



Tværfagligt samarbejde mellem apotek og alment praktiserende læge i primærsektoren.

En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse.

Interdisciplinary collaboration between the community pharmacy
and the general practitioner in primary health care.

Gitte Stampe Møller

JZP323

Vejleder: Professor Anna Birna Almarsdóttir, PhD, cand.pharm

Samarbejdspartner: Pharmakon's udviklingsteam

PharmaSchool, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet,

Københavns Universitet

17. August 2018

Forord

Dette projekt er udarbejdet med det formål at opnå en kandidatgrad i Farmaci fra Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, PharmaSchool, Institut for Social og Klinisk Farmaci. Specialet er udført i perioden fra 1. Februar til 17. August 2018 med tillagt tid til foropgaven fra 1. September 2017 til 31. Januar 2018. Samlet udgør projektet 37,5 ECTS.

En særlig tak skal gå til min vejleder Anna Birna Almarsdóttir, PhD, cand.pharm., for kyndig vejledning gennem hele projektet. Især på det akademiske plan har jeg nydt godt af din brede viden og ekspertise indenfor forskning i samfundsfarmaci. Endvidere har du været til stor hjælp i det metodiske arbejde og struktureringen af projektet.

Derudover rettes en stor tak til Pharmakon's Forsknings- og Udviklingsteam for rådgivning og sparring undervejs. I særdeleshed tak til afdelingsleder Rikke Nørgaard Hansen, cand.pharm., for at afsætte tid og ressourcer, og være en stor hjælp i forbindelse med distributionen af spørgeskemaet til Netværk for Udvikling af Apotekspraksis. Også stor tak til Mira El-Souri for sparring og rådgivning til møderne. Jeres viden og åbenhed har været til megen hjælp og stor inspiration.

Desuden vil jeg takke Netværket for Udvikling af Apotekspraksis for bidraget med besvarelse af spørgeskemaet. Herunder tak til Birthe fra City Vest Apotek, Aarhus, for at være testperson i det første pilotstudie, og Lyngby Svane Apotek, Lyngby, og Apoteket Trianglen, Østerbro, for at være testpersoner i andet pilotstudie. Med jeres hjælp blev projektet endnu mere fokuseret.

København d. 17. August 2018

Gitte Stampe Møller

Resumé

Baggrund og introduktion: Flere studier har de seneste årtier peget på, at patientsikkerheden kan forbedres gennem mere og bedre tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet. Samarbejdet mellem apoteket og den alment praktiserende læge i primærsektoren er et af knudepunkterne i udleveringen af medicin til patienten. Formålet med projektet er at undersøge, hvad der kendetegner de danske apoteksfarmaceuters, -farmakonoms og apotekers tværfaglige samarbejde med den alment praktiserende læge i primærsektoren. Dertil undersøges det hvilke faktorer, der påvirker graden af samarbejdet set fra den kvalitetsansvarlige apoteksfarmaceut eller -farmakonom's perspektiv.

Teori: En ny model opstilles ud fra fire samarbejdsteorier mellem læge og apoteksfarmaceut. Modellen indeholder tre niveauer af samarbejde og otte faktorer: 'Afstand til praksis', 'sundhedsydelser på apotek', 'tillid', 'personlig relation', 'kommunikation', 'rollefordeling', 'faglig respekt' og 'initiativ til samarbejde'.

Metode: En online, kvantitativ spørgeskemaundersøgelse blev udviklet og sendt til 68 danske apoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis. Responsrate: 43 %. Resultaterne blev inddelt i niveauer af samarbejde for hver faktor i den opstillede model og undersøgt for sammenhænge til ti parametre.

Resultater: Halvdelen af apotekerne lå mindre end fem minutters gang fra lægen, og halvdelen af apotekerne samarbejdede med vedkommende om sundhedsydelser på apotek. Fire femtedele af respondenterne havde fuld tillid til lægen, og alle respondenter, undtagen to, havde høj faglig respekt for lægen. Halvdelen af respondenterne havde ikke en personlig relation til lægen, men halvdelen kommunikerede åbent og ærligt med vedkommende. Dog var det oftest apoteket, der initierede kontakten. To femtedele af apotekerne havde en klar rollefordeling, og vidste hvilke roller de var ansvarlige for, og hvilke lægen var ansvarlig for. Fire ud af seks faktorer påvirkede graden af samarbejde med lægen; 'tillid', 'kommunikation', 'rollefordeling' og 'faglig respekt'. To femtedele mente, at den personlige relation havde betydning, og kun én respondent mente, at initiativet havde en stor betydning.

Konklusion: Det tværfaglige samarbejde mellem apoteket og den alment praktiserende læge i primærsektoren var kendetegnet af et højt niveau af tillid, gensidig faglig respekt og en klar faglig rollefordeling. Niveauet af samarbejde var højere i de mindre byer end i de store. I de mindre følte respondenterne et bedre kendskab og kommunikation til lægen, og stolede mere på vedkommendes beslutninger. Den ældre generation havde større tillid, bedre personlig relation, bedre kommunikation og en bedre fordeling af rolle med lægen. Omkring halvdelen af respondenterne deltog i fællesmøder med lægen, hvilke havde en positiv effekt på kommunikationen og den personlige relation, men en negativ effekt på tilliden mellem parterne. Graden af samarbejde blev påvirket af 'tillid', 'kommunikation', 'rollefordeling' og 'faglig respekt'. To femtedele af respondenterne mente, at graden af samarbejde blev påvirket af 'den personlige relation'.

Abstract

Background: It has been shown that patient safety in health care may be influenced positively by an increase in interdisciplinary collaboration. Danish studies have shown the collaboration between the pharmacist and the general practitioner as a critical point in dispensing medicine to the patient. The purpose of this thesis is to determine the characteristics of the collaboration between the general practitioner and the community pharmacist, -pharmacoeconomics and pharmacies. The factors that influence the degree of collaboration will also be determined from a community pharmacist or pharmacoeconomics perspective.

Theory: Four existing collaboration models have been put together creating the new model that will be used in this thesis. The new model contains three levels of collaboration and eight influential factors. The eight factors are: 'locality', 'pharmacy service provision', 'trust', 'knowing each other', 'communication', 'professional roles', 'professional respect' and 'initiative to collaboration'.

Results: Half of the pharmacies were located less than a five minutes' walk from the practitioner's office, half of them collaborated with the practitioner about pharmacy service provision. Four fifths of the respondents trusted the practitioner completely and almost all respondents had full respect for him/her. Half of the respondents did not feel that they knew the practitioner, but half had a good and open communication with him/her; though it was mostly the pharmacies that took initiative to contact. Two fifths of the respondents had clear professional roles and knew which tasks they were in charge of and which the practitioner was in charge of. Four of six factors were important for the respondent's willingness to collaborate with the general practitioner; trust, communication, professional roles and respect. Two fifth thought it was important to have the feeling of knowing each other, and only one respondent thought it was important who initiated the contact between them.

Conclusion: The collaboration between the community pharmacist and the general practitioner was characterised by high levels of trust, professional respect and clear professional roles. It seemed that the level of collaboration was better in the smaller cities than in the larger ones. In the small cities the pharmacists felt that they knew the practitioner better, trusted them more and had a better communication. The older generation had a higher trust, felt that they knew the practitioner better, communicated better with him/her and had a clearer division of roles. About half of the pharmacies participated in joint meetings with the general practitioner. The joint meetings had a positive effect on the communication and 'knowing each other', but were seen to influence the trust negatively. The degree of collaboration was influenced by trust, communication, professional roles and professional respect. Two fifths of the respondents also thought it to be influenced by the feeling of knowing each other.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Resumé	2
Abstract	3
Indholdsfortegnelse	4
Bilagsoversigt	6
Begrebsforklaring og forkortelser	6
1 Baggrund	8
2 Formål	8
3 Problemformulering	8
4 Introduktion	9
4.1 Relevant litteratur om tværfagligt samarbejde og patientsikkerhed	9
4.1.1 Fokus i projektet: apoteket og lægen i primærsektoren	9
4.2 Begrænsninger i litteraturen	10
5 Teori	10
5.1 Gennemgang af relevante samarbejdsteorier	10
5.1.1 Collaborative Working Relationship	10
5.1.2 Kritik af Collaborative Working Relationship	12
5.1.3 Attitudes Toward Collaboration	12
5.1.4 Kritik af Attitudes Toward Collaboration	14
5.1.5 Armitage's taksonomi af samarbejde	14
5.1.6 General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration	15
5.1.6.1 Afstand til praksis	16
5.1.6.2 Sundhedsydelser på apotek	16
5.1.6.3 Tillid	17
5.1.6.4 Personlig relation (mellem apoteket og lægen)	17
5.1.6.5 Kommunikation	17
5.1.6.6 Rollefordeling	17
5.1.6.7 Faglig respekt	18
5.1.7 Kritik af General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration	18
5.1.8 Faktorbetydning jævnfør Bardet's litteratur review	18
5.1.9 Uoverensstemmelser mellem modellerne	19
5.1.10 Den nye opstillede model (med GPCPC som omdrejningspunkt)	19
6 Sammenfatning af litteratur og teori	21
7 Metode	22
7.1 Udarbejdelse af spørgeskema	22
7.2 Distribution af spørgeskema	22
7.3 Rekruttering	23
7.3.1 Inklusions- og eksklusionskriterierne	23
7.4 Anonymitet	24
7.5 Belønning for deltagelse	24
7.6 Pilotstudier	24
7.6.1 Pilotstudie 1: Ekspertgruppes kommentarer	24
7.6.2 Pilotstudie 2: Afprøvning af spørgeskemaet	24
7.6.3 Pilotstudie 3: Tidtagning og afprøvning af den elektroniske og endelige version	25
7.7 Layout af spørgeskemaet	25

7.8 Analysemetode: Niveauinddeling	26
7.8.1 Afstand til praksis	26
7.8.2 Sundhedsydelser på apotek	27
7.8.3 Tillid	27
7.8.4 Personlig relation	27
7.8.5 Kommunikation	28
7.8.6 Rollefordeling	29
7.8.7 Faglig respekt	30
7.8.8 Initiativ til samarbejde	30
7.9 Analysemetode: Betydningsanalyse	31
8 Resultater	32
8.1 Responsraten	32
8.2 Apotekets og lægens geografiske oplysninger	32
8.3 Demografiske oplysninger om respondenterne	33
8.4 Kendetegn for apotekets samarbejde med den alment praktiserende læge	33
8.4.1 Afstand til praksis	33
8.4.2 Sundhedsydelser på apotek	35
8.4.2.1 Apotekets motivation til at tilbyde sundhedsydelser	36
8.4.3 Tillid	36
8.4.4 Personlig relation	38
8.4.4.1 Kontakt under uddannelse	39
8.4.4.2 Fælles faglige arrangementer	40
8.4.4.3 Privat relation	40
8.4.5 Kommunikation	40
8.4.5.1 Kommunikationstyper	41
8.4.6 Rollefordeling	42
8.4.7 Faglig respekt	43
8.4.8 Initiativ til samarbejde	44
8.5 Faktorer, der påvirkede graden af samarbejde	45
8.6 Andre samarbejdsområder	47
8.7 Apoteker i distributionsgruppen vs. landets hovedapoteker	47
9 Diskussion	47
9.1 Sammenholdning af resultaterne med litteraturen	47
9.2 Diskussion af metoden	50
9.2.1 Netværket som distributionsgruppe	50
9.2.2 Validitet og troværdighed	50
9.2.2.1 Researcher bias	50
9.2.2.2 En kritisk gennemgang af spørgeskemaet	51
9.3 Styrker og begrænsninger i projektet	52
10 Konklusion	53
11 Perspektivering	53
12 Litteraturliste	55
13 Bilag	57

Bilagsoversigt

Bilag 1	Måleinstrumenter
Bilag 2	Inspirationskilder til spørgeskemaet
Bilag 3	Mail til Netværk for Udvikling af Apotekspraksis Spørgeskemaet
Bilag 4	Apoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis og hovedapoteker på landsplan
Bilag 5	Pivottabeller
Bilag 6	Svarfelter fra spørgeskemaet

Begrebsforklaring og forkortelser

Alment praktiserende læge	Læge i primærsektoren. (I nogle tilfælde henvist til som 'lægen') <i>Læge specialiseret i 'almen medicin' med arbejde i et lægehus eller i solopraksis i primærsektoren (1).</i>
ATC	Attitudes Toward Collaboration <i>Samarbejdsteori og –model</i>
ATCI-P	Attitudes Toward Collaboration Instrument for Pharmacist <i>Kvantitativ måleinstrument til ATC modellen</i>
Compliance	Medicinefterlevelse. <i>Hvor godt patienten følger lægens ordinationer (2).</i>
CWR	Collaborative Working Relationship <i>Samarbejdsteori og –model</i>
FICI-P	Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists <i>Kvantitativt måleinstrument til ATC modellen</i>
GPCPC	General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration <i>Samarbejdsmodel</i>
Lægehus	Bygning eller lokaler, hvori en gruppe læger praktiserer sammen (3).
Lægepraksis	Fælles betegnelse for den alment praktiserende læge og/eller lægehus.
Måleinstrument	Metodisk værktøj til at udføre undersøgelsen – f.eks. interview
Patientsikkerhed	Reduktion af risiko for unødvendig skade associeret med sundhedsvæsenet til et acceptabelt minimum (4).
PPCI	Physician/Pharmacist Collaboration Index <i>Kvantitativt måleinstrument til CWR modellen</i>

PPCI-P	Physician/Pharmacist Collaboration Index for Pharmacist <i>Kvantitativt måleinstrument til CWR modellen til at belyse farmaceutens synspunkter</i>
Primær apotek	Apotek i primærsektoren i det danske sundhedsvæsen.
Primærsektor	Den primære sektor i det danske sundhedsvæsen. <i>Udgøres i Danmark af alment praktiserende læger, praktiserende tandlæger, sundhedsplejersker, primærapoteker mfl. (5).</i>
Sektorovergang	Patientens overgang mellem den sekundære og primære sektor.
Sekundær sektor	Den sekundære sektor i det danske sundhedsvæsen. <i>Sygehuse med sundhedspersonale med høj specialisering. Kun adgang med henvisning (5).</i>
Sundhedsprofessionel	Person med en sundhedsfaglig uddannelse. <i>F.eks. læge, farmaceut, farmakonom, sygeplejerske, Social- og Sundhedsassistent, fysioterapeut.</i>
TPI	Tjek På Inhalation <i>Sundhedsydelse på apotek</i>
Tværfagligt samarbejde	Samarbejde på tværs af faggrupper. <i>Fælles beslutningstagning, informationsdeling og kommunikation mellem involverede sundhedsprofessionelle (6).</i>
UTH	Utilsigtet Hændelse. <i>En begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder (7).</i>

1 Baggrund

De seneste år har der været øget fokus på patientoplevelsen og –sikkerheden i det danske sundhedsvæsen. Flere studier peger på, at det ville komme patienten og patientsikkerheden til gode, hvis der arbejdes mere og bedre sammen på tværs af faggrupper og sektorer (8-17). Bonciani viste i sit seneste studie fra 2018, at det gode tværfaglige samarbejde i primærsektoren kunne påvirkes af strukturen i sundhedsvæsenet i de 34 inkluderede lande – jo ”stærkere” struktur, jo bedre grundlag for et positivt udbytte for patientsikkerheden af et tæt samarbejde (18). Som en del af studiet pegede Bonciani på, at Danmark har en ”stærk” organisatorisk ledet struktur, som styres af lovgivning og guidelines (18). I Danmark bliver sundhedsvæsenet reguleret politisk på national- og regional plan af den udpegede sundhedsminister (19).

Men én ting er, at vi vidste, at det tværfaglige samarbejde måske kunne have en gavnlig effekt, noget helt andet er, om vi rent faktisk samarbejder? Dette projekt fokuserer udelukkende på samarbejdet mellem den alment praktiserende læge og apoteket i primærsektoren, og beskriver, hvad der kendetegner samarbejdet på tværs af de to faggrupper, og hvilke faktorer, der påvirker dette. Afhandlingen blev afgrænset til disse to faggrupper grundet min personlige interesse for emnet og de anvendte teorier, som gennemgås senere. Lignende er ikke tidligere undersøgt i dansk regi.

2 Formål

Formålet med projektet er gennem en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse at undersøge, hvad der kendetegner de danske apoteksfarmaceuter, -farmakonomer og apotekers tværfaglige samarbejde med den alment praktiserende læge i primærsektoren. Dertil undersøges det hvilke faktorer, fundet i litteraturen, der påvirker graden af samarbejdet set fra den kvalitetsansvarlige apoteksfarmaceut eller -farmakonomers perspektiv.

3 Problemformulering

Hvad kendetegner de danske apoteksfarmaceuter, -farmakonomer og apotekers tværfaglige samarbejde med den alment praktiserende læge i primærsektoren, og hvilke faktorer påvirker graden af samarbejde fra den kvalitetsansvarlige apoteksfarmaceutens eller -farmakonomers perspektiv. En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse.

For at svare på problemformuleringen, vil følgende problemstillinger også blive besvaret:

- Hvilke faktorerne i modellen har betydning for samarbejdet?
- Hvilke parametre har indflydelse på faktorerne?
 - Region, bystørrelse, antal samarbejdsår med lægen, uddannelseskontakt, fællemøder, privat relation, alder, køn, antal ansættelsesår på pågældende apotek og profession.

4 Introduktion

4.1 Relevant litteratur om tværfagligt samarbejde og patientsikkerhed

Relevant litteratur blev fundet ved hjælp af Rex, PubMed og Google Scholar. I det følgende gennemgås relevante studier, som blev udvalgt efter en kritisk gennemgang af litteraturen.

Nazar konkluderede i sit review af primærfarmaceutens rolle i forbindelse med sektorovergang, at det havde en positiv effekt på patientsikkerheden, når 1) informationer blev delt mellem sundhedsprofessionelle, 2) koordinationen af behandlingen blev forbedret, og 3) kommunikationen blev forbedret (8). Lignende konklusioner blev draget af Ensing, som mente at ”hullet” mellem sektorerne – og de utilsigtede hændelser, der måtte forekomme i forbindelse med overgangen mellem dem – kunne mindskes ved at arbejde tættere sammen og dele mere information mellem lægen og farmaceuten (9). Også Kelly, Duggan og Sørensen mente, at det havde en positiv effekt på patientsikkerheden, at de sundhedsprofessionelle arbejdede bedre og mere sammen på tværs af faggrupper og sektorer (10-12).

På den politiske front var der også fokus på det tværfaglige samarbejde i sundhedsvæsenet. Styrelsen for Patientsikkerhed, som overvågede rapporteringen af utilsigtede hændelser i det danske sundhedsvæsen, mente at vejen frem mod et bedre system, var tæt dialog og samarbejde (20).

Sundhedskoordinationsudvalget skrev i Sundhedsaftalen til implementering fra 2015 til 2018 at *”et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom”* (21).

Det tværfaglige samarbejde var også et af fokuspunkterne for både almen praksis og apoteket. Begge kunne vælge at blive akkrediteret af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, hvor en del af akkrediteringen bestod i, at praksis skulle skabe et sammenhængende patientforløb blandt andet ved at samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet (22, 23). Derudover havde Danmarks Apotekerforening i 2016-visionen, ’Apoteket tættere på dig’, fokus på dialog og samarbejde. Det blev desuden foreslået at apoteket var en central aktør, der skulle samarbejde med læger, kommunale institutioner og andre sundhedsfaglige, der håndterede borgerens medicin (24).

4.1.1 Fokus i projektet: apoteket og lægen i primærsektoren

I 2017 udgav Pharmakon en undersøgelse, der kortlagde kontinuiteten af lægemiddelbehandlingen hos indlagte patienter (13). De fulgte patientens lægemiddelbehandling fra beslutning om udskrivelse fra hospitalet, til patienten kunne påbegynde lægemiddelbehandlingen i eget hjem. Det viste sig ikke at være helt så simpelt, som man kunne tro. På sin vej gennem sundhedssystemet mødte patienten mange sundhedsfaglige aktører. Aktører som, også uden om patienten, var i dialog med hinanden i

arbejdet med patientens medicinering. Undersøgelsen kortlagde nogle knudepunkter, som var afgørende for, at medicineringsprocessen kunne fortsætte. Én af dem var 'apoteket udleverer medicin' (13). Problemer her kunne opstå af flere årsager. Blandt andet hvis: recepten ikke var tilgængelig på serveren, apoteket ikke havde det korrekte lægemiddel på lager, det ordinerede lægemiddel krævede en særlig udleveringstilladelse, der var uoverensstemmelse mellem påskrevet dosering og patientens information, samt hvis doseringen manglede på recepten (13). I sådanne tilfælde måtte apoteket have kontakt til lægen for at få afklaret, hvad der var rigtigt og forkert. Som en del af undersøgelsen deltog en apoteksfarmaceut i et gruppeinterview, og gav udtryk for at lige netop denne ikke-planlagt kontakt til lægen, var noget af det, de brugte mest ikke-planlagt tid på, på apoteket (13).

4.2 Begrænsninger i litteraturen

Forskellig brug af definitioner, for eksempel af 'patientsikkerhed', var en af de helt store fejlkilder, når man forsøgte at sammenholde de relevante studier (25-27). Det kunne være meget svært at generalisere data – i sær til lande med andre strukturer i sundhedssystemet. Man skulle derfor være forsigtig, når man anvendte teorier, der ikke var valideret i det pågældende land. Med dette i baghovedet blev følgende teorier og litteratur kun anvendt som inspiration til udarbejdelsen af metoden i projektet.

5 Teori

5.1 Gennemgang af relevante samarbejdsteorier

Relevante samarbejdsteorier blev primært fundet i Bardet's litteratur review (28). Fire teorier om samarbejdet lægen og farmaceuten blev identificeret: 1) Collaborative Working Relationship (29), 2) Attitudes Towards Collaboration from Pharmacist or General Practitioners perspective (30), 3) Armitage's taksonomi af samarbejde (31) og 4) General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration (32). Ingen af teorierne var udviklet og valideret i Danmark.

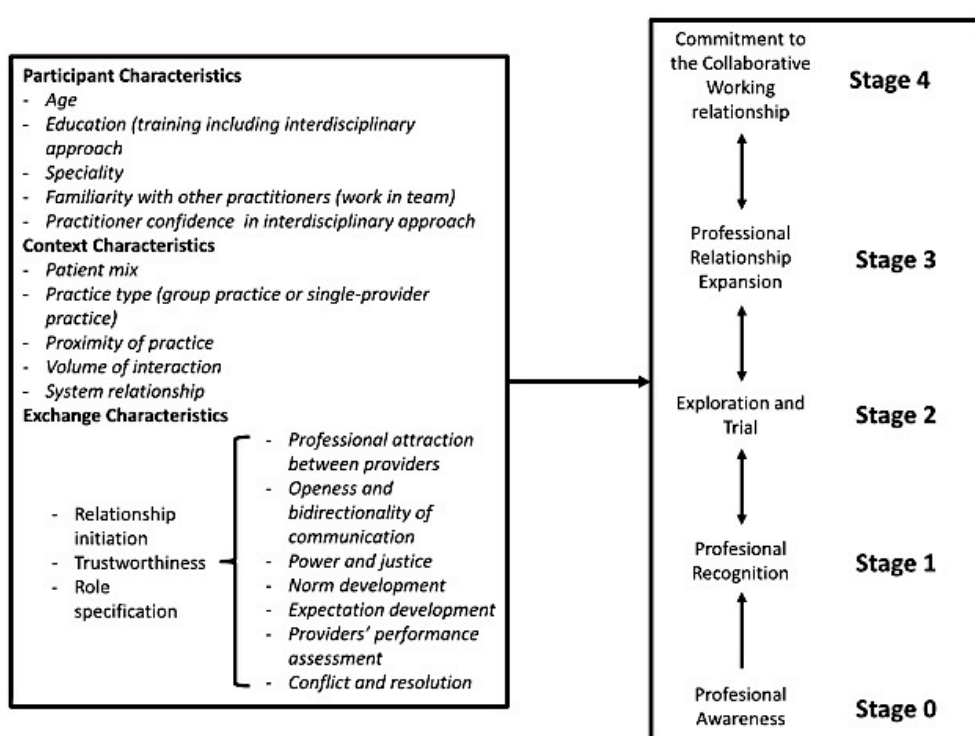
5.1.1 Collaborative Working Relationship

Den første samarbejdsteori mellem lægen og farmaceuten blev udviklet i 2001 af amerikanerne McDonough og Doucette (29). Collaborative Working Relationship (CWR) teorien beskrev samarbejdet mellem lægen og farmaceuten, og var udviklet på baggrund af andre teorier – blandt andet teorier om opbygning af relation, samspil mellem køber og sælger og arbejdsrelationer (28).

Ifølge CWR teorien kunne samarbejdet inddeles i fem stadier. Jo højere stadiet, jo bedre samarbejde. De fem stadier var: Stadiet 0 – Professionel bevidsthed, stadiet 1 – Professionel genkendelse, stadiet 2 – Udforskning og afprøvning, stadiet 3 – Udvidelse af den professionelle relation og stadiet 4 – Forpligtigelse til det arbejdsrelaterede samarbejde. Stadierne skulle ses som flydende, og forholdet mellem parterne kunne hele tiden bevæge sig op og ned mellem dem (29).

Graden af samarbejde blev ifølge teorien påvirket af tre karakteristika: Aktørkarakteristika (eng: 'participant characteristics'), sammenhængskarakteristika (eng: 'context characteristics') og udvekslingskarakteristika (eng: 'exchange characteristics') (figur 1).

Aktørkarakteristika beskrev de involverede parter demografiske oplysninger, såsom 'alder' og 'uddannelse'. Sammenhængskarakteristika beskrev 'patientsammensætningen', 'typen af lægepraksis', 'afstand mellem de to praksisser', 'interaktionen mellem parterne' og 'kommunikationssystemer'. Efter et studie med alment praktiserende læger, blev udvekslingskarakteristika i 2004 opdelt i tre underkategorier af Zillich (33). Udvekslingen afhang af 'initiativ til relation', 'troværdighed' (tillid) og 'specifikation af faglige roller'. Disse tre faktorer blev, ifølge teorien, blandt andet påvirket af 'kommunikation' og 'faglige kompetencer'.



Figur 1: Collaborative Working Relationship model (28).

I 2005 udviklede og validerede Zillich og Doucette det første kvantitative måleinstrument, Physician/Pharmacist Collaboration Index (PPCI) (bilag 1), som kunne belyse samarbejdet mellem lægen og farmaceuten fra lægens perspektiv (34). PPCI gjorde teorien mere håndgribelig, og muliggjorde inddelingen af samarbejdet til et stadie af samarbejde i modellen – dog kun af faktorer i udvekslingskarakteristikken, da Zillich mente, at denne karakteristik havde størst betydning for samarbejdet, og at de to andre karakteristika var underordnede. Sammenhængskarakteristikkerne blev konkluderet at have mindst betydning (33).

Fem år senere testede og validerede amerikanske Snyder en version af PPCI, der kunne belyse både lægens og farmaceutens perspektiv på samarbejdet (35). For farmaceutens synspunkt hed instrumentet Physician/Pharmacist Collaboration Index for Pharmacist (PPCI-P) (35).

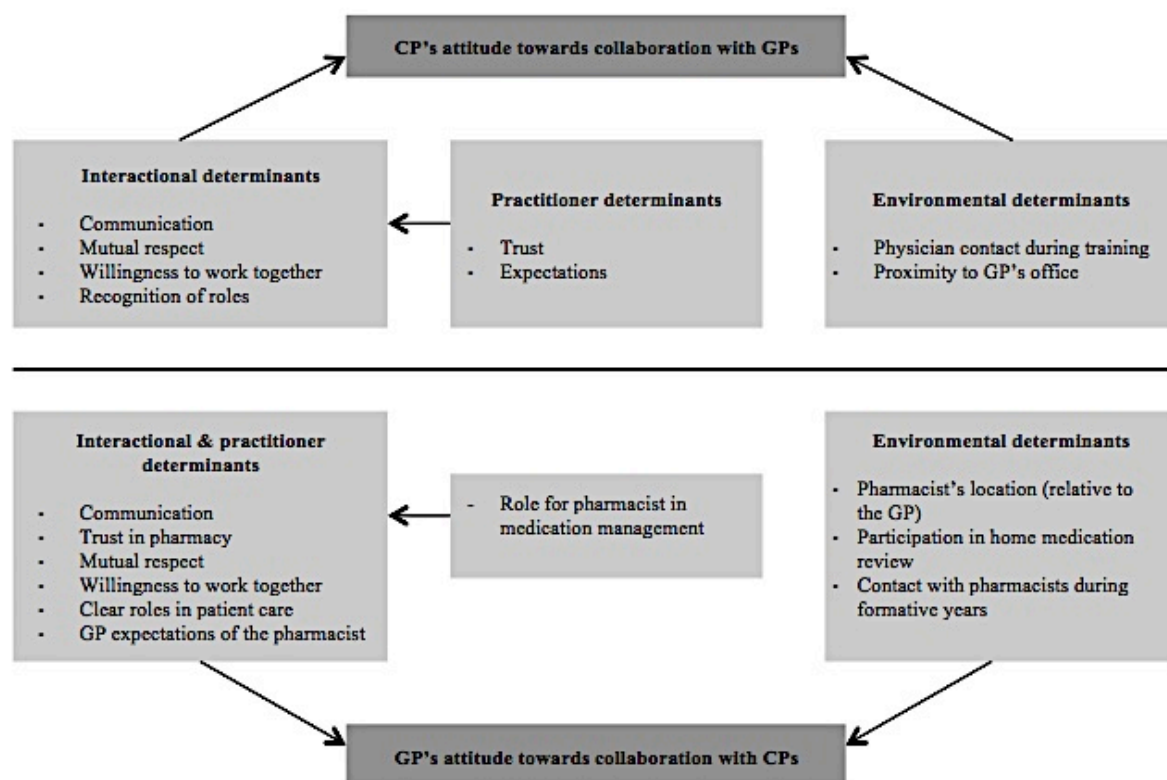
5.1.2 Kritik af Collaborative Working Relationship

Liu mente, at CWR teorien var god men uhåndgribelig. Til trods for at PPCI gjorde det lettere at omsætte teorien til praksis, var det fortsat svært at skelne mellem stadierne (36). Desuden blev PPCI kritiseret for at være mangelfuld. Van mente ikke, at instrumentet tog hensyn til lægens syn på farmaceutens rolle i medicinering (30). Endvidere kritiserede hun teorien for at være udviklet på teoretisk baggrund, frem for inkludering af de to parter. Sidst men ikke mindst var Van uenig med konklusionen om, at sammenhængskarakteristikkerne havde mindst indflydelse på samarbejdet. Hun slog ned på, at afstanden mellem lægepraksis og apoteket havde betydning for samarbejdet (30).

Bradley bakkede mange af Van's kritikker op (32, 37). I tråd med Van, mente Bradley, at en tæt beliggenhed mellem apotek og lægepraksis kunne føre til et højere stadie af samarbejde. CWR teorien slog i sær ned på den personlige relations påvirkning af samarbejdet, mens andre forskere på området mente, at det i lige så høj grad afhang af de fysiske rammer (32, 38). Dog skulle det understreges, at fordi de fysiske rammer gav muligheden for at styrke samarbejdet, var det langt fra garanteret (18). Derudover mente Bradley, at teorien var mangelfuld, når det kom til de to professioners opfattelse af hinanden. CWR teorien tog ikke hensyn til lægens syn på farmaceuten, vice versa. Bradley mente, at opfattelsen var asymmetrisk og fulgte en hierarkisk tankegang – i sær fra lægens synspunkt (37).

5.1.3 Attitudes Toward Collaboration

Efter Van's kritik af CWR teorien udviklede hun i 2012 en ny (30). Teorien, Attitudes Toward Collaboration (ATC), var i første omgang udviklet på baggrund af et spørgeskema til 1215 australske farmaceuter. Modellen blev delt i to, da en faktoranalyse viste, at det ikke var de samme faktorer, der påvirkede samarbejdet fra henholdsvis lægens og farmaceutens perspektiv (30, 39). I dette projekt blev der udelukkende fokuseret på den del af modellen, der beskrev farmaceutens attitude til at samarbejde med lægen (den øverste del af figur 2).



Figur 2: Attitude Toward Collaboration (ATC) model. Øverste del af figuren viser samarbejdet fra farmaceutens perspektiv, nederste del fra den alment praktiserende læges perspektiv (28). CP = Community Pharmacist, GP = General Practitioner.

Samarbejdet blev påvirket af tre determinanter; de interaktionelle, lægelige og miljømæssige determinanter (figur 2) (30, 40). De interaktionelle determinanter dækkede over faktorer såsom 'kommunikation', 'gensidig respekt' og 'anerkendelse af hinandens professioner og roller'. Under de lægelige determinanter var det faktorer som 'tillid' og 'forventninger', der betød noget for graden af samarbejde. Sidst, var det under de miljømæssige determinanter for eksempel 'afstanden mellem apoteket og lægepraksissen' og 'faglig uddannelseskontakt', der påvirkede samarbejdet. Van påpegede i teorien, at faktorerne var afhængige af hinanden og derfor kunne påvirke hinanden. På mange måder overlappede ATC teorien med indholdet i CWR teorien, men faktorerne blev tillagt forskellig værdi. Van mente, at de interaktionelle faktorer påvirkede samarbejdet mest (30).

For at gøre teorien anvendelig i praksis udviklede Van et kvantitativt måleinstrument, som afdækkede faktorerne i modellen (30). Med fokus på farmaceutens holdning til lægen hed instrumentet "Attitudes Towards Collaboration Instrument for Pharmacist" (ATCI-P) (bilag 1).

Ud over holdningsspørgeskemaet udviklede Van endnu et måleinstrument til at afdække frekvensen – altså mængden – af samarbejde (30). Instrumentet hed "Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists" (FICI-P) (bilag 1). Instrumenterne kunne ikke anvendes i andre lande uden validering.

5.1.4 Kritik af Attitudes Toward Collaboration

ATC teorien kunne beskrive samarbejdet mellem farmaceuten og lægen, men sagde ikke noget om hvor godt samarbejdet var – altså hvilket stadie det var på. De to måleinstrumenter, ATCI-P og FICI-P, var indholdsmæssigt gode, og overlappede i høj grad med PPCI-P fra CWR teorien, men analysemetoden virkede misvisende. For at analysere data blev summen af spørgsmålene anvendt. Alle udsagn blev på den måde tillagt samme værdi i vurderingen af graden af samarbejdet. Spørgsmålet ”jeg kontaktede lægen for at afklare en recept” blev altså sidestillet med spørgsmålet ”lægen involverede mig i beslutningen om valg af lægemiddelbehandling” (30). Dette rejste en diskussion om, hvad der var kommunikation, og hvad der var samarbejde, og teoriens manglende niveauinddeling, virkede igen som en begrænsning.

5.1.5 Armitage's taksonomi af samarbejde

Armitage udarbejdede i 1983 én af de første modeller til at beskrive de forskellige stadier i et samarbejde (31). Modellen blev udviklet på baggrund af samspillet mellem læger og sygeplejersker, og altså ikke de relevante faggrupper for dette projekt (28, 31). Alligevel blev teorien medtaget, da Armitage lagde vægt på, at samarbejdet både kunne være individuelt betinget mellem to personer, eller det kunne være organisatorisk indført i hele organisationen (figur 3). I sidstnævnte blev personen i samarbejdet ikke anset som et individ, men som en repræsentant for organisationen.

En nærmere beskrivelse af de første tre niveauer gives ikke, da disse mindede om inddelingen i den følgende modellen.

1. Isolation	2. Encounter	3. Communication	4. Collaboration between two agents	5. Collaboration throughout the organisation
Members who never meet, talk or write to one another	Members who encounter or correspond with others but not interact meaningfully	Members whose encounters or correspondence include the transference of information	Members who act on the information sympathetically; participate in patterns of joint working; subscribe to the same general objective as others on a one-on- one basis in the same organisation	Organisations in which the work of all members is fully integrated

Figur 3: Armitage's taksonomi af samarbejde (28, 31).

5.1.6 General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration

Som tidligere nævnt, var Bradley kritisk overfor CWR teorien. Derfor udviklede hun en ny model på baggrund af to kvalitative studier, som inddrog fejl og mangler fra CWR og ATC teorierne (32).

General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration (GPCPC) modellen var inddelt i tre niveauer af samarbejde: niveau 1 'isolation', niveau 2 'kommunikation' og niveau 3 'samarbejde' (figur 4). Dette mindede om en forsimplet version af stadierne i CWR modellen (29). Horisontalt i GPCPC modellen var en række faktorer, der påvirkede samarbejdet, listet. Hver faktor blev beskrevet for hvert niveau af samarbejde. Faktorerne var i høj grad identiske med determinanter og karakteristika i ATC og CWR teorierne, og inkluderede: 'Locality', 'pharmacy service provision beyond dispensation', 'trust', 'knowing each other', 'communication', 'professional roles' og 'professional respect'. Af hensyn til projektet blev faktorerne oversat til dansk (tabel 1).

	Isolation	Communication	Collaboration
Locality	Geographically separate	Mostly geographically separate	Co-located or close geographically
Pharmacy Service Provision	Limited or no additional services	Some additional services	Pharmacy provides enhanced level services – working together on a service can formalize and cement relationships
Trust	GP has little trust in the CP(s) with suspicion about the business element of the pharmacy. The need to trust the GP is not considered by the pharmacist	Some trust has been built and is dependent on the pharmacist demonstrating they are trustworthy. GP distrust is associated with certain types of pharmacists. The need to trust the GP is still given little consideration by the pharmacist	An historical relationship – mutual trust has been built up over time. Having had good relationships with the pharmacists before, the GP is more inclined to trust the profession more widely
Knowing each other	GPs and pharmacist do not feel that they 'know' each other	GPs may feel that they know some pharmacist in their locality, but are concerned that they do not know locums/sessional pharmacist and that their patients will not either	Both parties feel the 'know' each other. Some concerns on the GPs part that they would need to get to 'know' a new pharmacist – demonstrating a level of dependency
Communication	Limited communication which is mostly unidirectional from the pharmacist to the GP	Moderate communication. Still mostly unidirectional with the pharmacist initiating most of the contact. Communication at the start of the service may have been good but it has not been sustained. Limited communication may be viewed as desirable as it indicated that there are few problems arising	Regular reciprocal communication is the norm. Both parties are comfortable communicating with each other, informally or formally

Professional roles	Defined, separate and traditional roles. GP maintains a territorial approach. Pharmacist may be reluctant to expand their role	GP believes the pharmacist can be useful in a substitute role, if appropriately trained, and their role should be limited to the management of minor ailments and helping ease workload etc. GP is still somewhat territorial. The pharmacist has reactive rather than proactive approach and believes it is the GP domain to select appropriate patients for a service	GP believes that pharmacists can offer an enhanced level of service as a result of their expertise. The GP views the pharmacist as a useful resource for them to consult for advice. Motivation for both is patient benefit, which is considered more important than professional territories
Professional respect	Limited evidence of professional respect for a confidence in pharmacy from the GP	Some evidence of respect for pharmacy by the GP, but this is caveated with a distinction between certain types of pharmacists – ‘some are better than others’	Examples of mutual respect for both individuals and the professions generally

Figur 4: A conceptual model of General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration (28). GP = General Practitioner.

Tabel 1: Dansk oversættelse af faktorerne i General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration (GPCPC) modellen.

Oprindeligt navn på faktoren (32)	Dansk oversættelse
<i>Locality</i>	Afstand til praksis
<i>Pharmacy service provision beyond dispensation</i>	Sundhedsydelser på apoteket
<i>Trust</i>	Tillid
<i>Knowing each other</i>	Personlig relation
<i>Communication</i>	Kommunikation
<i>Professional roles (and responsibilities)</i>	Rollefordeling
<i>Professional respect</i>	Faglig respekt

I det følgende gennemgås betydningen for samarbejdet af de syv faktorer, som Bradley fandt i sit studie (32). Faktorerne blev omskrevet, så de passede til det danske sundhedsvæsen.

5.1.6.1 Afstand til praksis

Jo tættere beliggende praksisser, jo højere niveau af samarbejde. Faktor var ikke afgørende, men Bradley henviste til, at samarbejdet kunne påvirkes positivt af, at praksisserne lå tæt placeret, da det kunne give anledning til mere kommunikation og en bedre personlig relation mellem parterne (32).

5.1.6.2 Sundhedsydelser på apotek

I nogle tilfælde sås det, at samarbejdet kunne styrkes af at have håndgribelige elementer som omdrejningspunkt – for eksempel sundhedsydelser på apotek (6). Lignende konklusioner blev påpeget af Van, som mente at medicingennemgang havde en positiv effekt på det tværfaglige samarbejde, da det ”tvang” de to faggrupper til at arbejde sammen på et niveau, hvor de afhang af hinandens arbejde

(6). Sundhedsydelserne blev en direkte forbindelse mellem lægen og apoteket, og lægen kunne for eksempel henvise patienten til en medicingennemgang på apoteket, og apoteket kunne henvise patienten til lægen med henblik på at få dosispakket medicin. I Danmark tilbød apoteket en lang række sundhedsydelser. Jævnfør Apotekerforeningens hjemmeside blev følgende ydelser udbudt pr. foråret 2018: Tjek På Inhalation (TPI), dosispakket medicin, medicinsamtaler, medicin-gennemgang, rejsevaccination og influenzavaccination (41).

5.1.6.3 Tillid

Ifølge lægen skulle tillid opbygges over tid. Lægen kunne have mistillid til farmaceuten, hvis han/hun var i tvivl om apotekets hensigter – ville de tjene penge eller levere faglig rådgivning? På samme måde kunne apoteket have mistillid til lægen, hvis vedkommende ikke anerkendte apotekets og farmaceutens kompetencer. Mistilliden fra apoteket kunne også være affødt af, at de afhang mere af lægen, end han/hun afhang af dem (28). Den personlige relation kunne øge tilliden.

5.1.6.4 Personlig relation (mellem apoteket og lægen)

Den personlige relation henviste til, om parterne følte, de kendte hinanden. Relationen kunne være opbygget over tid efter flere års kommunikation og/eller samarbejde.

To barrierer til relationen blev påpeget; måske følte lægen ikke at han/hun kendte alle apotekets ansatte, som kunne være spredt over flere filialer. På samme måde kunne apoteket blive forvirret, når der var mange lægepraksisser i nærområdet – hvem skulle man ”vælge”?

Den personlige relation kunne ses som en nuance af tillid mellem parterne. Endvidere var der en sammenhæng til afstanden mellem praksisserne, og Bradley fandt, at parterne ikke følte en lige så tæt relation i de større byer, som i de små (32). Van viste i sin spørgeskemaundersøgelse med 1215 australske farmaceuter, at kontakt under uddannelse kunne have en positiv effekt på samarbejdet, da farmaceuten lærte at begå sig med lægerne (30).

5.1.6.5 Kommunikation

Kommunikationen var omdrejningspunktet for samarbejde. Var kommunikationen primært envejs, kunne det associeres med et lavere niveau af samarbejde. Blev det derimod kommunikeret i begge retninger, var det et tegn på et højere niveau af samarbejde. I England beskrev Bradley, at samspillet omkring sundhedsydelser kunne være med til at øge kommunikationen – i nogle tilfælde kun i opstartsfasen, da der efter nogen tid var fundet et system for ”hvem gør hvad” i den givne situation.

5.1.6.6 Rollefordeling

En tydelig fordeling af roller var vigtigt for et godt samarbejde. De to professioner skulle anerkende hinandens styrker og erkende egne svagheder. De skulle kunne se en fordel i at udnytte hinandens kompetencer og komplimentere hinandens arbejde. Det kunne have negativ indflydelse på samarbejdet, hvis de to faggrupper havde en territoriell følelse for deres profession. På den måde kunne de føle sig krænket og irrettesat med ”det ved du ikke noget om” eller ”det har jeg mere forstand på end dig”.

De to professioner var historisk set præget af hierarki, og for at opnå et godt samarbejde var det nødvendigt, at lægen kunne se en fordel i at bruge farmaceutens og apotekets arbejdsindsats – i starten måske kun i enkelte situationer. Det var vigtigt at få afklaret, hvem der havde ansvaret for de forskellige arbejdsopgaver, og Liu mente at netop dette kunne være en ”driver” for samarbejdet i begyndelsen (36).

5.1.6.7 Faglig respekt

Det var alfa-omega at lægen og farmaceuten/apoteket havde gensidig faglig respekt for hinanden. Hvis de ikke stolede på, at den modsatte part leverede et ordentligt stykke arbejde, var der intet grundlag for at opbygge et samarbejde. Man var kun villig til at arbejde sammen med andre, som man stolede på, og havde respekt for.

5.1.7 Kritik af General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration

Til trods for at være den mest fyldestgørende samarbejdsmodel var GPCPC endnu ikke valideret, og der var endnu ikke udarbejdet et måleinstrument til. Desuden syntes modellen at mangle én faktor, som Zillich fandt vigtig i CWR teorien (33). GPCPC modellen tog ikke højde for ’initiativets’ påvirkning af samarbejde – altså hvem der indledte kommunikation/samarbejde, og hvorvidt dette var individuelt betinget eller organisatorisk indført.

5.1.8 Faktorbetydning jævnfør Bardet’s litteratur review

Samlet set overlappede de fire teorier indholdsmæssigt med hensyn til faktorer/determinanter/karakteristika. Bardet lavede en overordnet inddeling af determinanterne (tabel 2) – inddelingen blev anvendt til udarbejdelsen af spørgeskemaet i dette projekt.

Tabel 2: Inddeling af de otte faktorer i den nye opstillede model efter de overordnede determinanter i Bardet’s litteratur review fra 2015 (28). Inklusiv kort beskrivelse af determinanten.

Overordnet determinant (28)	Beskrivelse af determinanten	Faktorer i den nye model
Individuelle determinanter	Elementer fra modellerne, der beskrev apoteksfarmaceutens og lægens relevante demografiske- og geografiske oplysninger.	Afstand til praksis Sundhedsydelser på apoteket
Relationelle determinanter	Elementer fra modellerne, der beskrev linket mellem de to parter og deres indbyrdes relation til hinanden.	Personlig relation
Interaktionelle determinanter	Elementer fra modellerne, der beskrev det inter-professionelle forhold mellem de to parter såsom tillid, gensidig respekt og kommunikation.	Tillid Kommunikation Rollefordeling Faglig respekt Initiativ til samarbejde

Som en del af litteratur reviewet vurderede Bardet betydningen af hver faktor i modellerne (28). Han vurderede, om faktoren var en stærk eller svag prædiktør for samarbejde – altså hvor vigtig faktoren var for samarbejdet mellem farmaceuten og lægen.

De vigtigste faktorer var de, der dannede grundlag for at samarbejde i første omgang. Her nævnte han 'indbyrdes afhængighed' og 'tillid' som grundstenene. Den indbyrdes afhængighed afhang af faktorerne 'gensidig respekt', 'faglige kompetencer' og 'rollefordeling'. Hvis de rette faktorer var tilstede, var der grundlag for at samarbejde, men for at opbygge et samarbejde var 'den personlige relation' vigtig. Her kunne 'kommunikation' og 'fordeling af roller' ses som redskaber til at opretholde samarbejdet.

Bardet kunne ikke entydigt konkludere noget om betydningen af de individuelle determinanter for samarbejdet ud fra tidligere litteratur – altså faktorerne 'afstand til praksis' og 'sundhedsydelser på apotek' samt demografiske spørgsmål om respondenterne.

5.1.9 Uoverensstemmelser mellem modellerne

Efter gennemgangen af teorierne var der på to punkter uoverensstemmelser mellem medtagne faktorer og tillagt betydning af faktorerne: 'Afstand til praksis' og 'initiativ til samarbejde'.

Betydningen af 'afstanden mellem praksisserne' blev vurderet forskelligt. McDonough, Doucette og Zillich mente i CWR teorien, ikke at det havde den store påvirkning af samarbejdet, mens Van og Bradley mente at faktoren var afgørende for opbygningen af samarbejdet (6, 29, 30, 32, 33, 37).

Sidstnævnte pegede på, at afstanden til praksis var en del af grundlaget for at indlede kontakt.

Så man på initiativ til samarbejde, var det kun Zillich, der mente, at faktoren var væsentligt (33).

I ATC teorien blev faktoren kun nævnt indirekte i FICI-P instrumentet (30), og den blev slet ikke nævnt i GPCPC modellen (32). Zillich mente især, at faktoren var væsentlig i de første stadier af samarbejde i CWR teorien – uden initiativ opstod der ingen kommunikation, og uden kommunikation var der intet grundlag for at samarbejde.

5.1.10 Den nye opstillede model (med GPCPC som omdrejningspunkt)

På baggrund af de gennemgåede teorier syntes ingen i sig selv fyldestgørende nok, og da ingen af dem var valideret til brug i Danmark, kunne én teori ikke anvendes frem for en anden. Derfor blev teorierne sammensat, så de medtog alle relevante faktorer.

Den mest fyldestgørende teori syntes at være GPCPC modellen, og denne blev derfor anvendt som skabelon for den nye teori (figur 5). Alt fra GPCPC modellen blev medtaget, men endnu en faktor om 'initiativ til samarbejde' blev tilføjet. Med Armitage's taksonomi i baghovedet blev niveau 3 for denne faktor opdelt i to, således at samarbejdet både kunne være personligt betinget mellem én eller to ansatte, eller det kunne være organisatorisk indført. Det var muligt at anvende et miks af teorier, da de overlappede i indhold – til trods for uenighed om betydningen af hver faktor (28).

Den nye opstillede model kunne bruges som omdrejningspunktet for den kvantitative metode og give data, som beskrev, hvad der kendetegnede det tværfaglige samarbejde mellem den alment praktiserende læge og apoteket, samt hvilke faktorer, der syntes at have betydning for graden af samarbejde. Modellen blev frit oversat til dansk efter sin oprindelige form i GPCPC modellen (figur 4).

	Niveau 1 Isolation	Niveau 2 Kommunikation	Niveau 3 Samarbejde
Afstand til praksis	De to praksisser er ikke tæt placeret i forhold til hinanden	Praksisserne ligger forholdsvis tæt i samme by/område, men stadig med mere end 5 minutters gang mellem dem	De to praksisser er tæt placeret med mindre end 5 minutters gang mellem dem
Sundheds- ydelser på apotek	Begrænset eller ingen sundhedsydelser på apoteket, hvor begge parter er involveret (f.eks. TPI)	Få sundhedsydelser på apoteket, der involverer både apoteket og den alment praktiserende læge (F.eks. medicinsamtaler)	Apoteket og den alment praktiserende læge samarbejder om flere af apoteks sundhedsydelser (F.eks. medicingennemgang på apoteket, dosisdispensering)
Tillid	Farmaceuten har lidt eller ingen tillid til den alment praktiserende læge, og finder ikke dette nødvendigt. Den alment praktiserende læge anser apoteket mere som en virksomhed, der skal sælge lægemidler end en instans, der kan levere faglig viden og patientomsorg	Noget tillid er opbygget mellem de to praksisser, men det afhænger stadig af enkeltstående hændelser og personer. Tilliden er måske ny, og ikke nødvendigvis gensidig fra begge parter	Apoteket har fuld tillid til den alment praktiserende læge, og tilliden er gensidig. De stoler på hinandens evner til at udføre deres arbejde. Tilliden mellem parterne er implicit og har været der i en længere periode
Personlig relation	Farmaceuten og lægen føler ikke, de kender hinanden	Farmaceuten føler at han/hun kender nogle af lægerne i nærområdet, men er bekymrede for, at de ikke kender afløsere og vikarer i lægehuset. Relationen er personligt betinget til én eller få læger, men ikke nødvendigvis til lægehuset som organisation	Begge parter føler at de kender hinanden, og en personlig relation er opbygget mellem dem. Relationen er organisatorisk og gælder for alle praksissens ansatte
Kommuni- kation	Begrænset eller ingen kommunikation mellem de to praksisser. Den kommunikation, der er, er mest envejs fra apoteket til lægen	Moderat kommunikation mellem apoteket og læge, dog stadig mest med apoteket som initiativtager. Kommunikationen er god, men opretholdes ikke. Kommunikationen er mest af alt informativ	Tovejs kommunikation mellem apoteket og lægen. Begge parter er trygge ved at kommunikere med hinanden uanset om indholdet er informativt eller af mere opklarende/diskuterende karakter
Rolle- fordeling	Definerede roller, der hver i sær kender sin plads og arbejdsopgaver. Dog uden anvendelse af hinandens kompetencer	Lægen anerkender, at apoteket kan være behjælpelige og påtage noget af arbejdsbyrden ved mindre opgaver. Dog kun hvis der har været tilstrækkelig oplæring forinden. Apotekets arbejde er reaktivt frem for proaktivt, og de mener stadig at lægen kender patienten bedst og at han/hun skal henvise patienten til en bestemt ydelse på apoteket, før den udføres	Lægen anser apotekets som en kompetent sparringspartner, der kan konsulteres for råd. Begge parter ser patienten som omdrejningspunkt, og gør hvad der er bedst for denne. Patientens behov overstiger de professionelle "territorier"

Faglig respekt	Ingen eller få tegn på respekt for den modsående part	Kun få tegn på respekt for hinandens professioner. Respekten kan tilskrives enkelte personer mere end hele professionen – ”nogle er bedre end andre”	Eksempler på gensidig respekt mellem de to parter. Både for de enkelte personer og for den overordnede profession.	
Initiativ til samarbejde	Initiativ til samarbejde tages af én person, er envejs og bliver ikke nødvendigvis gengældt	Initiativ til samarbejde tages af én person, er envejs og gengældes kun i enkeltstående tilfælde afhængig af personen, der tager kontakt	Initiativ til samarbejde gengældes, men kun mellem to bestemte personer i organisationen	Initiativ til samarbejdet gengældes og er indført organisatorisk så alle medarbejdere kan samarbejde med lægen.

Figur 5: Den nye opstillede model til anvendelse i projektet. Udarbejdet med inspiration fra tidligere samarbejdsmodeller og teorier (mellem læge og farmaceut i primærsektoren) og frit oversat til dansk, så den passede til det danske sundhedsvæsen. Teorier til inspiration: Collaboration Working Relationship (29), Attitudes Toward Collaboration (30), General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration (32) og Armitage's taksonomi af samarbejde (31).

6 Sammenfatning af litteratur og teori

Tværfagligt samarbejde i primærsektoren menes at have en positiv effekt på patientsikkerheden, men dette var endnu ikke undersøgt i dansk kontekst. Som det blev set i kortlægningen af patientens kontinuitet af lægemiddelbehandling, var et af knudepunkterne, før patienten kunne anvende sin medicin i hjemmet, koordineringen mellem lægen og apoteket i primærsektoren (13). Indenfor emnet blev fire teorier med tilhørende modeller identificeret. Tre af dem var fra apoteksfarmaceutens perspektiv. Dog syntes ingen af teorierne at være fyldestgørende nok i sig selv til at belyse det tværfaglige forhold mellem den alment praktiserende læge og apoteksfarmaceuten i Danmark. Derfor blev en ny model udarbejdet med inspiration fra de tidligere teorier og modeller. På samme måde blev spørgeskemaet udarbejdet med inspiration fra de tidligere teories kvantitative måleinstrumenter.

Undersøgelsen kom i kølvandet på den stigende fokus på at øge patientsikkerheden gennem bedre samarbejde og bedre udnyttelse af forskellige sundhedsprofessionelles kompetencer. Mere end nogensinde før var der politisk fokus på at styrke kommunikationen i sundhedsvæsenet. Dette blev blandt andet set i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvor 'patienten i centrum' var et fokuspunkt (20, 21, 42). Endvidere var der fokus på farmaceutens rolle i forbindelse med rationel brug af lægemidler (43).

Dette projekt vil være med til at belyse relevante faktorer i forbindelse med samarbejdet mellem den alment praktiserende læge og apoteket, og vil bidrage til forskningen i primærsektoren. Viden herfra kan bruges af såvel primærapoteker og politikere i fremtidig strukturering af sundhedsvæsenet. Apoteket kan styrke allerede eksisterende og/eller nye tværfaglige relationer til lægen, og politikerne kan få et fingerpeg om, hvordan vi udnytter strukturen af sundhedsvæsenet bedst muligt i fremtiden.

Derudover vil resultaterne være af interesse for Pharmakon, som er samarbejdspartner på projektet, og som forsker i primærsektoren. Resultaterne kan anvendes som inspiration for videre forskning i samme retning.

7 Metode

En kvantitativ metode i form af et online spørgeskema blev distribueret til apoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis. Den kvantitative metode blev valgt, da det ønskedes at lave en landsdækkende undersøgelse, som i praksis blev muliggjort af de elektroniske muligheder for distribution. Data blev behandlet som beskrivende og fremstillet som relevante figurer og tabeller.

7.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Spørgeskemaet blev udarbejdet med inspiration fra den nye opstillede model med alle faktorer inkluderet. Rækkefølgen af spørgsmålene fulgte de overordnede determinanter fra Bardet's litteratur review (tabel 2). Ud over spørgsmålene til de otte faktorer, blev spørgeskemaet afsluttet med demografiske spørgsmål om respondenterne. Spørgeskemaet var designet til at undersøge, hvad der kendetegnede samarbejdet mellem den alment praktiserende læge og apoteksfarmaceuten indenfor den opstillede model, samt hvilke faktorer den adspurgte apoteksfarmaceut eller -farmakonom fandt betydningsfuldt for apotekets samarbejde med den alment praktiserende læge.

Spørgsmålene til hver faktor blev udarbejdet med inspiration fra de tidligere nævnte måleinstrumenter, som allerede var validerede til brug i forbindelse med de dertilhørende teorier. Desuden blev tabeller fra de oprindelige artikler anvendt til inspiration (30, 35) (bilag 2). Da ingen af de kvantitative måleinstrumenter er validerede på dansk eller til brug i det danske sundhedsvæsen, er det vigtigt at understrege, at disse ikke er anvendt direkte, men blot er brugt til inspiration. Viden om apotekets sundhedsydelser blev fundet på Danmarks Apotekerforenings hjemmeside (41) og justeret efter pilotstudie 2.

7.2 Distribution af spørgeskema

Spørgeskemaet blev distribueret med hjælp fra Pharmakon til Netværk for Udvikling af Apotekspraksis. At have en velkendt organisation i ryggen kunne få svarraten til at stige, da apotekerne vidste, hvem Pharmakon var, og hvad de stod for (44). Netværket bestod af 67 apoteker fordelt mellem regionerne; 7 apoteker i Region Nordjylland, 11 apoteker i Region Midtjylland, 19 apoteker i Region Syddanmark, 19 apoteker i Region Hovedstaden og 11 apoteker i Region Sjælland (45). Derudover blev ét apotek fra Region Hovedstaden inkluderet, da de blev anvendt til pilotstudie 3.

Invitationen til undersøgelsen blev sendt via mail til de tilknyttede medlemmers mailadresser. Dette blev vurderet som en passende distribution, da medlemmerne i forbindelse med tilmeldingen til

netværket, havde sagt ja til at modtage information om forskningsprojekter på denne måde. Det formodes at alle mails nåede frem til modtageren – i et enkelt tilfælde kom mailen retur med meldingen om, at adressen var ugyldig. I den givne situation blev invitationen til undersøgelsen sendt til apotekets officielle mail i stedet.

Projektet blev beskrevet på Netværkets lukkede Facebook gruppe. Rykkere for besvarelser blev sendt to gange via mail. Da spørgeskemaet var delvist anonymt, vides det ikke hvem, der allerede havde svaret, og rykkermailen blev derfor sendt til alle i netværket. Øverst i mailen blev det understreget, at de personer, der allerede havde deltaget i undersøgelsen, kunne se bort fra mailen. Dataindsamlingsperioden varede omkring fem uger fra den 10. maj til den 13. juni 2018.

Mailen indeholdt en kort og relevant introduktion til emnet og beskrev min interesse herfor. Der var en beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterierne for respondenter (se afsnit 7.3.1), samt et link til det online spørgeskema (bilag 3). I mailen blev det forsøgt, at få respondenter til at føle sig som en aktiv medspiller, da dette kunne have en positiv effekt på svarraten (46). Mailen indeholdt desuden information om belønning for deltagelse (se afsnit 7.5).

7.3 Rekruttering

Listen med medlemmer blev udleveret af Pharmakon (bilag 4). Som eneste undtagelse blev besvarelsen fra apoteket, der anvendtes i pilotstudie 3, også inkluderet til trods for ikke at være en del af Netværk for Udvikling af Apotekspraksis.

I nogle tilfælde var flere personer fra samme apotek tilkøbtet netværksgruppen. Det blev understreget i mailen, at der kun ønskes én besvarelse fra hvert apotek, og at respondenter skulle være den kvalitetsansvarlige farmaceut eller farmakonom. Dette vælges for at sikre kendskab til apotekets kommunikation og samarbejde med den alment praktiserende læge, og blev i pilotstudie 2 vurderet som en passende respondent.

7.3.1 Inklusions- og eksklusionskriterierne

Respondenter skulle:

- Have været ansat på pågældende apotek mindst 1 år for at sikre kendskab til apotekets daglige kommunikation med alment praktiserende læge(r)
- Have sin primære arbejdsdag og -opgaver på hovedapoteket
- Være kvalitetsfarmaceut eller –farmakonom eller én deraf udpeget kollega med udbredt kendskab til samarbejdet med den alment praktiserende læge.

Respondenter måtte ikke være:

- Ansat med primær tilknytning til én af apotekets filialer og/eller håndkøbsudsalg
- Apotekeren, der ejede apoteket, da han/hun kunne lede til informations bias.

7.4 Anonymitet

Efter rådgivning fra Pharmakon blev det valgt at gøre undersøgelsen delvist anonym. Således kunne respondenterne opgive apoteksnummer og mail på kontaktperson, hvis de ønskede at deltage i lodtrækningen om belønning samt få tilsendt resultaterne. Ekspertene fra Pharmakon mente ikke, at emnet var af så følsom karakter, at besvarelsene ville blive påvirket af manglende anonymitet. Desuden påpegede de, at denne faggruppe var vant til at deltage i undersøgelser, og derfor gerne bidrog med relevant viden for at opnå ny læring. Navne på respondenter og apoteker blev ikke angivet i rapporten.

7.5 Belønning for deltagelse

Et velkendt råd, når man laver undersøgelser, er at give noget igen, som tak for at respondenterne brugte tid på at hjælpe (46). Derfor kunne de apoteker, der gennemførte undersøgelsen, valgfrit deltage i lodtrækningen om eftermiddagskage til apoteket (værdi 300 kr. betalt af mig). Desuden havde de mulighed for at modtage resultaterne af projektet, så snart disse var udarbejdet. På den måde fik de viden om, dels hvad undersøgelsen blev brugt til, og dels hvad de måske kunne have gavn af at fokusere på, på deres apotek, for at styrke samarbejdet med den alment praktiserende læge. Som nævnt, skulle apoteksnummer og kontaktpersonens mailadresse oplyses for at modtage belønningen.

7.6 Pilotstudier

Inden den endelige distribution af undersøgelsen blev tre pilotstudier udført for at teste hvordan spørgsmål og svarkategorierne fungerede i praksis. Gennemarbejdet materiale kunne have positiv effekt på svarraten (47). Under pilotstudierne gjaldt det om at afprøve materialet i situationer, der var så nær den egentlige undersøgelse, som mulig (47). Gennem pilotstudierne ønskedes svar på følgende: Tilstrækkelig relevant information i indledningen? Tydeligt hvem respondenterne skulle være i forhold til inklusions- og eksklusionskriterierne? Passende længde af spørgeskemaet? Passende layout? Tydelige formuleringer af spørgsmål samt passende svarmuligheder? (46).

7.6.1 Pilotstudie 1: Ekspertgruppens kommentarer

Spørgeskemaet blev gennemgået med Pharmakon. Der blev givet råd om den elektroniske opsætning af spørgeskemaet, samspil mellem teori og metode, valg af inklusions- og eksklusionskriterier, anonymitet og dataanalyse. Der blev lavet justeringer af spørgsmålsformuleringer og hjælpe tekst, samt tilføjet flere tekstfelter. Desuden blev den endelige distributionsgruppe valgt.

7.6.2 Pilotstudie 2: Afprøvning af spørgeskemaet

Med justeringerne fra pilotstudie 1 blev spørgeskemaet afprøvet af en apoteksfarmakonom fra mit private netværk. Farmakonom blev valgt, da hun vides at have stor viden om emnet til trods for ikke at være en del af inklusionskriterierne. Farmakonom besvarede spørgeskemaet i papirform, da den elektronisk version endnu ikke var færdig. Efter besvarelse blev spørgeskemaet gennemgået i

fællesskab med fokus på relevans af spørgsmål, svarmuligheder, brug af 5-punkts versus 10-punkt Linkert skala, inkluderede sundhedsydelser, rækkefølge af spørgsmål, længde af spørgeskema, retorik, hjælpetekster og ordlyd. Ved at hun tænkte højt i svarprocessen, fik jeg et indblik i, hvordan en respondent ville tænke under besvarelsen (47).

Efter pilotstudiet blev nogle af spørgsmålene omformuleret, så det var tydeligt hvornår der mentes 'apotekets holdning', og hvornår der mentes 'respondentens holdning'. To spørgsmål blev fjernet, da erindring herom var for langt tilbage i tiden, og to spørgsmål om region og bagnumre blev tilføjet. Desuden blev svarmuligheder i kommunikationstyper tilføjet. Valget af respondent blev bekræftet.

7.6.3 Pilotstudie 3: Tidtagning og afprøvning af den elektroniske og endelige version

Med justeringerne fra pilotstudie 2 blev spørgeskemaet elektronisk opsat. I det tredje og sidste pilotstudie blev det testet om den elektroniske version fungerede, og hvor lang tid besvarelsen tog. Til dette blev to apoteksfarmaceuter fra mit private netværk anvendt. Det ene var også en del af Netværket. Begge besvarelser blev inkluderet i dataanalysen, da der ikke blev lavet justeringer af spørgeskemaet efterfølgende. Efter tilbagemeldingerne fra den kvalitetsansvarlige farmaceut på de to apoteker, stod det klart, at besvarelsen tog mellem 6 og 10 minutter. For ikke at mislede kommende respondenter blev tiden angivet til 8-10 minutter. På den måde sendes et signal om at spørgeskemaet kunne tage op til 10 minutter. Ingen kommenterede på den elektroniske opsætning, og det antages at fungere.

7.7 Layout af spørgeskemaet

Fem gode råd til at lave et godt spørgeskema med høj svarrate var: Hold det kort, gør det nemt og forståeligt, gør det tilgængeligt, gør det appellerende og giv noget igen (48). Sidstnævnte blev omtalt i afsnit 7.5. Med disse fem råd i baghovedet blev spørgeskemaet designet, så det var så kort som muligt, men stadig medtog alle relevante spørgsmål. Spørgsmålene blev forsøgt formuleret så enkelt som muligt, og en forklarende hjælpe tekst blev indsat de steder, hvor der var brug for en definition af et konkret udtryk. Hjælpeteksten stod både i begyndelsen af hver faktor, som hver havde en side i spørgeskemaet, og i nogle tilfælde også under spørgsmålet med kursiv. Et eksempel kunne være: *"Du bedes se bort fra kontakt i forbindelse med ind-telefonering af recepter"*.

Sproget blev valgt, så det passede til målgruppen, og så ordene kunne tillægges mindst mulig forudindtaget værdi. Så vidt muligt blev ordet 'samarbejde' undgået, da dette kunne opfattes forskelligt fra respondent til respondent. Formuleringen 'arbejdet sammen med' blev fortrinsvist anvendt i stedet.

Spørgeskemaet blev designet med fokus på respondentens perspektiv, ved at opstille alle relevante svarmuligheder til hvert spørgsmål, inklusiv muligheden for at svare 'ved ikke/husker ikke' og 'hverken/eller'.

Det blev formodet at respondenterne modtog mailen på en stationær computer eller en tablet da linket til spørgeskemaet distribueres via mail. Spørgeskemaet blev designet i et format, som kunne åbnes på begge platforme uden at påvirke layouten. En statusbarre fremgik nederst i billedet, for at holde respondentens motivation undervejs (48).

Undersøgelser pegede på, at det kunne være fordelagtigt at slutte af med de demografiske spørgsmål. Dette efterlod respondenterne med en positiv oplevelse af besvarelsen, og sikrede at svarene blev mest muligt velovervejede undervejs (48). For at skabe flow i spørgeskemaet blev spørgsmålene opstillet i en rækkefølge, så de var blandet i sværhedsgrad, men samtidig blev sidestillet efter de otte faktorer i modellen. For at skabe overblik undervejs havde hver faktor sin egen side i spørgeskemaet. Øverst på hver side var faktornavnet angivet som en overskrift. Designet tillod i nogle tilfælde, afhængig af respondentens svar, at springe irrelevante spørgsmål over.

Som et forsøg på at minimere recall bias henvises respondenterne til at tænke tilbage på den læge de på apoteket oftest arbejdede sammen med; eventuelt indenfor en bestemt tidramme (44).

7.8 Analysemetode: Niveauinddeling

For hver af de otte faktorer i den opstillede model blev respondenternes besvarelser klassificeret til et niveau af samarbejde i modellen. Alle faktorer blev undersøgt for sammenhænge til påvirkende parametre: 1) regionen, som apoteket tilhørte, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket var placeret, 3) antal år apoteket havde arbejdet sammen med den alment praktiserende læge, som apoteket oftest samarbejdede med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltog i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) privat relation mellem respondenterne og lægen, 7) respondentens alder, 8) respondentens køn, 9) antal år respondenterne havde været ansat på pågældende apotek og 10) respondentens profession. Det var ikke muligt at udføre statistiske tests på forskellen mellem grupperne, da antallet af respondenter i grupperne var lavere end 5. Der var desuden stor variation mellem antallet af respondenter i hver gruppe, så sammenligning heraf skulle gøres med forsigtighed. Resultaterne præsenteres i søjlediagrammer efter omregning til procent og sortering efter parametrene.

7.8.1 Afstand til praksis

Spørgsmål 3 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model. Besvarelserne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 3) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

Tabel 3: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af afstanden mellem respondentapoteket og den alment praktiserende læge, de oftest arbejdede sammen med.

Niveau i model	Svarmuligheder
Niveau 3: Samarbejde	<i>I samme facilitet (én fælles praksis/klinik)</i>
	<i>Nabo til hinanden</i>
	<i>Samme center/kompleks</i>
	<i>Mindre end fem minutters gang</i>
Niveau 2: Kommunikation	<i>Mere end fem minutters gang, men i samme by/bydel</i>
Niveau 1: Isolation	<i>Mere end fem minutters gang i to forskellige byer/bydele</i>

7.8.2 Sundhedsydelser på apotek

Resultaterne for sundhedsydelser på apotek, kunne ikke analyseres på samme måde som de andre faktorer. Én sundhedsydelse kunne ikke vurderes som værende mere samarbejdsfremmende end andre. Arbejdsprocedurerne omkring sundhedsydelserne formodes at være forskellige fra apotek til apotek, og det formodes at være forskelligt hvor meget lægen var involveret heri. Resultaterne blev fremstillet som beskrivende tekst. Ét spørgsmål satte det økonomiske vederlag op mod faglighed i en vurdering af, hvad der vægtede mest for respondentens motivation. Respondenten skulle på en 5-punkts Linkert skala vælge mellem faglighed i den ene ende og økonomisk vederlag i den anden, hvor midten angav, at faglighed og økonomisk vederlag påvirkede lige meget.

7.8.3 Tillid

Spørgsmål 18 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'tillid' jævnfør den opstillede model. Besvarelserne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 4) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

Tabel 4: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af tilliden mellem respondenter og den alment praktiserende læge.

Niveau i model	Svarmuligheder
Niveau 3: Samarbejde	<i>Jeg har fuld tillid til alle lægerne i praksissen og tilliden virker gengældt</i>
	<i>Jeg har fuld tillid til alle lægerne i praksissen, men jeg er ikke sikker på, at de har tillid til mig</i>
Niveau 2: Kommunikation	<i>Jeg har en smule tillid til alle én eller to af lægerne i praksissen i alle situationer</i>
	<i>Jeg har en smule tillid til én eller to af lægerne i praksissen, men det kommer an på den givne situation</i>
Niveau 1: Isolation	<i>Jeg har ingen tillid til lægens/lægehusets arbejde</i>

7.8.4 Personlig relation

Spørgsmål 14, 15 og 16 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'personlig relation' jævnfør den opstillede model. Besvarelserne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 5) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel. Spørgsmål 14 blev besvaret af de respondenter, der arbejdede sammen med en alment praktiserende læge i solopraksis, og spørgsmål 15 blev besvaret af de respondenter, der arbejdede sammen med læger i et lægehus. Alle respondenter blev ledt videre til spørgsmål 16 efter besvarelse af spørgsmål 14 eller 15.

Tabel 5: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af den personlige relation mellem respondenterne og den alment praktiserende læge – altså hvor godt de to parter følte de kendte og stolede på hinanden.

Niveau i model	Svarmuligheder		
	Spørgsmål 14	Spørgsmål 15	Spørgsmål 16
Niveau 3: Samarbejde	<i>Jeg føler, jeg kender lægen</i>	<i>Jeg føler, jeg kender alle lægerne i praksissen</i>	<i>I meget høj grad</i> <i>I høj grad</i>
Niveau 2: Kommunikation	-	<i>Jeg føler, jeg kender én eller to af lægerne i praksissen</i>	<i>Hverken/eller</i>
Niveau 1: Isolation	<i>Jeg føler ikke, jeg kender lægen</i>	<i>Jeg føler ikke, jeg kender nogle af lægerne i praksissen. Jeg kender dem mest af alt kun ved navn</i>	<i>I lav grad</i>
	<i>Min relation til lægepraksissen er primært til lægesekretæren</i>	<i>Min relation til lægehuset er primært til lægesekretæren</i>	<i>I meget lav grad</i>
	<i>Ved ikke</i>	<i>Ved ikke</i>	

Besvarelsene for de tre spørgsmål klassificeres enkeltvis til niveauerne, og den endelige klassificering blev udført på baggrund af følgende: Hvis respondenterne var på niveau 1 i begge spørgsmål, blev den samlede vurdering være niveau 1. Samme system gjaldt, hvis respondenterne var på niveau 2 i begge eller niveau 3 i begge spørgsmål. Såfremt respondenterne blev klassificeret til to forskellige niveauer i de to spørgsmål skete inddelingen som følger: Respondenterne var på niveau 1 i det ene spørgsmål og niveau 2 i det anden; dette medførte en samlet klassificering til niveau 1, da der i så fald enten ikke var nogen relation mellem parterne, og respondenterne havde svaret 'hverken/eller' til om den gengældtes, eller der var en relation til én eller to af lægerne i praksissen, men den gengældtes i lav eller meget lav grad. Hvis respondenterne var på niveau 1 i det ene og niveau 3 i det andet spørgsmål, medførte det en samlet klassificering til niveau 2, da den manglende relation til lægen alligevel følte gengældt i høj eller meget høj grad. Dette tolkes som en positiv indstilling til kommunikation og ikke total isolation – derfor niveau 2. Hvis respondenterne var på niveau 2 i det ene og niveau 3 i det andet spørgsmål, blev det samlet klassificeret til niveau 2, da respondenterne enten mente at relationen til alle lægerne i praksissen ikke rigtig gengældtes, eller den gengældte relation kun var med én eller to af lægerne i praksis.

7.8.5 Kommunikation

Spørgsmål 19 og 27 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'kommunikation' jævnfør den opstillede model. Besvarelsene blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 6) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

Tabel 6: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af kommunikationen mellem apoteket og den alment praktiserende læge.

Niveau i model	Svarmuligheder	
	Spørgsmål 19	Spørgsmål 27
Niveau 3: Samarbejde	<i>Mere end 3 gange om ugen</i>	<i>Det er meget forskelligt. Nogle gange er det apoteket, der tager kontakt, andre gange er det lægen</i>
Niveau 2: Kommunikation	<i>1-3 gange om ugen</i>	<i>Det er for det meste apoteket, der tager kontakten</i>
Niveau 1: Isolation	<i>Mindre end én gang om ugen</i>	<i>Det er altid apoteket, der tager kontakt til lægen</i>
	<i>Ved ikke/husker ikke</i>	<i>Det er altid lægen, der tager kontakt til os</i> <i>Ved ikke/husker ikke</i>

Hvis respondenterne var på niveau 1 i begge spørgsmål, vil den samlede vurdering være niveau 1. Samme system var gældende, hvis respondenterne var på niveau 2 i begge eller niveau 3 i begge spørgsmål. Såfremt respondenterne var analyseret til to forskellige niveauer i de to spørgsmål skete inddelingen som følger: Hvis respondenterne var på niveau 1 i det ene og niveau 2 i det andet spørgsmål, førte det til en samlet klassificering til niveau 1, da det enten ofte var apoteket, der tog kontakten, som fandt sted mindre end én gang om ugen, eller også var det altid apoteket, eller altid lægen, der tog kontakten 1-3 gange om ugen.

Hvis respondenterne var på niveau 1 i det ene og niveau 3 i det andet spørgsmål, medførte det en samlet klassificering til niveau 2, da det enten altid var den samme part, der indledte kontakten mere end 3 gange om ugen, eller det var meget forskelligt, hvem der indledte kontakten, men mindre end 1 gang om ugen. Hvis respondenterne var på niveau 2 i det ene og niveau 3 i det anden spørgsmål, blev klassificeringen samlet set niveau 3, da det enten oftest var apoteket, der indledte kontakten mere end 3 gange om ugen, eller det var meget forskelligt, hvem der tog kontakt 1-3 gange om ugen. Begge vurderes at være på et højt stadie af samarbejde.

Som et tillæg til inddeling af kommunikation belyste ét spørgsmål de anvendte kommunikationsformer. Disse analyseredes særskilt. Apotekerne, der kommunikerede via telefon med lægen, angav antallet af læger, de har bagnumre på. Dette spørgsmål analyseredes med udregning af gennemsnit og median.

7.8.6 Rollefordeling

Spørgsmål 24 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'rollefordeling' jævnfør den opstillede model. Resultaterne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 7) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

Tabel 7: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af rollefordelingen mellem apoteket og den alment praktiserende læge. Det var muligt at markere alle relevante svarmuligheder. Nummereringen af svarmulighederne er angivet foran hvert svar.

Niveau i model	Svarmuligheder
Niveau 3: Samarbejde	1) Lægen mener, jeg har en rolle i arbejdet med patientens sikkerhed (f.eks. identificere medicininteraktioner, bivirkninger og kontraindikationer)
	2) Lægen mener, jeg har en rolle i arbejdet med at sikre medicins effektivitet (f.eks. optimal dosering, valg af korrekte lægemiddel)
	4) Jeg fornemmer at lægen har lige så meget brug for mig, som jeg har brug for ham/hende
Niveau 2: Kommunikation	3) Lægen ved godt, at jeg kan varetage arbejdsopgaver med patientsikkerhed og /eller medicinering, men benytter sig ikke af det
Niveau 1: Isolation	5) Ingen af ovenstående udsagn kan beskrive lægens syn på min rolle

Såfremt respondenterne markerede svar 1), 2) og 3) klassificeres til niveau 2, da lægen vidste, at farmaceuten havde en rolle, men måske ikke benyttede sig heraf. Såfremt respondenterne markerede svar 1), 2), 3) og 4) klassificeres til niveau 3, da tre af fire svar pegede på 'samarbejde' til trods for at svar 3 indikerede, at lægen måske ikke altid benyttede sig af apotekets faglige kompetencer.

7.8.7 Faglig respekt

Spørgsmål 26 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'faglig respekt' jævnfør den opstillede model. Besvarelserne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 8) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

Tabel 8: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af den faglige respekt mellem respondenterne og den alment praktiserende læge – her som rangering af i hvor høj grad respondenterne stoler på lægens beslutninger.

Niveau i model	Svarmuligheder
Niveau 3: Samarbejde	I meget høj grad
	I høj grad
Niveau 2: Kommunikation	Hverken/eller
	I lav grad
Niveau 1: Isolation	I meget lav grad

7.8.8 Initiativ til samarbejde

Spørgsmål 27 og 19 i spørgeskemaet var designet til at klassificere faktoren 'initiativ til samarbejde' jævnfør den opstillede model. Besvarelserne blev klassificeret efter svarmuligheder (tabel 9) og analyseret med frekvensanalyse i Microsoft Excel. På niveau 3 i den opstillede model var faktoren opdelt i to; organisatorisk samarbejde, der gjaldt for alle medarbejdere på apoteket, eller individuelt samarbejde, der var betinget mellem to bestemte personer i organisationerne.

Tabel 9: Inddeling af svarmuligheder efter niveau i den opstillede model. Inddelingen anvendes til analyse af hvem fra apoteket, der kommunikerer med den alment praktiserende læge, og hvem der oftest indleder kontakten mellem parterne.

Niveau i model	Svarmuligheder	
	Spørgsmål 29	Spørgsmål 27
Niveau 3b: Organisatorisk samarbejde	<i>Alle faguddannede ansatte inkl. elever og studerende</i>	<i>Det er meget forskelligt. Nogle gange er det apoteket, der tager kontakt, andre gange er det lægen</i>
	<i>Alle faguddannede ansatte, men ikke elever og studerende</i>	
Niveau 3a: Individuelt samarbejde	<i>Kun nogle få ansatte f.eks. i forbindelse med en sundhedsydelse, som personen har ansvaret for</i>	
	<i>Kun farmaceuterne</i>	
	<i>Kun farmakonomerne</i>	
Niveau 2: Kommunikation	-	<i>Det er for det meste apoteket, der tager kontakten</i>
Niveau 1: Isolation	<i>Ved ikke</i>	<i>Det er altid apoteket, der tager kontakt til lægen</i>
		<i>Det er altid lægen, der tager kontakt til os</i>
		<i>Ved ikke/husker ikke</i>

Hvert spørgsmål analyseres for sig hvorefter en samlet klassificering laves. Såfremt respondenter var på niveau 2 i det ene spørgsmål og spørgsmål 3a i det andet vurderedes respondenter samlet til niveau 2. De to svar tydede på, at kontakten oftest indledtes af apoteket, og enten kun af nogle få personer, der havde et ansvarsområde, eller kun nogle bestemte faggrupper, for eksempel farmaceuter. Såfremt respondenter klassificeredes til niveau 2 i det ene spørgsmål og niveau 3b i det andet, blev respondenter samlet vurderet til niveau 2. Svarene pegede på at det primært var apoteket, der indledte kontakten, som dog fandt sted i hele organisationen. Der var ikke tale om et egentlig samarbejde med den alment praktiserende læge, mere et system på apoteket for kommunikation med lægen. Såfremt respondenter var på niveau 3 i begge spørgsmål klassificeredes respondenter samlet set til niveau 3a, da det var meget forskelligt hvem af parterne, der indledte kontakten, men det var kun nogle få ansatte på apoteket, der varetog kontakten. Såfremt respondenter klassificeres til niveau 3 i spørgsmål 27, og niveau 3b i spørgsmål 29 blev den samlede klassificering det højeste niveau af samarbejde – niveau 3b, organisatorisk samarbejde.

7.9 Analysemetode: Betydningsanalyse

Seks spørgsmål i spørgeskemaet var designet til at afklare, hvilke faktorer respondenter mente påvirkede graden af samarbejde mellem lægen og farmaceuten/farmakonom. I hvert spørgsmål skulle respondenter svare på en 5-punkts Linkert skala, hvor 1 var 'ingen eller meget lille betydning' og 5 var 'meget stor betydning'. Faktorerne, der blev afdækket, var tillid, personlig relation, kommunikation, rollefordeling, faglig respekt og initiativ til samarbejde. Data præsenteres i søjlediagrammer efter omregning til procent og analyseres med frekvensanalyse i Microsoft Excel.

8 Resultater

8.1 Responsraten

I alt svarede 29 respondenter på spørgeskemaet i løbet af dataindsamlingsperiode. Responsraten udregnes til 43 %.

8.2 Apotekets og lægens geografiske oplysninger

Størstedelen af besvarelserne kom fra apoteker i Region Hovedstaden, og næst flest fra henholdsvis Region Syddanmark og Region Midtjylland, som havde lige mange respondenter. Omkring en tredjedel af respondentapotekerne lå i 'Hovedstaden/Storkøbenhavn' og en tredjedel i 'byer med 5.000-50.000 indbyggere' (tabel 10).

Tabel 10: Fordelingen af respondentapoteker mellem regioner og størrelsen på den by, hvor apoteket lå. Angivet i antal og procent.

Region	Antal (n=29)	Procent (%)	Størrelse på by, hvor apoteket lå	Antal (n=29)	Procent (%)
Region Hovedstaden	12	41	Hovedstaden/Storkøbenhavn	9	31
Region Sjælland	1	3	Storby (Aarhus, Odense, Aalborg)	4	14
Region Syddanmark	7	24	Større by (mere end 50.000 indbyggere)	3	10
Region Midtjylland	7	24	By (5.000-50.000 indbyggere)	11	38
Region Nordjylland	2	7	Landsby (færre end 5.000 indbyggere)	2	7

En tredjedel af respondentapotekerne angav, at den alment praktiserende læge de oftest arbejdede sammen med, lå 'mindre end fem minutters gang' væk, og en tredjedel lå 'mere end fem minutters gang, men i samme bydel'. Over halvdelen af respondentapotekerne havde arbejdet sammen med den pågældende læge i mere end 10 år (tabel 11).

Tabel 11: Afstand mellem apotek og den alment praktiserende læge de oftest arbejdede sammen med, samt antal år apoteket havde samarbejdet med den alment praktiserende læge, de arbejdede mest sammen med. Angivet i antal og procent.

Afstand fra apotek til læge	Antal (n=29)	Procent (%)	År apoteket havde samarbejdet med lægen	Antal (n=29)	Procent (%)
I samme facilitet (én fælles praksis/klinik)	0	0	Mindre end 2 år	1	3
Nabo til hinanden	4	14	2-5 år	0	0
Samme center/kompleks	1	3	6-10 år	3	10
Mindre end fem minutters gang	9	31	Mere end 10 år	16	55
Mere end fem minutters gang, men i samme by/bydel	10	34	Ved ikke/husker ikke	9	31
Mere end fem minutters gang i to forskellige byer/bydele	5	17			

86 % af respondenterne (n=25) angav at lægen, de oftest arbejdede sammen med, havde praksis i et lægehus. Tre respondenter arbejdede mest sammen med en læge i solopraksis, og én enkelt vidste ikke om lægen arbejdede i lægehus eller solopraksis.

8.3 Demografiske oplysninger om respondenterne

Ud af de 29 besvarelser var 7 respondenter mænd og 22 kvinder. Kun én enkelt angav at han/hun var farmakonom, resten var farmaceuter.

Cirka en tredjedel af respondenterne angav, at de var mellem 35 og 44 år, næst flest var 55-64 år. En tredjedel havde været ansat på deres nuværende apotek i mindre end 5 år, og en tredjedel havde været ansat i 5-10 år (tabel 12).

Tabel 12: Fordelingen af respondentens alder og antal år han/hun havde været ansat på det pågældende apotek. Angivet i antal og procent.

Respondentens alder	Antal (n=29)	Procent (%)	Antal år respondenterne havde været ansat på det pågældende apotek	Antal (n=29)	Procent (%)
34 år eller yngre	5	17	Mindre end 5 år	10	34
35-44 år	11	38	5-10 år	9	31
45-54 år	5	17	11-20 år	6	21
55-64 år	8	28	Mere end 20 år	4	14
65 år eller ældre	0	0			

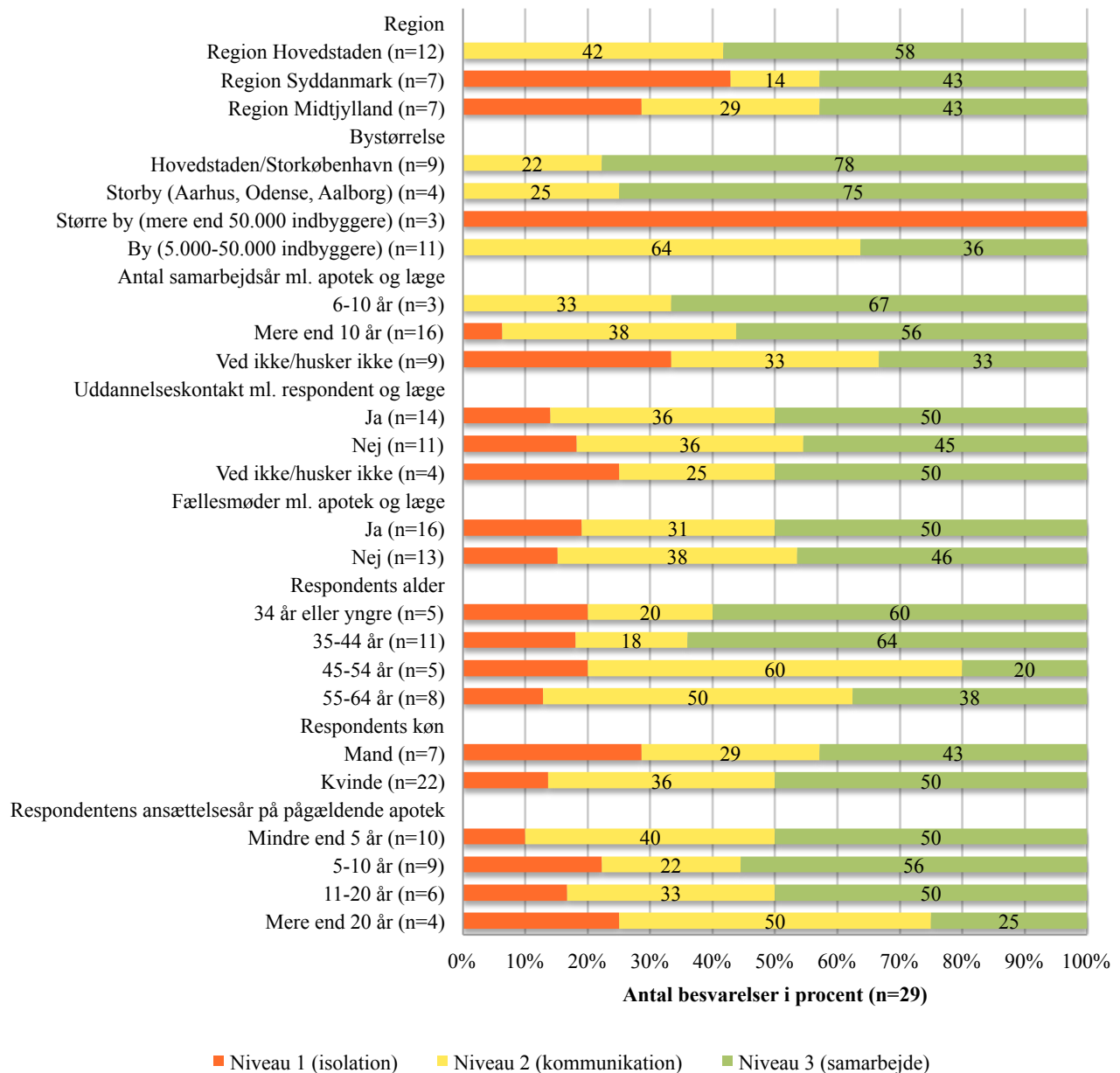
8.4 Kendetegn for apotekets samarbejde med den alment praktiserende læge

To parametre blev udelukket fra analysen - 'profession' og 'privat relation' – da kun én respondent angav sin profession til 'farmakonom', og da 26 af 29 respondenter ikke havde en privat relation til lægen, to svarede 'ja' og én svarede 'ved ikke'. To af tre kategorier blev dermed ikke medtaget, og det vælges udelukkende at beskrive parameteren i tekst under den tilhørende faktor.

En samlet inddeling efter niveau af alle respondenter blev ikke lavet, da dette syntes misvisende. Samme apotek kunne være på et højt niveau af samarbejde i én faktor, men et lavt niveau i en anden.

8.4.1 Afstand til praksis

Niveauet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 6). Samlet set var 17 % (n=5) af respondenterne på niveau 1 'isolation' i denne faktor. 34 % (n=10) var på niveau 2 'kommunikation' og 48 % (n=14) på niveau 3 'samarbejde'.



Figur 6: Procentvis fordeling af faktoren 'afstand til praksis' mellem de tre niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

Resultaterne antydede, at jo tættere apoteket og lægepraksissen lå i forhold til hinanden, jo længere tid havde apoteket samarbejdet med den pågældende læge. Ligeledes tegnede resultaterne et mønster af, at der var en sammenhæng mellem niveauet af samarbejde og regionen og bystørrelsen. De to praksisser lå tættere på hinanden i de store byer end i de mindre – i sammenhæng med regionerne, lå praksisserne tættere i Region Hovedstaden end i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Én undtagelse forekom dog i kategorien 'større byer med mere en 50.000 indbyggere'. Her var alle

apoteker på niveau 1 (n=3). Hvorvidt resultatet var påvirket af det lave antal besvarelser i denne kategori, vides ikke, og flere besvarelser havde måske givet en anden fordeling mellem niveauerne.

Sammenhængen mellem bystørrelse og region blev undersøgt ved hjælp af pivottabeller i Microsoft Excel (bilag 5), og viste at flere apoteker i Region Syddanmark og Midtjylland lå i byer af mindre størrelse end apotekerne i Region Hovedstaden.

8.4.2 Sundhedsydelser på apotek

Besvarelsene kan ses i bilag 6. 14 af de 29 respondenter svarede, at de arbejdede sammen med den alment praktiserende læge i forbindelse med udbydelse af sundhedsydelser. Nogle af de 15 respondenter, der ikke samarbejdede med lægen omkring sundhedsydelser, angav en begrundelse. To af otte respondenter beskrev ressourcer, tid og økonomi som en barriere for at samarbejde om sundheds-ydelser. En respondent skrev at lægehusene havde travlt, og derfor ikke kunne overskue at samarbejde med apoteket. På et andet apotek beskrev respondenteren, at de ikke havde tradition for at samarbejde, og på et tredje apotek beskrev respondenteren, at lægen udelukkende brugte dem til TPI. En fjerde respondent skrev, at lægen ikke var fortalende for medicinsamtaler, og at han/hun selv havde en vaccinationssygeplejerske ansat. På ét apotek samarbejdede de kun med lægen, når de farmaceut-studerende skulle udføre medicingennemgang i forbindelse med studieophold på apotek.

De 14 respondenter, der svarede, at de samarbejdede om ydelserne, besvarede endvidere hvilke ydelser, de konkret samarbejdede om. Det var muligt at markere alle relevante svar i spørgsmålet.

12 af 14 respondenter samarbejdede om TPI, og 12 af 14 samarbejdede om dosispakket medicin. Kun 3 af 14 respondenter samarbejdede med den alment praktiserende læge om medicin-samtaler, og fire om medicingennemgang. Én respondent samarbejdede med lægen om vaccinationer – både rejse- og influenzavaccinationer. Tre af respondenterne havde markeret svarmuligheden 'andet', men ingen beskrev, hvad dette dækkede over i det tilhørende svarfelt.

Der gøres opmærksom på, at én respondent svarede 'nej' til at de arbejdede sammen med lægen om sundhedsydelser, men i den efterfølgende tekst skrev han/hun, at lægen brugte dem til TPI. Respondenten blev ikke medtaget i antallet, der samarbejdede om TPI. En anden respondent, som svarede 'ja' til, at samarbejde med lægen om sundhedsydelser og derfor indgik i de 14, der samarbejdede med lægen om sundhedsydelser, havde ikke markeret 'TPI' som svarmulighed, men beskrev i tekstfeltet 'andet', at lægen nogle gange henviste til apoteket for at udføre en TPI. Svarmuligheden blev medtaget i analysen.

Det kunne ikke ud fra resultaterne ses, om sundhedsydelser havde en positiv effekt på niveauet af samarbejde. Ud fra svarfelterne virkede det dog som om, at mangel på samarbejde herom, kunne være til frustration for de apotekerne, der svarede 'nej' til at de samarbejdede med lægen om sundheds-ydelser. En entydig sammenhæng mellem niveauet af kommunikationen og samarbejdet med læge om sundhedsydelser kunne ikke identificeres (bilag 5).

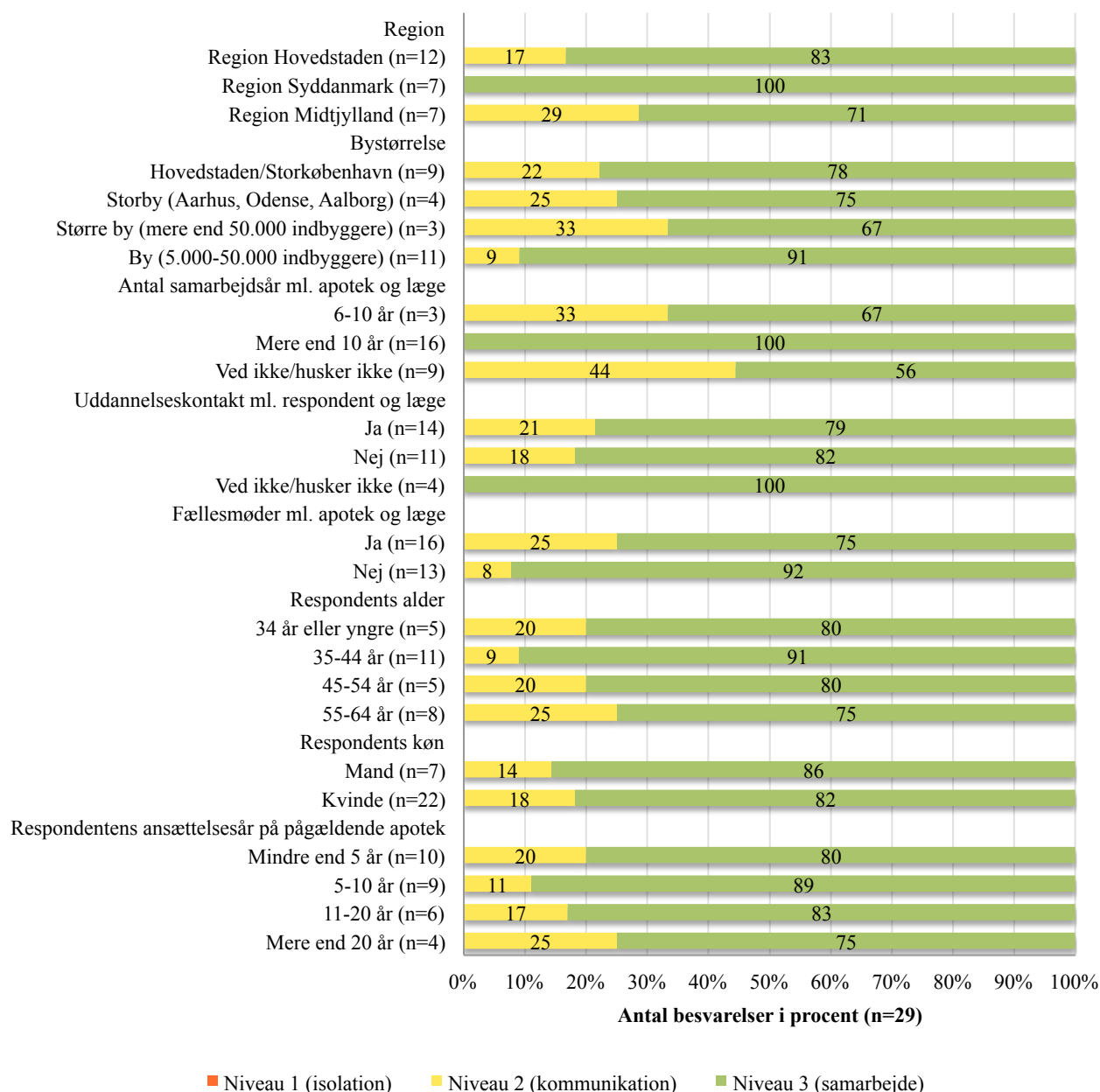
8.4.2.1 Apotekets motivation til at tilbyde sundhedsydelser

24 % af respondenterne (n=7) mente i meget høj grad at deres lyst til at tilbyde sundhedsydelser på apotek, blev påvirket af den økonomiske kompensation, 48 % (n=14) svarede 'i høj grad', 14 % (n=4) svarede 'hverken/eller', 14 % (n=4) svarede 'i lav grad' og ingen svarede 'i meget lav grad'.

31 % (n=9) svarede at det udelukkende var fagligheden, der motiverede dem. 55 % (n=16) svarede at faglighed og økonomisk vederlag motiverede lige meget, og 14 % (n=4) svarede, at de hældte lidt mere mod faglighed frem for en lige fordeling mellem det og økonomisk kompensation. Ingen svarede at de udelukkende blev motiveret af økonomisk vederlag, og ingen svarede mellempunktet mellem økonomisk vederlag og lige fordeling mellem faglighed og økonomisk vederlag.

8.4.3 Tillid

Niveauet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 7). Samlet set var ingen af respondenterne på niveau 1 'isolation' i denne faktor. 17 % (n=5) var på niveau 2 'kommunikation' og 83 % (n=24) på niveau 3 'samarbejde'.



Figur 7: Procentvis fordeling af faktoren 'tillid' mellem de tre niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

Resultaterne antydede en svag tendens til, at tilliden var bedre i de små byer frem for de store. Dog gøres opmærksom på, at kun én respondent var på niveau 2 i en by med 5.000-50.000 indbyggere. Data skulle derfor tolkes med forsigtighed.

Derimod var der en mere tydelig indikation af, at tilliden mellem respondenter og lægen hang sammen med fællesmøder og antal år apoteket og lægen havde samarbejdet. Alle respondenter, der

havde samarbejdet med den alment praktiserende læge i mere end 10 år, havde fuld tillid til lægen og stolede på hans/hendes faglige kompetencer. Desuden virkede tilliden gengældt.

Fællesmøderne havde derimod en negativ effekt på tilliden. Flere af de respondenter, der svarede 'ja' til at de deltog i fællesmøder med den alment praktiserende læge, var på niveau 2 'kommunikation', end de respondenter, der svarede 'nej'. Sammenholdte man data i søjlediagrammet med beskrivelserne af fællesmøder i spørgeskemaet, var der en tendens til, at de apoteker, der deltog i fællesmøder med lægen, ofte var initiativtagere bag møderne.

8.4.4 Personlig relation

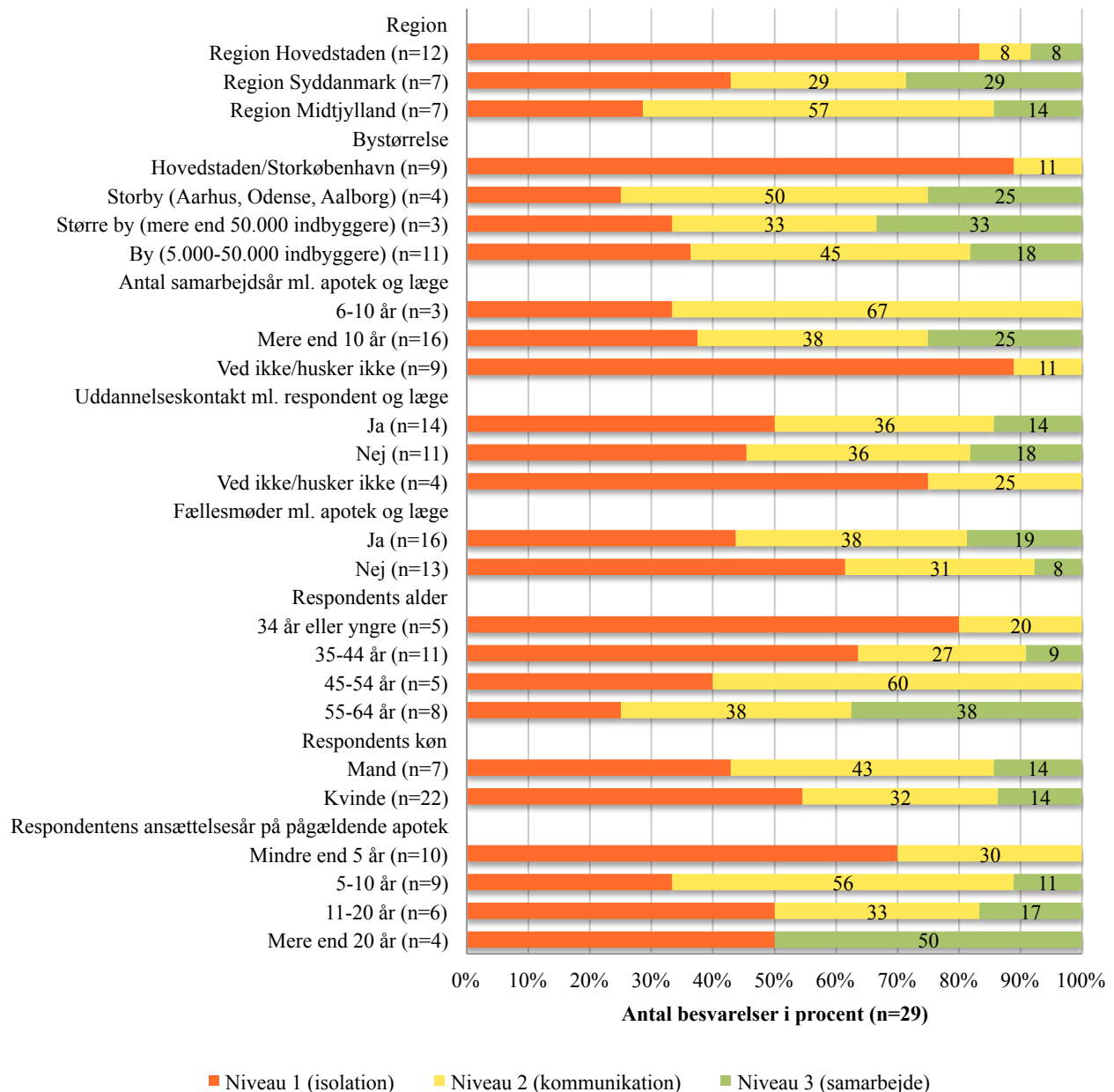
Niveauet for den personlige relation blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 8). Samlet set blev 52 % (n=15) klassificeret til 'isolation' på niveau 1, 34 % (n=10) til 'kommunikation' på niveau 2 og 14 % (n=4) til 'samarbejde' på niveau 3.

Resultaterne viste at den personlige relation kunne associeres med regionen, bystørrelsen, antal år apoteket havde samarbejdet med lægen, respondentens alder og antal ansættelsesår på det pågældende apotek.

Så man på de tre regioner, var den personligere relation på et lavere niveau af samarbejde i Region Hovedstaden end i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Dette passede med at relationen var lavere i de store byer end i de mindre. 8 af 9 respondenter i 'Hovedstaden/Storkøbenhavn' var på niveau 1 'isolation'. Fordelingen mellem de resterende bystørrelser kunne ikke entydigt fortolkes, men relationen blev generelt vurderet til højere niveauer af samarbejde i de mindre byer end i Hovedstaden/Storkøbenhavn.

Antallet af år apoteket havde samarbejdet med den pågældende læge, havde en positiv effekt på den personlige relation. Her var 25 % (n=4) af de, der havde samarbejdet i mere end 10 år, på højeste niveau af samarbejde. Samme tendens sås i forhold til respondentens alder – jo ældre respondenter var, jo højere niveau af samarbejde. Noget tydede på – med en lidt grov fortolkning – at jo længere respondenter havde været ansat på pågældende apotek, jo bedre følte de, at de kendte lægen og at han/hun kendte dem.

Sammenhængen mellem den personlige relation og tilliden blev undersøgt, men et entydigt mønster kunne ikke identificeres (bilag 5).



Figur 8: Procentvis fordeling af faktoren 'personlig relation' mellem de tre niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

8.4.4.1 Kontakt under uddannelse

48 % af respondenterne (n=14) svarede, at de havde andet end telefonisk kontakt med én eller flere læger under deres farmaci- eller farmakonomuddannelse. 38 % af respondenterne (n=11) svarede 'nej' og 14 % (n=4) svarede 'ved ikke/husker ikke'. Resultaterne indikerede kun at have en positiv effekt på faktoren 'initiativ til samarbejde'.

8.4.4.2 Fælles faglige arrangementer

16 af 29 respondenter deltog i fælles faglige møder med den alment praktiserende læge. 11 respondenter beskrev forskellige former for lægemøder, som i flere af eksemplerne blev afholdt på apoteket, hvor lægen – og eventuelle andre sundhedsfaglige grupper – deltog. På ét apotek afholdtes lægemødet i fællesskab med naboapoteket, da begge samarbejdede med de samme læger i området. Én respondent beskrev, at han/hun ikke deltog i hele mødet, men fik 10 minutter til at fortælle om konsekvenserne af, at apoteket ikke var koblet til det fælles medicinkort. Ud over beskrivelserne af lægemøderne, beskrev respondenterne forskellige former for undervisning – for eksempel i astma-devices og dosisdispensering. Ét apotek havde afholdt et arrangement i den lokale hjerteforening, og ét andet apotek havde deltaget i et borgermøde om osteoporose. Beskrivelserne indikerede at de apoteker, der deltog i fællesmøder med lægen, ofte var initiativtagere hertil.

8.4.4.3 Privat relation

To af 29 respondenter sås med lægen i private sammenhænge. 26 svarede 'nej' til at have en privat relation til lægen, og én svarede 'ved ikke/husker ikke'. Da antallet af besvarelser i kategorierne 'ja' og 'ved ikke/husker' var lavere end tre, blev parametrene ikke yderligere analyseret grundet statistisk usikkerhed.

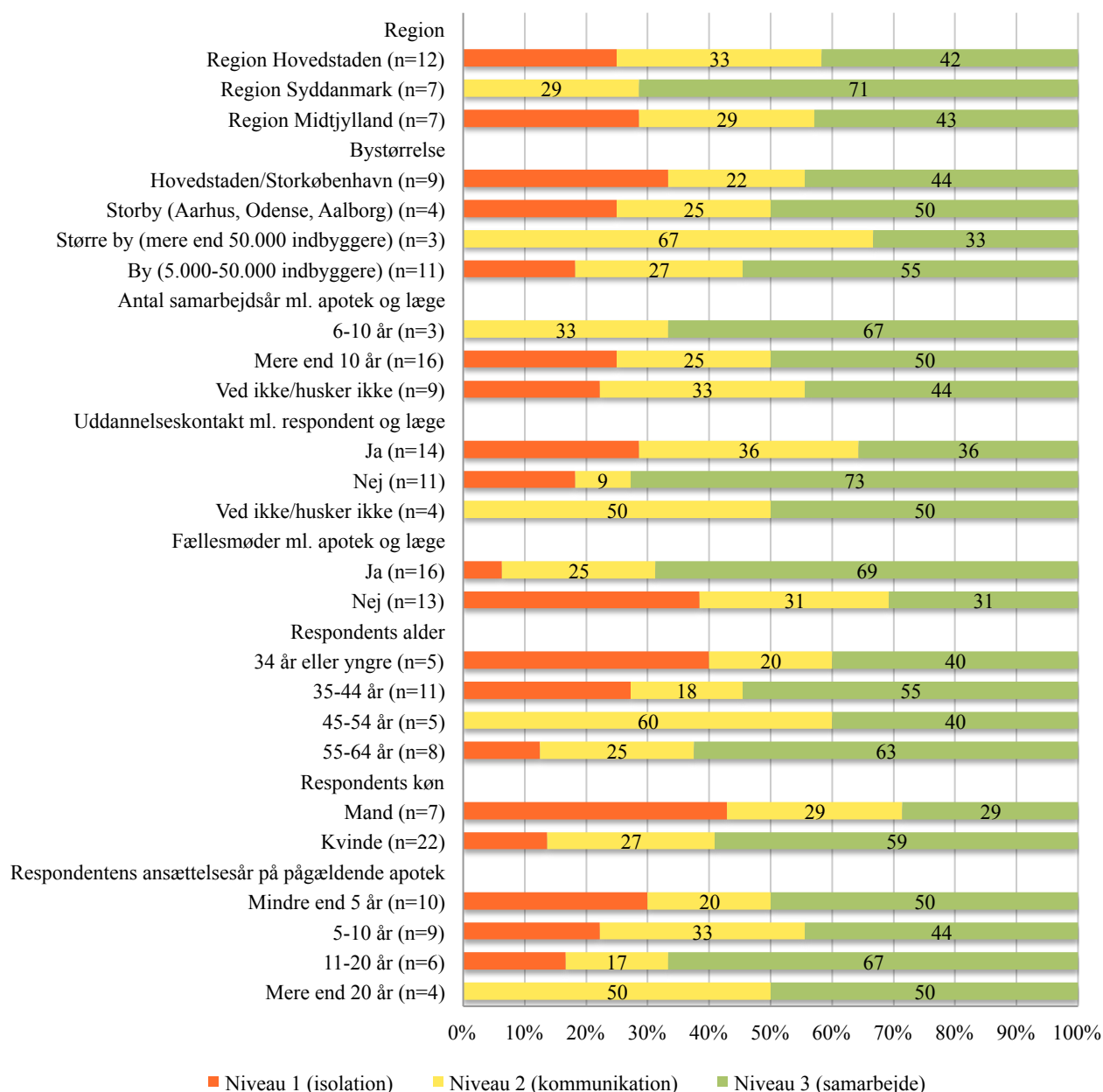
8.4.5 Kommunikation

Niveauet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 9). Samlet set blev 21 % (n=6) klassificeret til 'isolation' på niveau 1, 28 % (n=8) til 'kommunikation' på niveau 2 og 52 % (n=15) til 'samarbejde' på niveau 3.

Kommunikationen mellem apoteket og lægen var på et højere niveau af samarbejde i Region Syddanmark end i Region Hovedstaden og Midtjylland, og kommunikationen var bedre i de mindre byer end i de store. Derudover sås en tendens til, at de apoteker, der deltog i fællesmøder med lægen, kommunikerede på et højere niveau end de, der ikke gjorde.

Desuden var der en sammenhæng mellem kommunikationen og respondentens alder. Jo ældre respondenter var, jo højere niveau af samarbejde – især respondenterne mellem 45 og 54 år var på niveau 2 (n=3) eller niveau 3 (n=2).

Der var en svag tendens til at kvinder kommunikerede bedre end mænd, og antallet af ansættelsesår havde en positiv effekt på kommunikationen. Jo længere tid respondenterne havde været ansat, jo højere niveau af samarbejde. Sammenhængen mellem niveauet af kommunikation og personlig relation blev visuelt vurderet ved opstilling af pivottabel; en entydig sammenhæng blev ikke fundet (bilag 5).



Figur 9: Procentvis fordeling af faktoren 'kommunikation' mellem de tre niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

8.4.5.1 Kommunikationstyper

Respondenten kunne markere alle relevante kommunikationstyper. Den mest anvendte måde at kommunikere med lægen var via telefon, og denne blev anvendt af 28 af 29 respondenter. 26 anvendte Det Elektroniske Korrespondancemodul. Faxen blev anvendt af 9 af 29, mail af 4 af 29, og kun tre respondenter svarede, at de anvendte personlig henvendelse i skranken. Ingen respondenter markerede, at de kommunikerede 'via et andet kommunikationssystem' eller via 'andet'.

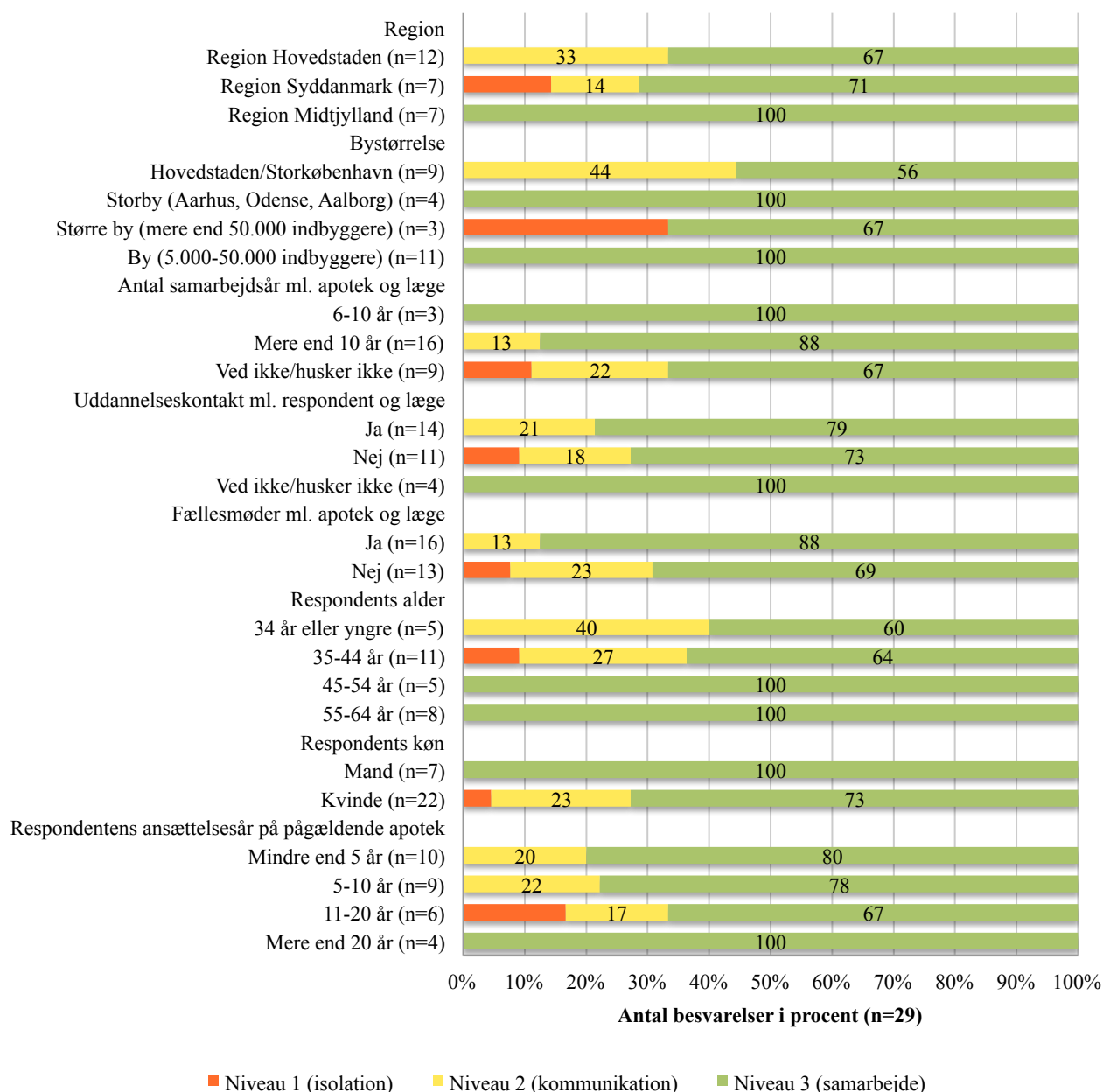
De respondenter, der markerede 'telefon', blev spurgt ind til antallet af bagnumre, de havde på læger i primærsektoren. Svarene rangerede fra 0 til 100 bagnumre pr. apotek med et gennemsnit på 16,1 bagnumre pr. apotek. Antallet var ikke normalfordelt og medianen blev 6,5 bagnumre pr. apotek.

To respondenter angav et konkret tidspunkt, hvor apoteket og den alment praktiserende læge var i kontakt (bilag 6) Den ene beskrev kontakten i forbindelse med fornyelse eller spørgsmål til dosiskort, samt ved manglende recepter. Den anden respondent beskrev en situation med en manglende recept udenfor lægens åbningstid. Apoteket udleverede medicinen til patienten uden recept ud fra tidligere ordinationer, og kontaktede lægen med besked herom. Lægen accepterede og takkede for apotekets hjælp.

8.4.6 Rollefordeling

Niveauet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 10). Det var muligt at markere alle relevante svar i spørgsmålet. Samlet set blev én respondent klassificeret til 'isolation' på niveau 1, mens 17 % (n=5) blev klassificeret til 'kommunikation' på niveau 2 og 79 % (n=23) til 'samarbejde' på niveau 3.

Der sås en svag tendens til, at fællesmøder kunne have en positiv effekt på rollefordelingen. Desuden lignede det, at jo ældre respondenter var, og jo længere tid han/hun havde været ansat på pågældende apotek, jo højere niveau af samarbejde – altså jo mere klar fordelingen af roller mellem ham/hende og lægen.



Figur 10: Procentvis fordeling af faktoren 'rollefordeling' mellem de tre niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

8.4.7 Faglig respekt

Niveaulet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre.

Samlet set blev 7 % (n=2) klassificeret til 'isolation' på niveau 1, ingen til 'kommunikation' på niveau 2 og 93 % (n=27) til 'samarbejde' på niveau 3. Da antallet af respondenter i to af tre niveauer var mindre end tre blev data ikke analyseret yderligere.

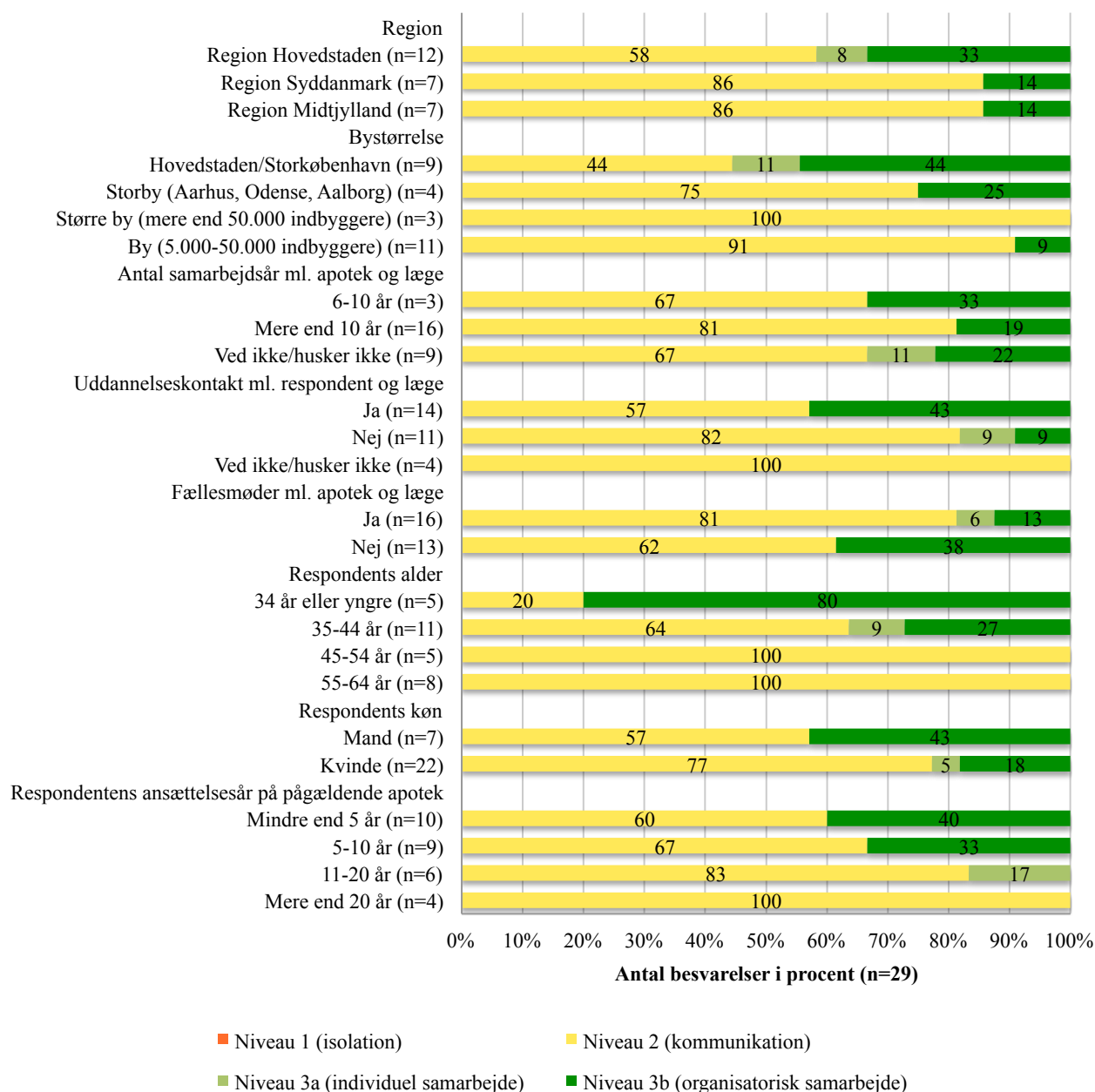
8.4.8 Initiativ til samarbejde

Niveauet blev bestemt ud fra analysemetoden og sorteret efter de otte parametre (figur 11). Under denne faktor var det højeste niveau 'samarbejde' inddelt i to jævnfør den opstillede model. Samlet set blev ingen klassificeret til 'isolation' på niveau 1, 72 % (n=21) til 'kommunikation' på niveau 2, én enkelt til niveau 3a 'individuelt samarbejde' og 24 % (n=7) til niveau 3b 'organisatorisk samarbejde'.

Resultaterne indikerede en sammenhæng mellem initiativ til samarbejde og bystørrelse, kontakt under uddannelse, fællesmøder, respondentens alder, køn og antal ansættelsesår på pågældende apotek.

Jo større by apoteket lå i, jo mere gensidig var initiativet til samarbejde. Uddannelseskontakt syntes at have en positiv effekt på niveauet, og 43 % (n=6) af de, der havde haft uddannelseskontakt, var på niveau 3b, mens kun en respondent, der ikke havde haft kontakt under uddannelse, var på henholdsvis niveau 3a og én på niveau 3b. Så man på parameteren 'fællesmøder' viste resultaterne en positiv sammenhæng mellem dette og initiativet.

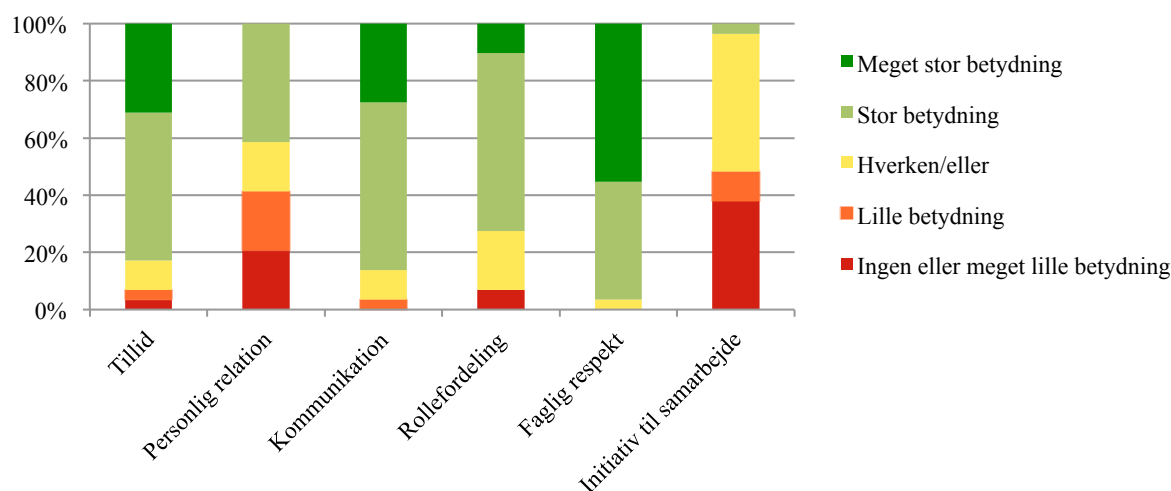
Det sås at jo yngre respondenter var, jo højere niveau af samarbejde, og jo kortere tid respondenter havde været ansat, jo højere niveau af samarbejde. Mændene i undersøgelsen var på et højere niveau af samarbejde end kvinderne.



Figur 11: Procentvis fordeling af faktoren 'initiativ til samarbejde' mellem de fire niveauer i den opstillede model sorteret efter otte parametre: 1) Regionen, apoteket tilhører, 2) størrelsen på byen, hvor apoteket er placeret, 3) antal år apoteket har samarbejdet med den alment praktiserende læge, apoteket oftest samarbejder med, 4) respondentens kontakt til én eller flere læger under sin uddannelse, 5) om apoteket og lægen sommetider deltager i fælles faglige arrangementer og/eller møder, 6) respondentens alder, 7) respondentens køn og 8) antal år respondenter har været ansat på pågældende apotek. For hver af grupperne i parametrene blev antallet af respondenter angivet i parentes. Grupper med færre end 3 respondenter blev ikke medtaget i figuren.

8.5 Faktorer, der påvirkede graden af samarbejde

For seks af faktorerne i modellen blev respondenter bedt om at tage stilling til, hvorvidt faktoren havde betydning for respondentens lyst og vilje til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge (figur 12).



Figur 12: Fordelingen af hvor stor betydning respondenterne mente, de seks faktorer havde på respondentens lyst og vilje til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge. Svaret angivet på en fem-punkts Linkert skala fra 1 til 5 hvor 1 var 'ingen eller meget lille betydning' og 5 var 'meget stor betydning'.

Alt i alt blev fire af seks faktorer vurderet væsentlige for respondenterne, når de skulle samarbejde med den alment praktiserende læge; tillid, kommunikation, rollefordeling og faglig respekt.

Så man på sammenhængen mellem betydningen af faktorerne og niveauet af samarbejde i faktorerne jævnfør modellen, var der ved tillid en sammenhæng mellem at respondenterne fandt dette vigtigt for samarbejdet, og tilliden hos størstedelen af respondenterne var på et højt niveau af samarbejde. Lignende var gældende for kommunikationen; omkring halvdelen af apotekerne var på niveau 3 i modellen, og 87 % (n=25) mente at kommunikationen var betydningsfuld. Samme tendens viste sig for rollefordelingen hvor 79 % (n=23) af respondenterne var på niveau 3 af samarbejde, og det havde stor eller meget stor betydning for 72 % (n=21).

Faglig respekt var den faktor, som flest respondenter vurderede som betydningsfuld for deres lyst til at arbejde sammen med lægen. Kun én respondent mente, at den faglige respekt var 'hverken/eller', resten fandt, at respekten havde stor eller meget stor betydning. Dette afspejlede sig i niveaufordelingen, hvor alle apoteker var på niveau 3 'samarbejde' undtagen to apoteker, som var på niveau 1. Den personlige relation havde stor betydning for 41 % af respondenterne (n=12), og ingen mente, at det havde en meget stor betydning. De resterende besvarelser fordelte sig mellem resten af kategorierne. Sammenholdte man dette med fordelingen mellem niveauerne, var 52 % (n=15) på niveau 1 'isolation', 34 % (n=10) på niveau 2 og kun 14 % (n=4) på niveau 3. Faktoren syntes altså ikke at spille en afgørende rolle for samarbejdet, og halvdelen af apotekerne var på laveste niveau af samarbejde og havde ikke en relation til lægen. Resultaterne blev undersøgt for sammenhænge med parametrene i analysen af kendetegn/niveau. Som det blev beskrevet, var den personlige relation påvirket af bystørrelsen. Jo mindre byen var, jo bedre var relationen mellem lægen og apoteket. Det blev derfor undersøgt, om de respondenter, der mente den personlige relation havde en stor betydning, arbejdede på apoteker i mindre byer. En entydig sammenhæng kunne ikke identificeres (bilag 5)

Initiativ til samarbejde blev vurderet, at have mindst betydning for respondenterne. Ingen mente, at det havde meget stor betydning, og kun én mente at det havde en stor betydning. De fleste apoteker (n=14) mente at betydningen for faktoren var 'hverken/eller', og næst flest (n=11) mente at initiativet havde en meget lille betydning. Samlet set vurderedes initiativet altså ikke at have den store betydning for samarbejdet, men størstedelen af respondenterne lå alligevel på niveau 2 'kommunikation'. Sammenhængen mellem betydningen af faktoren og respondentens alder, eller antal år han/hun havde været ansat på det nuværende apotek, blev undersøgt (bilag 5). Et entydigt mønster blev ikke set.

8.6 Andre samarbejdsområder

8 af 29 respondenter svarede 'ja' til at de samarbejdede med den alment praktiserende læge om andre opgaver end de, der allerede var gennemgået. Seks respondenter gav en beskrivelse af heraf. De beskrev undervisning, uddannelsesaftener med plejehjems personale, årsopgørelse af receptinterventioner til kvalitetsudvikling i lægepraksis, nyhedsbreve til lægerne og udstationering af elever og studerende til andre praksisser i sundhedsvæsenet (bilag 6).

8.7 Apoteker i distributionsgruppen vs. landets hovedapoteker

En χ^2 test viste, at der ikke var signifikant forskel på fordelingen af hovedapoteker på landsplan og i Netværket for Udvikling af Apotekspraksis ($p = 0,777$, CI 95 %).

9 Diskussion

9.1 Sammenholdning af resultaterne med litteraturen

Lang de fleste sammenhænge i resultaterne kunne vurderes naturlige og forventelige.

Afstanden mellem lægepraksis og apotek var forskellige i regionerne og i de forskellige bystørrelser. Som forventet, lå de to praksisser tættere på hinanden i de store byer end i de mindre. Det var svært at afgøre, hvilken betydning dette havde for det tværfaglige samarbejde mellem de to professioner i projektet – noget som også var til uenighed i de anvendte samarbejdsteorier. Faktoren skulle mest af alt anses som én grundsten for overhovedet at samarbejde i første omgang. I den første version af CWR teorien nævntes det, at afstanden mellem praksisserne ikke var afgørende for at parterne kunne samarbejde, men det øgede interaktionen mellem dem, hvilket i sidste ende kunne have en positiv effekt (29). Lignende konklusion blev lavet af Van, der dog mente at afstanden mellem praksisserne var af afgørende karakter, og dannede grundlag for samarbejdsopbygningen (30). I Bradley's model påpegede hun, at det ikke kun var placeringen af praksis, der påvirkede samarbejdet men også typen af praksis (32). Dette blev kun medtaget i begrænset omfang i dette projekt, i form af om lægen arbejdede i solopraksis eller lægehus. Sammenhængen mellem samarbejde og afstanden til praksis afspejlede sig i højere grad i faktoren 'personlig relation'. Her sås det, at den personlige relation mellem professionerne var lavere i de store byer end i de mindre. Respondenterne i de mindre byer

følte således et bedre kendskab til den alment praktiserende læge, end respondenterne i de store byer. Denne tendens kunne hænge sammen med Bradleys teori i GPCPC modellen (32), hvor hun gennem interviews med apoteksfarmaceuter og alment praktiserende læger fandt, at parterne ikke følte, de kendte hinanden lige så godt i de større byer, som de gjorde i de mindre byer og i landområderne (32). De gav udtryk for, at det i de større byer kunne være sværere at vælge én samarbejdspartner, da der var så mange (32). Dette passede med tendensen til, at kommunikationen og tilliden var bedre mellem parterne i de mindre byer end i de store. Ud over afstanden blev der i resultaterne set en sammenhæng mellem relationen og respondentens alder og antal år han/hun havde været ansat på apoteket. Den ældre generation havde en bedre relation til lægen end den yngre. Bradley konkluderede i GPCPC modellen, at forholdet mellem farmaceuten og lægen historisk set var præget af en hierarkisk tankegang, og den eneste måde at modarbejde dette var at opbygge en relation mellem parterne over tid (32). Dette passede i tråd med resultaterne i dette projekt. Her blev der set en tendens til, at jo længere tid apoteket og lægen havde samarbejdet, jo bedre følte de, at de kendte hinanden.

De apoteker, der deltog i fællesmøder, havde en bedre fordeling af roller og en bedre kommunikation med lægen. Med hensyn til sidstnævnte kunne den positive effekt af fællesmøderne skyldes, at disse indbød til at parterne kommunikerede ansigt til ansigt og skabte grundlag for fællesbeslutningstagen (6). Man kunne i den forbindelse undre sig over, at kun tre af de 29 respondenter kommunikerede med lægen via personlig henvendelse i skranken. På den anden side formodes det, at der ikke var tid og ressourcer til at henvende sig personligt til lægen – specielt ikke hvis afstanden mellem praksisserne var stor. Så man på kommunikationsformerne blev telefonen og Korrespondancemodulet oftest anvendt. Telefonen kunne anvendes i presserende situationer, mens Korrespondancemodulet kunne anvendes til de henvendelser, der kunne håndteres senere. Til trods for den hyppige brug af telefonen, havde apotekerne kun få bagnumre til lægen. Effekten af bagnumre var ikke kendt, men det formodes at være tidsbesparende for apotekspersonalet, at de kunne ”springe foran” patienter i telefonkøen til lægen. Van mente, at kommunikationen kunne forbedres, hvis parterne samarbejdede om sundhedsydelse på apoteket, da dette gav dem noget konkret at samarbejde om (30). En sådan sammenhæng kunne ikke tydeligt identificeres i dette projekt.

Alle resultater passede i mere eller mindre grad med de anvendte teorier. Som eneste undtagelse viste resultaterne i dette projekt, at ’tilliden’ var lavere blandt de apoteker, der deltog i fællesmøder med lægen. I apotekernes beskrivelse af fællesmøderne kunne det ses, at disse ofte var initiativtagere til møderne. En entydig forklaring på den negative påvirkning blev ikke identificeret i projektet, men måske kunne initiativrollen være forbundet med frustration, hvorfor det afspejlede sig i resultaterne, som blev indsamlet fra apotekets perspektiv. Det kunne også være, at parterne i forbindelse med fællesmøderne havde været uenige om nogle ting, som øgede usikkerheden til den modsatte parts beslutninger, og gav anledning til mindre tillid til vedkommende. Resultaterne var som nævnt helt forskellig fra de konklusioner, Van drog i sine interview med alment praktiserende læger og

apoteksfarmaceuter i 2012 (6). Her gav begge parter udtryk for, at fællesmøder havde en positiv effekt på samarbejdet, da det gav anledning til at parterne oftere mødtes ansigt til ansigt, og var med til at udvikle bedre fælles forståelse af hinanden (6). Mere data, i form af flere respondenter i det kvantitative studie, og eventuelt et uddybende kvalitativt studie, ville være nødvendigt for at lave en fyldestgørende konklusion.

Alt i alt lænedes resultaterne i projektet sig op af Bardet's prædiktoranalyse, dog med større variation i betydningen af 'den personlige relation' hos dette projekts respondenter end Bardet's vurdering.

Bardet mente, at grundlaget for at oprette et samarbejde lå i faktorerne 'tillid', 'gensidig faglig respekt' og 'rollefordelingen' (28). Størstedelen af respondenterne i projektet lå på højeste niveau af samarbejde indenfor disse tre faktorer, og havde således et godt grundlag for at oprette et samarbejde med den alment praktiserende læge.

Hvis grundlaget for at oprette et samarbejde var tilstede, vurderede Bardet 'den personlige relation' som den væsentligste faktor i opbygningen heraf (28). I dette projekt var omkring halvdelen af respondenterne på laveste niveau af samarbejde i faktoren, men under betydningsanalysen blev 'relationen' kun vurderet som betydningsfuld for to femtedele af respondenterne. Dette kunne være et fokuspunkt i fremtidig samarbejde for de apoteker, som mente at 'relationen' havde betydning. Bardet nævnte 'kommunikation' og 'rollefordeling' som redskaber til at forbedre den personlige relation og samarbejdet (28). Kommunikationen kunne være endnu et fokuspunkt for apotekerne. Langt størstedelen mente, at dette havde stor eller meget stor betydning for deres lyst til at samarbejde med lægen, men kun halvdelen af respondenterne var på højeste niveau af samarbejde. Fællesmøderne medvirkede til forbedret kommunikationen.

Sammenholdte man projektets resultater med Zillich's konklusioner i 2004, mente han at 'tillid', 'initiativ til samarbejde' og 'rollefordeling', herunder 'kommunikation' og 'faglige kompetencer' (i dette projekt omtalt som 'faglig respekt'), var de tre væsentligste faktorer med størst betydning for samarbejdet mellem parterne (33). For to af tre faktorer var respondenterne i dette projekt enige med Zillich. Som eneste undtagelse mente respondenterne ikke, at 'initiativ til samarbejde' havde den store betydning. Ifølge Zillich var initiativet mest relevant i starten af et samarbejde under opbyggelsen heraf (33), og det kunne således tænkes at faktoren ikke blev vurderet relevant af respondenterne, da de allerede var på et højere niveau af samarbejde, og ikke længere tænkte over, hvem der ringede til hvem.

Van mente at 'kommunikation', 'respekt' og 'rollefordelingen' havde størst betydning for samarbejdet, og at disse blev indirekte påvirket af 'tillid' (30). Dette stemte overens med resultaterne i dette projekt, hvor netop disse fire faktorer havde størst betydning for respondenternes lyst til at samarbejde med lægen.

9.2 Diskussion af metoden

9.2.1 Netværket som distributionsgruppe

De deltagende apoteker var ifølge den statistiske test repræsentative for alle landets hovedapoteker.

Dog gøres opmærksom på, at der ikke var tilstrækkelige mængder besvarelser i projektet til at generalisere til Region Nordjylland og Region Sjælland. Den begrænsede datamængde gjorde det svært at identificere entydige tendenser i resultaterne, og det var endvidere ikke muligt at teste disse statistisk.

Det kunne diskuteres hvorvidt Netværket for Udvikling af Apotekspraksis afspejlede de samme holdninger som resten af landets hovedapoteker, da apotekerne frivilligt havde meldt sig ind i gruppen. De konkrete begrundelser herfor var ikke kendt, men det formodes, at apotekerne i netværket havde en interesse i, og var positivt stemte overfor, at udvikle og forske i apotekspraksissen i primærsektoren. Dette kunne give anledning til informations bias, hvormed respondenterne kunne have en mere positiv indstilling til tværfagligt samarbejde end landsgennemsnittet (49).

Udover informations bias skulle det overvejes, om den lave mængde af besvarelser kunne skyldes at Netværket var mættede af at deltage i undersøgelser. Til trods for at de frivilligt havde tilmeldt sig gruppen, kunne det formodes at nogle af apotekerne ikke ønskede at bidrage til undersøgelsen, da de ofte inviteredes til lignende. De var måske trætte af at bidrage med data og bruge tid herpå, uden at få noget igen (44). Dette blev forsøgt minimeret ved tilbuddet om belønning og konkret viden om resultaterne af undersøgelsen.

Det understreges endvidere at data kun kunne give et fingerpeg om apotekerne i Netværkets perspektiv på det tværfaglige samarbejde med den alment praktiserende læge, og ikke omvendt. Som det blev set i en faktoranalyse i ATC teorien, blev de påvirkende faktorer vurderet forskelligt af de to faggrupper – det var altså ikke de samme faktorer, der havde betydning for apoteket/farmaceuten, som det var for lægen (30, 39).

9.2.2 Validitet og troværdighed

9.2.2.1 *Researcher bias*

Forekomsten af researcher bias kunne ikke udelukkes. Spørgeskemaet og analysemetoden blev designet på baggrund af min personlige fortolkning af teorierne og måleinstrumenter. Til trods for at inspiration til den opstillede model og analysen heraf blev hentet i allerede testede og validerede modeller, skulle researcher bias tages i betragtning ved fortolkning af resultaterne. Biasen blev forsøgt minimeret ved at sikre stor gennemsigtighed og grundig gennemgang af rationalet bag spørgeskema-udarbejdelsen og analysemetoden. Desuden blev forudindtagne holdninger til påvirkende faktorer minimeret ved at medtage alle teories relevante faktorer gennem sammensætning af fire teorier.

9.2.2.2 En kritisk gennemgang af spørgeskemaet

En af udfordringerne i projektet var, at det kunne være vanskeligt at skelne mellem samarbejde, koordination, kommunikation og så videre (6, 27). Respondentens subjektive opfattelse af sådanne termer kunne ikke udelukkes, og ordet 'samarbejde' kunne således opfattes på to vidt forskellige måder af to forskellige respondenter. Som forsøg på at gøre spørgeskemaet så neutralt som muligt med hensyn til respondentens forudindtagede værdi af ordet 'samarbejde', blev det forsøgt at anvende formuleringen 'arbejde sammen' i stedet. Flere steder i spørgeskemaet lykkedes dette midlertidigt ikke. Allerede i navngivningen af projektet og i indledningen til spørgeskemaet blev ordet 'tværfagligt samarbejde' anvendt. Desuden blev det anvendt i spørgsmålet om, hvor lang tid apoteket havde samarbejdet med den alment praktiserende læge (de oftest arbejdede sammen med), og i spørgsmålet om hvilke sundhedsydelser de på apoteket samarbejdede med lægen om. I nogle af spørgsmålene, som blev anvendt til betydningsanalysen af faktorerne, stod der også 'samarbejde'. Her blev det ikke vurderet som værende påvirkende i forhold til respondentens forudindtagede værdi af ordet, da spørgsmålet førte tilbage til respondentens subjektive holdning.

I bagklogskabens lys blev der lavet yderligere to fejl i udarbejdelsen af spørgeskemaet. I spørgsmålet om den private relation mellem respondenter og den alment praktiserende læge, blev der ikke gjort opmærksom på at spørgsmålet henviste til den læge, respondenter vurderede, at apoteket oftest arbejdede sammen med. Desuden syntes analysen af besvarelsen vanskelig, da andre på apoteket godt kunne have en privat relation til den pågældende læge uden det kom til udtryk i respondenter besvarelse. Der burde således have været endnu et opklarende spørgsmål, som afklarede, om andre på apoteket havde en privat relation til lægen og sås med ham/hende i private sammenhænge.

Ud over denne fejl, blev der i spørgsmålet som skulle belyse betydningen af 'den faglige respekt', ikke henvist til at dette var i forbindelse med det tværfaglige samarbejde mellem parterne. Det kunne tænkes at respondenter havde opfattet dette i underforstået form, da resten af spørgeskemaet havde handlet herom, men det kan ikke udelukkes, at respondenter tænkte på andre situationer, end når de to parter skulle arbejde sammen. Her skulle have været mere forklarende tekst under spørgsmålet.

Til trods for disse svagheder blev spørgeskemaet alligevel langt hen af vejen vurderet anvendelig til besvarelse af problemformuleringen og problemstillingerne. Der gøres desuden opmærksom på, at ingen af ovenstående forståelsesproblematikker kom til udtryk i pilotstudierne.

For én af faktorerne var dette dog usikkert. Til at belyse faktoren 'tillid' blev formulering 'stole på' anvendt efter inspiration fra tidligere teoris kvantitative måleinstrumenter. Dette kunne dog ikke ensidigt konkluderes at afspejle respondenter tillid til den alment praktiserende læge, da det syntes mere kompleks end som så.

I tråd med dette skulle det tages i mente, at teorierne i flere tilfælde var frit oversat til dansk. Der kunne således være nuancer i de oprindelige teorier, som gik tabt i oversættelsen.

Betydningen heraf kendtes ikke, men det vanskeliggør generaliseringen af resultaterne, da de anvendte ord blev opfattet subjektivt af respondenterne og ikke nødvendigvis blev fortolket ens. Dette kunne give anledning til et mere sløret billede af tendenserne i resultaterne (50). Som et supplement til spørgeskemaet kunne man have anvendt interviews. Dette havde muliggjort en mere nuanceret analyse af respondentens opfattelse af spørgsmålene, og tilladt opfølgende spørgsmål, som i større grad klargjorde respondentens tankeproces i forbindelse med spørgsmålene.

Endvidere kunne det diskuteres, hvorvidt modellen var anvendelig til at belyse kendetegn i et tværfagligt samarbejde mellem den alment praktiserende læge og apoteket, og hvorvidt fortolkningen heraf var passende. For det første var det ikke sikkert, at alle faktorer havde en betydning for alle apoteker, da en del af dem var personlig betinget i forhold til respondentens opfattelse heraf. Dette afspejlede sig i resultaterne af betydningsanalysen, hvor der var stor uenighed om nogle faktorer. For det andet kunne samme apotek være på et højt niveau af samarbejde under én faktor, men et lavere niveau under en anden. Dette, sammen med den varierende betydning af faktorerne, gjorde det vanskeligt at lave en samlet konklusion af niveau af samarbejde ifølge modellen. Modellen var således både god og dårlig. Den var anvendelig som en guide til at designe spørgeskemaet, og hjælpe til hvilke 'emner', der skulle medtages.

Dog synes den lidt hårde analysemetode i nogle tilfælde unuanceret med hensyn til de faktorer, der omhandlede blødere og mere subjektive emner såsom 'tillid' og 'personlig relation'. Dette kunne være bakket op af en kvalitativ metode.

Projektet blev vurderet, at give en indikation af svaret på problemformuleringen, men mere data ville være nødvendigt for at lave en fyldestgørende besvarelse heraf. Hvorvidt data kunne reproducere, var vanskeligt at vurdere. Projektet havde stor gennemsigtighed, hvilket muliggjorde reproduktion, men den lave responsrate behæftede samtidig resultaterne med stor usikkerhed. Resultaterne vurderes dog troværdige, da de afspejlede en del af de tidligere fundne konklusioner i litteraturen.

9.3 Styrker og begrænsninger i projektet

En klar styrke i projektet var den store gennemsigtighed, der hele tiden belyste rationale bag mine valg. Desuden var det en styrke at minimere researcher bias ved at medtage alle faktorer fra de identificerede samarbejdsmodeller.

Dog var det en begrænsning, at emnet kunne være vanskeligt at sammenholde med litteraturen fra andre lande med andre sundhedssystemer. Indenfor samfundsfarmacien anvendes termer og definitioner helt forskelligt i forskellige lande, da disse passer til den pågældende lands struktur af sundhedsvæsenet (51). Den subjektive opfattelse af termen 'samarbejde' vanskeliggjorde målbarheden, da samme samarbejde kunne opfattes som godt af én person, men knap så godt af én

anden (25). Netop dette afspejlede sig i resultaterne i projektets betydningsanalyse. Her sås for nogle faktorer stor uenighed om, hvorvidt denne havde betydning for respondentens lyst til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge.

Endnu en begrænsning i projektet var, at respondenterne var begrænset til kun at tænke én alment praktiserende læge. Resultaterne gav således kun et fingerpeg om ét samarbejde, og ikke apoteks samarbejde med lægerne i primærsektoren generelt.

Sidst men ikke mindst, syntes resultaterne ikke at kunne konkludere noget om effekten af afstanden mellem praksisserne og sundhedsydelser på apotek, da spørgeskemaet ikke genererede data herom.

10 Konklusion

Det tværfaglige samarbejde mellem apoteket og den alment praktiserende læge i primærsektoren var kendetegnet af et højt niveau af 'tillid', 'gensidig faglig respekt' og en klar 'rollefordeling'.

Som det også sås i de anvendte teorier, var niveauet af samarbejde mellem apoteket og lægen højere i de mindre byer frem for de store. Dette afspejlede sig i forskellen mellem de tre regioner. I de mindre byer følte respondenterne et bedre kendskab til lægen, stolede mere på vedkommendes beslutninger og kommunikerede mere åbent og ærligt med vedkommende. Der sås en tendens til at den ældre generation af apoteksfarmaceuterne havde større tillid til lægen, havde en bedre personlig relation til lægen, kommunikerede bedre med lægen og havde en mere klar rollefordeling. Omkring halvdelen af respondenterne deltog i fællesmøder med lægen, hvilke havde en positiv effekt på kommunikationen og den personlige relation. I modsætning til de anvendte teorier, gav resultaterne i projektet et fingerpeg om, at tilliden ikke var lige så god mellem de parter, der deltog i fællesmøder, som de der ikke gjorde. En entydig forklaring herpå kunne ikke findes i projektet, og en nærmere undersøgelse heraf ville være interessant. Graden af samarbejde blev ifølge respondenterne i projektet påvirket af: 'tillid', 'kommunikation', 'rollefordeling' og 'faglig respekt'. De var uenige om hvorvidt 'den personlige relation' havde betydning for respondenternes lyst til at samarbejde med lægen, og de vurderede ikke, at 'initiativ til samarbejde' havde betydning for samarbejdet.

11 Perspektivering

For at kunne lave en fyldestgørende konklusion af hvilke faktorer, der påvirkede det tværfaglige samarbejde mellem læge og apotek i primærsektoren, ville det være nødvendigt at inddrage den alment praktiserende læges perspektiv. Desuden kunne de kvantitative resultater med fordel bakkes op af en kvalitativ metode, som sikrede flere nuancer i holdningerne til faktorerne.

Derudover ville det være interessant at belyse:

- Hvordan lægens alder påvirkede rollefordelingen. Ifølge CWR teorien kunne de ældre læger være mere skeptiske overfor farmaceutens evner til at udføre faglige arbejdsopgaver, mens de yngre læger var mere åbne og anerkendende overfor farmaceuten som en aktiv medspiller i sundhedsvæsenet (29). Også Bradley havde påpeget at et asymmetrisk forhold mellem lægen og farmaceuten kunne påvirke samarbejdet (32).
- Hvilken effekt kontakt under uddannelse havde. Ifølge CWR teorien, var de yngre læger, der under uddannelsen havde haft interprofessionel kontakt med én eller flere farmaceuter, mere positivt stemte overfor at samarbejde (29). Kunne lignende være tilfældet for farmaceuterne? Dette blev foreslået af Van, som fandt at farmaceuter, der havde haft kontakt med læger under uddannelsen, havde nemmere ved at begå sig hermed (30).
- Hvorfor initiativ til samarbejde ikke blev vurderet at have større betydning for respondenterne, når det ifølge én af teorier var væsentligt (34). Kunne det være at denne del af samarbejdet allerede gik godt, og derfor ikke blev tænkt som relevant?
- Andre faggruppers holdninger til det tværfaglige samarbejde i sundhedsvæsenet.
- Patientens vurderede betydning af det tværfaglige samarbejde mellem de to nævnte praksisser, og hvilken indflydelse dette kunne have på hans/hendes lægemiddelbehandling.

12 Litteraturliste

1. Den Store Danske. Alment praktiserende læge [updated 2017 Jun 31; cited 2018 Apr 17]. Available from: http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Socialmedicin/alment_praktiserende_l%C3%A6ge.
2. Dam P, Herborg H, Rossing C, Thomsen D. Compliance og concordance, uddannelseshæfte til programmet "Sikker og effektiv medicinbrug". Hillerød: Pharmakon; 2007.
3. Den Store Danske. Lægehus [updated 2009 Feb 01; cited 2018 Apr 17]. Available from: http://denstoredanske.dk/Krop%2c_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Socialmedicin/l%C3%A6ghus.
4. WHO. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: World Health Organization; 2009. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
5. Den Store Danske. Sundhedsvæsen [updated 2009 Feb 02; cited 2018 Apr 17]. Available from: http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskabernes_terminologi/sundhedsv%C3%A6sen.
6. Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner–pharmacist interactions in professional pharmacy services. *Journal of Interprofessional Care*. 2011;25(5):366-72.
7. Sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24/09/2016. Sect. 61: Patientsikkerhed (2016).
8. Nazar H, Nazar Z, Portlock J, Todd A, Slight SP. A systematic review of the role of community pharmacies in improving the transition from secondary to primary care. *British journal of clinical pharmacology*. 2015;80(5):936-48.
9. Ensing HT, Koster ES, Stuijt CC, van Dooren AA, Bouvy ML. Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(3):430-4.
10. Kelly D, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough T. Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. *Canadian Pharmacists Journal*. 2013;146(4):218-26.
11. Duggan B, Ryder SA. Community pharmacy services at the primary-secondary care interface. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2012;34 (1):211-2.
12. Sørensen CA. Optimering af lægemiddelkontinuitet og -compliance ved patienter indlagt på et sygehusafsnit. Medicinsk Afdeling: Regionshospitalet Randers; 2012.
13. Dam P, Graabæk T, Hopp TR, Rossing C, Thomsen LA. Kortlægning af kontinuitet i patienters lægemiddelbehandling i sektorovergangen. *Dansk Sundhedsvæsen*. 2017;4(93):41-51.
14. Verstappen W, Gaal S, Bowie P, Parker D, Lainer M, Valderas JM, et al. A research agenda on patient safety in primary care. Recommendations by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *The European journal of general practice*. 2015;21:72-7.
15. Abrahamsen B, Aarup KHF, Thomsen LA, Rossing C. Utsigtede hændelser ved sektorovergang rapporteret fra apoteker. Hillerød: Pharmakon; 2016.
16. Hwang AY, Gums TH, Gums JG. The benefits of physician-pharmacist collaboration. *The Journal of family practice*. 2017;66(12):E1.
17. Tsang C, Majeed A, Aylin P. Consultations with general practitioners on patient safety measures based on routinely collected data in primary care. 2012;3(1).
18. Bonciani M, Schafer W, Barsanti S, Heinemann S, Groenewegen PP. The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC health services research*. 2018;18(1):132.
19. Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010 (2010).
20. Styrelsen for Patientsikkerhed. Kommunikationsstrategi. København S; 2017.
21. Sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedsaftale 2015 - 2018. Hillerød: Region Hovedstaden.
22. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM): IKAS; [cited 2018 Feb 9]. Available from: <http://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/>.
23. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel - Akkrediteringsstandarder for almen praksis. IKAS; 2016.
24. Danmarks Apotekerforening. Apoteket Tættere på dig - Strategi for apotekerne i Danmark 2016. Available from: http://www.apotekerforeningen.dk/omUapotekerne/~media/Apotekerforeningen/publikationer/Strategibrochure_2016.ashx.
25. Franklin BD. Designing and evaluating interventions to reduce medication errors: challenges and opportunities. Drug Research Academy Seminar; PharmaSchool. København Ø. 2018.
26. Tully MP. Safety in medication use. Tully MP, Franklin BD, editors. Boca Raton: CRC Press; 2016.
27. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health--a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*. 2006;21(1):75-88.

28. Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;11(5):602-22.
29. McDonough RP, Doucette WR. Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2001;41(5):682-92.
30. Van C, Costa D, Abbott P, Mitchell B, Krass I. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. (Research article)(Report). *BMC health services research*. 2012;12:320.
31. Armitage P. Joint working in primary health care. *Nursing times*. 1983;79(43):75-8.
32. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012;8(1):36-46.
33. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential Characteristics of Physician/Pharmacist Collaborative Relationships. *Annals of Pharmacotherapy*. 2004;38(5):764-70.
34. Zillich AJ, Doucette WR, Carter BL, Kreiter CD. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2005;8(1):59-66.
35. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2010;6(4):307-23.
36. Liu Y, Doucette WR, Farris KB. Examining the development of pharmacist-physician collaboration over 3 months. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2010;6(4):324.
37. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: A case study of local pharmaceutical services LPS pilots and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 2008, Vol22(4), p387-398. 2008;22(4):387-98.
38. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:132-47.
39. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and validation of a measure and a model of general practitioner attitudes toward collaboration with pharmacists. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2013;9(6):688-99.
40. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and initial validation of the Pharmacist Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument (FICI-P) in primary care. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2012;8(5):397.
41. Danmarks Apotekerforening. Apotekets sundhedsydelser København K 2017 [cited 2018 Apr 5]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/om-os/apoteket-i-sundhedssektoren/sundhedsydelser>.
42. Styrelsen for Patientsikkerhed. Strategi for læring. København S; 2016.
43. TV Avisen. Mange får for meget medicin: Danmarks Radio; 2017 [updated Dec 26; cited 2018 Feb 07]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=yrwBSI76SQI>.
44. Green JA, Norris P. Quantitative Methods in Pharmacy Practice Research. In: Babar Z, editor. *Pharmacy Practice Research Methods*. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 31-47.
45. Netværk for apotekspraksisforskning Hillerød: Pharmakon; 2018 [cited 2018 Apr 11.]. Available from: <http://www.pharmakon.dk/apotek-primaer-sundhedssektor/apoteksnetvaerk>.
46. Boynton PM. Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7452):1372-5.
47. Olsen H. GUIDE TIL GODE SPØRGESKEMAER. København K: Socialforskningsinstituttet,; 2006.
48. Albrechtsen C. De 5 bud til at skabe spørgeskemaer, folk gider (og kan) besvare 2016 [updated 2018 Feb 25; cited 2018 Mar 27]. Available from: <http://tovejs.dk/2016/01/26/de-5-bud-til-at-skabe-spoergeskemaer/>.
49. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *Lancet (London, England)*. 2002;359:248-52.
50. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7451):1312-5.
51. Almarsdottir AB, Kaae S, Traulsen JM. Opportunities and challenges in social pharmacy and pharmacy practice research. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2014;10(1):252-5.

13 Bilag

Bilag 1: Måleinstrumenter

Physician/Pharmacist Collaboration Index

Consider your working relationship with 1 physician you work closely with. Think, in general, about the interactions you have had with this physician over time. Please indicate your agreement with each of the following statements by using the scale listed as follows. Please circle the number that represents your agreement with the item.

SCALE: 1—very strongly disagree; 2—strongly disagree; 3—disagree; 4—neutral; 5—agree; 6—strongly agree; 7—very strongly agree

For our practices, I need this physician as much as this physician needs me.	1	2	3	4	5	6	7
This physician is credible.	1	2	3	4	5	6	7
My interactions with this physician are characterized by open communication by both parties.	1	2	3	4	5	6	7
I can count on this physician to do what he/she says.	1	2	3	4	5	6	7
This physician depends on me as much as I depend on him/her.	1	2	3	4	5	6	7
This physician and I are mutually dependent on each other in caring for patients.	1	2	3	4	5	6	7
This physician and I negotiate to come to an agreement on my activities in managing drug therapy.	1	2	3	4	5	6	7
This physician will work with me to overcome disagreements on my role in managing drug therapy.	1	2	3	4	5	6	7
I intend to keep working together with this physician.	1	2	3	4	5	6	7
I trust this physician.	1	2	3	4	5	6	7
Communication between this physician and myself is two-way.	1	2	3	4	5	6	7
I spend time trying to learn how I can help this physician provide better care.	1	2	3	4	5	6	7
I provide information to this physician about specific patients.	1	2	3	4	5	6	7
I try to understand the needs of this physician's practice.	1	2	3	4	5	6	7

Figur 13: Physician/ Pharmacist Collaboration Index for Pharmacists (35).

Attitudes Toward Collaboration Instrument for Pharmacist

1. The professional communication between myself and the GP is open and honest.
2. The GP is open to working together with me on patients' medication management.
3. The GP delivers high quality healthcare to patients.
4. The GP has time to discuss with me matters relating to patients' medication regimens.
5. The GP meets the professional expectations I have of him/her.
6. I can trust the GP's professional decisions.
7. The GP actively addresses patients' medical concerns.
8. Discussions with the GP help me provide better patient care.
9. The GP and I have mutual respect for one another on a professional level.
10. The GP and I share common goals and objectives when caring for the patient.
11. My role and the GP's role in patient care are clear.
12. I have confidence in the GP's medical expertise.
13. The GP believes that I have a role in assuring medication safety (for example, to identify drug interactions, adverse reactions, contraindications etc).
14. The GP believes that I have a role in assuring medication effectiveness (for example, to ensure the patient receives the optimal drug at the optimal dose etc).
15. My working together with the GP benefits the patient.

Note: In answering both the FICI-P and ATCI-P items, respondents were asked to 'think of a GP with whom you have most dealings'. In answering the FICI-P items, respondents were asked to 'estimate the number of times the following has occurred in the last month' on a 4-point response scale, where 1 = 'nil', 2 = '1-2

Figur 14: Attitudes Toward Collaboration Instrument for Pharmacist (ATCI-P) (30).

Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists

1. The GP and I openly communicated with each other.
2. I informed the GP of new products/services that are available/that I provide.
3. The GP contacted me for specific drug information.
4. The GP contacted me for specific patient information.
5. I contacted the GP to clarify scripts.
6. I contacted the GP to discuss dosage adjustments.
7. I contacted the GP to recommend an alternative medication (eg, because of an adverse reaction, contraindication etc).
8. The GP adjusted patient medication after my recommendation.
9. The GP shared patient information with me.
10. The GP involved me in decisions regarding medication management.

Notes:

- a. In answering the items, respondents were asked to "Think of a pharmacist with whom you have most dealings and estimate the number of times the following has occurred in the last month."
- b. The FICI-P is measured on a 5-point response scale, where 1 = "Nil," 2 = "1-2 times," 3 = "3-4 times," 4 = "5-6 times," and 5 = "7 or more times."
- c. Item 11 "The GP and I participated in joint continuing education events or meetings" was dropped from the final FICI-P.

Figur 15: Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists (FICI-P) (40).

Bilag 2: Inspirationskilder til spørgeskemaet

Tabel 13: Oversigt over elementer i samarbejdsteorier anvendt til udarbejdelse af spørgeskema. Hver af de tre teorier indeholder en række faktorer, som menes at påvirke samarbejdet mellem de to parter. For hver teori er faktorerne inddelt efter de overordnede determinanter i Bardet's litteratur review (1). Angivet under hvert element er det originale spørgsmål fra måleinstrumentet, som er anvendt til inspiration under udarbejdelsen af spørgeskemaet i dette projekt.

Oprindelig kilde	Inddeling af elementer i modellerne efter de overordnede determinanter i Bardet's litteratur review		
Physicians and community pharmacists collaboration in primary care Bardet, 2015 (1) <i>Fransk litteraturreview af samarbejdsmodeller mellem praktiserende læge og farmaceut i primær sektoren.</i>	Individuelle determinanter (Tabel 5) Elementer fra modellerne, der beskriver apoteksfarmaceutens og lægens relevante demografiske og geografiske oplysninger.	Relations determinanter (Tabel 6) Elementer fra modellerne, der beskriver linket mellem de to parter og deres indbyrdes relation til hinanden.	Interaktionsdeterminanter (Tabel 7) Elementer fra modellerne, der beskriver det interprofessionelle forhold mellem de to parter såsom tillid, gensidig respekt og kommunikation.
Community Pharmacist Attitudes Towards Collaboration with General Practitioners Van, 2012 (30) <i>Australsk samarbejdsmodel med fokus på tre elementer: Interaktionelle, lægelige og miljømæssige determinanter. (Engelsk: Interactional, practitioner og environmental determinants)</i> <i>To kvantitative måleinstrumenter er udviklet og valideret til denne teori:</i>	Miljømæssige determinanter <u>Afstand fra apotek til lægepraksis</u> <i>Engelsk: Promixity to GPs office</i> <i>* In regards to the GP you have most dealings with, which of the following best describes the location of his/her surgery from your pharmacy?</i> <u>Tværfaglige møder og/eller undervisning</u> <i>Engelsk: Interprofessional education</i> <i>* Do you and the GP participate in joint continuing events or meetings?</i> <u>Arbejdsrelateret kontakt til læge under uddannelse:</u>	Lægelige determinanter <u>Forventninger</u> <i>Engelsk: Expectations</i> <i>* The GP delivers high quality healthcare to patients.</i> <i>* The GP meets the professional expectations I have of him/her.</i> <i>* The GP actively adressses patients' medical concerns</i> Interaktionelle determinanter <u>Villighed til at samarbejde</u> <i>Engelsk: Willingness to collaborate</i> <i>* The GP is open to working together with me on patients' medication management</i> <i>* The GP has time to discuss with me matters</i>	Interaktionelle determinanter <u>Gensidig respekt</u> <i>Engelsk: Mutual respect</i> <i>* The GP and I have mutual respect for one another on a professional level</i> <u>Kommunikation</u> <i>Engelsk: Communication</i> <i>* The professional communication between myself and the GP is open and honest.</i> <i>* Discussions with the GP help me provide better patient care</i> <u>Anerkendelse af faglige roller</u> <i>Engelsk: Recognition of roles</i> <i>* My role and the GPs role in patient care are clear</i>

<i>Attitudes Towards Collaboration Instrument for Pharmacist (ATCI-P) og Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists (FICI-P). I dette projekt anvendes kun ATCI-P.</i> <i>* Spørgsmål fra måleinstrumentet, som er anvendt til inspiration under udarbejdelsen af spørgeskemaet i dette projekt. Svar på en skala fra 1 til 5 hvor 1 = 'strongly disagree', 2 = 'disagree', 3 = 'neither agree nor disagree', 4 = 'agree' and 5 = 'strongly agree'.</i>	<i>Engelsk: Physician contact during education</i> <i>* During pre-registration training did you have contact with GPs/Medical Offices regarding drug therapy?</i> <u>Økonomisk vederlag</u> <i>Engelsk: Remuneration</i> <i>* Does the availability of remuneration influence your decision to work with the GPs in medication management?</i> Desuden indeholder denne determinant demografisk oplysninger om svarpersonen samt geografisk information om apoteket. Inkluderet er alder, køn, antal ansættelses år på apoteket, antal år apoteket har samarbejdet med den pågældende læge, apotekets geografisk placering. <i>* Se spørgsmål i tabel 2 i Van, 2012 (30)</i>	<i>relating to patient' medication regimens</i> <i>* The GP and I share common goals and objectives when caring for the patient</i> <i>* My working together with the GP benefits the patient</i> <u>Anerkendelse af faglige roller</u> <i>Engelsk: Recognition of roles</i> <i>* My role and the GPs role in patient care are clear</i> <i>* The GP believes that I have a role in assuring medication safety (for example, to identify drug interactions, adverse reactions, contraindications etc.)</i> <i>* The GP believes that I have a role in assuring medication effectiveness (for example, to ensure the patient receives the optimal drug at the optimal dose etc.)</i>	<i>* The GP believes that I have a role in assuring medication safety (for example, to identify drug interactions, adverse reactions, contraindications etc.)</i> <i>* The GP believes that I have a role in assuring medication effectiveness (for example, to ensure the patient receives the optimal drug at the optimal dose etc.)</i> Lægelige determinanter <u>Tillid</u> <i>Engelsk: Trust</i> <i>* I can trust the GPs professional decisions</i> <i>* I have confidence in the GP's medical expertise</i> Miljømæssige determinanter <u>System til samarbejde</u> <i>Engelsk: System for collaboration</i> <i>* Do you have a system fro working together with the GP with whom you have most dealings? For example, an agreed protocol for communication, a regular time for communication etc.?</i>
Collaborative Working Relationship McDonough & Doucette, 2001 (29, 33, 35) <i>Amerikansk samarbejdsmodel. Graden af samarbejde kan inddeles i fem stadier, og afhænger af</i>	Sammenhængskaraktetika <u>Patientsammensætning</u> <i>Engelsk: Patient mix</i> <i>* Ingen spørgsmål i måleinstrumenterne</i> <u>Type af lægepraksis (solo- eller lægepraksis)</u> <i>Engelsk: Practice type</i>	Udvekslingskaraktetika <u>Initiativ til relation</u> <i>Engelsk: Relationship initiation</i> <i>* I spend time trying to learn how I can help this physician provide better care.</i> <i>* I provide information to this physician about specific patients.</i> <i>* I try to understand the needs of this physician's practice.</i>	Udvekslingskaraktetika <u>Specifikation af faglige roller</u> <i>Engelsk: Role specification</i> <i>* For our practices, I need this physician as much as this physician needs me.</i> <i>* This physician depends on me as much as I depend on him/her.</i> <i>* This physician and I are mutually dependent on each other in caring for patients.</i>

<i>følgende karakteristika: Aktører, sammenhæng og udveksling. (Engelsk: Participant, context og Exchange) Udvekslingen kan yderligere inddeles i tre: Initiativ til relation, specifikation af faglige roller og troværdighed. (Engelsk: Relationship initiation, role specification og trustworthiness)</i> <i>Ét kvantitativt måleinstrument er udviklet og valideret til denne teori med udgangspunkt i farmaceutens synsvinkel: Pharmacist/Physician Collaboration Index (PPCI-P)</i> <i>* Spørgsmål fra måleinstrumentet, som er anvendt til inspiration under udarbejdelsen af spørgeskemaet i dette projekt. Svar på en skala fra 1 til 7 hvor 1—very strongly disagree; 2—strongly disagree; 3—disagree; 4—neutral; 5—agree; 6—strongly agree; 7—very strongly agree</i>	<i>* Ingen spørgsmål i måleinstrument.</i> <u>Beliggenhed (afstand)</u> <i>Engelsk: Promixity</i> <i>* Se spørgsmål om beliggenhed af lægepraksis i forhold til apotek i Attitudes Toward Collaboration instrument</i> <u>Aktørkarakteristika</u> <u>Demografiske oplysninger</u> <i>* Se spørgsmål om beliggenhed af lægepraksis i forhold til apotek i Attitudes Toward Collaboration instrument</i>	<u>Troværdighed</u> <i>Engelsk: Trustworthiness</i> <i>* This physician is credible.</i> <i>* My interactions with this physician are characterized by open communication by both parties.</i> <i>* I can count on this physician to do what he/she says.</i> <i>* I intend to keep working together with this physician.</i> <i>* I trust this physician.</i> <i>* Communication between this physician and myself is two-way.</i>	<i>* This physician and I negotiate to come to an agreement on my activities in managing drug therapy.</i> <i>* This physician will work with me to overcome disagreements on my role in managing drug therapy.</i> <u>Troværdighed</u> <i>Engelsk: Trustworthiness</i> <i>* This physician is credible.</i> <i>* My interactions with this physician are characterized by open communication by both parties.</i> <i>* I can count on this physician to do what he/she says.</i> <i>* I intend to keep working together with this physician.</i> <i>* I trust this physician.</i> <i>* Communication between this physician and myself is two-way.</i> <u>Sammenhængskarakteristika</u> <u>System for relation</u> <i>Engelsk: System relationship</i> <i>* Se spørgsmål om system til samarbejde i Attitudes Toward Collaboration instrument</i> <u>Mængde af interaktion</u> <i>Engelsk: Volume of interaction</i> <i>* Ingen spørgsmål i udvalgte måleinstrument</i>
General Practitioner and Community Pharmacist Collaboration Bradley, 2012 (32) <i>Engelsk samarbejdsmodel udarbejdet med inspiration fra</i>	<u>Afstand til praksis</u> <i>Engelsk: Locality</i> <i>* Se spørgsmål om beliggenhed af lægepraksis i forhold til i Attitudes Toward Collaboration instrument</i> <u>Sundhedsydelser på apotek</u>	<u>Personlige relation</u> <i>Engelsk: Knowing each other</i> <i>* Se spørgsmål om villighed to at samarbejde i Attitudes Toward Collaboration instrument</i>	<u>Tillid</u> <i>Engelsk: Trust</i> <i>* Se spørgsmål om tillid i Attitudes Toward Collaboration Instrument</i> <u>Rollefordeling</u> <i>Engelsk: Professional roles</i>

både CWR og ATC. Graden af samarbejde kan inddeles i tre niveauer: isolation, kommunikation og samarbejde. Niveaueet påvirkes af syv faktorer: Afstand til praksis, sundhedsydelser, tillid, personlig relation, kommunikation, rollefordeling og faglig respekt. (Engelsk: Locality, pharmacy service provision beyond dispensation, trust, knowing each other, communication, professional roles og professional respect) Intet måleinstrument er udviklet til denne model.	Engelsk: Pharmacy service provision beyond dispensation * Liste med sundhedsydelser på apotek fundet på Danmarks Apotekerforenings hjemmeside (41)		* Se spørgsmål om specifikation af faglige roller i Pharmacist/Physician Collaboration Index <u>Kommunikation</u> Engelsk: Communication * Se spørgsmål om kommunikation i Attitudes Toward Collaboration Instrument <u>Faglig respekt</u> Engelsk: Professional respect * Se spørgsmål om gensidig respekt i Attitudes Toward Collaboration instrument
---	--	--	--

** Obs. Kun elementer, der er relevante i det danske sundhedssystem er medtaget

Bilag 3: Mail til Netværk for Udvikling af Apotekspraksis

Kære alle apoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis.

I forbindelse med min specialeafhandling i social- og samfundsfarmaci er jeg ved at undersøge det tværfaglige samarbejde mellem apoteket og den alment praktiserende læge i primær sektoren i det danske sundhedsvæsen. Undersøgelsen udføres i samspil med Pharmakon og Københavns Universitet. Projektet er netop optaget som nyeste projekt i netværket, og I kan lige straks læse mere om det på netværkets hjemmeside.

Som et led i undersøgelsen indgår et spørgeskema, som jeg håber I vil være behjælpelige med at besvare. Det tager ca. 8-10 minutter, og som tak for hjælpen vil jeres apotek deltage i lodtrækningen om eftermiddagskage, hvis I ønsker det. Desuden vil I få tilsendt de afsluttende resultater af undersøgelsen – disse kunne måske være anvendelige for jer og den daglige drift på apoteket og bruges som inspiration til fremtidige projekter på tværs af faggrupper.

Svarpersonen skal være den ansvarlige kvalitetsfarmaceut eller -farmakonom eller én af denne udpeget farmaceut/farmakonom med udbredt kendskab til apotekets kommunikation og samarbejde med den alment praktiserende læge. Der bedes om kun én besvarelse fra hvert hovedapotek; såfremt I er flere personer tilkoblet netværket bedes i koordinere og videregive spørgeskemaet til kvalitetsfarmaceuten eller –farmakonom.

Svarpersonen skal:

- 1) Være ansat på det pågældende hovedapotek mindst 1 år
- 2) Have sin primære gang og arbejdsopgaver på hovedapoteket
- 3) Være kvalitetsfarmaceut eller –farmakonom eller én deraf udpeger kollega med udbredt kendskab til samarbejdet med den alment praktiserende læge.

Svarpersonen må ikke være Apotekeren, der ejer apoteket, eller være ansat med sin primære gang og arbejdsopgaver på en eventuel apoteksfilial.

Lidt om mig: Mit navn er Gitte Stampe Møller, og jeg er ved at færdiggøre min kandidat i farmaci fra Københavns Universitet. Min faglige interesse falder i sær ind under klinisk- og socialfarmaci, og jeg kan godt lide emner, der ligger tæt op af patienten. Det vil betyde rigtig meget for mig, hvis I vil være behjælpelige og bruge tid på at besvare spørgeskemaet. Hvis I har nogle spørgsmål til mig, så tøv ikke med at kontakte mig på gittesmoller@gmail.com.

Link til spørgeskema: <https://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=U7PTU74D3K9P>

Spørgeskemaet kan besvares til og med d. 25. maj. En reminder herom vil blive annonceret på Netværkets Facebookgruppe.

Med venlig hilsen
Gitte Stampe Møller
Stud.cand.pharm, KU

Bilag 3: Spørgeskemaet

Tak fordi du vil hjælpe mig med besvarelsen.

I det følgende spørgeskema kommer en række spørgsmål om samarbejdet mellem jer på apoteket og den alment praktiserende læge. Du bedes svare som apotekets udvalgte talsperson og dele de holdninger, du mener apoteket står inde for. Du kan eventuelt tage en snak med dine kollegaer inden besvarelsen omkring jeres generelle samarbejde med andre faggrupper i primærsektoren. For at opnå de bedste resultater bedes du i forbindelse med kommunikation se bort fra kontakt til lægen i forbindelse med ind-telefonering af recepter. Dette vil der også blive gjort opmærksom på i løbet af undersøgelsen.

Geografiske faktorer

I det følgende kommer en række spørgsmål, som omhandler den alment praktiserende læge. Med dette menes der både læger, der praktiserer fra solopraksis og læger, der praktiserer fra et lægehus med flere læger i primærsektoren.

1. Hvor ligger jeres apotek?

- (1) ☐ Hovedstaden/Storkøbenhavn
- (2) ☐ Storby (Aarhus, Odense, Aalborg)
- (3) ☐ Større by (mere end 50.000 indbyggere)
- (4) ☐ By (5.000 – 50.000 indbyggere)
- (5) ☐ Landsby (færre end 5.000 indbyggere)

2. Hvilken region tilhører I?

- (1) ☐ Region Hovedstaden
- (2) ☐ Region Sjælland
- (3) ☐ Region Syddanmark
- (4) ☐ Region Midtjylland
- (5) ☐ Region Nordjylland

3. Tænk på den læge I på apoteket oftest arbejder sammen med. Hvor ligger lægens praksis i forhold til jeres apotek?

Du bedes se bort fra kontakt i forbindelse med ind-telefonering af recepter.

- (1) ☐ I samme facilitet (én fælles praksis/klinik)
- (2) ☐ Nabo til hinanden
- (3) ☐ Samme center/kompleks
- (4) ☐ Mindre end fem minutters gang
- (5) ☐ Mere end fem minutters gang, men i samme by/bydel
- (6) ☐ Mere end fem minutters gang i to forskellige byer/bydele

4. Hvor mange år har I på apoteket samarbejdet med den pågældende læge?

Se igen bort fra kontakt ved ind-telefonering af recepter.

- (1) ☐ Mindre end 2 år
- (2) ☐ 2-5 år
- (3) ☐ 6-10 år
- (4) ☐ Mere end 10 år
- (5) ☐ Ved ikke/husker ikke

Sundhedsydelser på apoteket

Apoteket tilbyder en del sundhedsydelser til borgerne. Dette kan bl.a. være Tjek På Inhalation, dosispakket medicin, medicinsamtaler, medicingennemgang og vaccinationer.

5. Arbejder I sammen med lægen i forbindelse med tilbud af ydelserne?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej. Begrund eventuelt hvorfor I ikke arbejder sammen i forbindelse med sundhedsydelser: _____

Sundhedsydelser på apoteket

6. Hvilke ydelser samarbejder I med lægen om?*(Sæt gerne flere krydser)*

- (1) ☐ Tjek på inhalation (TPI)
 (2) ☐ Dosispakket medicin
 (3) ☐ Medicinsamtaler
 (4) ☐ Medicingennemgang
 (5) ☐ Rejsevaccination
 (6) ☐ Influenzavaccination
 (7) ☐ Andet (inkl. samarbejde i det daglige arbejde): _____

7. I hvor høj grad påvirker muligheden for at få et økonomisk vederlag for sundhedsydelsen din lyst til at udføre ydelsen/ydelserne?

- (1) ☐ I meget høj grad
 (2) ☐ I høj grad
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ I lav grad
 (5) ☐ I meget lav grad

8. Hvad vægter højest for din lyst til at udføre sundhedsydelser?

- (1) ☐ Faglighed
 (2) ☐
 (3) ☐ Faglighed og økonomisk vederlag vægter lige meget
 (4) ☐
 (5) ☐ Økonomisk vederlag

Personlig relation mellem apoteket og lægen

I det næste kommer nogle spørgsmål om din relation til den alment praktiserende læge. Der vil både være spørgsmål, der omhandler din personlige og private relation til lægen og spørgsmål der handler om din professionelle og faglige relation.

9. Tænk først på din tid som studerende på farmaci- eller farmakonomuddannelsen. Havde du under din uddannelse andet end telefonisk kontakt til én eller flere læger, f.eks. i forbindelse med et praktikophold.

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke/husker ikke

10. Tænk nu på dit nuværende arbejde. Deltager apoteket sommetider i fælles faglige møder eller arrangementer, hvor både du/apoteket og en alment praktiserende læge deltager?

- (1) ☐ Ja. Giv eventuelt et eksempel og en beskrivelse af arrangementet: _____
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke/husker ikke

11. Ses du personligt sommertider (også) med lægen til private arrangementer?

- (1) ☐ Ja
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke/husker ikke

12. Hvor stor betydning for din lyst til at arbejde sammen med lægen, har dit kendskab til ham/hende?

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

13. Tænk på den lægepraksis I på apoteket arbejder mest sammen med. Arbejder lægen i solopraksis eller i et lægehus?

- (1) ☐ I solopraksis
 (2) ☐ I lægehus med flere læger
 (3) ☐ Ved ikke

Personlig relation mellem apoteket og lægen

14. Hvilket af følgende udsagn passer bedst i forhold til din personlige relation til lægen?

- (1) ☐ Jeg føler, jeg kender lægen
 (2) ☐ Jeg føler ikke, jeg kender lægen
 (3) ☐ Min relation til lægepraksissen er primært til lægesekretæren
 (4) ☐ Ved ikke

15. Hvilket af følgende udsagn passer bedst i forhold til din personlige relation til lægerne i lægehuset?

- (1) ☐ Jeg føler, jeg kender alle lægerne i praksissen
 (2) ☐ Jeg føler, jeg kender én eller to af lægerne i praksissen
 (3) ☐ Jeg føler ikke, jeg kender nogle af lægerne i praksissen. Jeg kender dem mest af alt kun ved navn
 (4) ☐ Min relation til lægehuset er primært til lægesekretæren
 (5) ☐ Ved ikke

16. I hvor høj grad tror du at den personlige relation til lægen er gengældt, og at lægen også føler at han/hun kender dig?

- (1) ☐ I meget høj grad
 (2) ☐ I høj grad
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ I lav grad
 (5) ☐ I meget lav grad

Tillid**17. Hvor stor betydning har det for jeres arbejde med lægen, at I har tillid til hinanden?**

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

18. Tænk på den lægepraksis du arbejder mest sammen med. Hvilken af nedenstående udsagn beskriver bedst tilliden mellem jer?

- (1) ☐ Jeg har ingen tillid til lægens/lægehusets arbejde
 (2) ☐ Jeg har en smule tillid til én eller to af lægerne i praksissen, men det kommer an på den givne situation
 (3) ☐ Jeg har en smule tillid til én eller to af lægerne i praksissen i alle situationer
 (4) ☐ Jeg har fuld tillid til alle de lægerne i praksissen, men er ikke sikker på, at de har tillid til mig
 (5) ☐ Jeg har fuld tillid til alle de lægerne i praksissen og tilliden virker gengældt

Kommunikation

Nu kommer der nogle spørgsmål om kommunikationen mellem dig og lægen. Du bedes se bort fra kontakten i forbindelse med ind-telefonering af recepter, men tænk på al anden form for kontakt.

19. Tænk på den lægepraksis I på apoteket oftest er i kontakt med. Hvor ofte er I i kontakt med hinanden?

Du bedes se bort fra kontakten i forbindelse med ind-telefonering af recepter. Hvis du er i tvivl, så angiv dit bedste bud.

- (1) ☐ Mindre end én gang om ugen
 (2) ☐ 1-3 gange om ugen
 (3) ☐ Mere end 3 gange om ugen
 (4) ☐ Ved ikke/husker ikke

20. Når I kommunikerer med den alment praktiserende læge, hvordan foregår det så?

(markér gerne flere svar)

- (1) ☐ Via telefon
 (2) ☐ Via fax
 (3) ☐ Personlig henvendelse i praksis

- (4) ☐ Elektronisk via mail
 (8) ☐ Elektronisk via Korrespondancemodulet
 (5) ☐ Elektronisk via andet kommunikationssystem _____
 (6) ☐ Andet: _____
 (7) ☐ Beskriv gerne et konkret tidspunkt, hvor I var i kontakt: _____

Kommunikation**21. Hvor mange lægepraksisser har I på apoteket et bagnummer på?**

Tænk kun på lægerne i primærsektoren.

Hvis ingen, skriv 0. _____

22. Hvor stor betydning har en åben og ærlig kommunikation i forhold til din lyst til at arbejde sammen med lægen?

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

Rollefordeling

I det næste kommer et par spørgsmål, der handler om din og lægens faglige rollefordeling. Med roller menes de arbejdsopgaver I hver i sær har i forhold til arbejdet med patienterne i form af jeres profession.

23. Hvor stor betydning for dit samarbejde med lægen har det, at der er en klar fordeling af roller mellem jer?

Med roller menes der, at I hver i sær kender jeres faglige opgaver i forhold til patientarbejdet.

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

24. Hvilke(n) af følgende udsagn, tror du, kan beskrive lægens syn på din faglige rolle?

(markér gerne flere svar)

- (1) ☐ Lægen mener, jeg har en rolle i arbejdet med patientens sikkerhed (f.eks. identificere medicininteraktioner, bivirkninger og kontraindikationer)
 (2) ☐ Lægen mener, jeg har en rolle i arbejdet med at sikre medicinens effektivitet (f.eks. optimal dosering, valg af korrekte lægemiddel)
 (3) ☐ Lægen ved godt, at jeg kan varetage arbejdsopgaver med patientsikkerhed og/eller medicinering, men benytter sig ikke af det
 (4) ☐ Jeg fornemmer, at lægen har lige så meget brug for mig, som jeg har brug for ham/hende
 (5) ☐ Ingen af ovenstående udsagn kan beskrive lægens syn på min rolle

Faglig respekt**25. Hvor stor betydning har det, at du og lægen har gensidig faglig respekt for hinanden?**

Med faglig respekt menes at I respektere hinandens faglige arbejde og stoler på de beslutninger modparten tager.

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

26. I hvor høj grad stoler du på de beslutninger lægen tager?

- (1) ☐ I meget høj grad
 (2) ☐ I høj grad
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ I lav grad

- (5) ☐ I meget lav grad

Initiativ til samarbejde

27. Tænk på den kontakt I på apoteket har med lægepraksissen i dagligdagen. Hvem indleder kontakten?

Du bedes se bort fra kontakt i forbindelse med ind-telefonering af recepter.

- (1) ☐ Det er altid apoteket, der tager kontakt til lægen
 (2) ☐ Det er for det meste apoteket, der tager kontakten
 (3) ☐ Det er meget forskelligt. Nogle gange er det apoteket, der tager kontakt, andre gange er det lægen
 (4) ☐ Det er altid lægen, der tager kontakt til os
 (5) ☐ Ved ikke/husker ikke

28. Hvor stor betydning har det for din vilje til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge, hvem der indleder kontakten mellem jer?

Du bedes se bort fra kontakten i forbindelse med ind-telefonering af recepter.

- (1) ☐ Ingen eller meget lille betydning
 (2) ☐ Lille betydning
 (3) ☐ Hverken/eller
 (4) ☐ Stor betydning
 (5) ☐ Meget stor betydning

29. Efter dit bedste kendskab, hvem af apotekets personale arbejder sammen med lægen?

- (1) ☐ Alle faguddannede ansatte inkl. elever og studerende
 (2) ☐ Alle faguddannede ansatte, men ikke elever og studerende
 (3) ☐ Kun nogle få ansatte f.eks. i forbindelse med en sundhedsydelse, som personen har ansvaret for
 (4) ☐ Kun farmaceuterne
 (5) ☐ Kun farmakonomer
 (6) ☐ Ved ikke

30. Efter dit bedste kendskab, arbejder I på apoteket sammen med den alment praktiserende læge om andre opgaver end medicinering af patienter samt eventuelle sundhedsydelser.

Dette kan bl.a. være undervisning eller lignende.

- (1) ☐ Ja: _____
 (2) ☐ Nej
 (3) ☐ Ved ikke

Demografiske spørgsmål

Du er næsten færdig og mangler kun at svare på et par spørgsmål om dig selv.

31. Hvad er din alder?

- (1) ☐ 34 år eller yngre
 (2) ☐ 35-44 år
 (3) ☐ 45-54 år
 (4) ☐ 55-64 år
 (5) ☐ 65 år eller ældre

32. Hvad er dit køn?

- (1) ☐ Mand
 (2) ☐ Kvinde

33. Hvor mange år har du været ansat på nuværende apotek?

- (1) ☐ Mindre end 5 år
 (2) ☐ 5-10 år
 (3) ☐ 11-20 år
 (4) ☐ Mere end 20 år

34. Hvad er din profession?

- (1) ☐ Farmaceut
 (2) ☐ Farmakonom

Tak for deltagelse i undersøgelsen.

Jeg sætter stor pris på, at du tog dig tid til at hjælpe mig med min specialeopgave.

Hvis I ønsker at deltage i lodtrækningen om eftermiddagskage og/eller få tilsendt de generelle resultater af undersøgelsen, så skriv venlig jeres apoteksnummer og mailadresse på en kontaktperson nedenfor.

Der gøres opmærksom på at jeres apoteksnummer ikke vil blive anvendt i rapporten. Det vil udelukkende blive anvendt til lodtrækningen.

Ønsker du at deltage i lodtrækningen om eftermiddagskage til apoteket?

- (1) ☐ Ja. Apoteksnummer og kontaktpersons mail: _____
- (2) ☐ Nej tak

Ønsker du at få tilsendt de generelle resultater af undersøgelsen, når disse er udarbejdet?

- (1) ☐ Ja. Apoteksnummer og kontaktpersons mail: _____
- (2) ☐ Nej tak

Tak for deltagelsen.

Bilag 4: Apoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis og hovedapoteker på landsplan

Tabel 14: Fordelingen af hovedapoteker på landsplan.

	Antal hovedapoteker (n=209)
Region Hovedstaden	60
Region Midtjylland	46
Region Nordjylland	25
Region Sjælland	32
Region Syddanmark	46

Tabel 15: Fordelingen af hovedapoteker i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis inklusiv det tilføjede apotek i Region Hovedstaden.

	Antal hovedapoteker (n=68)
Region Hovedstaden	20
Region Midtjylland	11
Region Nordjylland	7
Region Sjælland	11
Region Syddanmark	19

Bilag 5: pivottabeller

Afstand til praksis

Tabel 16: Fordeling af antal besvarelser i Region Hovedstaden (n=12) sorteret efter bystørrelse og niveau under faktoren 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model i projektet.

	Niveau af 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model	
Bystørrelse	Niveau 2	Niveau 3
Hovedstaden/Storkøbenhavn	2	7
By (5.000-50.000 indbyggere)	3	
I alt	5 af 12	7 af 12

Tabel 17: Fordeling af antal besvarelser i Region Syddanmark (n=7) sorteret efter bystørrelse og niveau under faktoren 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model i projektet.

	Niveau af 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model		
Bystørrelse	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Storby (Aarhus, Odense, Aalborg)			1
Større by (mere end 50.000 indbyggere)	1		
By (5.000-50.000 indbyggere)		1	2
Landsby (færre end 5.000 indbyggere)	2		
I alt	3 af 7	1 af 7	3 af 7

Tabel 18: Fordeling af antal besvarelser i Region Midtjylland (n=7) sorteret efter bystørrelse og niveau under faktoren 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model i projektet.

	Niveau af 'afstand til praksis' jævnfør den opstillede model		
Bystørrelse	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Storby (Aarhus, Odense, Aalborg)			2
Større by (mere end 50.000 indbyggere)	2		
By (5.000-50.000 indbyggere)		2	1
I alt	2 af 7	2 af 7	3 af 7

Kommunikation

Tabel 19: Respondenternes besvarelse på, om de samarbejder med den alment praktiserende læge i forbindelse med sundhedsydelse, fordelt på niveau i den opstillede model under faktoren 'kommunikation'. Angivet i antal.

	Niveau af 'kommunikation' jævnfør den opstillede model		
Samarbejde med læge i forbindelse med sundhedsydelse	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ja	2	4	8
Nej	4	4	7
I alt	6 af 29	8 af 29	15 af 29

Tabel 20: Niveaufordelingen af antal besvarelser i faktoren 'personlig relation' og 'kommunikation' jævnfør den opstillede model. Angivet i antal.

Niveau af 'personlig relation' jævnfør den opstillede model	Niveau af 'kommunikation' jævnfør den opstillede model		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Niveau 1	4	3	8
Niveau 2	2	2	6
Niveau 3		3	1
I alt	6 af 29	8 af 29	15 af 29

Tillid

Tabel 21: Niveaufordelingen af antal besvarelser i faktoren 'personlig relation' og tillid jævnfør den opstillede model. Angivet i antal.

Niveau af 'personlig relation' jævnfør den opstillede model	Niveau af 'tillid' jævnfør den opstillede model		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Niveau 1		3	12
Niveau 2		2	8
Niveau 3			4
I alt	0 af 29	5 af 29	24 af 29

Betydning af faktorerne

Tabel 22: Fordeling af besvarelserne af respondentens mening om betydningen af kendskab og personlig relation for han/hendes lyst til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge. Sorteret efter størrelsen på byen, hvor apoteket lå. Angivet i antal.

Bystørrelse	Betydning af personlig relation til lægen			
	Ingen eller meget lille betydning	Lille betydning	Hverken/eller	Stor betydning
Hovedstaden/Storkøbenhavn	2	2	2	3
Storby (Aarhus, Odense, Aalborg)	1	1		2
Større by (mere end 50.000 indbyggere)	1	1		1
By (5.000-50.000 indbyggere)	2	1	3	5
Landsby (færre end 5.000 indbyggere)		1		1
I alt	6 af 29	6 af 29	5 af 29	12 af 29

Tabel 23: Fordeling af besvarelserne af respondentens mening om betydningen af initiativ til samarbejde for han/hendes lyst til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge. Sorteret efter respondentens alder. Angivet i antal.

Respondentens alder	Betydning af initiativ til samarbejde			
	Ingen eller meget lille betydning	Lille betydning	Hverken/eller	Stor betydning
34 år eller yngre	1	1	3	
35-44 år	6		4	1
45-54 år	2	1	2	
55-64 år	2	1	5	
I alt	11 af 29	3 af 29	14 af 29	1 af 29

Tabel 24: Fordeling af besvarelserne af respondentens mening om betydningen af initiativ til samarbejde for han/hendes lyst til at arbejde sammen med den alment praktiserende læge. Sorteret efter antal år respondenterne havde været ansat på pågældende apotek. Angivet i antal.

Antal år respondenterne havde været ansat på pågældende apotek	Betydning af initiativ til samarbejde			
	Ingen eller meget lille betydning	Lille betydning	Hverken/eller	Stor betydning
Mindre end 5 år	4		6	
5-10 år	3	1	5	
11-20 år	4		1	1
Mere end 20 år		2	2	
I alt	11 af 29	3 af 29	14 af 29	1 af 29

Bilag 6: Svarfelter fra spørgeskemaet

Svarfelt, hvis respondenten svarede 'nej' til at de samarbejder med den alment praktiserende læge om sundhedsydelser på apotek:

- "Vi har kun samarbejder, når det gælder medicingennemgang udført i forbindelse med farmaceutstuderende i praktik. Her er mange lægehuse og de har generelt meget travlt og kan ikke overskue tid til samarbejde med apoteket - jeg tænker tid og økonomi er barriere."* (Respondent nr. 1)
- "Der er ikke tradition herfor."* (Respondent nr. 10)
- "Vi har ikke noget formelt samarbejde, men vi arbejder jo begge med sundhedsydelserne"* (Respondent nr. 14)
- "Ressourcemangel"* (Respondent nr. 16)
- "Lægen bruger også til TPI, men ikke til andre sundhedsydelser"* (Respondent nr. 18)
- "Lægen er ikke fortaler for medicinsamtaler og har selv en vaccinationssygeplejerske ansat. Det daglige samarbejde fungerer fint."* (Respondent nr. 21)
- "Vi har ikke nogen som vi har et primært samarbejde med"* (Respondent nr. 24)
- "Vi er først lige ved at oprette et reelt samarbejde"* (Respondent nr. 26)
- "Arbejder ikke sammen men på lægemødet for alle læger fik vi lov at præsenterer apotekets sundhedsydelser"* (Respondent nr. 27)

Svarfelt, hvis respondenten svarede 'ja' til at apoteket og den alment praktiserende læge deltog i fællesmøder:

- "Jeg har fornyligt haft 10 min på et lokalt lægemøde til at fortælle om, at vi f.eks. ikke er koblet på FMK og hvilke betydninger det har. Men har aldrig været med under et helt lægemøde"* (Respondent nr. 1)
- "Lægerne blev inviteret til orienteringsaften og besøg på apotek (samarbejde med vores naboapotek)"* (Respondent nr. 3)
- "Temadage, apoteket arrangerer lægemøde årligt"* (Respondent nr. 5)
- "Vi afholder årlige samarbejds møder med alle byens læger"* (Respondent nr. 7)
- "Lægemøde 1 gang årligt"* (Respondent nr. 9)
- "F.eks. borgermøde om osteoporose"* (Respondent nr. 10)

<i>"Arrangement i den lokale hjerteforening"</i>	(Respondent nr. 12)
<i>"Lægemøde afholdt af apoteket"</i>	(Respondent nr. 16)
<i>"1) fællesmøde med lægehuse, hjemmeplejen og apotek. 2) Apoteket inviteret til at holde indlæg på lægelaugets møder (mindst 2 gange)"</i>	(Respondent nr. 17)
<i>Psykiatrien har været gode til at bruge os til undervisning omkring dosisdispensering</i>	(Respondent nr. 18)
<i>Undervist lægehusets personale i astmadevices, lægemødet</i>	(Respondent nr. 20)
<i>Et fællesmøde mellem de lokale læger og de 2 nabo-apotekere</i>	(Respondent nr. 23)
<i>Lægemøde</i>	(Respondent nr. 27)
<i>Et årligt lægemøde</i>	(Respondent nr. 29)

Svarfelt, hvor respondenten kunne beskrive en konkret situation, hvor han/hun havde været i kontakt med den alment praktiserende læge:

<i>Eks. mht. fornyelse eller spørgsmål til dosiskort, eller manglende recepter.</i>	(Respondent nr. 1)
<i>Lørdag vedr manglende recept, hvor vi udleverede det ønskede lægemiddel (ud fra informationer på tidligere anvendt server-recept). Tirsdag lå lægens accept og tak for hjælpen som svar på korrespondancemeddelelsen Det skete i 2 tilfælde i lørdags.</i>	(Respondent nr. 17)

Svarfelt, hvor respondenten kunne beskrive andre samarbejdsområder, der ikke allerede var gennemgået i spørgeskemaet:

<i>"Vi leverer årligt opgørelse over receptinterventioner til kvalitetsudvikling i praksis"</i>	(Respondent nr. 6)
<i>"Men kun minimalt omkring undervisning af plejepersonale, aftenmøder"</i>	(Respondent nr. 10)
<i>"Hjælpes ad med uddannelsesafstner for plejepersonale"</i>	(Respondent nr. 12)
<i>"Udstationering af elever og studerende"</i>	(Respondent nr. 13)
<i>"Nyhedsbreve fra apoteket til alle læger på mail"</i>	(Respondent nr. 17)

Der gøres opmærksom på, at en af respondenterne henviste til tidligere svar i spørgeskemaet. Hans/hendes besvarelse præsenteres ikke.

Sundhedsydelser, som apoteket og den alment praktiserende læge samarbejder om

Tabel 25: Resultaterne af hvilke sundhedsydelser, de respondenter, der samarbejder omkring disse med den alment praktiserende læge, samarbejder om. Respondenten kunne markere alle relevante svar (n=14). Det var muligt at markere alle relevante svar. Et 1-tal i tabellen indikerer at respondenter har afkrydset svarmuligheden.

*Respondenten har ikke markeret denne svarmulighed, men beskriver i svarfeltet under 'andet', hvilke sundhedsydelser, de tilbyder på det pågældende apotek, og at lægerne nogle gange skriver, at apoteket skal lave en TPI. Derfor er det vurderet, at respondentens apotek rent faktisk samarbejder om TPI.

Respondent nr.	TPI	Dosispakket medicin	Medicinsamtaler	Medicinalgennemgang	Rejse-vaccination	Influenza-vaccination	Andet
3	1	1					
5	1	1		1			
6	1	1	1	1			1
7	1	1					
8	1	1			1	1	
9		1					
11		1					
12	1	1	1				
17	1	1					
20	1			1			
22	1						
23	1*	1					1
25	1	1					1
29	1	1	1	1			
I alt	12 af 14	12 af 14	3 af 14	4 af 14	1 af 14	1 af 14	3 af 14

Kommunikationsformer

Tabel 26: Respondenters besvarelse af spørgsmål 20 i spørgeskemaet om kommunikationstypen, der anvendes til kontakt mellem parterne. Respondenten er bedt om at set bort fra ind-telefonering af recepter. Et 1-tal i tabellen indikerer at respondenter har afkrydset denne kommunikationstype. Et blankt felt indikerer at respondenter ikke har afkrydset den pågældende svarmulighed. Ingen respondenter svarede 'elektronisk via andet kommunikationssystem' eller 'andet', og disse fremgår derfor ikke af tabellen.

Respondent nr.	Telefon	Fax	Personlig henvendelse i skranken	Elektronisk via mail	Elektronisk via Korrespondancemodulet
1	1				1
2	1	1		1	1
3	1	1	1	1	
4	1				1
5	1	1			1
6	1	1			1
7	1			1	1
8					1
9	1	1			1
10	1	1			1
11	1				1
12	1	1			1
13	1	1			1
14	1				
15	1				1
16	1				1
17	1				1
18	1				1
19	1	1			1
20	1				1
21	1		1		1
22	1				1
23	1		1		1
24	1				1
25	1			1	1
26	1				1
27	1				1
28	1				
29	1				1
I alt	28 af 29	9 af 29	3 af 29	4 af 29	26 af 29