av vaksineringsarbeidet, hadde gjennomført den fastsatte opplæringen for vaksinatører mot covid-19. Denne antagelsen understøttes av tidligere forskning som viser at farmasøyer som har fått opplæring knyttet til vaksineringsarbeidet, til sammenligning med de som ikke har fått opplæring, finner vanlige barrierer som mindre problematiske (Burson et al., 2016). Tilsvarende resultater ble funnet i en studie gjennomført i Polen, der farmasøyer som ikke hadde deltatt på vaksineringsrelaterte kurs, var mer tilbøyelige til å se mulige barrierer knyttet til vaksineringsarbeidet i apotek (Merks et al., 2021).

Under pandemien ble den norske befolkningen anbefalt å i størst mulig grad holde seg hjemme, og begrense sosial omgang med andre personer. I en periode var det dessuten påbudt med hjemmekontor (Helsedirektoratet, 2022). Det at regjeringen valgte å stenge ned samfunnet for å få kontroll over pandemien (Tjade, 2021, s. 43), kan muligens ha gitt et lavere kundetrykk i apotekene, noe som videre kan bidra til å forklare farmasøytene erfaring med at perioden med koronavaksinering, egentlig ikke var spesielt problematisk. I en norsk undersøkelse gjennomført i august 2020, hvor over 54 000 nordmenn ble spurt om deres bekymringer for selv å bli smittet, eller at noen i familien skulle bli smittet, ga 4 av 10 uttrykk for at de var bekymret for å bli smittet av viruset. I tillegg var det 64% som ga uttrykk for at de var bekymret for at noen i familien skulle bli smittet (Opinion, 2020). På bakgrunn av dette er det nærliggende å tro at befolkningens frykt for å bli smittet av viruset, i tillegg til oppfordringene om å holde seg mest mulig hjemme, kan ha bidratt til å gi et lavere kundetrykk i apotekene. Privatpersoner har i dag mulighet til å bestille både reseptbelagte og reseptfrie legemidler fra norske nettapotek. Ved bruk av nettapotek kan kundene få levert varene sine på døra. Varene kan alternativt hentes på apotek, fås via Post i Butikk eller hentes på postkontor (Helsenorge, 2022b). Det kan tenkes at befolkningen i større grad valgte å benytte seg av nettapotek under pandemien, noe som også kan ha bidratt til å redusere kundeantallet i apotekene. Som angitt i en rapport fra Direktoratet for e-helse, publisert i mars 2021, finnes det ikke tilgjengelig statistikk fra salg via nettapotek. Men oppslag fra nettapotek på «Vis min reseptliste» viser en økning i antall oppslag på 86% fra 2019 til

2020, med 600 000 oppslag i 2019 og 1 141 000 oppslag i 2020 (Direktoratet for e-helse, 2021). På bakgrunn av disse tallene kan det antas at flere, i større grad, valgte å bestille varene sine over nett under pandemien, i stedet for å dra til det lokale apoteket. Avstandsreglene medførte dessuten at apotekene måtte begrense antall kunder som kunne oppholde seg i apoteket samtidig. Mange apotek valgte i den forbindelse å sette en grense på maks 5 kunder (Apotekforeningen, 2020b). Det at kundetrykket i apotekene av flere grunner muligens var lavere enn normalt under pandemien, kan ha bidratt til at apotekenes kapasitet til å vaksinere mot covid-19 ble større. Videre kan denne antagelsen, potensielt sett, bidra til å forklare det at de færreste av farmasøytene så på perioden med koronavaksinering som en problematisk tid.

Det kan dessuten tenkes at økt smitterisiko ga en nedgang i kundenes bruk av apotekenes helsetjenester, og at dette videre bidro til at farmasøytene fikk større kapasitet til å drive med koronavaksinering. Apotekforeningens årsrapport for 2021, viser derimot at rekordmange pasienter fikk influensavaksine, inhalasjonsveiledning eller Medisinstart-samtale, i apotek i 2021 (Apotekforeningen, u.å. c). Når det gjelder covid-19, har koronapandemien på flere måter rammet skjevt, og det har vært store forskjeller innad i Norge, mellom fylker, bydeler og også mellom by og land, når det gjelder antall koronasmittede personer, og smitteverntiltakenes omfang. Dette har medført at deler av landet, periodevis har hatt vesentlig strengere lokale smitteverntiltak og restriksjoner enn andre. Når det gjelder antall meldte smittetilfeller per 100 000 innbyggere fordelt etter fylke, var Oslo det fylket som hadde flest smittetilfeller i perioden februar 2020 til starten av oktober 2021 (Bergsaker et al., 2021). Selv om Apotekforeningens årsrapport viser at rekordmange pasienter mottok de aktuelle helsetjenestene i et apotek i 2021, er det viktig å ta i betraktning at Oslo var et av de fylkene som tidvis var hardest rammet under pandemien. Streng smittevernregler i 2020, gjorde at antall inhalasjonsveiledninger gikk ned med 16% fra 2019 til 2020 (Apotekforeningen, u.å. c). Dette kan støtte opp om antagelsen om at bruken av apotekenes helsetjenester ble redusert på bakgrunn av økt smitterisiko, og at dette videre kan ha bidratt til at farmasøytene og apotekene i større grad hadde kapasitet til å tilby vaksinering mot covid-19. Dersom det faktisk var tilfellet at Oslo-apotekene i mindre grad kunne tilby slike helsetjenester, er det nærliggende å tro at dette kan ha bidratt til å gi apotekene større kapasitet til å drive med koronavaksinering, i tillegg til det andre arbeidet. Muligens kan dette videre bidra til å forklare farmasøytenes erfaring, med at perioden med koronavaksinering ikke var en spesielt problematisk tid.

Farmasøytene som ble inkludert i studien kunne nærmest anses som prøvekaniner, når det gjaldt det å skulle tilby koronavaksinering i norske apotek. Som angitt i Apotekforeningens årsrapport for 2021, ble det lagt ned store ressurser, både i Apotekforeningen og hos apotekene, når det gjaldt å klargjøre apotekene for koronavaksineringen (Apotekforeningen, u.å. c). Det kan på bakgrunn av dette, tenkes at apotekene hadde en veldig tett dialog med Apotekforeningen i forbindelse med vaksineringen. Dersom det var tilfellet at apotekene fikk spesielt god oppfølging fra Apotekforeningen og følte seg godt ivaretatt, kan dette muligens bidra til å forklare det at farmasøytene ikke opplevde perioden med koronavaksinering som en spesielt problematisk tid.

5.3 Kappløpet mot vaksinenes begrensede holdbarhet

De to vaksinene som ble satt i apotekene (Vendil, 2021b), hadde begrenset holdbarhet etter fortykning og punksjon av hetteglassene, og dersom vaksinene ikke ble brukt innen holdbarhetstiden, måtte vaksinene kastes (Folkehelseinstituttet, 2022d). Studiens funn indikerer at farmasøytene var redde for at vaksinedoser skulle gå til spille. Dette samsvarer med tidligere forskning (Gravlee et al., 2021). Et hetteglass av vaksinen Spikevax, som er produsert av Moderna, inneholder 10 vaksinedoser på 0,5 ml (Folkehelseinstituttet, 2022d). I arbeidet til Gravlee et al. (2021) ga en farmasøyt uttrykk for at det var vanskelig å få 10 personer til å forplikte seg til en dag med vaksinerings med Spikevax. Farmasøyten ga videre uttrykk for at mange ikke møter til den oppsatte timen, noe som videre gjorde at de fikk det travelt med å finne noen andre, for å unngå å måtte kaste vaksinedoser (Gravlee et al., 2021). Dette samsvarer med det som ble funnet i denne studien. Som vist i denne studiens resultater, fortalte dessuten mange av farmasøytene at de var veldig nøye på å få brukt opp alle vaksinedosene, og farmasøytene syntes det var kjedelig å måtte kaste doser. Resultatene viser videre at farmasøytene hadde mange kreative løsninger, for å unngå å måtte kaste doser. Farmasøytens tilsynelatende store opptatthet av å unngå kasting av vaksinedoser, kan trolig forklares på flere måter.

For det første kan det tenkes at farmasøytens tilsynelatende store opptatthet av å ikke skulle kaste vaksiner, kan knyttes til forventninger fra høyere hold. I et informasjonsbrev om koronavaksinasjonsprogrammet, som ble sendt fra Folkehelseinstituttet (FHI) til alle landets kommuner, helseforetak og statsforvaltere, ble kommunene bedt om å gjøre så godt de kunne, og være kreative med tanke på løsninger for å unngå svinn (Folkehelseinstituttet, 2021c). I en samarbeidsavtale vedrørende vaksinasjon mot covid-19 i apotek, er det dessuten angitt at det apoteket som inngår en avtale om vaksinasjon med en kommune, skal gjøre sitt ytterste for å unngå svinn av vaksinedoser (Folkehelseinstituttet, u.å. b). Informasjonsbrevet fra Folkehelseinstituttet er riktignok datert til 4. oktober 2021, mens samarbeidsavtalen ikke er datert. Det kan likevel tenkes at Oslo-apotekene, hadde fått lignende beskjeder i forbindelse med oppstart av vaksineringsen våren 2021.

Farmasøytens opptatthet av å ikke skulle kaste vaksinedoser, kan eventuelt ses i forbindelse med den skjeve fordelingen av koronavaksiner på verdensbasis (Larsen, 2021). Det kan tenkes at farmasøytene opplevde det som umoralsk å skulle kaste vaksinedoser, når store deler av verdens befolkning, ikke hadde tilstrekkelig tilgang på vaksiner. I september 2021 kunne de rike landene i verden som hadde fått vaksinert store deler av befolkningen, snakke om gjenåpning av samfunnet, den tredje vaksinedosen, og vaksinerings av barn. Til tross for dette, var det fortsatt mange land i verden, som bare såvidt hadde kommet i gang med koronavaksineringsen (Larsen, 2021). Omtalen av denne skjevfordelingen i media (Elster, 2021; Sterri & Stein, 2021), kan ha påvirket farmasøytens holdninger når det gjaldt svinn av vaksinedoser.

Ved vaksinerings mot covid-19 i kommunene, er vaksinatører pliktig til å føre oversikt over benyttede og kasserte doser av vaksinene (Folkehelseinstituttet, 2022f). En slik form for dokumentasjonsplikt, og en visshet blant farmasøytene om at antall benyttede

og kasserte doser skulle registreres, kan ha gjort at farmasøytene i større grad ville unngå svinn av vaksinedoser. Dersom dette faktisk var tilfellet, kan også dette bidra til å forklare farmasøytenes opptatthet av å ikke skulle kaste vaksinedoser.

Koronavaksineringens tempo var i stor grad knyttet til tilgjengeligheten av vaksiner. Når det gjelder vaksineleveranser, var de første leveransene av koronavaksiner små, og det var over lengre tid en betydelig knapphet på vaksiner. Gjennom store deler av pandemien var dessuten tilgangen på koronavaksiner ujevn. Det at tilgangen til vaksiner var ustabil og koronavaksinene ikke kom i ønsket tempo, medførte vanskelige diskusjoner med tanke på prioritering. Leveransene fra Pfizer og Moderna ble heldigvis mer forutsigbare utover i 2021, og fra sommeren dette året ble leveransene mer stabile (NOU 2022: 5). Det kan tenkes at den ustabile tilgangen til vaksiner og knappheten som hadde vært, kan bidra til å forklare farmasøytenes store innsats for å unngå svinn av vaksinedoser.

6 Diskusjon av metode

I dette kapitlet diskuteres valg av metode. Først drøftes aspekter knyttet til studiens utvalg, samt rekrutteringen av deltakere til prosjektet. Videre omtales intervjuguiden, selve gjennomføringen av intervjuene, transkriberingen og analysen av datamaterialet. Videre diskuteres studiens gyldighet, ved å poengtere styrker og svakheter ved de valgene som ble tatt. I slutten av kapitlet omtales påliteligheten og overførbarheten av studiens resultater.

6.1 Utvalg og rekruttering

Som tidligere nevnt har en representant fra Apotekforeningen vært med på å påvirke utvalgets sammensetning. Det er ikke utenkelig at dette videre kan ha påvirket studiens resultater. Det er både fordeler og ulemper med å få hjelp til rekrutteringen. Det at noen andre gjorde utvalget for masterstudenten, gjorde at studenten ikke hadde inngående kjennskap til hvorfor akkurat disse apotekene ble valgt ut. Representanten fra Apotekforeningen mente at de apotekene som ble valgt, var de apotekene som hadde mest erfaring med koronavaksinerings. Dette kan i teorien ha bidratt til å gi masterstudenten et rikere datamateriale, noe som teoretisk sett kan ha vært fordelaktig. Samtidig medførte den hjelpen masterstudenten fikk, at studenten ikke visste om gitte farmasøyter eller apotek, med vilje ble utelatt. Dersom for eksempel de som ikke var positive til vaksinerings, eller apotek der samarbeidet ikke hadde fungert, ble utelatt, kan dette muligens ha bidratt til å gi skjevheter i materialet. På bakgrunn av at masterstudenten ikke kunne finne en offentlig liste over hvilke apotek som var med i den første runden av koronavaksinerings, var det en fordel for studenten å få hjelp til rekrutteringen. Dette gjorde at masterstudenten slapp å kontakte alle apotek i Oslo, og sortere apotekene selv. I den sammenheng, har nok masterstudenten spart seg for en del arbeid.

Når det gjelder utvalget, var dette tilstrekkelig til å kunne belyse studiens problemstilling. Masterstudenten valgte å stanse datainnsamlingen etter å ha gjennomført 13 intervju, da studenten etter hvert opplevde at gjennomføring av flere intervju, ikke nødvendigvis tilførte så mye ny kunnskap. Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015), sies det i slike situasjoner at metningspunktet er nådd. Relevansen av metningsbegrepet kan imidlertid diskuteres. Det at masterstudenten ikke fant noe nytt i påfølgende data, kan skyldes dårlig intervjuteknikk eller et for lite skarpt fokus. Det kan også komme av at masterstudentens kjennskap til feltet, ikke var bra nok til å kunne identifisere små, men relevante detaljer som skjulte seg i datamaterialet (Malterud, 2017, s. 65). I tillegg til masterstudentens opplevelse av at det 13. intervjuet ikke ga noe ny informasjon, og studenten på bakgrunn av dette vurderte at metning var oppnådd, argumenterte også begrensninger i tid og finansieringsmidler for å avslutte datainnsamlingen etter 13 intervju. Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015) kan det dessuten bli tidsmessig vanskelig, å få gjennomført en tilstrekkelig dyptgående analyse av datamaterialet, dersom utvalget er for omfattende. Inklusjon av et stort antall

intervjupersoner kan medføre at det blir vanskelig å holde oversikt over datamaterialet, og at den påfølgende analysen blir overfladisk (Malterud, 2017, s. 63).

Som tidligere nevnt kunne farmasøyter som hadde erfaring med rekvirering og administrering av koronavaksine i apotek, delta i studien. Farmasøyter fra apotek som hadde bidratt i vaksineringsen mot covid-19, men som selv ikke hadde noe som helst erfaring med vaksineringsen, kunne også delta. Det viste seg at flesteparten av de som takket ja til å delta, hadde vaksinesertifisering og erfaring med koronavaksineringsen. Dette medfører at masterstudenten ikke har grunnlag for å si noe om den gruppen som ikke har sertifisering og erfaring med koronavaksineringsen.

6.2 Intervjuguiden

Det ble valgt å gjennomføre et pilotintervju, med en farmasøyt på masterstudentens lokale apotek. Det kan tenkes at det var mindre hensiktsmessig å gjennomføre pilotintervjuet, med en farmasøyt som ikke hadde tidligere erfaring med koronavaksineringsen. Til tross for at personen kanskje ikke var den rette når det gjaldt det å skulle validere alle intervjuguidens spørsmål, fylte personen sin funksjon med å gi masterstudenten trening i å gjennomføre intervju. Når det gjelder testingen av intervjuguidens spørsmål, kan det likevel antas at pilotintervjuet fungerte helt greit, da det ikke ble gjort omfattende endringer i intervjuguiden, i etterkant av de første intervjuene.

6.3 Intervju

Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015) er kvaliteten på analysen, verifisering og rapporteringen av intervjuet, avhengig av det opprinnelige intervjuets kvalitet. I henhold til kvalitetskriterier angitt i Kvale & Brinkmann (2015), bør en tolkning, verifisering og kommunikasjon av meningen med det intervjupersonen har sagt, forekomme allerede før lydopptaket stoppes. Dette stiller en rekke krav til forskeren som intervjuer, der både ekspertise og håndverksmessige ferdigheter er en forutsetning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 193). Det kreves omfattende trening for å opparbeide seg den kyndigheten, og det personlige skjønnet, som trengs for å kunne gjennomføre et kvalitativt intervju, som holder høy kvalitet. Intervjuferdighetene som trengs, tilegnes ved å gjennomføre intervju i praksis (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 88). Masterstudenten hadde ved oppstart av prosjektet, erfaring med gjennomføring av legemiddelintervju, men hadde ingen direkte erfaring eller kompetanse, innen intervjuforskning. Kommunikasjonsferdighetene som masterstudenten hadde tilegnet seg ved gjennomføring av legemiddelintervju, bidro muligens til å gjøre det lettere for studenten, når det gjaldt det å skulle kommunisere med intervjupersonene. Det er likevel nærliggende å tro at masterstudentens uerfarenhet med tanke på intervjuforskning, kan ha påvirket kvaliteten på de opprinnelige intervjuene.

Gjennom validering stiller forskeren aktive spørsmål, om gyldigheten av den kunnskapen som produseres (Malterud, 2017, s. 192). Begrepet validitet kan knyttes til et utsagns

gyldighet og styrke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). I forbindelse med selve intervjuingen, kan validitetsbegrepet knyttes til troverdigheten til den enkelte intervjuperson, og kvaliteten på intervjuingen. Som omtalt i Kvale & Brinkmann (2015) bør forskeren på en grundig måte, spørre intervjupersonene om hva som menes med de gitte utsagnene, og gjennomføre en såkalt «på stedet»-kontroll, der informasjonen fra intervjupersonene kontinuerlig kontrolleres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278). I situasjoner der masterstudenten ble usikker på om intervjupersonenes utsagn ble oppfattet riktig, benyttet masterstudenten en slik «på stedet»-kontroll, med den hensikt å få intervjupersonene til å bekrefte eller avkrefte, at det som ble sagt, ble oppfattet riktig av masterstudenten. Det at masterstudenten under intervjuet, regelmessig stiller spørsmål for å sjekke om hun har forstått intervjupersonens utsagn riktig, omtales i Malterud (2017) som dialogisk validering, og kan bidra til at historien som dannes, i større grad representerer en felles forståelse mellom masterstudenten og den enkelte intervjuperson. Dette kan bidra til at risikoen for misforståelser reduseres (Malterud, 2017, s. 193), og dermed vil resultatenes gyldighet styrkes. Det at dialogisk validering ble gjennomført underveis i intervjuene, kan derfor anses som en styrke.

6.4 Transkribering

For å gjøre datamaterialet bedre egnet for analyse, ble det valgt å strukturere intervjusamtalene gjennom transformasjon av lydopptakene til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). En strukturering av materialet i skriftlig form, gjorde det lettere for masterstudenten å få oversikt over datamaterialet, og ga samtidig studenten bedre muligheter for en systematisk gjennomgang av det innhentede datamaterialet. Til tross for at transkribering er en tidkrevende prosess, valgte masterstudenten å gjennomføre transkriberingen selv, da dette kunne bidra til å styrke analysedataets validitet. En forsker som selv har deltatt i en intervjusamtale, husker kanskje viktige momenter fra samtalen, som kan være av betydning for tekstens mening, eller som kan bidra til å oppklare uklare punkter i lydopptakene (Malterud, 2017). Dette var tilfellet også i forbindelse med denne studiens transkriberingsprosess. Ved å gjennomføre transkriberingen selv, fikk dessuten masterstudenten anledning til å lære om sin egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Denne lærdommen kunne masterstudenten videre dra nytte av, i påfølgende intervjusituasjoner. Transkriberingsprosessen gjorde også at meningsanalysen av det intervjupersonene sa, allerede ble startet i forbindelse med transkripsjonen, da masterstudenten i forbindelse med denne prosessen, kunne tenke tilbake på, og reflektere rundt sosiale og følelsesmessige sider, ved de enkelte intervjusituasjonene. Dette er også en av fordelene, ved at transkriberingen gjennomføres av masterstudenten selv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). En annen fordel ved at masterstudenten selv gjennomførte transkriberingen, var at mulighetene for å legge merke til eventuelle svakheter ved datamaterialet underveis i prosessen, ble større (Malterud, 2017, s. 79-80).

6.5 Analyse

Det ble valgt å benytte systematisk tekstkondensering (STC), som metode for å analysere det kvalitative datamaterialet (Malterud, 2017, s. 115). Da forskjeller, variasjoner og likhetstrekk i intervjupersonenes erfaringer med koronavaksinering i apotek, skulle fortolkes og sammenfattes, ble det ansett som mest hensiktsmessig å

benytte seg av en slik tverrgående analysemetode. Et viktig aspekt ved en tverrgående analyse, er at informasjonen som sammenfattes, er innhentet fra flere deltakere. Alternativt kunne masterstudenten ha benyttet seg av en langsgående analysemetode, men det at det ved en slik metode, bare er ett eller et par hendelsesforløp som følges, og at disse skal følges over tid, gjorde at masterstudenten vurderte det som mer hensiktsmessig, å benytte seg av en tverrgående analysemetode (Malterud, 2017, s. 92-93). Som omtalt i Malterud (2017), finnes det flere tverrgående analysemetoder forskere kan velge mellom. Da masterstudenten ved oppstart av prosjektet, ikke hadde noen forkunnskaper om kvalitative analysemetoder, ble det valgt å benytte systematisk tekstkondensering (STC) som metode. Metoden gir nybegynnere innføring i hvordan de på en enkel, systematisk og overkommelig måte, kan gjennomføre analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 97). Det at analysemetoden beskrives nærmest i oppskriftsformat, gjorde det lettere for masterstudenten, å gjøre rede for analysens fremgangsmåte. Som omtalt i Malterud (2017) skal leseren kunne følge den veien, som forskeren har fulgt.

6.6 Pålitelighet

Begrepet reliabilitet brukes om påliteligheten og konsistensen til en forskningsrapport. Videre viser begrepene intra- og intersubjektiv reliabilitet, til hvorvidt det er mulig å gjenta et forskningsresultat, på et annet tidspunkt og av en annen forsker, ved bruk av samme metode, som den som ble benyttet i den aktuelle studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). Som omtalt i Dalen (2011), blir gjerne reliabilitets-begrepet oppfattet som et lite passende begrep å benytte, når det kommer til kvalitativ forskning. Når det er snakk om reliabilitet i kvantitativ forskning, forutsettes det at metoden som benyttes for innhenting og analyse av datamaterialet, skal være mulig å etterprøve for andre forskere, på en nøyaktig måte. Det blir vanskelig å stille et tilsvarende krav i forbindelse med en kvalitativ studie, der forskerens rolle står sentralt. Forskerens rolle vil utformes i interaksjon med den enkelte intervjuperson, og de aktuelle omstendighetene, og siden de ulike individene og studiens omstendigheter, med tiden vil endre seg, vil det ved kvalitativ forskning være vanskelig å etterprøve den aktuelle studiens resultater. I kvalitative studier må spørsmål om reliabilitet, derfor behandles på andre måter. I gjennomføringen av denne studien, gjorde masterstudenten et forsøk på å være veldig nøye i sine beskrivelser, av de ulike delene av forskningsprosessen. Dette for at andre forskere, i teorien, skulle kunne gjennomføre en tilsvarende studie (Dalen, 2011, s. 93). Som omtalt i Dalen (2011), kan dette bidra til å styrke reliabiliteten i kvalitativ forskning. Dalen (2011) påpeker at forhold ved intervjupersonene, intervjusituasjonen, og forskeren, må inkluderes i beskrivelsene. Videre må forskeren angi hvilke analytiske metoder, som ble benyttet i behandlingen av det kvalitative datamaterialet (Dalen, 2011, s. 93).

6.7 Overførbarhet

Dersom studiens funn betraktes som temmelig valide og sannferdige, gjenstår spørsmålet om hvorvidt funnene først og fremst er av lokal interesse, eller om det er mulig å overføre funnene til andre omstendigheter og intervjupersoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Forskning kan som omtalt i Malterud (2017), bare unntaksvis gi resultater som er allmenngyldige. Det vil alltid være begrensninger knyttet til

forskningsresultaters overførbarhet, og en viktig betingelse som er med på å avgjøre hvor grensene for overførbarhet går, er utvalgsstrategien (Malterud, 2017, s. 66).

Selv om studiens funn ikke nødvendigvis er gyldige for absolutt alle landets apotek, er det nærliggende å tro, at flere av funnene muligens er overførbare til andre apotek enn de som er i Oslo. Det at det er en viss bredde med tanke på intervjupersonenes alder og kjønn, samt det at ulike kjeder er representert (jfr. tabell 2), styrker overførbarheten av funnene. Samtidig ble intervjuene gjennomført i en spesiell tid, der intervjupersonene mer eller mindre hadde deltatt i et slags prosjekt, og nærmest var som prøvekaniner i dette prosjektet. Som tidligere omtalt, kan det på bakgrunn av dette, antas at apotekene fikk ekstra oppfølging fra Apotekforeningen, og andre. De omstendighetene intervjuene ble gjennomført under, var med andre ord ikke en «normalsituasjon». Eksempelvis ville man trolig ikke ha sprunget etter folk i dag, for å få brukt opp resterende vaksinedoser.

7 Konklusjon

Resultatene viser at farmasøytene hadde opparbeidet seg flere erfaringer på ulike plan i perioden med koronavaksinering, og at de erfaringene farmasøytene hadde gjort seg jevnt over var positive. Under pandemien fikk farmasøytene en ekstra arbeidsoppgave, men som vist av studiens resultater, erfarte ikke farmasøytene at perioden med koronavaksinering hadde vært en spesielt problematisk tid. Dette til tross for at ulike utfordringer oppsto, samt det at farmasøytene nærmest var som prøvekaniner når det gjaldt det å skulle tilby koronavaksinering. Farmasøytene syntes heller ikke at vaksineringsen hadde gått noe særlig utover de andre oppgavene i apoteket, og mente at vaksineringsen egentlig bare hadde gitt et skifte i arbeidsoppgavene. Vaksineringsen var dessuten en oppgave farmasøytene syntes var viktig, og som de derfor hadde valgt å prioritere. Resultatene viser videre at farmasøytene var tilpassningsdyktige og løsningsorienterte i møte med utfordringer, og at de virkelig hadde lyst til å gjøre en innsats i koronavaksineringsen. Dette var spesielt tydelig i forbindelse med farmasøytene kappløp mot vaksinerens begrensede holdbarhet. Som diskutert i oppgaven, antyder studiens resultater at farmasøytene villighet til å vaksinere mot covid-19 var høy, og at dette var noe farmasøytene faktisk hadde lyst til å drive med. Videre antyder resultatene at apotekene kan tilby koronavaksinering, forutsatt at opplæring er tilgjengelig, at apotekene er tilstrekkelig bemannet, at timebestilling er mulig, og apotekenes lokaler er tilstrekkelig store, til at folk kan sitte og vente til tross for eventuelle avstandskrav. Som vist av resultatene erfarte farmasøytene selv at de hadde vært en ressurs, og som studiens resultater videre antyder, kan apotekfarmasøyer fungere som en ressurs i en pandemisituasjon, der det er viktig å få vaksinert befolkningen så raskt som mulig.

8 Veien videre

I dette kapitlet deler masterstudenten sine tanker om hvordan studiens resultater potensielt sett kan komme til nytte i praksis. I tillegg presenteres masterstudentens forslag til videre forskning.

8.1 Implikasjoner for praksis

Studiens funn antyder at apotekfarmasøyter og apotek, kan ha kapasitet til å tillegges nye oppgaver. Dette indikerer at farmasøytene og apotekene, muligens er en dårlig utnyttet ressurs. Videre indikerer studiens resultater at den farmasøytiske kompetansen kan benyttes på andre områder, enn det den tradisjonelt sett har vært. Denne lærdommen kan potensielt sett være nyttig, i forbindelse med fremtidige pandemisituasjoner. Forhåpentligvis kan kunnskapen omkring farmasøytene erfaringer med koronavaksinering, komme til nytte ved lignende smitteutbrudd i fremtiden, ved for eksempel myndighetenes planlegging av strategier for massevaksinering. Lærdommen hentet fra farmasøytene erfaringer kan muligens også være nyttig for landets kommuner, i situasjoner hvor det er behov for å øke kapasiteten knyttet til gjennomføringen av ulike oppgaver, samt der hvor det er viktig at de ressursene og den kompetansen man har for hånd, blir brukt på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Potensielt sett kan kunnskapen om farmasøytene erfaringer, med tiden føre til at farmasøytene får en større rolle i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Med utgangspunkt i drøftingen, kan det antydes at et fastsatt opplæringsløp er en viktig fasilitator for at apotekene skal kunne tilby slike tjenester. Muligens kan det som ble funnet i denne studien, bidra til at det med tiden blir besluttet å inkludere vaksinatøropplæringen i farmasiutdanningens læreplanmål. Når det gjelder den farmasøytiske profesjonen, kan det tenkes at studiens resultater, der farmasøytene erfarte at perioden med koronavaksinering ikke var en spesielt problematisk tid, kan bidra til økt interesse blant apotekansatte, slik at stadig flere velger å gjennomføre den fastsatte opplæringen som kreves for å bli vaksinatør. Det kan også tenkes at lærdommen hentet fra farmasøytene erfaringer, kan bidra til å gi myndighetene en lavere terskel for å gi farmasøyter rekvireringsrett for også andre vaksiner. Når det gjelder apotekenes praksis, kan studiens resultater muligens bidra til at apotekene i større grad, vet hvilke barrierer som må overkommes og hva som må være på plass for at en slik tjeneste skal kunne implementeres i apoteket.

8.2 Forslag til videre forskning

I denne studien ble det benyttet semistrukturerte intervju for innhenting av data. Det kunne også vært interessant å gjennomføre en observasjonsstudie, for å observere hvordan koronavaksineringen faktisk foregår, og hvordan vaksineringen ser ut til å påvirke arbeidsflyten i apoteket. I resultatdiskusjonen diskuteres farmasøytene

tilsynelatende høye villighet til å vaksinere mot covid-19. Her blir mulige årsaker til den høye villigheten diskutert. Det kunne med bakgrunn i dette, vært interessant å gjennomføre en kvantitativ studie for å stadfeste årsakene til farmasøytene høye villighet til å vaksinere mot covid-19.

Resultatene indikerer at farmasøytene hadde fått gode tilbakemeldinger fra både leger og kunder, og at de legene som gjerne hadde vært litt skeptiske til vaksinering i apotek, nå hadde begynt å henvise pasientene sine til apoteket. Det kunne med bakgrunn i dette vært interessant å gjennomføre studier, for å undersøke både kundenes og legenes holdninger til koronavaksinering i apotek.

Referanser

Apotek 1. (2021, mai). *Du kan sette følgende vaksiner i Apotek 1*. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek1.no/vaksine/vi-setter-folgende-vaksiner>

Apotek 1. (u.å.). *Tjenester fra Apotek 1*. Hentet 5. mars 2022 fra <https://www.apotek1.no/tjenester>

Apotekforeningen. (2020a, 25. november). *Webinar om vaksiner 25 november 2020* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/JndU-aVXuAQ>

Apotekforeningen. (2020b, 20. mars). *Dette gjør apotekene for å hindre smitte*. Hentet 24. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/dette-gjor-apotekene-for-a-hindre-smitte>

Apotekforeningen. (u.å. a). *Dette er Apotekforeningen*. Hentet 9. mars 2022 fra <http://www.apotek.no/om-oss/form%C3%A5I>

Apotekforeningen. (u.å. b). *Apotekstatistikk*. Hentet 21. april 2022 fra <http://www.apotek.no/statistikk/apotekstatistikk/helsetjenester>

Apotekforeningen. (u.å. c). *Apotekforeningen: Årsrapport 2021*. https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekforeningen/Årsrapport%202021.pdf

Bates, I., John, C., Meilanti, S., Shipman, A. J. & Lum, Z. K. (2022). *Advocating expansion of the pharmacist's role in immunisation: A focus on diphtheria-tetanus-pertussis booster, COVID-19 and meningitis vaccinations*. International Pharmaceutical Federation. <https://www.fip.org/file/5137>

Bergsaker, M. R., Bratsberg, B., Daae, A., Flottorp, S., Forland, F., Furuseth, E., Godøy, A. A., Hart, R. K., Høstmælingen, N., Indseth, T., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S., Labberton, A., Nes, R. B., Nilsen, T., Nøkleby, H., Ottersen, T., Reme, B.-A., Rolfheim-Bye, C., . . . Aarø, L. E. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>

Boots Apotek. (u.å. a). *Helsetjenester*. Hentet 5. mars 2022 fra <https://www.boots.no/helsetjenester>

Boots Apotek. (u.å. b). *Vaksiner*. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.boots.no/vaksiner>

Burson, R. C., Buttenheim, A. M., Armstrong, A. & Feemster, K. A. (2016). Community pharmacies as sites of adult vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(12), 3146-3159.
<http://dx.doi.org/10.1080/21645515.2016.1215393>

Covid-19-forskriften. (2020). *Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften)* (FOR-2020-03-27-470). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2020-03-27-470>

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet 7. april 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>

Direktoratet for e-helse. (2021). *Utviklingstrekk 2021* (IE-1078). Direktoratet for e-helse. [file:///Users/PC/Downloads/Utviklingstrekk%202021%20E-helsetrender%20oppdatert%20versjon%20\(1\).pdf](file:///Users/PC/Downloads/Utviklingstrekk%202021%20E-helsetrender%20oppdatert%20versjon%20(1).pdf)

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019). *Analyser av krisescenarioer 2019*. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/p1808779_aks_2018.cleaned.pdf

Elster, K. (2021, 19. april). *Greta Thunberg gir 100.000 dollar til covid-19-vaksinering*. Nrk. <https://www.nrk.no/urix/greta-thunberg-gir-100.000-dollar-til-covid-19-vaksinering-1.15462417>

Endr. i forskrift om legemidler fra apotek. (2020). *Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* (FOR-2020-08-31-1707). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2020-08-31-1707>

Endr. i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (2020). *Forskrift om endring i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram* (FOR-2020-11-11-2331). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2020-11-11-2331>

Endr. i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. (2021). *Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* (FOR-2021-12-10-3482). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2021-12-10-3482>

European Medicines Agency. (u.å. a). *Preparatomtale (SPC) Spikevax injeksjonsvæske*. Hentet 22. april 2022 fra https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_no.pdf

European Medicines Agency. (u.å. b). *Preparatomtale (SPC) Comirnaty konsentrat til injeksjonsvæske*. Hentet 22. april 2022 fra https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_no.pdf

Felleskatalogen. (2022a, 17. mars). *Spikevax*. Hentet 22. april 2022 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/spikevax-moderna-684221>

Felleskatalogen. (2022b, 10. mars). *Comirnaty*. Hentet 22. april 2022 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/comirnaty-biontech-pfizer-682780>

Folkehelseinstituttet. (2020, 7. desember). *Om SYSVAK*. Hentet 5. april 2022 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/om-sysvak/>

Folkehelseinstituttet. (2021a, 17. desember). *Veiledning til kommunene for bruk av apotek til vaksinasjon mot covid-19*. Hentet 4. april 2022 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/veiledere/koronavaksinasjonsveileder/veiledning-til-kommunene-for-bruk-av-apotek-til-vaksinasjon-mot-covid-19.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2021b, 14. juli). *Spikevax (Moderna)*. Hentet 23. april 2022 fra https://www.fhi.no/contentassets/a5b17e1536b04c788b0a465e2d6fc5e1/vaksine_moder-na_16.07.21_plakat_a3.pdf

Folkehelseinstituttet. (2021c, 4. oktober). *Informasjonsbrev nr 30 om koronavaksinasjonsprogrammet*.
<https://www.fhi.no/contentassets/011af3eee7ce472499796fae2bc5dced/informasjonsbrev-nr-30-om-koronavaksinasjonsprogrammet.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2022a, 14. januar). *Koronavaksinasjonsprogrammet – veileder for helsepersonell*. Hentet 9. mars 2022 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/koronavaksinasjonsprogrammet/>

Folkehelseinstituttet. (2022b, 22. februar). *Utvikling og godkjenning av koronavaksiner*. Hentet 3. april 2022 fra
<https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/utvikling-av-covid-19-vaksine/>

Folkehelseinstituttet. (2022c, 8. mars). *Om bruken av COVID-19 Vaccine Janssen (Janssen-Cilag) i Norge*. Hentet 3. april 2022 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/koronavaksinasjonsveilederen-for-kommuner-og-helseforetak/bakgrunn-og-overordnede-foringer/om-bruken-av-covid-19-vaccine-janssen-janssen-cilag-i-norge/>

Folkehelseinstituttet. (2022d, 22. april). *Koronavaksine – informasjon til helsepersonell*. Hentet 22. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/koronavaksine/>

Folkehelseinstituttet. (2022e, 22. april). *Tabell: Oppsummering av gjeldende vaksineanbefalinger i ulike grupper*. Hentet 23. april 2022 fra
<https://www.fhi.no/contentassets/5f66e14a77ff459ea454aac8df867c86/tabell-oppsummering-av-vaksineanbefalinger-22.4.2022.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2022f, 15. mars). *Vaksinasjon mot korona i kommunene*. Hentet 23. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/koronavaksinasjonsveilederen-for-kommuner-og-helseforetak/koronavaksinasjon-i-kommunene/kommunenes-plikter-og-oppgaver/>

Folkehelseinstituttet. (2022g, 7. januar). *Comirnaty (BioNTech og Pfizer): Voksne og ungdom fra 12 år: 30 µg/dose*. Hentet 23. april 2022 fra
https://www.fhi.no/contentassets/ceadd81ee76841f5a5d1001ddb3ce75c/vaksine_comirnaty-bio-pfizer_plakat_a3_voksne.pdf

Folkehelseinstituttet. (2022h, 7. januar). *Comirnaty (BioNTech og Pfizer): Barn fra 5 til 11 år: 10 µg/dose*. Hentet 23. april 2022 fra https://www.fhi.no/contentassets/ceadd81ee76841f5a5d1001ddb3ce75c/vaksine_comirnaty-bio-pfizer_plakat_a3_barn.pdf

Folkehelseinstituttet. (u.å. b). *Samarbeidsavtale vedrørende tjenester knyttet til vaksinasjon mot covid-19*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/veiledere/koronavaksinasjonsveileder/generisk-samarbeidsavtale-mellom-kommune-og-apotek-vedroerende-covid-19-vaksinasjon.pdf>

Forskrift om legemidler fra apotek. (1998). *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* (FOR-1998-04-27-455). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/1998-04-27-455>

Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (2009). *Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram* (FOR-2009-10-02-1229). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2009-10-02-1229>

Gerges, S., Peter, E., Bowles, S. K., Diamond, S., Bucci, L. M., Resnick, A. & Taddio, A. (2017). Pharmacists as vaccinators: An analysis of their experiences and perceptions of their new role. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(2), 471-477. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1403695>

Gidman, W., Ward, P. & McGregor, L. (2012). Understanding public trust in services provided by community pharmacists relative to those provided by general practitioners: a qualitative study. *BMJ Open*, 2(3), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-000939>

Gravlee, E., Pittman, E., Sparkmon, W., Imeri, H., Cox, H.-F. & Barnard, M. (2021). COVID-19 Vaccination Engagement and Barriers among Mississippi Pharmacists. *Pharmacy*, 9(4), 1-10. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9040167>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Høringsnotat – forslag om rekvireringsrett for influensavaksine for farmasøyter* [Høring]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97c8abc55d2049d8bc0807b7a51c5226/horingsnotat-forslag-om-rekvireringsrett-for-influensavaksine-for-farmasoyter.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a, 18. desember). *Apotekenes rolle i kommunenes koronavaksinasjon*. Regjeringen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apotekenes-rolle-i-kommunenes-koronavaksinasjon/id2892866/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b, 12. mai). *AstraZeneca-vaksinen tas ut av koronavaksinasjons-programmet*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/astrazeneca-vaksinen-tas-ut-av-koronavaksinasjonsprogrammet/id2849494/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 5. april). *Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien*. Regjeringen. Hentet 24. april 2022 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/c774cd9f6cba42e7ab264db24f0b5b8f/220405_regjeringens_strategi_beredskapsplan_c19.pdf

Helseboka. (u.å. a). *Om Helseboka*. Hentet 21. april 2022 fra <https://helseboka.no/om-oss>

Helseboka. (u.å. b). *Vaksine mot ventetid*. Hentet 21. april 2022 fra <https://helseboka.no/aktuelt/vaksine-mot-ventetid>

Helsedirektoratet. (2022, 20. april). *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger: 15. Endringslogg*. Hentet 24. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/endringslogg>

Helsenorge. (2022a, 27. januar). *Vaksiner og vaksinebivirkninger*. Hentet 24. april 2022 fra <https://www.helsenorge.no/vaksinasjon/vaksiner-og-vaksinebivirkninger/>

Helsenorge. (2022b, 12. januar). *Slik fungerer nettapotek*. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.helsenorge.no/legemidler/e-resept-og-mine-resepter/nettapotek/>

Hilt, B. (2017). *Arbeid og helse. Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0550>

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0

Jarab, A. S., Al-Qerem, W. & Mukattash, T. L. (2022). Community pharmacists' willingness and barriers to provide vaccination during COVID-19 pandemic in Jordan. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2016009>

Johannessen, T. (2020, 29. oktober). *Covid-19 versus influensa*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/covid-19-versus-influensa/?page=all>

Kalajdzic, P., Thommessen, J. K., Rossholt, H. H. & Thommessen, L. S. (2020, 28. desember). *Svein (67) fikk Norges første koronavaksine: - Som å være den første på månen*. Nrk. <https://www.nrk.no/norge/norges-forste-koronavaksine-settes-1.15304159>

Kløvstad, H., Nygård, K. M., Arnesen, T. M. & Hauge, S. H. (2019, 26. februar). *Infeksjoner*. Folkehelseinstituttet. Hentet 15. mars 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/infeksjoner/#infeksjonssykdommer-i-norge-i-dag-og-utvikling-over-tid>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.

Larsen, L. (2021, 14. september). *Skjev fordeling av vaksiner truer millioner*. UNICEF.
<https://www.unicef.no/nyheter/helse-miljo-og-ernaering/skjev-fordeling-av-vaksiner-truer-millioner>

Larsen, V. B., Ottersen, T. & Telle, K. E. (2021, 11. oktober). *Folkehelsen etter covid-19: Del 8: Helse- og omsorgstjenestene under pandemien*. Folkehelseinstituttet. Hentet 25. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse/rapporten-temautgave-2021/del-1-9/helse--og-omsorgstjenestene-under-pandemien/>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Merks, P., Religioni, U., Bilmin, K., Lewicki, J., Jakubowska, M., Waksmundzka-Walczuk, A., Czerw, A., Baranska, A., Bogusz, J., Plagens-Rotman, K., Świetlik, D., Drelich, E., Świczkowski, D., Lambert, J., Jaguszewski, M., Juszczyk, G., Balkhi, B. & Vaillancourt, R. (2021). Readiness and Willingness to Provide Immunization Services after Pilot Vaccination Training: A Survey among Community Pharmacists Trained and Not Trained in Immunization during the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1-15.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020599>

Midl. endr. i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. (2021). *Midlertidig forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* (FOR-2021-03-22-945). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2021-03-22-945>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å. a). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. Hentet 21. mars 2022 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å. b). *Informasjon til deltakerne*. Hentet 21. mars 2022 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne>

NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsministerens kontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/?ch=6>

Opinion. (2020, 10. august). *Rekordhøy frykt for koronasmitte*. <https://opinion.no/2020/08/rekordhoy-frykt-for-koronasmitte/>

Pinto, G. S., Hung, M., Wong, A. & Wang, L.-N. (2020). *An overview of pharmacy's impact on immunisation coverage: A global survey*. International Pharmaceutical Federation. <https://www.fip.org/file/4751>

Sivertstøl, A. (u.å.). *Ambisjon*. Siterte sitater. Hentet 27. april 2022 fra <https://www.ordtak.no/sitat.php?id=12157>

Skreiberg, E. C. (2022, 7. mars). *Apotek overtar koronavaksinering i 17 kommuner*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/apotek-overtar-koronavaksinering-i-17-kommuner>

Skreiberg, E. C. M. (2021, 11. mai). *Oslo-apotek klare for innbyggervaksinering*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/oslo-apotek-klare-for-innbyggervaksinering>

Smittevernloven – smvl. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>

Soldal, J. (2020, 2. september). *Forskriftsendring: Farmasøyter får rett til å rekvirere influensavaksiner*. Apotekforeningen. <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/forskriftsendring-farmasøyter-får-rett-til-å-rekvirere-influensavaksiner>

Soldal, J. (2021a, 19. januar). *220 kommuner får tilbud om vaksinehjelp fra apotek*. Apotekforeningen. <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/220-kommuner-f%C3%A5r-tilbud-om-vaksinehjelp-fra-apotek>

Soldal, J. (2021b, 13. desember). *Regjeringen mobiliserer apotekene til koronavaksinering*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/Default.aspx?ID=8260&itemId=Nyhet:807>

Soldal, J. (2022, 26. januar). *Unge voksne velger apotek for å ta koronavaksinen*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/unge-voksne-velger-apotek-for-å-ta-koronavaksinen>

Statens legemiddelverk. (2021, 21. desember). *Godkjenningprosessen for koronavaksiner*. Hentet 27. april 2022 fra <https://legemiddelverket.no/godkjenning/koronavaksiner/godkjenningprosessen-for-vaksiner-mot-covid-19>

Sterri, A. B. & Stein, S. (2021, 16. februar). *Vanvittig vaksinefordeling*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/gWL8vJ/vanvittig-vaksinefordeling>

Tjade, T. (2021). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Trogstad, L.-I. S., Watile, S. S. V., Rydland, K. M., Furuseth, E., Bergsaker, M. A. R., Nøkleby, H. M., Bruun, T. & Greve-Isdahl, M. (2018, 26. februar). *Vaksinar i forebygging av infeksjonar*. Folkehelseinstituttet. Hentet 15. mars 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/vaksinar-i-forebygging-av-infeksjon/>

Vendil, Å. (2021a, 14. april). *Oslo kommune bruker apotek for å øke vaksineringen*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/oslo-kommune-bruker-apotek-for-å-øke-vaksineringen>

Vendil, Å. (2021b, 17. september). *Apotekene har bedret vaksinasjonstilbudet i Oslo*. Apotekforeningen. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/apotekene-har-bedret-vaksinasjonstilbudet-i-oslo>

Vitusapotek. (2022, mars). *Vaksine i apoteket*. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.vitusapotek.no/tjenester/vaksiner/vaksine-i-apoteket/a/A56004>

Vitusapotek. (u.å.). *Tjenester*. Hentet 5. mars 2022 fra <https://www.vitusapotek.no/rad-og-tjenester/tjenester/c/AC1787002>

Walter, A. B. & Fredriksen, G. (2014). *Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling* (IS-0426). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-farmasoyttjenester-og-etterlevelse-av-legemiddelbehandling/Utredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf/_/attachment/inline/8d795251-840a-459b-ba91-b173b9500729:318d16368d30c0fdd23a8e895191b6faa4994d25/Utredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf

World Health Organization. (u.å.). *Vaccines and immunization*. Hentet 14. mars 2022 fra https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Forenklet informasjonsskriv

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Intervjuguide (revidert)

Vedlegg 6: Vurdering NSD

Vedlegg 7: Bransjestandard influensavaksinering

Vedlegg 8: Bransjestandard covid-19-vaksinering

Vedlegg 9: Litteratursøk i PubMed

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Farmasøyter som en ressurs under en pandemi – hvilke erfaringer og holdninger har farmasøyter til koronavaksinering i apotek?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer og holdninger apotekfarmasøyter har til koronavaksinering i apotek. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en masteroppgave i farmasi. Formålet med denne studien er å finne ut hvilke erfaringer og holdninger apotekfarmasøyter har til koronavaksinering i apotek. Dersom du velger å delta vil du blant annet få spørsmål knyttet til koronavaksinering i apotek.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Siver Andreas Moestue, Professor, Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU.

Marianne Kollerøs Nilsen, Universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet.

Ragnhild Vold Aarnes, farmasistudent, skriver masteroppgaven og vil gjennomføre intervjuene.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta siden du jobber som farmasøyt i et apotek som har bidratt i koronavaksineringen, og dermed er ansett som egnet til å kunne gi svar på forskningsspørsmålet i denne studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i denne studien innebærer det at du stiller til et intervju. Du vil bli intervjuet av en masterstudent i farmasi, og vil få spørsmål om vaksinering i apotek, hvor størsteparten av spørsmålene vil handle om koronavaksinering. Intervjuet vil ha en varighet på rundt 1 time. Det vil bli tatt lydopptak og notater av intervjuet. Smittesituasjonen vil være avgjørende for om intervjuet

gjennomføres digitalt over internett eller med intervjueren fysisk tilstede i apoteket. Alle som velger å stille til intervju vil få et gavekort på 500 kr som takk for bidraget til prosjektet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun masterstudenten som gjennomfører intervjuet som vil ha tilgang til lydopptakene. Lydfilene oppbevares på kryptert enhet. Studenten og to veiledere fra hhv. NTNU og Nord Universitet, vil ha tilgang til utskriftene fra intervjuene, disse oppbevares elektronisk med passordbeskyttelse.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode. Denne koden vil bli lagret på en egen navneliste som oppbevares adskilt fra øvrige data.
- Intervjuene vil bli gjennomført digitalt med lydopptak, eventuelt med intervjueren tilstede i apoteket dersom koronasituasjonen tillater det. Lydfilen vil bli overført til et sikkert lagringsområde for videre behandling, og vil slettes ved prosjektets slutt. Utskriftene fra intervjuet vil bli anonymisert, og de som deltar i intervju vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av studien. Når databehandlingen er ferdig vil alle personopplysninger bli slettet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen juli 2022. Alle personopplysninger vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for klinisk og molekylær medisin ved NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Prosjektansvarlig ved NTNU, Siver Andreas Moestue, e-post: siver.a.moestue@ntnu.no eller telefon: 73551353.
- Farmasistudent Ragnhild Vold Aarnes, e-post: ragnhva@stud.ntnu.no eller telefon: 99247728.
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, e-post: thomas.helgesen@ntnu.no eller telefon: 93079038.

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Vold Aarnes
(Student)

Siver Andreas Moestue
(Veileder)

Marianne Kollerøs Nilsen
(Veileder)

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Farmasøyter som en ressurs under en pandemi – hvilke erfaringer og holdninger har farmasøyter til koronavaksinering i apotek?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Forenklet informasjonsskriv

Er du interessert i å delta?

Da er du hjertelig velkommen til å ta kontakt med meg på telefon eller e-post.

For å delta er det en forutsetning at du har lest informasjonsskrivet og signert samtykkeerklæringen som tilhører dette prosjektet.

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake dersom du ønsker det.

KONTAKTINFORMASJON

Ragnhild Vold Aarnes

E-post: ragnhva@stud.ntnu.no

Telefon: (+ 47) 99 24 77 28

Har du lyst til å delta i et forskningsprosjekt om vaksinerings?

Bli med og bidra i utviklingen av ny kunnskap om vaksinerings i apotek!

Mastergradsstudie:

Farmasøyter som en ressurs under en pandemi – hvilke erfaringer og holdninger har farmasøyter til koronavaksinerings i apotek?





Om studien

Jeg tar en mastergrad i farmasi ved NTNU i Trondheim, og skal i den forbindelse skrive en masteroppgave.

Formålet med studien er å få ny kunnskap om hvilke erfaringer og holdninger apotekfarmasøytene har til koronavaksiner i apotek.

Hvorfor er dette interessant?

- Vaksiner er viktig for folkehelsen.
- Det er interessant å se på hvordan farmasøytens rolle kan utvides utover det tradisjonelle.
- Farmasøytene kan være en mulig ressurs under fremtidige krisesituasjoner og pandemier.

Hvorfor delta i studien?

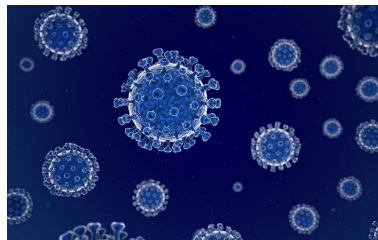
Dette med koronavaksiner i apotek er såpass nytt. Her kan du som apotekfarmasøyt derfor bidra i utviklingen av ny kunnskap.

- Du kan være en viktig representant for hva farmasøytene tenker om koronavaksiner.
- Dine erfaringer og holdninger kan potensielt sett ha noe å si for hvilke tjenester som skal tilbys i apotek, og hvordan man kan utnytte farmasøytens kompetanse i fremtiden.

Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)

Prosjektet er meldt til NSD, som vurderer behandling av personopplysninger.

De som deltar vil bli anonymisert i publikasjonen av studien, og alle personopplysninger vil bli slettet ved prosjektets slutt, innen juli 2022.



Hva innebærer det for deg å delta i studien?

Dersom du velger å delta innebærer det at du stiller til et intervju. Intervjuet vil gjennomføres digitalt over internett eller med meg tilstede i apoteket. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet og intervjuet vil vare i cirka 1 time.

Synes du at dette høres interessant ut, eller har du spørsmål om studien?

Da er det bare å ta kontakt med meg på telefon eller e-post for mer informasjon:

KONTAKTINFORMASJON

Ragnhild Vold Aarnes

Telefon: (+47) 99 24 77 28

E-post: ragnhva@stud.ntnu.no

Vedlegg 4: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

INFORMASJON OM MEG OG PROSJEKTET

Slå på lydopptager

BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Få deltakeren til å fortelle litt om seg selv (eks. alder, utdanninge/yrkestittel, antall år som farmasøyt, klarert for vaksinerings (ja/nei)).

VAKSINER OG VAKSINERING

Hvilke tanker gjør du som farmasøyt deg om vaksiner og vaksinerings på generell basis?

Hvorfor har du valgt å stille/ikke stille som vaksinator?

Apotekforeningen er opptatt av at samfunnsbidraget til farmasøytene skal utvides, og da er vaksinerings ifølge dem en naturlig del av en slik utvidelse. Hva tenker du om dette?

Hva tror du apotekfarmasøytene rundt om i landet tenker om at vaksinerings har blitt en såpass stor del av apotekhverdagen?

KORONAVAKSINERING I APOTEK

Det har vært en debatt om hvorvidt farmasøytene skal bidra i koronavaksinerings. Hvordan stiller du deg til dette?

Hva tenker du om at apotekene skal tilby koronavaksinerings?

Hva tenker du om at apotekene i Oslo-området hjelper Oslo kommune med å vaksinere innbyggerne mot Covid-19?

Hvilke tanker har du om å bidra som vaksinator under en slik krisesituasjon som COVID-19-pandemien har vært?

Vil du fortelle meg om koronavaksinerings og hvordan dere gjør dette?

Kan du fortelle meg om hvordan det var sist du satte en koronavaksine?

Hvordan synes du at prosessen med koronavaksinerings har vært?

Koronavaksinerings – hvordan skiller det seg fra influensavaksinerings?

Kan du fortelle meg om opplæringen og kursene som må gjennomføres før man kan rekvirere og sette koronavaksine?

Hvordan har det gått å til enhver tid skulle holde seg oppdatert om COVID-19 og koronavaksinerings?

Hvordan har koronavaksinerings påvirket apotekhverdagen?

Hvilke inntrykk sitter du igjen med etter å ha vært vitne til koronavaksineringen som har foregått i apotek?

AVSLUTNING/OPPSUMMERING

Vedlegg 5: Intervjuguide (revidert)

INTERVJUGUIDE

INFORMASJON OM MEG OG PROSJEKTET

Slå på lydopptager

BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Få deltakeren til å fortelle litt om seg selv (eks. alder, utdanninge/yrkestittel, antall år som farmasøyt, klarert for vaksinerings (ja/nei)).

VAKSINER OG VAKSINERING

Hvilke tanker gjør du som farmasøyt deg om vaksiner og vaksinerings på generell basis?

Hvorfor har du valgt å stille/ikke stille som vaksinator?

Apotekforeningen er opptatt av at samfunnsbidraget til farmasøytene skal utvides, og da er vaksinerings ifølge dem en naturlig del av en slik utvidelse. Hva tenker du om dette?

Hva tror du apotekfarmasøytene rundt om i landet tenker om at vaksinerings har blitt en såpass stor del av apotekhverdagen?

KORONAVAKSINERING I APOTEK

Det har vært en debatt om hvorvidt farmasøytene skal bidra i koronavaksinerings. Hvordan stiller du deg til dette?

Hva tenker du om at apotekene skal tilby koronavaksinerings?

Hva tenker du om at apotekene i Oslo-området hjelper Oslo kommune med å vaksinere innbyggerne mot Covid-19?

Hvilke tanker har du om å bidra som vaksinator under en slik krisesituasjon som COVID-19-pandemien har vært?

Vil du fortelle meg om koronavaksinerings og hvordan dere gjør dette?

Kan du fortelle meg om hvordan det var sist du satte en koronavaksine?

Hvordan synes du at prosessen med koronavaksinerings har vært?

Koronavaksinerings – hvordan skiller det seg fra influensavaksinerings?

Kan du fortelle meg om opplæringen og kursene som må gjennomføres før man kan rekvirere og sette koronavaksine?

Hvordan har det gått å til enhver tid skulle holde seg oppdatert om COVID-19 og koronavaksinerings?

Hvordan har koronavaksinerings påvirket apotekhverdagen?

Hvilke inntrykk sitter du igjen med etter å ha vært vitne til koronavaksineringen som har foregått i apotek?

Med tanke på fremtiden, hvis det skulle komme en ny pandemi – Hvilken rolle tenker du at farmasøytene kan spille da?

AVSLUTNING/OPPSUMMERING

Vedlegg 6: Vurdering NSD

10.05.2022, 09:56

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

349157

Prosjekttittel

Vaksinering i apotek

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Farmasi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Siver Andreas Mostue, siver.a.mostue@ntnu.no, tlf: 91111174

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ragnhild Vold Aarnes, ragnhva@stud.ntnu.no, tlf: 99247728

Prosjektperiode

13.09.2021 - 01.07.2022

Vurdering (1)

07.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 07.10.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

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.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 7: Bransjestandard influensavaksinerings



BRANSJESTANDARD FOR APOTEK

INFLUENSAVAKSINERING

LOVGRUNNLAG

- Helsepersonelloven
- Apotekloven
- Legemiddelhåndteringsforskriften
- Pasientjournalloven og pasientjournalforskriften
- SYSVAK-forskriften
- Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste

HENSIKT

- Bransjestandarden skal bidra til
- mindre sykdom og bedre folkehelse ved at vaksinerings i apotek øker vaksinedekningen i befolkningen
- at vaksinerings i apotek gjennomføres forsvarlig og i samsvar med Folkehelseinstituttets vaksinasjonsveileder for helsepersonell

ANSVAR

Apoteker er ansvarlig for at apotekansatte vaksinatører oppfyller kompetansekravene og at dette er dokumentert. Vaksinatøren er ansvarlig for å utføre vaksinerings i henhold til bransjestandard.

KOMPETANSE

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som har gjennomført og bestått fastsatt opplæring.

KILDER TIL INFORMASJON

[Apotekinfo](#) - ressursside, med blant annet Tjenestemanual Influensavaksinerings
Apokus e-læring, IN112 og IN113, [via apotekets e-læringsssystem](#)
FHI, Vaksinasjonsveileder for helsepersonell
FHI smittevernveileder
SPC for vaksine

STANDARD

- Vaksinerings skal skje med vaksine rekvirert av lege eller farmasøyt, og utføres i henhold til Tjenestemanual
- Apotekeier skal tilby alle vaksinatører gratis vaksine mot hepatitt B
- Alle vaksinatører skal ha gjennomført og bestått e-læringskurs, gjennomført teoretisk og praktisk opplæring, samt satt minst 2 intramuskulære injeksjoner under veiledning
- Aldersgrense for vaksinerings er 12 år
- Før vaksinerings skal eventuelle kontraindikasjoner sjekkes
- Pasienten skal gis informasjon om vaksinen og vanlige bivirkninger
- Pasienten skal vente i apoteket minst 20 minutter etter vaksinerings
- Vaksinerings skal journalføres
- Vaksinerings skal meldes til Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)
- Apoteker skal årlig vurdere vaksinatørens kompetanse. Ved behov for kunnskapsoppdatering om vaksinerings, førstehjelp eller behov for praktisk trening i injisering, skal nødvendige tiltak iverksettes

Vedlegg 8: Bransjestandard covid-19-vaksinering



BRANSJESTANDARD FOR APOTEK

ADMINISTRERING AV COVID-19-VAKSINE

LOVGRUNNLAG

- Helsepersonelloven
- Apotekloven
- Pasientjournalloven og pasientjournalforskriften
- Smittevernloven
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram
- SYSVAK-forskriften
- Legemiddelhåndteringsforskriften
- Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste

HENSIKT

Bransjestandarden skal bidra til

- mindre sykdom og bedre folkehelse ved at vaksinering i apotek øker vaksinedekningen i befolkningen
- at vaksinering i apotek gjennomføres forsvarlig og i samsvar med Folkehelseinstituttets vaksinasjonsveileder for helsepersonell

ANSVAR

Apoteker er ansvarlig for at vaksinator oppfyller kompetansekravene og at dette er dokumentert.

Vaksinatoren er ansvarlig for å utføre vaksinering i henhold til bransjestandard.

KOMPETANSE

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som har gjennomført og bestått fastsatt opplæring.

KILDER TIL INFORMASJON

- Apotekinfo – ressursider: Tjenestemanual Covid-19-vaksine og Tjenestemanual influensavaksinering
- Apokus e-læring, AL 103 og AP121, via apotekets e-læringsportal
- FHI, Vaksinasjonsveileder for helsepersonell
- FHI, Smittevernveileder
- SPC for vaksine(r)

STANDARD

- Vaksinator skal være sertifisert vaksinator for influensavaksine
- Vaksinator skal ha gjennomført opplæring definert i Tjenestemanual covid-19-vaksine: herunder e-læringskurs, teoretisk og praktisk opplæring, bl.a. trening i opptrekk av vaksine fra flerdose hetteglass med kollegabasert veiledning. Vaksinator skal ha gjennomført minst to kontrollerte/godkjente opptrekk.
- Vaksinering skal skje med vaksine rekvirert av lege, helsesykepleier, sykepleier eller farmasøyt, og utføres i henhold til Tjenestemanual
- Før vaksinering skal eventuelle kontraindikasjoner og forsiktighetsregler sjekkes
- Pasienten skal gis informasjon om vaksinen, vanlige bivirkninger og om en evt. andre dose
- Pasienten skal vente i apoteket minst 20 minutter etter vaksinering
- Vaksinering skal journalføres
- Vaksinering skal meldes til Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)
- Apoteker skal årlig vurdere vaksinatørens kompetanse. Ved behov for kunnskapsoppdatering om vaksinering, førstehjelp eller behov for praktisk trening i opptrekk, injisering mv, skal nødvendige tiltak iverksettes

Vedlegg 9: Litteratursøk i PubMed

Tabellen viser en oversikt over søkeordene som ble benyttet i litteratursøket:

PICo	Søkeord
Population/problem	Pharmacist, Pharmacists, Community pharmacists
Phenomenon of Interest	Vaccination
Context	Covid 19

Skjermdump av antall treff og hvordan de ulike søkeordene ble kombinert:

History and Search Details						Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#12	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6 Filters: in the last 5 years, Danish, English, Norwegian, Swedish	157	09:52:35		
#11	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6 Filters: in the last 5 years, Danish, English, Swedish	157	09:52:06		
#10	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6 Filters: in the last 5 years, Danish, English	157	09:51:57		
#9	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6 Filters: in the last 5 years, English	157	09:51:49		
#8	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6 Filters: in the last 5 years	160	09:51:37		
#7	...	>	Search: #4 AND #5 AND #6	160	09:51:19		
#6	...	>	Search: covid 19	239,772	09:50:33		
#5	...	>	Search: vaccination	448,253	09:50:21		
#4	...	>	Search: #1 OR #2 OR #3	45,513	09:50:04		
#3	...	>	Search: community pharmacists	37,684	09:49:43		
#2	...	>	Search: pharmacists	45,513	09:49:25		
#1	...	>	Search: pharmacist	45,513	09:49:12		

Showing 1 to 12 of 12 entries

