



Kandidatspeciale

Anna Stevn Vaabengaard, xqv266

Test for halsbetændelse ved en streptokok A test på apoteket

Et kvalitativt studie der undersøger, hvordan en mulig ny sundhedsydelse, test for streptokok A, skal tilbydes på de danske apoteker.

Vejleder: Susanne Kaae

Afleveret den: 18. oktober 2021

Institutnavn: Institut for Farmaci, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Afdelingsnavn: Social and Clinical Pharmacy

Forfatter(e): Anna Stevn Vaabengaard

Titel og evt. undertitel: Test for halsbetændelse ved streptokok A test – er det en sundhedsydelse som apoteket skal tilbyde i fremtiden?

Emnebeskrivelse: Et kvalitativt studie der undersøger, hvordan en mulig ny sundhedsydelse, test for streptokok A, skal tilbydes på de danske apoteker.

Vejleder: Susanne Kaae
Lektor, Institut for Farmaci, Københavns Universitet

Afleveret den: 18. oktober 2021

Antal studieenheder: 30 ECTS

Forord

Dette specialeprojekt omhandlende sundhedsydelser med fokus på streptokok A test er blevet til i perioden 1. februar til 18. oktober 2021. Projektet er blevet udarbejdet på kandidaten i farmaci, på Københavns Universitet.

Projektet er lavet med vejledning fra min vejleder Susanne Kaae, lektor i samfundsfarmaci. Til Susanne skal der lyde en stor tak. Tak for hjælpen i processen med at lave et speciale, du har ydet god vejledning og støtte igennem hele processen. I starten var det med vejledningsmøder over Zoom, men her til slut nåede vi at se hinanden i virkeligheden. Jeg takker for dine input og tålmodighed med dette speciale.

En anden god samarbejdspartner var Rikke Nørgaard Hansen fra Pharmakon. Mange tak for fagligt feedback og input i forbindelse med opgaven. Netværk for udvikling i Apotekspraksis skal også have en tak. Tak for faglig sparring og input, til hvilken retning projektet skulle tage. Alle interviewpersoner skal have en tak for at bidrage med viden til projektet. I er dem som muligvis i fremtiden, skal benytte jer af ydelsen, så derfor var jeres holdninger rigtig vigtige i forbindelse med hvordan en ny sundhedsydelse skal udføres og implementeres.

En kæmpe stor tak skal lyde til min familie, venner og kæreste for den store opbakning de har givet mig. Uden jer var jeg aldrig kommet så langt.

Anna Stevn Vaabengaard

18. oktober 2021

Abstract

Background: Tests for sore throat, in order to prescribe antibiotics at the pharmacy, have been studied in pharmacies in New Zealand, Portugal and Wales. The aim of the test in these countries was to reduce the use of unnecessary antibiotics. In Denmark, there will be a shortage of doctors in the future. The pharmacies help shortage, by expanding their healthcare and becoming a larger part of the health sector. For the pharmacy, it is important to be able to offer healthcare services, as these help to strengthen professionalism and develop the employees at the pharmacy.

Aim: The aim of the thesis project is to determine whether tests for sore throat can become one of the pharmacy's future healthcare services and, if possible, how this benefit is best implemented in relation to the pharmacists and pharmaconomists who will offer the service. Current experience with healthcare, the design of health services, cooperation with other health professionals in connection with export and whether the health service may have an impact on the amount of antibiotics discharged are being studied.

Method: The qualitative method was used to answer the aim of the thesis. 6 semi-structured interviews have been conducted on pharmacists and pharmaconomists. The interviews were used to understand how best to organize and implement a new health service. All the interviews have been transcribed, and subsequently an opinion-making presentation has been made on themes that were relevant to be able to answer the aim of the thesis. A theoretical analysis of interdisciplinary cooperation has also been carried out.

Results All interviewees are interested in offering tests for tonsillitis as a health care service in the future. Healthcare challenges include willingness to pay, lack of demand, limited authorization and prioritization of waiting time vs. services. The pharmacy's interdisciplinary cooperation with doctors can be improved. This can be done by scenario 2. The amount of antibiotics prescribed will not change much if the pharmacy is allowed to prescribe this.

Conclusion The pharmacy is willing to offer a new health care service in the form of tests for tonsillitis. The way in which the service has to be implemented depends on whether citizens have to pay for themselves, doctors are willing to cooperate or pharmacists can be allowed to prescribe antibiotics.

Resume

Baggrund Test for halsbetændelse, med henblik på at ordinere antibiotika på apoteket, har været forsøgt på apoteker i New Zealand, Portugal og Wales. Formålet for testen i disse lande er at nedbringe brugen af unødvendige antibiotika. I Danmark vil der i fremtiden komme til at være lægemangel, hvilket muligvis kan nedbringes ved at apoteket, udbygger deres sundhedsydelser og bliver en større del af sundhedssektoren. For apoteket er det vigtig at kunne tilbyde sundhedsydelser, da disse er med til at styrke fagligheden og udvikle de ansatte på apotek.

Formål Formålet med specialeprojektet er at afdække, om test for halsbetændelse kan blive en af apotekets fremtidige sundhedsydelser og hvis muligt, hvordan denne ydelse implementeres bedst i forhold til de farmaceuter og farmakonomer som skal tilbyde ydelsen. De nuværende erfaringer med sundhedsydelser, udformning af sundhedsydelsen, samarbejde med andre sundhedsprofessionelle i forbindelse med udførsel samt om sundhedsydelsen kan have betydning for mængden af udskrevet antibiotika forsøges undersøgt.

Metode Den kvalitative metode blev benyttet til at besvare specialets formål. 6 semistrukturerede interviews er udført på farmaceuter og farmakonomer. Interviewene blev benyttet til at kunne forstå, hvordan man bedst muligt kan sammensætte og implementere en ny sundhedsydelse. Alle interviewene er blevet transskriberede, og efterfølgende er der lavet en meningskondensering, på temaer, som var relevante for at kunne besvare specialets formål. Der er også blevet udført en teoretisk analyse af det tværfaglige samarbejde.

Resultater Alle interviewpersonerne er interesserede i at tilbyde test for halsbetændelse på som en sundhedsydelse i fremtiden. Udfordringer i forbindelse med sundhedsydelser er betalingsvillighed, manglende efterspørgsel, begrænset autorisation samt prioritering af ventetid vs. ydelser. Apotekets tværfaglige samarbejde med lægerne kan forbedres. Dette kan ske ved scenarie 2. Mængden af udskrevet antibiotika vil ikke ændre sig meget, hvis apoteket får lov til at ordinere dette.

Konklusion Apoteket er villige til at tilbyde en ny sundhedsydelse i form af test for halsbetændelse. På hvilken måde ydelsen skal implementeres afhænger af om borgerne selv skal betale, lægerne er villige til at samarbejde eller farmaceuterne kan få lov til at ordinere antibiotika.

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
ABSTRACT	4
RESUME	5
INTRODUKTION	8
PROBLEMFORMULERING, PROBLEMSTILLINGER OG FORMÅL	9
BAGGRUND.....	10
Apoteket en del af sundhedsvæsenet	10
Apotekets sundhedsydelser	12
APOVAC og Practio.....	13
Lægemangel.....	14
Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle.....	14
Samarbejdsmodeller.....	15
Problemer med samarbejde mellem sundhedsprofessionelle.....	17
Er streptokok A test en sundhedsydelse som apoteket skal tilbyde?.....	17
Hvilke udfordringer ses med testen.....	20
Streptokok A test – En opgave for de danske apoteker?	21
METODE	24
Interview	24
Kriterier for interviewpersoner	25
Interviewpersoner	26
Analyse af interviews.....	26
Analyse og fortolkning vha. samarbejdsteori.....	27
Etik.....	27
RESULTATER.....	27
Overblik over interviewpersonerne.....	27
Apotekets udbud af sundhedsydelser, muligheder og udfordringer.	28
Hvordan skal apoteket teste for streptokok A., hvis det bliver en sundhedsydelse?	30
Finansiering af ydelsen	34
Antibiotikabrug i forbindelse med ydelsen	35
Apotekets sundhedsydelser i fremtiden	36

DISKUSSION	40
Implementering af testen på apoteket	41
Apoteket skal blive ved med at udvikle sig.....	42
Frivillig eller obligatorisk ydelse	42
Ordination af antibiotika på apoteket?	43
Studiets begrænsninger - Dataindsamling.....	44
KONKLUSION.....	44
PERSPEKTIVERING.....	45
REFERENCER	46
BILAG.....	49
Bilag 1, Interviewguide.....	49
Bilag 2, Informeret samtykke	54
Bilag 3, Transskription interview 1.....	55

Introduktion

I Danmark er 1,5-2 % af alle henvendelser til den alment praktiserende læge henvendelser fra patienter med ondt i halsen. 30% af de patienter, som opsøger lægen med ondt i halsen, har en streptokok A infektion, 2% har mononukleose og resten har enten en virus eller en bakterie, som ikke kræver antibiotika. For at diagnosticere om patienten har en infektion med en gruppe A streptokok, kan man score patienten efter en række kriterier kaldet Centorkriterierne. Hvis 1 ud af 4 fire af disse opfyldes (feber, hævede og ømme lymfeknuder på halsen, belægninger på tonsiller, fravær af hoste), kan der tages laves en antigen test for påvisning af streptokok A. Testen vil afgøre om patienten skal i behandling med antibiotika eller ikke.[1-3]

Streptokok A test er en hurtigtest, som inden for minutter kan afgøre om patienten har gruppe A streptokokker, som forårsager halsbetændelse og dermed skal i antibiotikabehandling. [1]

Testen sikrer, at der ikke udskrives unødvendige antibiotika. I Danmark stræbes efter at begrænse brugen af antibiotika for at undgå multiresistente bakterier. Multiresistente bakterier kan resultere i, at de antibiotika, som er på markedet, ikke er effektive nok til at dræbe de multiresistente bakterier. [4]

De danske farmaceuter på apoteker har et potentiale til at udnytte deres lægemiddelfaglige baggrund på anden vis, end tidligere. I 2019 blev det muligt for farmaceuter at efteruddanne sig til behandlerfarmaceuter. Behandlerfarmaceuten må efter faglig vurdering, genordinere visse typer af lægemidler, hvis patienten havde været i fast stabil behandling med lægemidlet i mere end 6 måneder.[5]

Apotekets opgave i sundhedssektoren er at yde høj faglig rådgivning omkring patienters lægemidler. For mange patienter er mødet med farmaceuten på apoteket, det sidste vejledende og rådgivende led i deres behandling. Det er derfor vigtigt, at de apoteksansatte sikrer at patienter forstår, hvordan den ordinerede medicin fra lægen skal benyttes. De apoteksansatte er de eneste sundhedsprofessionelle, som patienten kan tale med uden på forhånd at have lavet en aftale i modsætning til lægen.[6] Dette kan være en fordel for patienten, idet de danske alment praktiserende læger ikke er mange nok i forhold til antallet af indbyggere i Danmark. Det betyder længere ventetid og kan resultere i, at folk med mere alvorlige sygdomme ikke kan komme igennem til lægen hurtigt nok. [7]

I New Zealand og Portugal har man lavet forsøg, hvor apotekets farmaceuter har tilbudt patienter med symptomer på halsbetændelse en gratis streptokok A test. Formålet med dette var at

nedbringe mængden af udskrevet antibiotika. [8] I Wales har de også forsøgt at teste for halsbetændelse på apotekerne. Deres formål med testen var:

- At give patienter en mere tilgængelig, effektiv og høj-kvalitets klinisk mulighed for at blive testet når de har ondt i halsen
- At forbedre udnyttelsen af farmaceuters kompetencer og give lægen mere tid til komplekse og vigtige medicinske problemer
- At man ved screening for A-streptokokker potentielt kan reducere udskrivelsen af antibiotika.[9, 10]

Dette studie ønsker at undersøge, om det er muligt, at man i Danmark implementerer lignende test for halsbetændelse på apoteket. Studiet ønsker at undersøge, om det er de samme formål, der skal opstilles med testen i Danmark og hvordan ydelsen bedst sammensættes i forhold til apotekspersonalet, som skal udføre testen. Endvidere at undersøge om en kompetence lægen i dag har kan helt eller delvist overføres til apoteket.

Problemformulering, problemstillinger og formål

Formålet med specialeprojektet er at afdække, om test for halsbetændelse kan blive en af apotekets fremtidige sundhedsydelser og hvis muligt, hvordan denne ydelse implementeres bedst i forhold til de farmaceuter og farmakonomer som skal tilbyde ydelsen.

Til at kunne besvare specialets formål og problemformulering, er følgende problemstillinger opsat:

- Hvilke erfaringer med sundhedsydelser, som tilbydes i dag, kan benyttes ved dannelsen af en ny sundhedsydelse?
- Hvordan skal denne mulige nye sundhedsydelse se ud, for at det er noget som apoteket vil tilbyde?
- Hvilken holdning har farmaceuter og farmakonomer til at foretage en streptokok A test på apoteket og hvilken type samarbejde mellem læger foretrækkes i udførelsen af sundhedsydelsen?
- Hvilken indflydelse på mængden af udskrevet antibiotika, kan testen få?

Baggrund

Første del af baggrundsaftsnittet beskriver apotekets rolle i samfundet i relation til andre sundhedsprofessionelle med primært fokus på de praktiserende læger. Det undersøger også udviklingen af apoteket i forbindelse med de sundhedsydelser som tilbydes både dem som er obligatoriske og som er frivillige samt hvordan de finansieres.

Ved nogle af sundhedsydelserne er der behov for et samarbejde mellem andre sundhedsprofessionelle. Teorier omkring hvordan tværfagligt samarbejde kan være med til at bidrage til en bedre behandling af patienten, vil herefter blive undersøgt i anden del af baggrundsaftsnittet.

I sidste del af baggrundsaftsnittet vil specialets case i form af test for halsbetændelse blive undersøgt. Der vil tages udgangspunkt i New Zealand og Portugal, som har forsøgt sig med at teste for halsbetændelse på apoteket. Der vil med udgangspunkt i denne viden, blive lavet en litteratursøgning omkring streptokok A test på apoteket. Erfaringer omkring hvordan testen udføres bedst, vil blive benyttet i udformningen af tre scenarier, som skal danne ramme for hvordan testen kan foretages som sundhedsydelse på de danske apoteker.

Apoteket en del af sundhedsvæsenet

I Danmark er salg af receptpligtig medicin forbeholdt apoteker, det samme gælder visse typer af håndkøbsmedicin. Apotekernes pligt til at forhandle den receptpligtige medicin og håndkøbsmedicin betyder, at de ansatte farmakonomer og farmaceuter er underlagt informations og rådgivningspligt af lægemidlerne. En apoteker skal være uddannet farmaceut, for at kunne eje og drive virksomhed som apotek. [11] Lovgivningen som apotekerne følger er Apotekerloven, som i 2015 blev ændret af folketetinget, således at apoteket blev en del af sundhedssektoren. [12]). Udviklingen af de danske apoteker har fortsat og i 2018 blev det vedtaget, at loven om autorisation af sundhedspersoner, skulle inkludere en ny autorisation af farmaceuten, kaldet behandlerfarmaceut.[13] Behandlerfarmaceuten skal efter videreuddannelse fra farmaceut kunne ordinere dosisdispenseret medicin og genordinere visse typer medicin til patienter i stabil behandling. [13]

Lovgivningen i Danmark er med til at definere, hvilke ansvarsområder læger, sygeplejersker, farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle har i det danske samfund. Dette ses i Autorisationsloven paragraf 1 stk. 3.[14]

§ 1 Lovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende virksomhedsområde kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter.

Stk. 3.

For læger, tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, osteopater, jordemødre, kliniske tandteknikere, kontaktlinseoptikere, optometriste og tandplejere samt behandlerfarmaceuter forbeholdes den autoriserede endvidere ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed, jf. afsnit II.

Ansvarsområderne er ifølge lovgivningen professionsopdelt, dog gælder det for alle faggrupper, at de skal styrke patientsikkerhed og være med til at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Tabel 1 er en sammenligning af lovene **Lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed, Lægeloven og Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed.** [14, 15] Tabellen giver en oversigt over, faggruppernes ansvarsområder. Tabellen viser, at der er en tydelig opdeling i, at læger ikke må yde virksomhed, der sælger medicin og ligeledes at apotekere ikke må yde virksomhed som læge.

Tabel 1. Sammenligning af lægeloven og apotekerloven

Lægeloven	Apotekerloven
§ 6. En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v. Stk. 2. Den, der udøver lægevirksomhed, må ikke drive apotek	§ 3 Apotekere må ikke udøve virksomhed som læge, tandlæge eller dyrlæge.
	§ 12. Bevilling til at drive apotek indebærer ret til: Udøvelse af servicevirksomhed og afholdelse af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter, som naturligt knytter sig til et apoteks øvrige opgaver, herunder dosisdispensering af lægemidler og forhandling af dosisdispenserede lægemidler til

	forbrugerne samt til andre apoteker og sygehusapoteker.

For alle autoriserede sundhedspersoner gælder, at de skal føre sundhedsjournal, når en borger modtager behandling. Behandlerfarmaceuter og læger er begge autoriseret sundhedspersonale. Behandlerfarmaceuten kompetencer indebærer genordination og dosisdispensering. En læge har ifølge § 70 e stk 6. lov til at omgøre behandlerfarmaceutens dosisdispensering, hvis den vurderes uhensigtsmæssig. [13]

Apotekets sundhedsydelser

Apoteket er det eneste sted i sundhedsvæsenet, hvor man kan møde op uden tidsbestilling og få rådgivning af en sundhedsfaglig person. Udover rådgivning om medicinen borgeren afhenter på apoteket, tilbyder apoteket sundhedsydelser, som blandt andet kan være med til at sikre, at borgeren forstår, hvilken medicin de tager, hvilke bivirkninger der kan være ved deres medicin og hvordan man tager medicinen på den mest korrekte måde for at få den optimale virkning af medicinen.

Apotekets udbud af sundhedsydelser bliver gradvist udvidet og består udover rådgivning af disse sundhedsydelser:

Tjek på inhalation (2005). Tilbydes nye eller kronikere som tager medicin der skal inhaleres. Teknikken gennemgås i en samtale på 10 minutter. Formålet med ydelsen er at den skal optimere patientens udbytte af medicineringen. Apoteker er forpligtigede til at tilbyde denne service. Service kan tilbydes af farmakonomer og farmaceuter, som er certificerede til at yde servicen. Ydelsen er økonomisk støttet af staten og gratis for borgeren. [16]

Medicingennemgang (2005). Foretages af farmaceut i samarbejde med patient eller sygeplejepersonale. Formålet med denne ydelse er at gennemgå patientens forbrug af lægemidler og kosttilskud i forhold til det, der er angivet af læge og det faktiske indtag for således at optimere lægemiddelbehandlingen på en sikker måde for patienten. Dette skal identificere og løse lægemiddelrelaterede problemer. Apoteker er ikke forpligtet til at yde denne service. Farmaceuter skal certificeres til at udføre denne opgave at sikre ensartethed i måden den udføres på.

Denne service er ikke støttet af staten og borgeren skal selv betale for at få ydelsen udført.[16]
[17]

Medicinsamtale til nye kronikere (2015). Servicen tilbydes borgere, som er opstartet på ny kronisk medicin indenfor 6 måneder og frem. Ydelsen skal informere om kundens medicin ved en samtale og opfølgningssamtale 2-4 uger efter. Ydelsen skal udføres af en farmaceut. Økonomisk støttet af staten og er gratis for borgeren.[16]

Medicinsamtale, compliancesamtale (2018). Ydelsen tilbydes til kronikere som har været i stabil behandling i mere end 1 år. Servicen tilbydes til personer som udviser tegn på, at de ikke følger den angivne behandling med et lægemiddel. Ydelsen skal udføres af en farmaceut. Apoteket er forpligtet til at tilbyde denne service. Ydelsen er økonomisk støttet af staten og gratis for borgeren. [16]

Vaccination (2015). Ydelsen tilbydes en defineret gruppe af mennesker. Ydelsen betales af staten, for den definerede gruppe mennesker, brugerbetaling kan forekomme for borgere, som ikke er en del af den definerede gruppe mennesker. Ydelsen kan udføres af både farmaceuter, farmakonomer, farmaceutstuderende med jus og 3. års farmakonomielever, som er uddannet til at vaccinere. [18]

Genordination (2019). Er en ydelse, som kan tilbydes af en autoriseret behandlerfarmaceut. Ydelsen kan tilbydes borgere, som har været i stabil behandling med medicin i mindst et halvt år. Det er bestemte typer af medicin, som kan genordineres. Ydelsen betales delvist af staten og ved brugerbetaling af gebyr på 20 kroner. [5, 18]

Dosisdispensering (2001 læge, 2020 farmaceut). En ydelse, som også foretages af en behandlerfarmaceut. Behandlerfarmaceuten kan få vurdere om der skal ydes tilskud til ydelsen. Ydelsen betales delvist af staten og delvist af patienten. [18]

APOVAC og Practio

APOVAC er en forening som består af medlemmer fra ca. 340 apoteker og filialer. Deres formål er at hjælpe apotekerne med at foretage vaccinationer og Covid-19 antistoftest på delegation af en læge. Dermed overholdes de bekendtgørelser der er omkring ydelserne. [19, 20]

Practio er også en virksomhed, som hjælper apoteker med at tilbyde lægefaglig konsultation, således der kan tilbydes rejsevaccinationer, influenzavaccinationer og Covid-19 antistof test på apoteket. [21]

Lægemangel

En undersøgelse af Praktiserendes Lægers Organisation viste at i 2021 vil der være 157.000 patienter i Danmark som vil mangle en praktiserende læge. Lægemanglen er en realitet, men ikke så omfattende, som man tidligere har troet. [22] Selvom at lægemangel bliver en realitet i fremtiden, er lægerne påpasselige med at lade apoteker overtage deres ydelser. [23] De frygter for borgernes sikkerhed, når apoteket skal ordinere lægemidler, da farmaceuter ikke har den samme faglige baggrund i ordination som lægerne. Et andet argument, som lægerne benytter, er at der i Apotekerloven står beskrevet, at apoteker ikke må udøve virksomhed som læge.[15]

Lægerne er positivt indstillede for at apotekerne i fremtiden, kan afhjælpe lægemanglen, ved at tilbyde opgaver udført på apoteket, men er ikke interesserede i at de skal foretage ordinationerne. [23]

Samarbejde mellem sundhedsprofessionelle

Apotekerforeningen offentliggjorde i april 2020 deres input til en sundhedsaftale. Heri bliver det foreslået, at der skal ske et tættere samarbejde mellem speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fodterapeuter, diætister og apoteker. Det tættere tværgående samarbejde skal ske for at få borgeren i centrum. Lægemangel bliver en realitet i fremtiden, men kan måske mindskes ved at udnytte alle sundhedsprofessionelles kompetencer.[24]

Hvis der skal opstå et større samarbejde mellem sundhedsprofessionelle, skal det undersøges hvordan dette gøres bedst muligt. I forbindelse med dette, er der lavet en søgning i PubMed på følgende ord: Interprofessionel collaboration, community pharmacy services, collaboration.

Der blev i forbindelse med søgningen fundet to artikler, som havde undersøgt om der er et samarbejde.

To europæiske studier fra henholdsvis Tyskland og England, har undersøgt samarbejdet mellem farmaceuter og læger i forbindelse med udførsel af sundhedsydelser på apoteket. I både det tyske og det engelske studie ses der ikke noget direkte samarbejde mellem farmaceuter og læger. Farmaceuterne er ”bonus” i forhold til at fortælle om medicinering af patienterne. Farmaceuterne skal proaktivt opfordre til et samarbejde omkring New Medicines Service (NMS). Denne service blev implementeret i 2011 i England og fungerer ligesom de to forskellige medicinsamtaler som ydes på de danske apoteker. I England har man undersøgt hvordan denne ydelse fungerer i samarbejde med læger, da man på apoteket ofte får information fra patienten om brugen af andet

medicin eller hvordan deres medicin tages. De konkluderer at samarbejdet omkring patienten afhænger af hvor proaktiv farmaceuten er i forbindelse med medicinering af patienten.[25, 26]

Begge studier konkluderer, at det er farmaceutens ansvar, hvis der skal opstå et samarbejde, som kan styrke patienten.

Samarbejdsmodeller

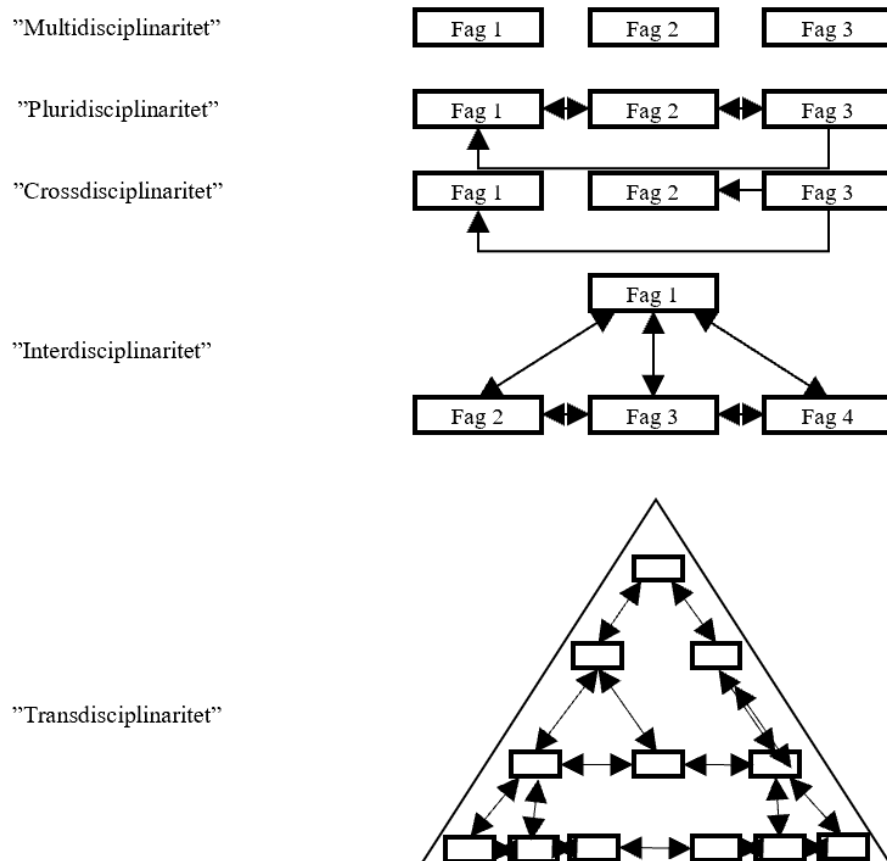
Hvis der skal opstå et større tværfagligt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle er det vigtigt at kunne forstå, hvornår der kan opstå tværfagligt samarbejde.

Lauvås og Lauvås har skrevet bogen *Tværfagligt samarbejde – Perspektiv og strategi* (2006)[27]. I denne bog forsøger de at sammenholde viden fra forskellige forskere og beskrive hvad et tværfagligt samarbejde er.

Tværfagligt samarbejde indebærer: *At repræsentanter fra alle relevante fag og professioner samarbejder, først og fremmest med henblik på brugerens bedste.* Sådan beskrives det af Lauvås og Lauvås.[27]

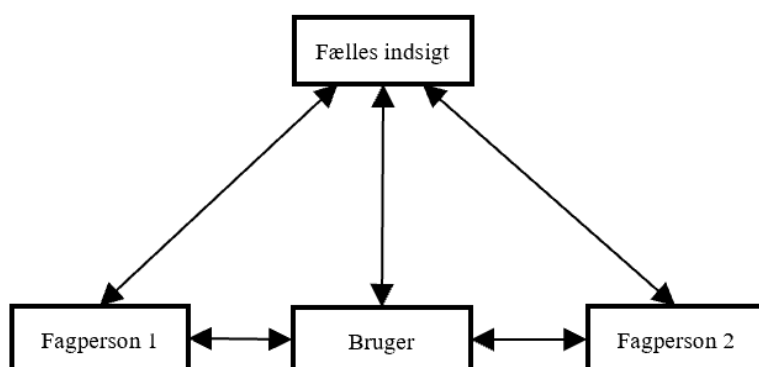
Tværfaglighedens niveauer, kan beskrives med udgangspunkt i figur 1. På figuren ses, at tværfaglighed kan forekomme på flere niveauer. Pilene fagene imellem indikerer, når der sker udveksling af viden, som kan benyttes i det andet fag. For at opnå et tværfagligt samarbejde er det vigtigt at begge fag ”giver” og ”modtager”. Et tværfagligt samarbejde kan opnås på stadiet ”Interdisciplinaritet”, som ses ved niveauet næstnederst i figuren. Her samarbejdes der mellem flere fag og pilene vender både som ”giver” og ”modtager”.

Øverste niveau i figuren er ”Multidisciplinaritet”. På dette niveau ses der ingen udveksling af viden mellem fagene. Hvert fag udfører hver deres disciplin indenfor eget område. På dette niveau er der ikke udveksling af viden og arbejdskraft, men hvert fag ved at de andre fag eksisterer. Ved ”Pluridisciplinaritet” ses der en integration af fagene, og pilene peger i begge retninger, i dette niveau er der samarbejde mellem fag 1 og fag 2 samt fag 2 og fag 3, mener fagene bidrager ikke til en samlet løsning for brugerens bedste. ”Crossdisciplinaritet” er et niveau, hvor et fag bidrager med viden til to andre fag. I dette niveau ses der ikke samarbejde fra alle tre fag omkring opgaven, men der er et fag, som styrer de to andre fag. Ved interdisciplinaritet ses et tværfagligt arbejde, hvor alle fag giver viden og modtager viden fra hinanden. I dette niveau, er der ikke et fag der gør brug af det andet fags ressource, men der sker et ligeværdigt samarbejde mellem fagene. Det ”transdisciplinære” samarbejde, er et samarbejde, hvor fagene integrerer så meget, at de skaber et nyt fag sammen.[27]



Figur 1. Tværfaglighedens niveauer. Figuren er lavet med inspiration fra Lauvås og Lauvås [27]

Lauvås og Lauvås præsenterer også det brugerintegrerede samarbejde. I modsætning til de andre præsenterede niveauer, inddrages brugeren i som en del af samarbejdet.



Figur 2. Brugerintegreret samarbejde

Ved et brugerintegreret samarbejde er det brugeren, som driver det tværfaglige samarbejde. Hensigten med samarbejdet er, at brugeren driver det ved at have en indflydelse på det, der skal samarbejdes om. Lauvås og Lauvås beskriver, at brugeren kan have en indflydelse på følgende forhold:

- Bestemmelse af at der foreligger et problem
- Definerer af, hvad problemet drejer sig om
- Afgørelse af om der skal gøres noget ved problemet
- Valg mellem forskellige former for hjælp
- Initiering, vedligeholdelse eller afslutning af kontakten.

Ved dette perspektiv på tværfagligt samarbejde er det brugeren som er i centrum og de to fagprofessionelle skal muligvis gå på kompromis med deres egen autonomi, i forhold til at brugeren opnår det bedste resultat.[27]

De tværfaglige niveauer, kan benyttes til at forstå, hvad der kræves af sundhedsprofessionelle, for at opnår et tværfagligt samarbejde. Det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsprofessionelle kan sikre at borger får den mest sikre og bedst mulige behandling.[28]

Problemer med samarbejde mellem sundhedsprofessionelle

Lauvås og Lauvås beskriver at en af udfordringerne ved tværfagligt samarbejde er, at hvert fag må give slip på deres autonomi. Udfordringen ligger i, at man altid har været klogest inden for et enkelt fagområder og pludselig skal man samarbejde med nogle, som måske ikke har lige så meget viden indenfor samme arbejdsområde. Til gengæld kan den samarbejdende faggruppe have en anden vinkel på det, som de har opnået gennem deres fag.[27]

Er streptokok A test en sundhedsydelse som apoteket skal tilbyde?

I følgende afsnit undersøges, hvordan en streptokok A test bedst kan tilbydes på apoteket. Med udgangspunkt i Wales, Portugal og New Zealand, hvor testen er forsøgt udbudt.

Wales

I et studie udført af National Health Service tilbød udvalgte apoteker i Wales i perioden november 2018-marts 2019 ydelsen ”sore throat test and treat” (STTT) og evaluerede ydelsen i forhold til provision og kvalitet af ”patient care” – herunder antibiotika brug, sikkerhed og prisen for lægers konsultation.[9]

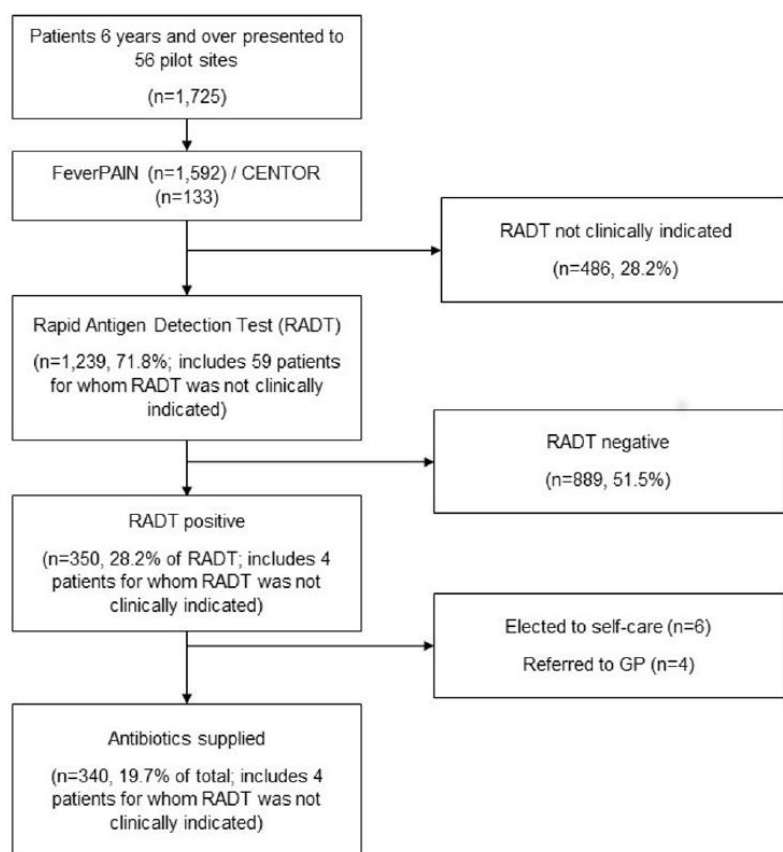
Formålet med at lade apoteker udøve øvelsen var:

- At give patienter en mere tilgængelig, effektiv og høj-kvalitets klinisk mulighed for at blive testet når de har ondt i halsen
- At forbedre udnyttelsen af farmaceuters kompetencer og give lægen mere tid til komplekse og vigtige medicinske problemer
- At man ved screening for A-streptokokker potentielt kan reducere udskrivelsen af antibiotika.[9, 10]

Farmaceuter kan i Wales normalt rådgive patienter om lindrende håndkøbsmedicin, hvis de har ondt i halsen, eller vurdere om borgeren skal sendes videre til praktiserende læge for at foretaget en test. Farmaceuterne har ikke mulighed for at teste og udskrive antibiotika. Ved studiet var det muligt at borgere som kom ind fra gaden, kunne tilbydes en hurtigtest, og hvis denne var positiv kunne de tilbydes phenoxymethylpenicillin skulle gives til dem som havde positiv test, og clarithromycin til borgere med penicillinallergi. Farmaceuter måtte udskrive antibiotika til dem der testede positivt.[9]

Der blev foretaget 1725 STTT konsultationer på de i alt 56 apoteker, som deltog i studiet. De blev screenet efter CENTOR og feverPAIN kriterierne. Hvis borgeren opfyldte kriterierne blev de tildelt en hurtigtest. 1239 af de 1725 borgere blev tildelt en hurtig antigen test. 350 af patienterne blev testet positiv for A streptokokker. 340 fik ordineret antibiotika, hvilket svarer til 19,7 procent af de testede. Figur 3. Oversigt over studie med test for halsbetændelse udført i Wales giver et overblik over hvordan udførelsen af ydelsen var i Wales.

Over de fem måneder, som forsøget varede oplevede lægerne ikke en forskel i antallet af tests, som de foretog hos patienter med ondt i halsen. En stor del af dem der blev testet, ville have kontaktet egen læge for test. [9] Resultatet på testen blev, at de kunne tilbyde borgere en mere tilgængelig, effektiv og høj-kvalitets klinisk mulighed for at blive testet, for ondt i halsen, når behovet opstod. Lægerne oplevede ikke en nedgang i udførte test, i den periode forsøget, blev udført. Dette betød at testen ikke formåede at aflaste de praktiserende læger og give dem mere tid til komplekse opgaver. Der kunne ikke ses nogen forskel i udskrivelsen af antibiotika i studiets periode.



Figur 3. Oversigt over studie med test for halsbetændelse udført i Wales.[9]

New Zealand og Portugal

Studier fra New Zealand og Portugal undersøgte implementeringen af streptokok A test på apoteker i 2019. Da farmaceutens autorisation og beføjelser adskiller sig mellem New Zealand og Portugal, var forsøgene med Streptokok A testen og apotekets ansvar var forskelligt for de to lande.

I både Portugal og New Zealand kunne borgeren komme ind fra gaden til apoteket med ondt i halsen. Herefter blev de for-undersøgt ved hjælp af et spørgeskema. Hvis svarene gav anledning til videre undersøgelse, blev patientens hals undersøgt.

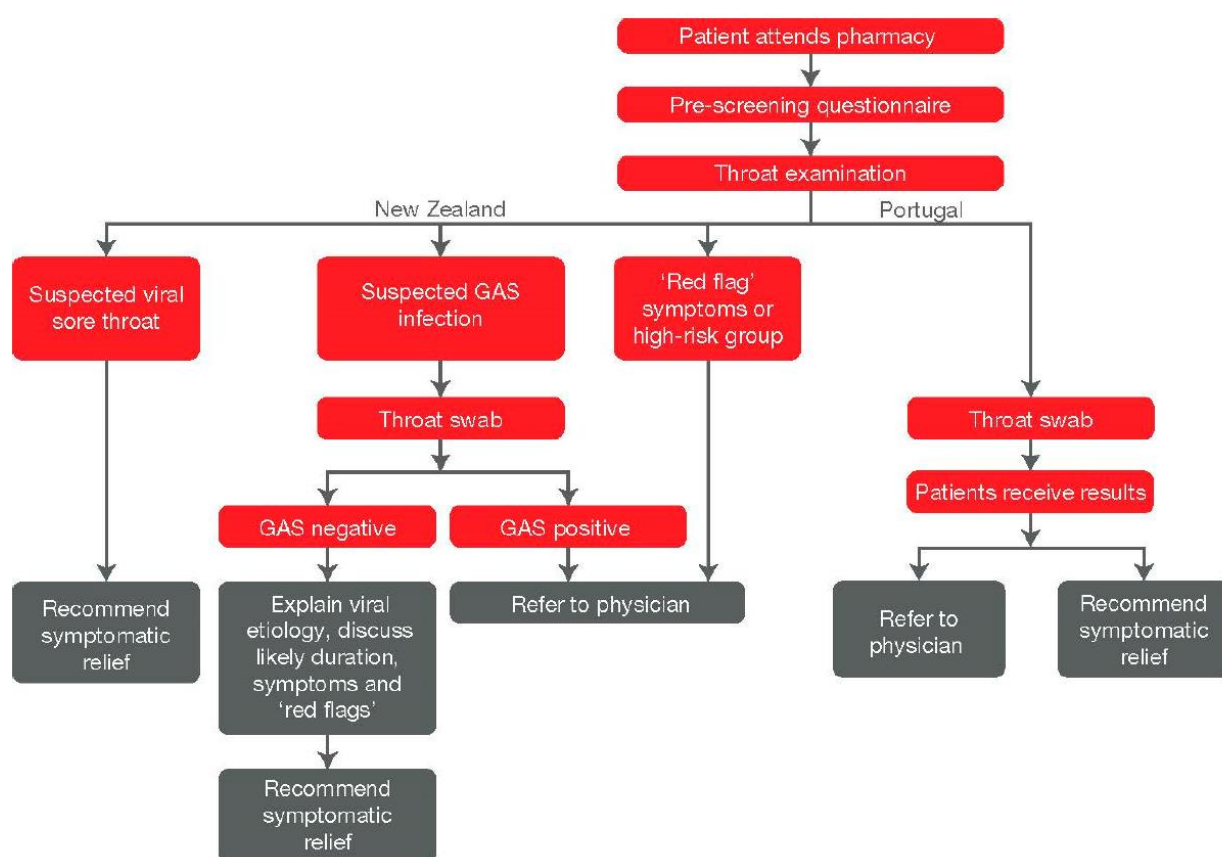
I Portugal blev patienten herefter podet og svaret fra testen afgjorde om patienten havde en streptokok A infektion. Hvis resultatet var positivt for streptokok A, blev patienten henvist til en læge. Hvis svaret var negativt, kunne farmaceuten rådgive patienten om symptomlindrende behandling.[8]

I Portugal benyttede 51 patienter sig af forsøget. 17,6% af de testede borgere blev testet positivt, og 11,1 procent blev henvist til egen læge for at få taget en yderligere test.

I New Zealand var fremgangsmåden lidt anderledes. Hvis der opstod ”red flag symptoms” som eksempelvis i forbindelse med spørgeskema og undersøgelse af patientens hals, blev patienten henvist direkte til lægen. Hvis farmaceuten mistænkte at patienten havde en infektion med gruppe A streptokokker, blev der foretaget en podning i halsen. Ved en positiv test for gruppe A streptokokker, blev patienten henvist til lægen. Ved en negativ test, indbød farmaceuten til samtale om virus, dens varighed og symptomer og om hvornår man skulle gøre noget ved den. Herefter rådgav farmaceuten om lindring af symptomer.

Hvis farmaceuten efter inspektion af halsen ikke fandt nogle tegn på streptokok A infektion, og dermed vurderede det til at være en virus, blev patienten rådgivet om lindring af symptomer.

I New Zealand blev 559 patienter testet, 96% af dem blev testet negativ. Kun 1,6 % af de (4% n=559) positive blev sendt til egen læge for at få foretaget en ny test der.[8]



Figur 4. Overblik over fremgangsmåde for testning i New Zealand og Portugal[8]

Hvilke udfordringer ses med testen

I forbindelse med udførsel af studierne med test for streptokok A, blev der set nogle udfordringer

- Sikkerhed i form af at undgå at smitte andre på apoteket

- Plads og personale
- Træning af personale
- Hvem skal betale?
- Har patienter tillid til apotekspersonale?

[8]

Streptokok A test – En opgave for de danske apoteker?

Danmap er en årlig rapport, som beskriver hvordan antibiotika i DK står til. I denne rapport står det at vi opfylder de mål, som DK har vedtaget, for at nedbringe brugen af antibiotika, for at undgå multiresistente bakterier. I stedet for at stoppe vores indsats, er det muligt at være et forbillede, for andre lande i EU og i verden. [29] Dermed er formålet med 'at tilbyde sundhedsydelsen ikke den samme som ved studiet i New Zealand og Portugal. I stedet kan en af grundene til at udføre testen være at man ligesom ved studiet i Wales ønsker at give patienter en mere tilgængelig, effektiv og høj-kvalitets klinisk mulighed for at blive testet når de har ondt i halsen. Samt at forbedre udnyttelsen af farmaceuters kompetencer og give lægen mere tid til komplekse og vigtige medicinske problemer.

Ordination af antibiotika vha. protokoludlevering

Der er for brug af denne test udarbejdet en protokol, som præcist beskriver hvordan farmaceuten skal spørge ind til symptomer, hvad der skal kigges efter i halsen og hvordan testen skal tages. Hvis svaret er positivt, skal der i protokollen stå, hvis der er nogle patientgrupper der ikke må udleveres til.[30]

Protokoludlevering er muligt i England i forbindelse med at en vare er i restordre, denne model hedder (SSP). Apotekerforeningen foreslår at man kan kigge på dem, hvis man i DK skal have protokoludlevering. Dette forslag er således i forbindelse med restordre men er det en ide, der kan videreføres til danske apoteker i forbindelse med podning af patienter for halsbetændelse? [31]

Tre identificerede samarbejdsscenarier

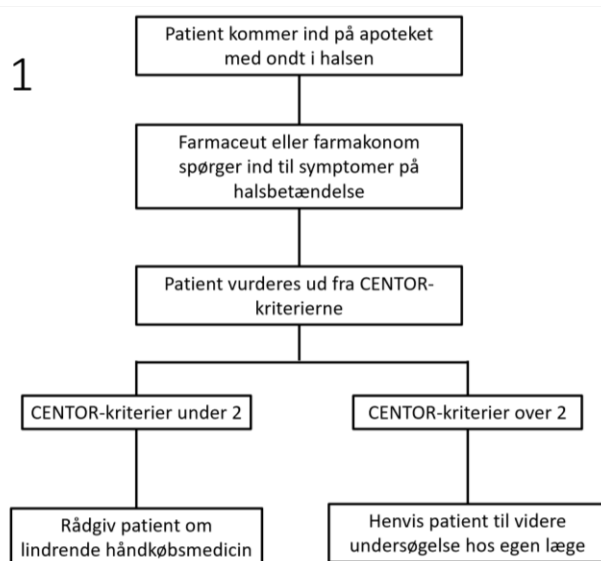
Den opnåede viden om hvordan man kan teste for halsbetændelse på apoteker i New Zealand, Portugal og Wales danner baggrund for tre scenarier, der kan beskrive, hvordan en sådan test kan blive mulig i Danmark. Prescreening vha. CENTOR-kriterierne er udvalgt, da det er disse

kriterier der ligger til grund for prescreening hos praktiserende læger. De tre scenarier er tilpasset metoden man screener for ved halsbetændelse hos praktiserende læger i Danmark. [32]

Scenarierne er opbygget således at de for hvert scenarie bliver udvidet med en opgave, som apoteket skal foretage. I scenarie 1 kommer en patient ind på apoteket med ondt i halsen.

For at diagnosticere om patienten har en infektion med en gruppe A streptokok, kan man score patienten efter en række kriterier kaldet CENTOR-kriterierne. Hvis 1 ud af 4 fire af disse opfyldes (feber, hævede og ømme lymfeknuder på halsen, belægninger på tonsiller, fravær af hoste), kan der rådgives om lindrende håndkøbsmedicin, men hvis flere end et kriterie opfyldes, kan der henvises til lægen for yderligere opfølgning (se Figur 5).

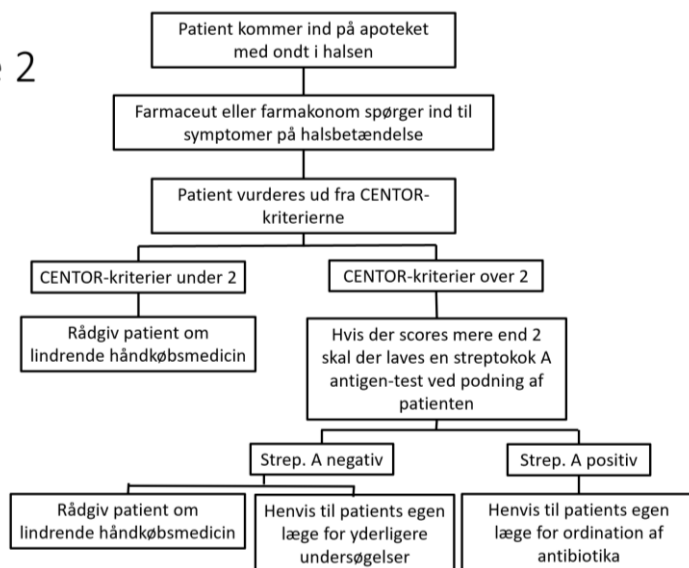
Scenarie 1



Figur 5 Scenarie 1 - Prescreening (CENTOR-kriterier)

I scenarie 2, udføres en podning for A-streptokokker, hvis der scores over 1. Denne udføres ved en hurtigtest, som kan påvise resultatet efter få minutter. Efter svar på test, kan der enten indledes et samarbejde med lægen, hvor apoteket sender svaret til lægen eller også kan apotekspersonalet henvise borgeren videre til undersøgelse hos lægen. Dette scenarie ses på Figur 6

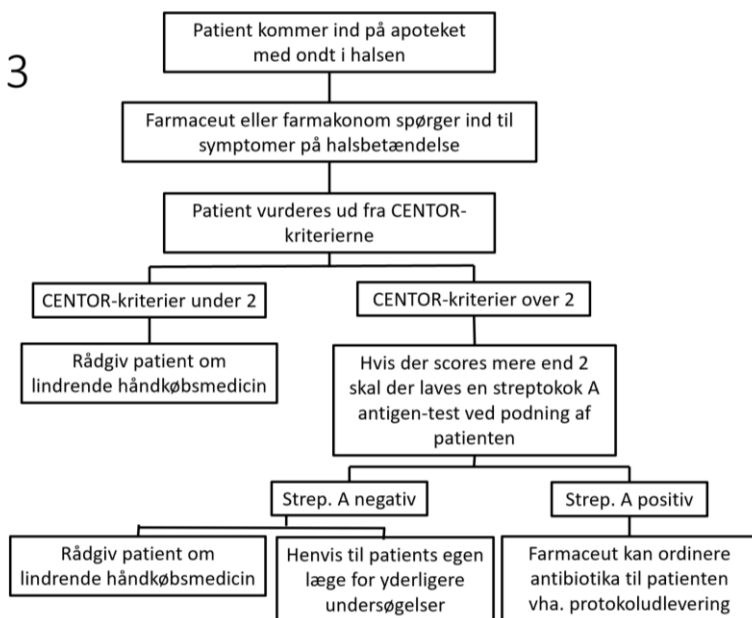
Scenarie 2



Figur 6, Scenarie 2 - Prescreening + podning

I scenarie 3, se Figur 7, kan en behandlerfarmaceut, hvis streptokok A testen er positiv, udskrive antibiotika til patienten. Dette skal foregå på samme måde som ved genordination, en protokoludlevering og farmaceuten har kun lov til at udskrive penicillin V, som er den anbefalede behandling. Ved penicillinallergi, kan der udskrives clarithromycin eller roxithromycin.[33]

Scenarie 3



Figur 7, Scenarie 3 - Prescreening + podning + ordination af antibiotika

Metode

Den kvalitative metode er benyttet til at kunne besvare specialets formål og problemstillinger. Denne forskningsmetode er udvalgt, da den ved hjælp af de interviewedes tanker, erfaringer, meninger og motivationer kan bidrage til at give en dybere forståelse af, hvad der er vigtigt for lige netop dem i de undersøgte situationer.[34] Ved denne forskningsmetode er det de interviewede som er eksperter og de får lov til at komme med lige netop deres holdninger og mening til spørgsmålene. [34]De interviewedes meninger og erfaringer er vigtige i dette projekt, da det er på baggrund af dem, at en mulig ny sundhedsydelse skal laves.

Ved første udkast af specialet skulle læger og farmaceuters holdning undersøges til den mulige nye sundhedsydelse, men efter at have fremlagt projektet for Netværk for udvikling af apotekspraksis, som er et netværk bestående af forskere fra KU og SDU, farmakonomer og farmaceuter ansat på apoteker[35], blev det besluttet, at det var farmaceuter og farmakonomer, som skulle interviewes. Farmaceuter og farmakonomernes holdning er vigtige, da det er dem, som skal foretage testen, hvis den bliver implementeret.

Interview

Den kvalitative metode er benyttet i udformningen af interviews.

Interviewene er semistrukturerede interviews, som tager udgangspunkt i implementering og udførsel af streptokok-A test i Portugal, Wales og New Zealand. På baggrund af deres erfaringer med disse test og deres udførsel, skal interviewet undersøge farmaceuter og farmakonomers holdning til, hvordan man bedst muligt kan implementere lignende test i Danmark.

Interviewet er opbygget efter Brinkmann og Kvale, som beskriver 7 faser af en interviewundersøgelse. [36] Tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation, rapportering.

Interviewet søger også at afdække hvordan interviewpersoner synes at apotekets nuværende sundhedsydelser fungerer, da dette skal tages i betragtning ved implementeringen af en ny ydelse.

Forskningsspørgsmålene som i dette tilfælde er studiet problemstillinger er forsøgt afdækket med interviewspørgsmålene.

Interviewene er opbygget på følgende måde[37]:

- Introduktion

- Lær interviewpersonen at kende
- Sundhedsydelser
- Screening for halsbetændelse
- Afslutning

I introduktionen blev formålet med interviewet forklaret og herefter blev der spurgt ind til interviewpersonen, for at lære interviewpersonen at kende. Herefter blev der spurgt ind til apotekets nuværende sundhedsydelser, test for halsbetændelse på apoteket og de tre scenarier, tværfagligt samarbejde og antibiotika. Alle interviews blev afsluttet med at lade interviewpersonen reflektere over interviewet og til sidst spørge om der var noget, som interviewpersonen ville tilføje inden interviewet blev afsluttet. Interviewguiden kan ses i bilag 1

Kriterier for interviewpersoner

For at få et så bredt udvalg af apoteker, der findes i Danmark, var ønsket at finde interviewpersoner indenfor de tre nedenstående grupper.

- Apoteker der tilbyder vaccination
- Apoteker der har valgt ikke at tilbyde vaccination
- Apoteker hvor de hurtigtester for Covid-19

-

Interviewpersonerne er udvalgt i forhold til at afdække apoteker i Danmark i forhold til de obligatoriske og frivillige sundhedsydelser de tilbyder. På de danske apoteker er det frivilligt om man vil tilbyde vaccination som sundhedsydelse. Til interviewene skal der både rekrutteres farmakonomer og farmaceuter, da de på de danske apoteker har to forskellige roller og arbejdsopgaver.

Rekrutteringen blev udført ved at skrive en e-mail til tilfældigt udvalgte apoteker, indenfor de tre interviewgrupper i hele Danmark, denne metode kaldes ”stratified random sampling”, da der foregår en random udvælgelse indenfor de ønskede grupper af interviewpersoner.[37]

E-mailen indeholdte en projektbeskrivelse af specialet, samt en forklaring på hvorfor apoteket var inviteret til interviewet. E-mailen lagde op til at apoteket vendte tilbage enten ved e-mail eller opkald.

Det var ikke muligt at etablere kontakt, til alle de ønskede interviewgrupper. Gruppen der aktivt har valgt ikke at vaccinere, vendte aldrig tilbage på e-mailen og ved telefonisk henvendelse kunne de ikke tage stilling til, om de kunne have lyst til at bidrage til specialet. Dermed skete

rekrutteringen ved ”convenience sampling” ved hjælp Rikke Nørgaard Hansen, afdelingsleder på Pharmakon, som kom med forslag til mulige personer, som kunne kontaktes med henblik på interview. Disse personer blev kontaktet med samme invitation til interview, som de ønskede grupper. En interviewperson blev rekrutteret via ”snowball sampling”, da en af interviewpersonerne efter interview hjalp med informationer på en anden mulig interviewperson.

Interviewpersoner

Interviewpersonerne endte med at udgøre fire farmaceuter og to farmakonomer fra apoteker placeret på Jylland og Sjælland.

Fire af interviewene blev foretaget online over Zoom og to blev afholdt fysisk. Interviewpersoner blev gjort opmærksomme på, at det var frivilligt at deltage, de blev anonymiseret og at de kunne trække deres udtalelser tilbage, hvis de ville det. Der blev med udgangspunkt i WHO’s Consent Form Template For Qualitative Studies, udformet informeret samtykke til underskrivelse af interviewpersonerne.[38] Interviewene som blev afholdt fysisk blev informeret om dette og underskrev samtykket. Samme bilag blev benyttet ved interviews over Zoom, her blev det vist ved skærmdeling og interviewpersonerne afgav mundtlig accept til interviewet. Det informerede samtykke kan ses i bilag 2

Analyse af interviews

Interviewene varede mellem 33:03-59:48 minutter, med en gennemsnitstid på 47 minutter.

Hver interviewperson er betegnet med IP og et tal.

Interviewet er transskriberet med henblik på Kvaless tilgang om analyse af interviews. [36]. Ved hvert interview er interviewpersonernes identitet anonymiseret og navn er erstattet med bogstav og byer er erstattet med parentes og bynavn. Efter transskriptionen blev interviewet læst igennem. Se bilag 3, for transskription af interview 1. Efter gennemlæsningen er der udført en systematisk meningskondensering. Ved meningskondenseringen kondenseres interviewpersonens meninger til en kortere formulering.[36] De kortere formuleringer tematiseres, således at alle meninger om eksempelvis sundhedsydelser samles i et skema. Derefter samles de seks forskellige interviews og holdninger og meninger sammenlignes i de forskellige temaer. Derefter bindes de forskellige meninger sammen til et deskriptivt udsagn.[36] De deskriptive udsagn understøttes af citater fra interviewpersonerne.

Analyse og fortolkning vha. samarbejdsteori

Interviewet analyseres med henblik på Lauvås og Lauvås og deres tværfaglige kategorier.[27]

Den teoretiske analyse af interviewene blev udført på interviewpersonernes udsagn omhandlende samarbejde mellem apoteket og praktiserende læger.

De interviewedes holdninger og meninger til samarbejde er blevet koblet til modellerne for tværfagligt samarbejde, som tidligere er præsenteret. Interviewpersonernes holdninger opsummeres, redegøres for og kategoriseres i de forskellige tværfaglige niveauer. Denne metode benyttes til at forstå hvordan interviewpersonerne ser det tværfaglige samarbejde i nuværende sundhedsydelser og hvad det mest optimale tværfaglige samarbejde er i forbindelse med at apoteket skal tilbyde test for halsbetændelse. [27]

Etik

Alle interviewpersoner har frivilligt deltaget i interviewene. Deres identitet er ikke synlig i studiet og dermed fremstår de i anonymiseret form i specialet.

Resultater

I følgende afsnit præsenteres resultaterne fra de seks interviews. Interviewene er analyseret som beskrevet i metoden og for hvert tema sammenlignet, for at skabe et overblik over de interviewpersonernes holdning. Efterfølgende præsenteres resultaterne for analysen i forbindelse med samarbejdsteoriene beskrevet af Lauvås og Lauvås. Først i forhold til samarbejdet der opleves med praktiserende læger nu og hvordan de kan se samarbejdet efter en implementering af test for halsbetændelse.

Overblik over interviewpersonerne

Tabel 2 viser en oversigt over de seks interviewpersoner. I tabellen er ses hvilken faglig baggrund interviewpersonen har, erfaring på apoteket, hvor stort et apotek de repræsenterer, hvor i Danmark apoteket er placeret og hvordan de er rekrutteret.

Tabel 2. Oversigt over interviewpersonerne

	IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	IP6
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Faglig baggrund	Farmaceut	Farmaceut	Farmakonom	Farmaceut (Apoteker)	Farmaceut	Farmakonom
Erfaring	5 måneder	25-28 år	19 år	11 år	5 år	13 år
Antal ansatte farmakonomer og farmaceuter på apoteket	4 på filial	8	12	9	Ca. 25	34
Placering i Danmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden
Rekrutteringsmetode	Convenience	Convenience	Snowball	Convenience	Convenience	Convenience

Apotekets udbud af sundhedsydelser, muligheder og udfordringer.

Alle interviewpersonerne er glade for at kunne tilbyde sundhedsydelser. De interviewede nævnte alle, at det apotek de repræsenterede tilbød de obligatoriske sundhedsydelser og nævnte, hvilke ydelser disse var. Nogle interviewpersoner repræsenterede apoteker der i tillæg til de obligatoriske sundhedsydelser tilbød andre frivillige, sundhedsfremmende ydelser. I nedenstående Tabel 3 ses, hvilke ydelser som de forskellige apoteker tilbyder.

Tabel 3. Tabellen giver et overblik over interviewpersonerne og de sundhedsydelser der tilbydes på deres apotek

	IP1	IP 2	IP3	IP 4	IP 5	IP6
TPI	+	+	+	+	+	+
Medicinsamtale, nykroniker	+	+	+	+	+	+
Medicinsamtale, compliancesamtale	+	+	+	+	+	+
Medicingennemgang	+	-	-	+	-	+
Vaccination	+	+	+	+	+	+
Genordination	+	+	+	+	+	+
Covid-19 antistoftest	+	+	+	+	+	+
Dosisdispensering	+	+	+	+	+	+
Covid-19 hurtigtest	-	-	-	-	+	-
Undervisning af personale på botilbud, institutioner	-	-	-	-	+	-

Interviewpersonerne nævnte i forbindelse med de eksisterende sundhedsydelser en række muligheder og udfordringer, som kan være af betydning for implementeringen af test for streptokok A.

Muligheder

Mulighederne ved sundhedsydelserne beskrives med faglig udvikling af personalet og borgerens direkte adgang til sundhedsydelserne. Den faglige udvikling af personalet er vigtigt for alle de interviewede. De er alle enige om at udførsel af sundhedsydelser bidrager til udvikling af sundhedspersonalets faglighed. Genordination og de andre sundhedsydelser giver apoteket en mulighed for at yde en ekstra service for borgeren og vise, at apoteket kan andet end at sælge lægemidler.

Den direkte adgang til sundhedsydelser er en styrke for apoteket, i forhold til alle andre fag i sundhedsvæsenet. Borgerne er også mest villige til at benytte sig af ydelserne, hvis de sker spontant i skranken end de planlægger et møde senere.

”Så fungerer det hvis det er nu, men det har også, når det har været brugt tid på at ringe tilbage, og de så kommer en eller anden dag klokken tre, men de dukker bare ikke op. Så det der her og nu, det fungerer.”

(IP1, sundhedsydelser, 01:05-09:06)

Udfordringer

Udfordringerne kan kategoriseres som betalingsvillighed, manglende efterspørgsel, begrænset autorisation samt prioritering af ventetid vs. ydelser.

Manglende betalingsvillighed sås i forbindelse med de sundhedsydelser, hvor der er egenbetaling for borgeren. IP4 har oplevet dette i forbindelse med at tilbyde test for D-vitamin. Denne test kostede borgeren 700-800 kroner, hvilket var alt for dyrt til at kunder benyttede sig af testen. IP5 har også tilbudt hurtigtest for covid-19, men da den kunne foretages gratis andre steder, var borgerne ikke interesserede i testen.

Manglende efterspørgsel på nogle sundhedsydelser, har også betydet at eksempelvis medicingennemgang ikke længere tilbydes på de apoteker, som interviewperson IP2, IP3 og IP5's repræsenterer.

IP5 fortæller, hvorfor de ikke længere tilbyder medicingennemgang:

”Vi har gjort det tidligere hvor vi har haft certificeret personale til det, men kunderne har ikke haft interessen for det og de få der har haft interessen for det, der har man kunne putte det over på en compliancesamtale, hvor der har været et specifikt problem de har henvendt sig med i stedet for at de ønsker at få overblik over hele deres medicin. Så har der været noget utryghed og noget andet og derfor har vi valgt at tage det som en compliancesamtale, hvis det er der kommer nogle og siger at de ikke kan finde ud af deres medicin længere, så gør vi det den vej.” (IP5, Sundhedsydelser 09:35-17:59)

Begrænset autorisation ses i forbindelse med behandlerfarmaceuten og sundhedsydelsen ”genordination”. Flere af interviewpersonerne mener ikke, at sundhedsydelsen ”genordination”

er lavet til fordel for apoteket. En af udfordringerne er prisen på den mindste pakning de må ordinere, den er ofte dyrere end den lægen normalt ordinerer.

En anden udfordring er begrænsningen af typen af lægemidler der må genordineres. Farmaceuter er ofte tættere på borgerne end vagtlæger, hvilket betyder, at farmaceuternes kompetencer er lige så gode som vagtlægerne i denne situation.

Ja, der er jo en begrænset mængde vi må ordinere ikke også. Nogle af dem vi står med, hvor det kunne give rigtig god relevans at ordinere, det må vi slet ikke (...). Det er jo så det, hvor vi må henvise til vagtlægen, og hvor man så tænker at det er jo også spild af ressourcer ikke. (...). Det er jo ikke mindre farligt at sætte os til at ordinere det end noget af det andet som, måske ikke lige morfin men ellers.

(IP2, Sundhedsydelser 05:38-13:18)

Ventetid vs. ydelser er også en udfordring som ses hos de interviewede. Sundhedsydelserne fungerer ikke, hvis borgeren skal bestille tid til dem. Borgeren skal kunne komme direkte ind fra gaden. Det sætter nogle gange personalet i et dilemma om, hvornår man skal tilbyde kunder en ydelse og hvornår man skal få afviklet køen, så der er mindst mulig ventetid for borgerne. Prioriteringen er også en prioritering af personale, hvilket betyder at for nogle af apotekerne, så tilbyder de kun visse sundhedsydelser på hovedapoteket.

”Der er selvfølgelig nogle tidspunkter på dagen hvor vi har travlt, hvor det kunne være svært at overskue at bruge 4 minutter med en kunde, når der står mere end 5 i køen ikke eller lignende. Det kommer lige på an hvad det er for et apotek eller hvis der står 15 i kø. Men nu er det bare noget sundhedsydelse, som vi har sagt at vi gerne vil og som vi har kompetencerne til og jeg synes bare at vi skylder at vi også giver det noget mere fokus, men også bare fordi at jeg nok har erfaret med kunder hvor jeg tænkte - uhh der er sket en misforståelse her mellem lægen og kunden.”

IP1, Scenarier i forhold til nuværende sundhedsydelser og afslutning, 52:40-59:48

Hvordan skal apoteket teste for streptokok A., hvis det bliver en sundhedsydelse?

Alle 6 interviewpersoner blev præsenteret for alle tre scenarier et efter et, efter en kort introduktion til hvordan sundhedsydelsen er opsat.

Førstehåndsindtryk

Udnyttelse af farmaceuter kompetencer og forstærkning af sundhedsvæsenet er to ting som nævnes som førstehåndsindtryk. En tredje ting er anerkendelse af ydelsen af de praktiserende læger, således at sundhedsvæsenet forstærkes og at lægen og apoteket ikke skal foretage samme test på samme borger. IP1 og IP5 tror at ydelsen kan udnytte farmaceuters kompetencer og forstærke sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at testen anerkendes af de praktiserende læger.

For IP1 og IP2 er det vigtigst at få afklaret, hvem som skal betale for ydelsen. Er det borgeren selv, eller er det noget som staten skal betale for? IP2 tror at hvis den bliver gratis, så er der nogle mennesker, som vil udnytte den, da CENTOR-kriterierne er svære for apotekets medarbejdere at vurdere.

Scenarie 1

Alle interviewpersonerne er enige om at scenarie 1, er den faglige vurdering som foretages af apoteket i dag ved behovsafdækkende rådgivning. De benytter ikke specifikt CENTOR-kriterierne, men de laver en faglig vurdering af borgeren, med henblik på om de skal anbefale lindrende håndkøbsmedicin eller henvise borgeren til videre undersøgelse hos egen læge.

Scenarie 2

Alle interviewpersoner undtagen IP5 kan se, at scenarie 2 bliver implementeret på deres apotek. IP5 kan ikke se scenarie 2 blive indført, da man ikke kan følge kunden helt til dørs med ydelsen. IP5 tror, at lægen vil teste borgeren igen, hvis testen på apotek er positiv, derfor giver det ikke mening at indføre denne ydelse på apoteket.

For alle interviewpersoner er det vigtigt, at der kommer til at være helt faste rammer omkring, hvordan testen skal udføres. Det er vigtigt at Apotekerforening og Lægemiddelstyrelsen melder ud, at det er en opgave som apoteket kan klare, og at de test de laver for streptokok A, er test som lægen kan ordinere antibiotika ud fra. Hvis ikke dette bliver meldt ud er interviewpersonerne bange for at testen ikke vil blive anerkendt af lægerne.

Udførsel af scenarie 2

I forbindelse med udførsel af ydelsen er det vigtigt for alle interviewpersoner at sundhedsydelsen er tilgængelig, den kan udføres i diskretion og at der skal benyttes værnemidler.

Tilgængelighed er vigtigt for at alle borgere kan benytte sig af ydelsen, når de kommer ind fra gaden. Derfor er det vigtigt, at man mindst kan tilbyde ydelsen på hovedapoteket, hvor der altid vil være en ansat, som kan pøde.

Interviewpersoner enige om at udføre testen i et rum, som benyttes til at udføre sundhedsydelser i for at sikre borgeren diskretion.

”det der med at få folk ind i et andet rum, (...) en personlig ting for dem end bare sådan en butik.” (IP3, 32:09-37:20)

Interviewpersonerne er enige i at det både er farmaceuter og farmakonomer er kompetente nok til at pøse borgeren og at pøserne altid skal benytte værnemidler.

"Så længe jeg har mine værnemidler så vil det være fint, så længe jeg har mundbind og visir på og har jo selvfølgelig handsker på, jeg står med dem oppe i ansigtet til dagligt" (IP1, scenarie 2 19:50- 29:59)

Fordele og ulemper ved udbud af scenarie 2

Hver interviewperson ser både fordele og ulemper ved at tilbyde scenarie 2 på apoteket.

Fordele som ses er at det bliver nemmere at vurdere, om en borger skal tilbydes håndkøbsmedicin eller henvises til lægen for antibiotika på baggrund af svaret fra pødningen.

En anden for som IP2 og IP4 ser er at det kan spare borgeren en konsultation hos lægen. Udover at spare en konsultation kan scenariet også være med til at skabe et større samarbejde med de praktiserende læger og vagtlægerne, da de skal ordinere antibiotika ud fra de svar som bliver givet på apoteket.

"med et samarbejde ville det være helt fantastisk hvis man kunne involvere lægen og siger at vi kan lave testen på apoteket og hvor hurtigt de så kan udskrive antibiotika. Eller om vi skulle benytte vagtlægen, for de test vi laver efter lægen er lukket, så er det jo vagtlægen der skal tage stilling til det. Og hvor meget de stoler på vores test, det er jo også det." (IP4, scenarie 2)

Der ses også nogle udfordringer ved at skulle indføre scenarie 2 på apoteket, af de forskellige interviewpersoner bliver det nævnt;

- At det er vigtigt at have styr på medarbejdernes helbred, så de ikke bliver mere syge af at tilbyde ydelsen.
- At apoteket har svært ved at kende til underliggende sygdomme hos borgerne. Ved usikkerhed skal der altid henvises til læge.
- At læger skal acceptere testen og udskrive antibiotika så hurtigt som muligt, når de ser et testsvar, ellers giver det ikke mening for borgeren at få foretaget testen på apoteket i stedet for lægen
- At covid-19 er en udfordring lige nu, men når den er forsvundet vil alle ansatte nok være villige til at pøse
- At hvis den koster penge, så er der mange folk som vil vente på en tid hos lægen og få foretaget testen gratis

Scenarie 3

De seks interviewpersoner er enige om at scenarie 3 er det bedste scenarie i forhold til borgeren og samfundet.

Alle de interviewede er enige om, at farmaceuter godt kan varetage opgaven med at ordinere antibiotika og ligesom i scenarie 2 er der både farmaceuter og farmakonomer, som skal stå for podningen. For alle interviewede er det vigtigt, at den samlede ydelse bliver godkendt af Apotekerforeningen og at Lægemiddelstyrelsen, således lægerne ikke kan modsætte sig at ydelsen er lige så god på apoteket som ved lægen. IP5 foreslår, at for at kunne udføre ydelsen, så skal man certificeres af APOVAC ligesom ved vaccination.

IP1 foreslår, at ydelsen kan tilbydes årstidsbestemt ligesom vaccination, så den kan afhjælpe lægerne, der hvor de har mest travlt, det er dog ikke noget alle de andre interviewede nævner.

En af fordelene ved scenariet er borgere kan komme i hurtig behandling, hvis deres test for strep. A er positiv. Interviewpersonerne mener også, at ydelsen er med til at udvikle apoteket og styrke fagligheden blandt de ansatte. IP5 synes, at hvor scenarie 2 satte apoteket i en venteposition, så kan scenarie 3 være med til at udvide apoteket.

"(...) er jeg mest til scenarie 3, for jeg er jo mest til at vi udbygger vores erhverv og scenarie 1 er for mig det vi gør i dag, scenarie 2 er der kommer man til at stå at stampe og kan ikke rigtig gøre noget alligevel. Så det er scenarie 3 der ville kunne noget i forhold til det vi gør i dag." (IP5, Opsamling af scenarier)

En tredje fordel ved ydelsen er, at lægerne kan benytte deres tid på mere fagligt udfordrende patienter, end dem med mistanke om halsbetændelse.

Ligesom ved scenarie 2 mener de interviewede, at ydelsen skal tilbydes alle folk, som kommer ind fra gaden især på hovedapotekerne. Det er dog ikke et problem altid at kunne tilbyde testen på hovedapoteket, da der altid vil være en farmaceut tilgængelig.

I dette scenarie ses der også nogle udfordringer, og den som flest af de interviewede nævner er lægerne. Interviewpersonerne tror, at lægerne vil modsætte sig, at apoteket skal tilbyde denne ydelse, da lægerne vil føle, at de mister en af deres kompetencer. IP1 og IP6 er i tvivl om, om lægemiddelstyrelsen vil give apotekerne lov til at udføre ydelsen i scenarie 3, på grund af den øgede antibiotika resistens vi står over for.

"(..)tænker på lægemiddelstyrelsen. Og at der er fokus på antibiotika og ordination af det. Det handler om at undgå resistens selvfølgelig. Jeg tror at man skal overbevise lægemiddelstyrelsen for det og have nogle rigtig gode argumenter for at de måske vil sige lade os kigge på det." (IP6, scenarie 3)

En anden udfordring IP5 ser, er om det er en ydelse som alle apoteker skal tilbyde eller om det er frivilligt at tilbyde ydelsen. Hvor mange apoteker der tilbyder ydelsen har indflydelse på, hvordan man kan reklamere for ydelsen. Det er vigtigt at folk bliver gjort opmærksomme på ydelsen på apoteket og det kan skabe meget forvirring hos folk, hvis det ikke er alle apoteker som vil tilbyde ydelsen.

”der skal man nok være klar over de udfordringer, jeg står med her som jeg kan løse lokalt hos mig, der er der jo også nogle andre udfordringer der er længere oppe. Så det her med er det noget som man pålægger apotekerne at gøre, på samme måde som ved genordination. vi kan jo også se nogle som ikke foretager genordination og vi kan jo også se nogle som ikke laver medicinsamtaler og complianceamtaler. Så der skal man nok også ind og overveje om det er noget som alle apoteker skal tilbyde, eller om det er en frivillig ordning som vaccination ” (IP5, afslutning)

I forhold til betaling, så tror alle interviewpersoner at folk vil være mest villige til at betale for ydelsen i scenarie 3, da de kan gå fra apoteket med enten en negativ test og noget lindrende håndkøbsmedicin eller en positiv test og antibiotika til at behandle streptokok A infektionen med.

Finansiering af ydelsen

Alle interviewpersonerne er enige om, at der vil være færre som vil benytte sig af ydelsen, hvis den koster penge for borgeren. Grunden til at de mener dette er, at de kan få præcis den samme ydelse hos lægen, men hos lægen er den gratis. Det er ikke alle borgere, som har penge til at få foretaget ydelsen, hvilket vil betyde, at det kun er en bestemt gruppe mennesker, som vil benytte sig af ydelsen.

”det er jo fordi der er en sammenlignelig ydelse som er gratis. som man skal vente på. Og der er spørgsmålet hvad er ventetiden værd? Kroner og øremæssigt for folk. og her hvor jeg sidder i dag, der vil man hellere vente end man vil betale for det. Hvor vi har et andet sted, hvis prisen er forholdsvis lav så vil man hellere betale frem for at vente.” (IP5, scenarie 2)

De er enige i, at hvis den skal koste penge for borgeren, så vil det give mest mening, hvis ydelsen indføres på apoteket som scenarie 3. I dette scenarie vil borgerne føle, at de får noget ud af ydelsen. Prisen er dog lidt svær at fastsætte for interviewpersonerne, men de prøver at sammenligne med de ydelser, som de tager penge for på apoteket i dag.

”(..)prisen den er afgørende, fordi at sundhedssektoren i Danmark er gratis undtagen på apoteket.” (IP5, scenarie 3)

Prisen

Ud fra de interviewedes erfaringer om at tage penge for sundhedsydelser, ses der en enighed i at ydelsen ikke bør koste mere end 200 kroner for borgeren. Det er dog vigtigt at hvis der ikke ydes noget tilskud til denne ydelse fra staten, så skal prisen også dække udgiften til værnemidler i forbindelse med at foretage testen.

IP5 har erfaring fra hurtigtest for covid-19, som kostede 350 kroner at få foretaget. Hurtigtesten blev kun solgt til folk på 1 ud af 4 apoteksfilialer, da det kun var her, at kunder havde råd til at betale for den. IP4 har tidligere lavet en brugerundersøgelse af borgernes villighed til at betale

for en sundhedsydelse i forbindelse med indførsel af test for D-vitamin på apoteket. I brugerundersøgelsen var flest borgere villige til at benytte sig af ydelsen, hvis den kostede under 200 kroner.

”De fleste havde markeret at under 200 kroner det var fint (...) vi har meget travlt i vores dage nu, og at bruge tid hos lægen er også en form for spild af tid, så jeg kan sagtens se, at man vil betale for at få svaret her og nu. Så man ikke skal vente på lægen får tid.” (IP4, scenarie 3)

Antibiotikabrug i forbindelse med ydelsen

De seks interviewpersoner har delte meninger om, hvad de tror kommer til at ske med mængden af udskrevet antibiotika. De baserer deres svar på de erfaringer de har med antibiotika nu. Flere af interviewpersonerne mener, at mængden af udskrevet antibiotika vil falde, da apotekerne kan overtage vagtlægernes opgave, med borgere som ringer til dem for at få udskrevet antibiotika. Det er interviewpersoner, hvor de har haft problemer med nok praktiserende læger. De 3 interviewpersoner oplever, at vagtlæger udskriver antibiotika, uden at have tilset borgeren, som er syg. Hvis apotekspersonalet i scenarie 3 kan teste og se om de har brug for antibiotika, kan man fange dem, som får det udskrevet uden, at det har en virkning, IP2 og IP5 har flere gange oplevet, at folk fortæller, at de har ventet med at kontakte lægen, til de kunne snakke med en vagtlæge, da det var nemmere at få ordineret antibiotika af dem.

”Jeg tror faktisk vi ville udskrive mindre. For jeg tror jo også der er nogle læger der laver sådan en over telefonen. Eller det er ikke noget jeg tror, det er noget jeg ved. Altså behandler en halsbetændelse over telefonen” (IP2, antibiotika, 43:59-45:40)

En anden tendens, som en af interviewpersoner forudser er at antibiotikaforbruget vil stige lidt, da der muligvis er flere som bliver testet, når de kan gå ind fra gaden uden at bestille tid. I forbindelse med ydelsen, vil det være muligt at fange de mennesker, som bare har taget noget lindrende smertestillende og som har levet med halsbetændelsen indtil den gik over af sig selv. Der vil dog ikke ses et overforbrug, da farmaceuter er firkantede i håndteringen af antibiotika.

”Jeg, kan faktisk ikke se at det ville komme til at stige meget mere. Jo, det kan ske der faktisk er nogle kunder som har infektion med streptokok A og som ikke tidligere er blevet medicineret, for det er dem som ikke har taget til lægen på grund af tiden de skal bruge på det. (...) jeg tror ikke vi vil komme til at se et overforbrug. (...) En ting som farmaceuter er at de er meget firkantede med regler, de lever virkelig efter regler. (IP4, antibiotika)

Apotekets sundhedsydelser i fremtiden

Alle interviewpersoner er positivt indstillede for, at apoteket skal blive ved med at udvikle sig og dette kan ske ved at indføre nye sundhedsydelser på apoteket. Alle de interviewede er således positivt stillede overfor, at apoteket indfører test for halsbetændelse. Det er for flere af interviewpersonerne vigtigt at, hvis apoteket skal tilbyde flere sundhedsydelser at, nuværende bliver ved med at blive prioriteret samt at farmakonomerne også bliver udannet i ydelserne, også selvom det er farmaceuter, som skal udføre dem.

Der er således vigtigt at apoteket tager ansvar for de ydelser de tilbyder i dag. IP1 ser gerne, at apoteksansatte bliver mere fagligt dygtige i eksempelvis inhalationsudstyr. IP3 mener, at en udbygning af apotekets sundhedsydelser kan være med til at udvikle apoteket og dets medarbejdere. Dette siges på baggrund af, at apoteket så en udvikling da de begyndte at vaccinere.

"Det er også kedeligt at stikke folk i armen en hel dag, da vi begyndte at vaccinere, men ej det var bare sjovt at lave noget andet. Jeg synes man får en anden... det der med at få folk ind i et andet rum, det er ligesom en anden... du ved: "Når det er hende fra apoteket, der sagde sådan"" (IP3, Alle tre scenarier, 32:09-37:20)

Politisk regulering i forbindelse med apotekets sundhedsydelser er vigtigt ifølge flere af interviewpersonerne. Det er for dem vigtigt, at det bestemmes af politikerne, hvilke fagområder apoteket må råde over. Dette er vigtigt i forhold til at lægerne får kendskab til, at apoteket godt kan varetage opgaven med at pøde folk og derfor bliver mere åbne over for at afgive opgaven til apoteket. Når politikerne er med inde og regulere på fagområdet er det nemmere for lægerne at afgive, end hvis apotekerne bare siger, at det er en ny ydelse de tilbyder.

"Min holdning er når der er noget man skal implementere som man skal implementere og det enten er apotekerforeningen eller lægemiddelstyrelsen der skal godkende det, at apoteket kan få denne her opgave. Ligesom vacciner, så er det ikke til diskussion hos lægen. Så er det bare noget som apoteket skal udføre." (IP4, scenarie 2)

Et andet ønske som to af interviewpersonerne har til fremtiden er, at apoteket kan blive vagtlægens øjne. Denne ydelse kan benyttes, hvis de står med en syg borger, der har brug for en bestemt slags medicin. Denne udvikling vil betyde, at apoteket og sundhedssektoren udnytter alle de ressourcer de har til rådighed og dermed får et større samarbejde. De ordinationer som en vagtlæge foretager sig uden at se borgeren, dem kan apoteket foretage med en større sikkerhed for patienten og samfundet.

Udvikling af behandlerfarmaceuten, er et ønske fra flere af interviewpersonerne. Behandlerfarmaceuten skal kunne ordinere antibiotika for andre sygdomme i forbindelse med

udvidelse af apotekets sundhedsydelser. Ordination af vermox for børneorm, stickse urinprøver for blærebetændelse samt ordinere antibiotika for blærebetændelse og øjenbetændelse.

”Det kunne være ordination af vermox, det kunne være sticks af urinprøver i forbindelse med blærebetændelse. De to ting er også nogle hvor jeg tænker at de falder ikke ret langt for, men vi er også, set i lyset af at vi har konsultationsrum til dem” (IP5, sundhedsydelser i dag)

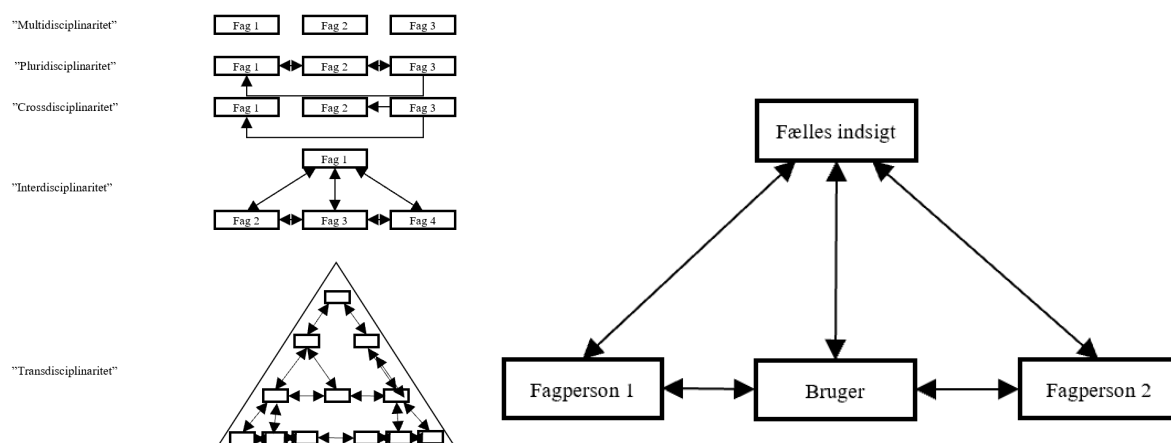
Udviklingen af apoteket skal være med til at sikre at apoteket ikke bliver en butik der sælger lægemidler, men at de bliver en større del af sundhedssektoren. Det er vigtigt at apoteket ikke bare en spiller der hjælper til en gang i mellem. En udfordring der ses med udvidelsen af apotekets virke, er at apoteket er privatejet og derfor ikke har lige så meget information om borgerne tilgængeligt.

En anden udfordring der ses på de danske apoteker er, at nogle er rigtig gode til at tilbyde sundhedsydelser, mens andre er mindre gode. For at sundhedsydelserne kommer til at fungere optimalt er det vigtigt, at man tager hensyn til alle apoteker og stiller spørgsmål til om en bestemt ydelse skal tildeles alle apoteker eller kun dem som har lyst til at tilbyde ydelsen.

Teoretisk analyse af interviewene

Apotekets samarbejde med praktiserende læger

Alle interviewpersoner blev spurgt ind til, hvordan samarbejdet var med de praktiserende læger. I følgende teoretiske analyse, vil modellen for niveauer af tværfagligt samarbejde og den brugerintegrerede samarbejdsmodel, figur blive anvendt til at forstå, om der er et samarbejde mellem apotekspersonalet og de praktiserende læger.



Figur 8 Tværfagligheden niveauer og brugerintegreret samarbejde.[27]

Alle interviewpersonerne fortæller, at der ikke er et decideret samarbejde mellem de praktiserende læger i apotekets by og apoteket imellem.

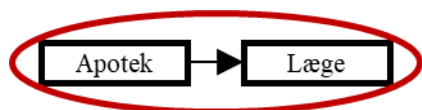
De 6 interviewpersoner mener ikke, at der er noget tværfagligt samarbejde mellem deres apoteker og de praktiserende læger i udførslen af de sundhedsydelser de tilbyder i dag. Deres fortællinger om, at der ikke er et samarbejde der fungerer, kan placeres i Lauvås og Lauvås model, hvor det tværfaglige samarbejde, ikke eksisterer. Samarbejdet eksisterer på det "Multidisciplinære" niveau, se Figur 9, hvor farmaceuter og farmakonomer ved, at det er læger som ordinerer medicinen til borgeren, men der er ikke nogen faglig interaktion i ordinationen af medicin. Apotekets ansatte har styr på deres fag, imens lægen har styr på deres fag. Der sker ikke nogen decideret udveksling af viden mellem de to faggrupper. Lægerne er ikke villige til at anerkende apotekets kompetencer og faglighed, og derfor er det svært at oprette et samarbejde.



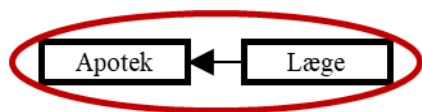
Figur 9, "multidisciplinært" samarbejde blandt læger og apoteker

Dosiskunder og "genordination"

Dosiskunder og "genordination" kan nogle gange bidrage til et lidt større samarbejde mener nogle af de interviewede. Ved genordination og dosisdispensering sker der en faglig interaktion mellem læge og apoteket. Samarbejdet er ikke fordelt ligeligt og det er apotekets rolle at tage kontakt til den praktiserende læge, hvis de vil i kontakt. Ofte sker kommunikationen som envejskommunikation i samarbejdet, hvilket betyder at det tværfaglige niveau af samarbejde fungerer "Cross-disciplinært". "Crossdisciplinaritet" er et niveau, hvor et fag bidrager med viden til et andet fag. I dette niveau bidrager apoteket med viden til lægen om, at der er udført en genordination, se Figur 10 . Denne situation hvor apoteket bidrager med viden til lægen kan også opstå ved receptkorrektioner lavet af apoteket. Det "cross-disciplinære" samarbejde kan også udføres hvor lægen skriver en korrespondance til apoteket om, at de ikke accepterer en genordination. Her går lægen ikke i dialog med apotekspersonalet, men skriver at denne genordination skulle apoteket ikke have lavet. Dette er illustreret i Figur 11.



Figur 10. "Cross-disciplinært" samarbejde. Pilen indikerer at apoteket bidrager med viden til lægen.



Figur 11. "Cross-disciplinært" samarbejde. Pilen indikerer at lægen bidrager med viden til apoteket.

Ved niveauet ”interdisciplinaritet” ses et tværfagligt samarbejde, hvor alle fag giver viden og modtager viden fra hinanden. I dette niveau, er der ikke et fag der gør brug af det andet fags ressource, men der sker et ligeværdigt samarbejde mellem fagene.

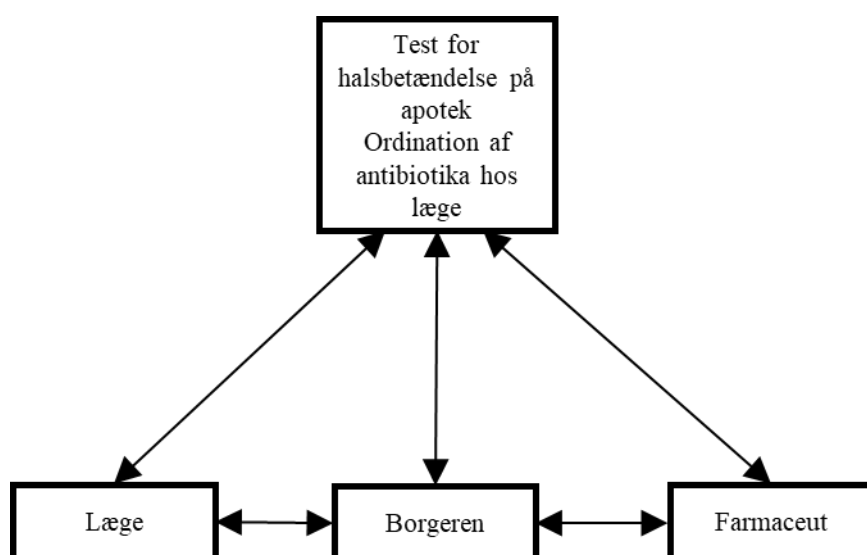
Blandt de nuværende sundhedsydelser, er der ingen af ydelserne som bidrager til at apoteket og lægen kan opnå et interdisciplinært samarbejde, hvor både læge og apoteket bidrager ligeligt til at give den bedste behandling af borgeren.

I de opstillede scenarier for hvordan ydelsen kan foregå i Danmark, mener nogle af interviewpersonerne, at sundhedsydelsen kan bidrage til et større samarbejde med de praktiserende læger.

Ved et brugerintegreret samarbejde er det brugeren, som driver det tværfaglige samarbejde.

Hensigten med samarbejdet er, at brugeren driver det ved at have en indflydelse på det, der skal samarbejdes om. Brugeren er i dette tilfælde borgeren, som kommer ind på apoteket med ondt i halsen. Borgeren har en hensigt med at samarbejdet skal lykkes mellem apoteket og lægen, således borgeren kan komme i behandling, så hurtigt som muligt.

I scenarie 2, hvor apoteket skal foretage podningen, men lægen skal ordinere antibiotika, er der behov for, at et samarbejde fungerer. Hvis ikke der kan oprettes et samarbejde, er ydelsen umulig at tilbyde i dette scenarie. Lægerne skal være villige til at acceptere svaret fra apotekets podning. De skal være hurtige til at ordinere antibiotika, så borgeren kan komme i behandling med det samme.



Figur 12. Brugerintegreret samarbejde i forbindelse med udførsel af scenarie 2.

Diskussion

Følgende afsnit er en diskussion af resultaterne fra den kvalitative analyse. Hver enkelt problemstilling vil blive forsøgt at blive besvaret og opsummeret med en delkonklusion til sidst.

Den anvendte teori og metode vil herefter blive diskuteret, herunder kvaliteten af det kvalitative studie.

Sundhedsydelse

Resultaterne viser, at sundhedsydelse er noget som både farmaceuter og farmakonomer mener bidrager til den faglige udvikling af dem. Det er også med til at definere apoteket som en del af sundhedsvæsenet, da apoteket ikke bare er en butik. Et af problemerne, som også bliver fremhævet som en udfordring i forbindelse med udførslen af ydelsen er at, lægerne accepterer at en sundhedsydelse kan gives på apoteket i stedet for hos lægen.

Et studie fra New Zealand fra år 2002 undersøgte praktiserende læger og farmaceuters opfattelse af rollen som apoteksfarmaceut, som udfører kliniske opgaver. Her kunne det konkluderes at farmaceuterne var klar til at tage flere kliniske opgaver på sig, hvorimod de praktiserende læger ikke var klar til at lade farmaceuterne varetage flere kliniske roller. [39] Selvom studiet er fra 2002, er det lidt den samme tendens som ses hos de danske praktiserende læger. I deres høringssvar fra 2018 omhandlende ændringen af lov om af autorisation af sundhedspersoner, hvor dosisdispensering og genordination skulle indskrives, gav de udtryk for, at de ikke mener at ordination og salg skal blandes sammen.[23]

”Lægeforeningen skal endelig anføre de samme principielle betænkeligheder omkring sammenblanding af ordination og salg af lægemidler samt øgede udgifter for patienterne, som i forbindelse med forslaget om apotekernes muligheder for genordination af lægemidler.”

De henviser til lovgivningen på området, og henviser til Lov om apoteksvirksomhed som i § 3, beskriver at apotekere ikke må udøve virksomhed som læge. [15] Lægerne er dog positive overfor tanken om at apotekerne kan hjælpe mod lægemangel, men er ikke interesserede i at apoteket skal kunne ordinere lægemidler, da de er bange for at der vil ske uhensigtsmæssige ordinationer, som kan have alvorlige konsekvenser for borgerne.[23]

Selv om lægerne er bekymrede for om apoteket kan stå inde for de ydelser, som normalt tilbydes hos dem, så har apoteket set en stigning i antallet af vaccinationer foretaget på apoteket. I 2019 blev 120.000 borgere vaccinerede på apoteket, dette tal blev fordoblet i 2020, hvor 250.000 fik en vaccine på apoteket. [40] En af grundene til den store tilslutning bliver i artiklen forklaret med

tilgængeligheden af ydelsen. Borgeren kan gå direkte ind på apoteket og blive vaccineret. Flere af interviewpersonerne nævner også at tilgængeligheden af en streptokok A test er vigtig, i forhold til om sundhedsydelsen bliver en succes. Dermed er det vigtigt, at ydelsen kan udføres af både farmakonomer og farmaceuter.

Udfordringer i forbindelse med udførsel af test på apoteket sammenlignet med tidligere studier

I interviewet nævner interviewpersonerne en række udfordringer i forbindelse med hvordan sundhedsydelsen ”test for halsbetændelse” skal se ud. For apotekspersonalet giver det ikke mening at udføre ydelsen i scenarie 2, da de ser en udfordring i at få et ideelt samarbejde med lægen. Hvis samarbejdet ikke fungerer, giver det ikke mening for patienten at benytte sig af ydelsen på apoteket, hvis de skal til lægen og have foretaget en ny test, hvis de tester positivt.

Studiet, der tester at indføre test for halsbetændelse i New Zealand og Portugal [8] har ikke evalueret på, hvad de ansatte som skal udføre testen, synes om den. Der er begrænset med viden omkring projektet og det beskrives udelukkende i artiklen *Point of care testing for pharyngitis in the pharmacy* [8]. Ved baggrundssøgning omkring de som fremlagde projektet ved FIP 2020, er det personer som alle selv er i medico-branchen og som sælger udstyr til at kunne foretage testen. Det er muligt, at forskerne bag studierne i New Zealand og Portugal, har haft en personlig og økonomisk baggrund i at udføre studierne.

Studiet der evaluerede test for streptokok A i Wales, oplevede nogle af de samme udfordringer, som de danske interviewpersoner pointerede i forbindelse med implementeringen af ydelsen.

Udfordringerne som nævnes af både de danske apotekspersonale og personalet fra Wales er udfordringer med plads og personale, betaling af ydelsen, smitterisiko og uddannelse af personale.

Implementering af testen på apoteket

Interviewpersonerne i dette studie kom alle fra forskellige apoteker fordelt på Sjælland og Jylland. De repræsenterede apoteker, som var forskellige i deres størrelse og antallet af ansatte. Alle interviewpersonerne kunne se at deres repræsenterede apotek implementerede test for halsbetændelse.

4 af interviewpersonerne, er personer, som går meget op i udvikling af apoteket og prioritering af sundhedsydelser. Dette til forskel for andre apoteker i Danmark. De pointerede at alle apoteker i Danmark ikke lå lige godt på Benchmark i udførslen af sundhedsydelser.

Ved implementering af denne sundhedsydelse, hvis det bliver en ydelse, som godkendes af Lægemiddelstyrelsen og Apotekerforeningen er det vigtigt at den implementeres som en forsøgsydelse på nogle udvalgte apoteker. Dette kunne være apoteker, som ligger steder, hvor der er lægemangel. Alt afhængig af om ydelsen bliver implementeret i scenarie 2 eller 3, så er det vigtigt at de læger, som borgerne har er villige til at samarbejde med ordination af antibiotika. Det kunne også forsøges implementeret på større apoteker, hvor kundegrundlaget er større og flere kunder potentielt kunne være interesserede i ydelsen.

Hvis farmaceuten skal kunne ordinere antibiotika i scenarie 3, kan det diskuteres, hvordan det skal foregå. Er det alle farmaceuter, som kan ordinere antibiotika, behandlerfarmaceuter eller skal farmaceuten efteruddannes til det, på samme måde som det foregår med vaccination. Hvis det skal foregå som med vaccination, skal ordinationen så laves på delegation fra en læge?

Apoteket skal blive ved med at udvikle sig

Interviewpersoner er alle enige om at sundhedsydelse som der tilbydes på apoteket, er med til at motivere dem i deres daglige arbejde på apoteket. Derfor er det også vigtigt at sundhedsydelse er designet, så de kan tilbydes folk.

Det er dog vigtigt at ved implementering af nye ydelser at apotekspersonalet, forstår vigtigheden i ydelsen.

Medicingennemgang, som blev en selvbetalt sundhedsydelse i 2005, kan de interviewede ikke se nogen mening i at tilbyde, da de har medicinsamtalerne i stedet for. Det betyder at medicingennemgange ikke længere tilbydes folk som kommer ind på apoteket. Et andet aspekt i sundhedsydelse er at det er noget som både farmaceuter og farmakonomer kan tilbyde. I resultatafsnittet, ses det at en farmakonome, gerne vil være bedre til at tilbyde genordination, men ikke kan huske hvilke lægemidler der kan genordineres. Dermed er det vigtigt at uddannelsen af personalet sker både af farmakonomerne og farmaceuterne. Uddannelsesmateriale til behandlerfarmaceuten henvender sig kun til farmaceuter, selvom det ligeså meget er farmakonomer, som skal rekruttere borgerne i skranken. [41]

Frivillig eller obligatorisk ydelse

Det skal bestemmes om ydelsen skal være en frivillig ydelse, som kan tilbydes på apoteket, ligesom med vaccination eller om det er en ydelse som skal være obligatorisk. Bestemmelsen om dette kan også betyde hvordan apotekerne reklamerer for ydelsen.

En anden måde man kunne implementere ydelsen på var hvis den skulle gøres obligatorisk sæsonbestemt, ligesom IP1 foreslår. Når halsbetændelse er ude af sæson, kan det gøres frivilligt for apotekerne om de vil tilbyde den. Halsbetændelse med streptokok A er noget som findes blandt den danske befolkning hele året, men i efteråret og vinteren ses den som epidemiske udbrud. [33] Både vaccination og test for halsbetændelse, er sæsonbestemte, hvilket kan blive en udfordring for apoteket, da de muligvis har behov for ekstra personale, for at kunne tilbyde ydelserne til folk med det samme, når de kommet ind fra gaden.

Alle interviewpersoner fortæller, at de fleste kunder ikke kender til de ydelser som apoteket tilbyder. Kunderne til sundhedsydelserne er kunder som personalet selv fanger i skranken. Hvordan kan man gøre det med halsbetændelse? Skal det reklameres for på en anden måde?

Ordination af antibiotika på apoteket?

Interviewpersonerne mener alle at apotekerne kan ordinere antibiotika for halsbetændelse, hvis det bliver en del af behandlerfarmaceutens opgave. Interviewpersonerne er dog uenige om, hvad der vil ske med mængden af udskrevet antibiotika. Flere tror, at mængden vil falde, da man kan undgå, at vagtlæger udskriver antibiotika uden en test. Nogle af interviewpersonerne tror at mængden vil stige, da nogle borgere, som ikke havde tid til at bestille tid til lægen, vil udnytte apotekets ydelse. I et studie fra 2009 kaldet *Relative impact of clinical evidence and over-the-counter prescribing on topical antibiotic use for acute infective conjunctivitis*, undersøgte man i England, hvad der skete, da man gjorde det muligt at kunne købe antibiotika til øjeninfektioner som håndkøbsmedicin på apoteket. [42] Studiet viste, at den større tilgængelighed af antibiotika gjorde, at de praktiserende lægers ordinationer faldt, men at der blev købt en større mængde antibiotika i håndkøb end der blev købt på recept. Den samlede mængde solgt antibiotika steg i forhold til, da det kun kunne fås på recept. Studiet viser således at jo mere tilgængeligt antibiotika er, desto mere bliver der benyttet. Forskellen fra studiet i England og hvis test for halsbetændelse og ordination af antibiotika bliver indført i Danmark er, at antibiotika ikke er tilgængelig i håndkøb. Streptokok A testen skal være positiv før der kan ordineres antibiotika, hvilket betyder at man kun vil behandle dem, som har en infektion, som skal behandles med antibiotika. Halvdelen af interviewpersonerne oplever at læger og især vagtlæger udskriver antibiotika, uden at have undersøgt patienten. Ud fra deres oplevelser, kan det betyde at testen, vil have en nedbringende effekt på udskrivelsen af antibiotika i scenarie 3 og muligvis scenarie 2. I studiet fra Wales, oplevede lægen ikke en nedgang i udskrivelsen af recepter på antibiotika,

samtidig ordinerede apoteket antibiotika, til patienter der testede positivt. Da studiet ikke varede i mere end 5 måneder, er det svært at konkludere om det egentlige forbrug af antibiotika steg eller faldt i forbindelse med ydelsen. [9]

Studiets begrænsninger - Dataindsamling

Ved indsamling af data, er der en begrænsning i de udvalgte interviewpersoner til interviewet. Det var ikke muligt at finde interviewpersoner, som ikke tilbyder vaccination, hvilket vil sige at alle interviewpersoner repræsenterer apoteker, hvor frivillige sundhedsydelse bliver prioriteret. Begrænsningen i interviewpersonerne betyder, at der opstår en bias i forhold til holdningen til at implementere en ny sundhedsydelse på apoteket. Interviewpersonernes holdninger og meninger er meget identiske, hvilket giver et billede af hvordan engagerede apoteker ønsker sundhedsydelsen indført. Begrænsningen ved "convenience" rekruttering var et det ikke var muligt at få interviewpersoner, som kunne repræsentere, hver af de opstillede interviewgrupper. Begrænsningen kunne være overkommet, hvis det havde været muligt at rekruttere ved rekrutteringen af interviewpersonerne havde foregået ved "stratified random sampling". I stedet for at sende mails ud til apotekerne, kunne fysisk op møde måske have motiveret nogle af apotekerne til at deltage. Denne form for rekruttering er tidskrævende og dette var der ikke tid til i forbindelse med udførslen af specialet.

Konklusion

Interviewpersonerne er alle enige om at en streptokok A test, vil være en sundhedsydelse de i fremtiden ser tilbudt på apoteket. Hvordan testen skal implementeres og udføres er der uenighed om. Størstedelen ser helst at diagnosticering, podning og ordination af antibiotika skal ske på apoteket. En del mener at det nemmest kan foregå via scenarie 2, da de her ser at der kan opstå et større samarbejde med lægerne, hvilket i sidste ende kan komme patienterne til gode. For alle interviewpersoner er det vigtigt at ydelsen, bliver gratis for borgeren. Der er en uenighed i hvordan interviewpersonerne helst vil samarbejde med lægerne. Nogle finder det lettest at der ikke er et samarbejde, mens andre af interviewpersonerne ønsker et større samarbejde. Flere af interviewpersonerne oplever, at læger udskriver antibiotika, uden at have testet borgeren først, hvilket kan betyde at testen kunne nedbringe mængden af udskrevet antibiotika i Danmark. De

fleste interviewpersoner ser lægerne som en stor udfordring i forhold til at få sundhedsydelsen implementeret.

Perspektivering

Resultaterne fra studiet, kan præsenteres for Pharmakon og Danmarks Apotekerforening, som kan vurdere, om det er en sundhedsydelse, de vil udvikle mere på. Practio og APOVAC, udviste stor interesse i den mulige sundhedsydelse, men var på kontakttidspunktet optagede omkring Covid-19 og de ydelser, som de kunne tilbyde i forbindelse med pandemien. Alt afhængig af hvordan ydelsen skal tilbydes, om det er behandlerfarmaceuten der skal ordinere antibiotikaen eller om de apoteksansatte skal udføre testen på bevilling af en læge, kan Practio eller APOVAC stå for udbud og optræning af personale.

Der kan med fordel undersøges om borgerne vil benytte sig af ydelsen, eller om de vil føle sig mere trygge ved ydelsen hos lægen.

Det kan også undersøges hvilket synspunkt lægerne har til at apoteket skal udbyde sundhedsydelsen eller om de har lyst til at samarbejde om ydelsen. Hvis lægerne kan se, at det giver mening med at udbyde sundhedsydelsen på apoteket, vil det muligvis kunne afhjælpe lægernes travlhed.

Referencer

1. Sundhed.dk. Halssmerter [Internet]. København Ø: Sundhed.dk; 2020 [updated 2020 feb 24; cited 2021 Oktober 12]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/symptomer-og-tegn/halssmerter/>.
2. DSAM. Akut faryngo-tonsillitis [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin; [Cited 2021 februar 14]. Available from: <https://vejledninger.dsam.dk/luftvejsinfektioner/?mode=visKapitel&cid=741>.
3. Medicin.dk. Akut tonsillitis Pro.medicin.dk2020 [Cited 12 oktober 2021]. Available from: <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318567>.
4. SSI&DTU. Danmap, rapport 2019. Danmap.org; 2020.
5. Lægemiddelstyrelsen. Genordination af visse typer medicin kan nu ske på apoteket: Lægemiddelstyrelsen; 2019 [Cited 14 februar 2021]. Available from: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2019/genordination-af-visse-typer-medicin-kan-nu-ske-paa-apoteket/>.
6. Apotekerforening D. Fakta om apotekerne [Cited 2021 februar 14]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/om-os/fakta-om-apotekerne>.
7. PLO. PLO faktaark, faktaark om almen praksis. Praktiserende Lægers Organisation; 2021.
8. Essack S, Bell J, Burgoyne D, Tongrod W, Duerden M, Sessa A, et al. Point-of-Care Testing for Pharyngitis in the Pharmacy. Antibiotics (Basel). 2020;9(11).
9. Mantzourani E, Evans A, Cannings-John R, Ahmed H, Hood K, Reid N, et al. Impact of a pilot NHS-funded sore throat test and treat service in community pharmacies on provision and quality of patient care. BMJ Open Qual. 2020;9(1).
10. NICE. NICE Guideline 84, Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. 2018.
11. Sundhedsministeriet. Apoteker og forhandlere [Internet]. [Cited 14 Oktober 2021]. Available from: <https://sum.dk/arbejdsomraader/medicin-og-apoteker/apoteker-og-forhandlere>.
12. Apotekerfor. D. Apotekerloven fra 2015 sikrer bedre hjælp til landets medicinbrugere og flere apoteker, men presser økonomien 2021 [Cited 14 oktober 2021]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/politik/det-mener-apotekerforeningen/apotekerloven-fra-2015-sikrer-bedrehjaelp-til-landets-medicinbrugere-og-flere-apoteker>.
13. Sundhedsministeriet. Lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lov om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love. LOV nr 1555 af 18/12/2018 2018 [Cited 14 oktober 2014]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1555>.
14. Autorisationsloven: Danske love; [Cited 14 oktober 2021]. Available from: <https://danskelove.dk/autorisationsloven>.
15. Bekendtgørelse af lov om apoteksvirksomhed - LBK nr 801 af 12/06/2018 Retsinformation2018 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/801>].
16. Abrahamsen B, Burghle AH, Rossing C. Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies. Int J Clin Pharm. 2020;42(2):315-20.
17. APOTEK. Mere sikkerhed i lægemiddelanvendelsen - medicingennemgang.
18. Hansen RN, Norgaard LS, Hedegaard U, Sondergaard L, Servilieri K, Bendixen S, et al. Integration of and visions for community pharmacy in primary health care in Denmark. Pharm Pract (Granada). 2021;19(1):2212.

19. APOVAC. Om APOVAC Internet [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/apovac>.
20. Ganer T. 130 apoteker går sammen. Farmaci. 2019;04(April 2019).
21. Practio. Sundhedsydelse på apoteket [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://practio.dk/pro>.
22. PLO. Ny prognose: Lægemangel bliver mindre udtalt end tidligere frygtet 2020 [Cited 14 oktober 2021]. Available from: <https://www.laeger.dk/nyhed/ny-prognose-laegemangel-bliver-mindre-udtalt-end-tidligere-frygtet>.
23. Høring - forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lov om apoteksvirksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love(2018).
24. Apotekerfor. D. Apotekerne i det nære sundhedsvæsen - apotekernes input til regeringens sundhedsreform. 2020 April 2020.
25. Lucas B, Blenkinsopp A. Community pharmacists' experience and perceptions of the New Medicines Service (NMS). Int J Pharm Pract. 2015;23(6):399-406.
26. Dahne A, Costa D, Krass I, Ritter CA. General practitioner-pharmacist collaboration in Germany: an explanatory model. Int J Clin Pharm. 2019;41(4):939-49.
27. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde: Klim; 2004.
28. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6:CD000072.
29. Thomsen AB, Jørgensen AD, Engel A. Ingen kan løse antibiotikakrisen alene - vi er klar til at bidrage. Dagens Medicin. 2020;30. oktober 2020.
30. Apotekerforeningen. Analyse af restordreproblematikken, Danmarks Apotekerforening. Analyse. 2019.
31. Apotekerforeningen. Apotekerne kan afhjælpe en del af manglen på medicin 2021 [Cited 14 oktober 2021]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/politik/det-mener-apotekerforeningen/apotekerne-kan-afhjaelpe-en-del-af-manglen-paa-medicin>.
32. Sundhed.dk. Tonsillitis akut [Internet]. 2019 [Cited 14 oktober 2021]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/svalget-midterste-del/tonsillit-akut/>.
33. Sundhed.dk. Streptokokkhalinfektion Internet2019 [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/svalget-midterste-del/streptokokkhalinfektion/>.
34. Launsø L, Rieper I, Olsen L. Forskning om og med mennesker. Kapitel 5.3 Det kvalitative forskningsinterview. 6. udgave 3. oplag ed2015.
35. Netværk for udvikling af apotekspraksis [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://www.pharmakon.dk/forskning/apoteksnetvaerk/>.
36. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative interview som forskningsinterview som håndværk. 3. udgave, 1. oplag ed: Hans Reitzels Forlag; 2015.
37. Robson C, McCartan K. Real world research - John Wiley and sons Ltd; 2016.
38. WHO. Research Ethics Review Committee - Template for informed consent forms, informed consent for qualitative studies [Internet]. [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://www.who.int/groups/research-ethics-review-committee/guidelines-on-submitting-research-proposals-for-ethics-review/templates-for-informed-consent-forms>.
39. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, Ross N, McCormick. General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2009;5(4):347-62.

40. Apotekerforeningen. Vaccination - Forventning om endnu en rekordsæson på apotekerne. Farmaci. 2021;20-1.
41. Pharmakon. Uddannelse til behandlerfarmaceut [Internet]. [Cited 16 oktober 2021]. Available from: <https://www.pharmakon.dk/kurser/kurser-til-apotek/behandlerfarmaceut/>.
42. Davis H, Mant D, Scott C, Lasserson D, Rose PW. Relative impact of clinical evidence and over-the-counter prescribing on topical antibiotic use for acute infective conjunctivitis. Br J Gen Pract. 2009;59(569):897-900.

Bilag

Bilag 1, Interviewguide

Introduktion:

Jeg hedder Anna og specialestuderende, på Københavns Universitet hvor jeg studerer farmaci. Jeg har inviteret dig til denne snak i dag fordi jeg godt kunne tænke mig at høre din mening omkring apotekets udbud af sundhedsydelser med fokus på hvordan man i fremtiden kunne udvide disse. Snakken kommer i dag også til at handle om hvordan man kan implementere den muligvis nye sundhedsydelse hvor man på apoteket kan gå ind og blive testet for halsbetændelse. Dette vil jeg komme ind på senere.

Jeg vil gøre dig opmærksom på at alle data omkring dig og dit apotek vil blive holdt fortroligt og du vil blive nævnt med et andet navn i specialet.

Lær interviewperson at kende	Hvad hedder du og hvor gammel er du? Hvad er din stilling på apoteket? Hvor lang tid har du arbejdet på dette apotek? Hvor lang tid har du været i apoteks-verden? Hvilke arbejdsområder har du på apoteket? Hvor stor del af din arbejdsdag bruger du på disse arbejdsområder?
Apotekets nuværende sundhedsydelser	Hvilke nogle sundhedsydelser tilbyder dit apotek? Er der nogle af sundhedsydelserne som i mere aktivt tilbyder end andre? Hvis ja, hvorfor er det lige netop disse ydelser i hellere tilbyder? Vælger du/I aktivt at tilbyde sundhedsydelser hvor borgeren selv skal betale for den? (Her tænkes på medicingennemgang) Hvorfor gør i det/ikke det? Hvordan synes du som farmaceut at sundhedsydelsen genordination fungerer? (Hvis de kan genordinere på apoteket) Hvordan synes du som farmakonom at sundhedsydelsen genordination fungerer? (Hvis de kan genordinere på apoteket)

	Hvorfor fungerer det/fungerer det ikke? Har i opnået et større samarbejde med læger i forbindelse med denne sundhedsydelse?
Screening for halsbetændelse	Kort introduktion Patient kommer ind på apoteket med ondt i halsen. For at diagnosticere om patienten har en infektion med en gruppe A streptokok, kan man score patienten efter en række kriterier kaldet Centorkriterierne. Hvis 2 ud af 4 fire af disse opfyldes (feber, hævede og ømme lymfeknuder på halsen, belægninger på tonsiller, fravær af hoste), kan der tages laves en antigen test for påvisning af streptokok A. Hvilke førstehåndsindtryk af denne sundhedsydelse får du når du hører denne intro?
Scenarie 1	Organisering Hvordan kan du se dette scenarie udført i praksis? Er det forskellige roller farmakonomer og farmaceuter skal have ved udførsel af scenariet? Hvordan tror du man kan skabe et samarbejde med lægen i dette scenarie? Tror du scenariet ville kunne være med til at skabe et større samarbejde? Og hvorfor? Vil du kunne udføre ydelsen på dit apotek, hvis den blev indført i morgen? Økonomi Der skal muligvis ske en brugerbetaling hvis denne ydelse skal implementeres. Tror du borgeren vil benytte sig af denne service, hvis de selv skal betale? Hvorfor/hvorfor ikke? Motivation

	Vil du kunne se dig selv udføre ydelsen beskrevet i scenariet?
Scenarie 2	Organisering Hvordan kan du se dette scenarie udført i praksis? Er det forskellige roller farmakonomer og farmaceuter skal have ved udførsel af scenariet? Hvordan tror du man kan skabe et samarbejde med lægen i dette scenarie? Tror du scenariet ville kunne være med til at skabe et større samarbejde? Og hvorfor? Vil du kunne udføre ydelsen på dit apotek, hvis den blev indført i morgen? Økonomi Der skal muligvis ske en brugerbetaling hvis denne ydelse skal implementeres. Tror du borgeren vil benytte sig af denne service, hvis de selv skal betale? Hvorfor/hvorfor ikke? Motivation Hvordan vil du have det med at møde borgere der er syge? Vil du føle dig udsat? Vil du kunne se dig selv udføre ydelsen beskrevet i scenariet?
Scenarie 3	Organisering Hvordan kan du se dette scenarie udført i praksis? Er det forskellige roller farmakonomer og farmaceuter skal have ved udførsel af scenariet? Hvordan tror du man kan skabe et samarbejde med lægen i dette scenarie? Tror du scenariet ville kunne være med til at skabe et større samarbejde? Og hvorfor?

	Vil du kunne udføre ydelsen på dit apotek, hvis den blev indført i morgen? Hvorfor/hvorfor ikke? Skal apoteket indrettes anderledes? Økonomi Der skal muligvis ske en brugerbetaling hvis denne ydelse skal implementeres. Tror du borgeren vil benytte sig af denne service, hvis de selv skal betale? Hvorfor/hvorfor ikke? Motivation Hvordan vil du have det med at pøde borgere der er syge? Vil du føle dig udsat? Vil du kunne se dig selv udføre ydelsen beskrevet i scenariet?
Interdisciplinært samarbejde	Ud fra de tre præsenterede scenarier, hvor tror du det er nemmest at få et samarbejde med lægen? Kan du se scenarierne udført uden samarbejde med lægen? Med udgangspunkt i samarbejdet med lægerne i har nu, tror du denne sundhedsydelse vil kunne styrke samarbejdet? Går du som behandlerfarmaceut i dialog med læger eller accepterer de fx altid den genordination, som er lavet? (Hvis behandlerfarmaceut)
Antibiotika	Hvilken indflydelse tror du at sundhedsydelsen kunne få på mængden af udskrevet antibiotika? (Mere eller mindre og hvorfor)
Afslutning	Har dit indtryk af denne sundhedsydelse ændret sig efter du har fået de tre scenarier præsenteret? Hvis du tænker på apotekets sundhedsydelser i tilbyder nu, er der så noget specielt du ligger mærke til ved denne ydelse?

	Hvordan synes du det fungerer at apoteket tilbyder sundhedsydelser? Er der noget du vil tilføje, som du ikke synes vi fik afdækket i interviewet?
--	---



Bilag 2, Informeret samtykke

Informeret samtykke

Projekttitel: Er streptokok A test en sundhedsydelse apoteket skal tilbyde?

Studerende ansvarlig for projektet: Anna Stevn Vaabengaard

Vejleder tilknyttet projektet: Susanne Kaas

Jeg har inviteret dig til dette interview i dag, fordi jeg godt kunne tænke mig at høre din mening omkring apotekets udbud af sundhedsydelser med fokus på, hvordan man i fremtiden kan udvide disse. Interviewet kommer også til at handle om, hvordan man kan implementere den muligvis nye sundhedsydelse, hvor man tester for halsbetændelse på apoteket.

- Jeg har læst ovenstående informationer som er givet om projektet.
- Jeg har haft mulighed for at stille spørgsmål til projektet og til min rolle i det.
- Jeg forstår at min rolle i projektet er frivillig.
- Jeg forstår at jeg kan trække mig fra projektet uden at give en grund til hvorfor.
- Jeg forstår at mit navn ikke vil blive benyttet og vil blive holdt fortroligt.
- Jeg forstår at navnet på mit apotek ikke vil blive benyttet i projektet og vil blive holdt fortroligt.

Deltagers navn: _____

Dato: _____

Deltagers underskrift: _____

Dato: _____

Projektansvarlig navn: _____

Dato: _____

Projektansvarlig underskrift: _____

Dato: _____

Bilag 3, Transskription interview 1

Transskription, Interviewperson 1

Indhold	Tid	Tekst
Kort introduktion til interviewet	00:00-00:50	Ikke relevant
Introduktion til interviewperson	00:50-02:22	A: Jamen. så starter jeg lige A: Du hedder selvfølgelig IP1 og hvor gammel er du? IP1: Jeg er 26 A: Ja A: Og hvor er du ansat henne? IP1: Jeg arbejder på (navn) apotek primært og også en gang i mellem på (navn) Apotek, som er hovedapoteket. Og jeg har arbejdet der i 5 måneder nu. A: Mmh IP1: Så lidt nyt alligevel A: Ja, og hvad er din stilling på apoteket? IP1: Jeg er farmaceut selvfølgelig, og man kan sige at nogle gange er jeg ansvarlig, jeg er den der står og åbner og lukker i løbet af en dag. Nogle gange står jeg med en kollega, men vi er kun 2 og nogle gange 1. Så jeg kender procedurerne for de forskellige ting, så jeg kan godt være den ansvarlige nogle gange, i løbet af dagen. A: Ja. Hvordan ser din arbejdsdag ud, hvilke nogle arbejdsområder har du? IP1: Jamen vi laver jo faktisk det hele selv ikke. Man sørger for at når varer kommer om morgenen og sætter dem på plads, man tager kunder i løbet af dagen. Så har man jo som farmaceut så kører man jo medicinsamtaler, hvis de kommer ind af døren. Og ellers så løser vi jo bare de opgaver som kunderne kommer med i løbet af dagen. Og selvfølgelig også tager vare på butikken, der skal bestilles varer og være pænt og sådan nogle ting ikke. Så alt det der bagud liggende der gør at apoteket ser pænt ud og så også selvfølgelig primært kunderne og hvad end de kommer med i løbet af dagen ikke.
Sundhedsydelse som tilbydes på apoteket	02:22-08:32	A: Jo, nåmen så lidt om de her sundhedsydelser. Hvilke nogle sundhedsydelser tilbyder i så på dit apotek? IP1: Så vi har jo selvfølgelig TPI og begge medicinsamtaler og så har vi behandlerfarmaceut, som regel til stede og det er ikke mig, men hvis min kollega er der ellers kan vi ringe en op indenfor kæden. A: Ja IP1: Ja og hvad har vi mere, så i influenzasæsonen vaccinerer vi mod influenza A: Mmh IP1: Øhmm, hvad er der ellers af sundhedsydelser vi laver. Det er primært det vi egentligt har i løbet af en typisk periode. A: Er der nogle af de her som i mere aktivt tilbyder eller? IP1: Vi har fokus på selvfølgelig medicinsamtaler. Det er lettere at fange de nystartede på medicin så dem prøver vi altid at få fat i. Øhm og selvfølgelig også hvis man mærker en kunde man har haft gentagende gange, ved er kroniker og som er forvirret over medicin eller lignende så opfordrer man jo til en samtale. Øhmm... TPI er noget vi skal blive bedre til synes jeg personligt, men det er også fordi at for

		mig er det lidt en mærkesag at jeg er overrasket over at vi får kunder herved igen og igen og hvor vi spørger har lægen instrueret dig og nej det har de egentlig ikke. A: mmh IP1: Og de ikke engang ved hvordan devicen ser ud ikke? A: Jo IP1: Så er det er sådan et lille område for mig jeg gerne vil prøve at, at gøre bedre i hvert fald. A: Ja og så prøver du at promovere det lidt ekstra? IP1: Ja og lige nu er jeg ved at gøre klar, for pga. corona har vi ikke kunne lave TPI på samme måde, det er vi jo ved at komme ud af nu kan man sige. A: Ja IP1: Så nu er jeg ved at lave vores lager om til, har vi alt for at vi kan tilbyde det, har vi alle kollegaer har vi et sæt, hvem mangler at blive recertificeret, sådan så vi jo rent faktisk også får noget ud af at lave TPI'er ud over at vejlede kunden ikke? A: Jo, jo IP1: Så det er jeg lige ved at få styr på A: Ja, øhmm nu tænker jeg sådan lidt på medicingennemgang, det er jo en sundhedsydelse som kunden selv skal betale for. Er det noget i tilbyder på apoteket? IP1: Ikke noget imens jeg har været der, som nogle kunder har været interesserede i. A: Nej IP1: Eller har spurgt ind til eller vi aktivt har promoveret fordi det koster lidt penge. Da jeg var på apoteksopholdet hvor jeg blev udlært, der lavede vi en enkelt hvor en kunde kom ind aktivt og sagde " Jeg vil gerne have det og jeg vil gerne betale for det". Og så lavede man det jo, men jeg synes at det er sjældent, som regel så laver man en udvidet medicinsamtale altså man siger skal vi se på det og så snakker vi generelt om den medicin de tager og lignende og prøver sådan lige at kigge igennem. Vi får lov til at gå ind på FMK eller lignende ikke. Så så vi prøver lidt mere at drage det ind i medicinsamtalerne fordi hvis de kendte til det, så er de som regel ikke villige til at betale det. A: Nej IP1: Det er for dyrt A: Mmh ja, hvordan øhm, nu er du jo så selv farmaceut og det lyder ikke til at du har fået den der genordinationsfunktion IP1: Ikke endnu A: Nej, men fungerer det på jeres apotek, gør i brug af det? IP1: Ja, det gør vi. Ja, jeg synes at det fungerer. Som regel er det jo typisk den der p-piller ikke de kommer ind. og så er det jo at de som regel at inden vi begynder at præsentere dem for det så lige hører ind til, jamen har du til i morgen eller til i overmorgen eller hvis det er i weekenden, jamen har du lige til de næste par dage. Hvis de har det så, så giver det ofte ikke mening altså vi giver dem muligheden, men det giver ofte ikke mening og at de skal betale det gebyr alligevel, så er det lettere at de lige ringer til lægen. Men det kan være her i sommerferien der har vi haft lidt flere - det er en akut situation, de skal afsted i morgen, okay men enten har vi en behandlerfarmaceut som kan lave det med det samme eller så kan vi ringe til en kollega indenfor den anden fillial og sige kan vi lave den her telefonisk. Så vi har faktisk haft nogle hvor de har sagt at det vil de gerne betale og lige bruge de der
--	--	---

		minutter fordi de kan nå at få fat i lægen og hvis de så skulle vagtlægen, vil det så overhovedet kunne få recepten så ikke. Så især i de her hvor det skal ske nu, der kan sagtens være hvor folk benytter sig af muligheden. A: Ja og er det, kommer folk ind fordi de ved at de har den mulighed eller er det så fordi i tilbyder det? (06:22) IP1: Det er meget få, der ved at de har den mulighed. Der er enkelt der kom ind og sagde "nej, men kan i ikke lave?" Nå men så havde kunden nok prøvet det før. Så skal man jo selvfølgelig lige sikre sig at kunden har fået det ordineret hos lægen i mellemtiden, øhh men ofte kender de ikke muligheden. Så siger vi at vi har faktisk mulighed for det her og op til mindste pakning og sådan noget og så hvis det er noget akut, så siger de faktisk ja til rundt regnet den der 20er de betaler i gebyr ikke. A: Ja IP1: Så det er de faktisk rimelig åbne for, igen hvis de ikke lige har til dagen efter eller skal ud og rejse eller lignende. Har de til et par dage derhjemme, så er de sådan ej, jeg kontakter min læge. Og det er også de vi anbefaler så, fordi det er lettere, så er lægen inde over det. A: Så hvordan fungerer det så, nu ved jeg godt at du ikke er behandlerfarmaceut, med lægen i forbindelse med den her sundhedsydelse - har i fået nogen ligesom klager fra læger? IP1: altså som regel er lægerne positive, for når man har lavet den, så laver man en korrespondance til lægen om at man har gjort det. Øhmm ofte får vi faktisk et svar tilbage om "det lyder godt" eller "det er fint" eller et eller andet. Jeg har kun en enkelt gang oplevet hvor vi fik en tilbagemelding om at, det var fordi kunden lige havde skiftet læge og det var vi ikke klar over, så kunden havde ikke været hos den nye læge endnu, og derfor fik vi en "jeg har ikke set kunden eller patienten endnu" så var de sådan ahh det var de ikke helt tilfredse med, men det var et præparat som ikke havde nogen betydning eller sådan noget, så de fulgte bare op på det ikke. Så jeg tror kun at vi har haft den ene, hvor det ligesom var ahh, vi skal lige være lidt obs på det der hvis de skifter læge ikke. Men ellers er det altid positive tilbagemeldinger fra lægerne. Der er ikke nogen sure miner på den måde. A: Nej IP1: De er sådan ellers ville de nok have haft en sur patient måske i røret "Hvorfor har du ikke lagt den ind" Så der der tror jeg også det hjælper lidt på humøret. A: Så det er ligesom den aktivitet i har med lægerne? IP1: Ja
Introduktion til mulig ny sundhedsydelse	08:32-12:06	A: Nå men så skal lidt til det her screening for halsbetændelse IP1: mmh A: Øhm og det handler egentlig om at man som normal kunde kan komme ind på apoteket og sige at man har ondt i halsen. Så skal man så inde på apoteket ligesom diagnosticere eller finde ud af om patienten har en infektion med en gruppe A streptokok som kan give antibiotika for eller om patienten bare eller ikke bare har en virus som man ikke behøver at give antibiotika for øhm. Og så er der ligesom nogle kriterier man skal opfylde og de hedder CENTOR-kriterierne, som er feber, hævede og ømme lymfeknuder på halsen, om man har belægninger på de her tonsiller nede i halsen, og om man ikke hoster, og så hvis to ud af fire af de her kriterier opfyldes, så kan man så lave den her antigen test, hvor man så kan påvise

		om det er streptokok A eller ej og det er sådan en hurtigtest, som tager ca 5 minutter at få svar på. Så lidt ligesom de her Covid-19 kviktest. A: Hvad er dit førstehåndsindtryk, når du lige hører om det her? IP1: Altså umiddelbart, så er det sådan at jeg ville tænke "Ok hvad er fordelene for kunden og hvad er fordelene for sundhedsvæsenet, hvis man kan sige det sådan. Så hvis man kigger på kunden først, for det er det jeg altid synes er det der skal være i fokus det er okay er det her en sundhedssygdom som regionen betaler eller er det noget kunden selv skal betale for" øhh kommer det her til at give mening med hensyn til at kunden altså hvor ofte vi får positive og negative svar fordi hvis vi får et positivt svar går jeg ud fra at kunden stadig skal forbi lægen og vi har mange og lige nu her i sommerferien, hvor vi har kunder der siger "jamen jeg har prøvet at ringe til lægen, vi sidder i kø og kan ikke en gang komme derned og få en tid fordi de har ferie og sådan noget, der ville det give god mening at de kunne komme forbi os først og få det afklaret om skal du overhovedet en tur til lægen, men hvis en høj procentdel slår ud og du ved at det er de klassiske man ved næsten det er det ok men så skal de jo både en tur forbi os og en tur forbi lægen. Så det er lige sådan at se det i sammenhængen ok giver det mening for kunden og så igen pris, er det noget de er villige til øhhm og så er der jo så sundhedssystemet, man kan sige apoteket vil altid arbejde på at blive mere integrerede, vi vil gerne være en fast del af sundhedsvæsenet, så hvis det her er noget at lægerne bruger rigtig meget tid på at få afklaret og testet, jamen så giver det jo god mening, jamen kan vi lave den screening først og så kun lukke de kunder der har en positiv test forbi dem og derfor udelukke en masse der kun har en virus og som bare skal hjem at slappe lidt af og bare have noget paracetamol og lignende ikke. Øhmm, eller er det mere arbejde kan man sige, så det er lige at kigge på de to punkter både for kunden, giver det mening for dem, aflaster og så er det jo også det med kriterierne du siger feber det kan vi hurtigt spørge ind til, vi kan måske også hurtigt spørge ind til om de er ømme eller noget, men vi skal jo også ligge en grænse med at vi jo selvfølgelig ikke skal ind og diagnosticere men at det er kriterier vi hurtigt kan aflæse, fordi det er jo lægens del. Men der er jo nogle ting som farmaceuter og farmakonomer godt kan. Altså er du øm i halsen hoster eller har du feber det kan vi jo hurtigt afklare, så jeg kunne godt se at det kunne blive implementeret, men det er hele tiden fordele og ulemper giver det mening for kunden i sidste ende ikke.
Scenarie 1	12:06-19:50	A: Jeg synes det er nogle virkelig gode betragtninger du har taget ind, fordi jeg vil faktisk lige præsentere dig for 3 scenarier, hvor man ligesom kunne sige ok, hvordan og hvorledes og du nævner faktisk nogle ting som jeg også ville sige. Så øhm, hvis vi har scenarie 1 her at hvis en patient kommer ind på apoteket og en farmaceut eller farmakonom spørger ind til de her symptomer og så vurderer man ud fra de her kriterier, for det er en test lægen også laver, altså det er præcis på samme måde. Og som sagt hvis man har de her CENTOR-kriterier under 2 så kan man måske bare rådgive patienten om noget lindrende håndkøbsmedicin og ikke bruge penge på at lave denne her test IP1: Jaja A: Hvor imod hvis de scorede over 2, så det her med at det du også selv foreslår, så henvis patienten til videre undersøgelse hos lægen. Så det er egentlig det her screeningsforløbet, man kunne have. Og det snakkede du også lidt om, men nu har jeg lige lavet nogle spørgsmål til det her. Kunne du se det her scenarie blive udført i

		praksis på apoteket? IP1: Det kunne jeg godt, fordi det er jo nogle gange det vi også gør. Altså kunder kommer ind med et eller andet, de siger at jeg skal have et eller andet mod det her. Vi ser på det og så enten vurderer vi "ok det er noget du kan tage noget smertestillende for, du skal lige holde øje de næste par dage og hvis det bliver værre skal du tage til lægen, så det er et scenarie vi møder på forskellig vis også der kommer ind hvor vi tænker "øhm det er rigtig fint at du tænker at du bare skal have noget creme, jeg vil hellere sende dig direkte til lægen fordi det der er altså noget der skal ses på. A: Ja IP1: Så selve det her scenarie kunne jeg godt se kunne fungere, det tror jeg sagtens vi vil kunne udføre. A: Ja og tænker du at farmaceuter og farmakonomer kunne udføre det her på lige basis? IP1: Som udgangspunkt ja, for det er nogle faste kriterier og farmaceuter kan sagtens og farmakonomer kan også, så skulle det være, hvis der var noget tvivl, en der var lidt atypisk, så kunne man enten lave en procedure der hedder jamen så skal de bare til lægen eller sige så skal en af farmaceuterne se om de har noget ekstra viden omkring det eller så, så som så er det til lægen hvis vi er i tvivl med det mindste. A: Jo IP1: Det jeg sådan kunne blive lidt nervøs over sådan generelt med det her generelt, det er om der er nogle scenarier, hvor normalt når de går til lægen og de bliver screenet for det her om der så er noget mere lægen ved, nåmen her er det nok noget helt andet vi skulle undersøge. Noget underliggende sygdom som vi ikke har viden om. Man kan sige selvfølgelig ville vi altid sige hvis det går på, så skal de tage til lægen alligevel altså hvis det er over en længere periode ikke, og å kan det være at man fager dem op alligevel ikke A: Ja IP1: Men det er der måske altid nogle der kan falde igennem kan man sige, når de kommer ind til os og vi prøver så vidt muligt at rådgive dem så er der nogen som måske skulle have været til lægen i forvejen ikke A: Ja, så det kunne måske lidt være IP1: ja, men det er jo en lille procentdel højst sandsynligt. Altså det her det tror jeg sagtens vi kunne både farmaceuter og farmakonomer, sådan dag til dag uden det helt store. A: Tror du det vil kræve at man skabte et tættere samarbejde med lægen? Når apoteket nu skal til at tilbyde, ok vi kan lave den her ydelse, vi finder faktisk ud for jer læger at, vi får lidt færre patienter til lægen, fordi vi nu kan hjælpe nogen IP1: Altså man kunne inkorporere det her som vi også bruger med behandlerfarmaceuten, korrespondancer i større grad sådan at hvis vi får en positiv test eller måske også bare en negativ test så, at vi faktisk sender et respons. Umiddelbart vil jeg sige at det skulle ske kun med positiv til lægen og skriver at vi har faktisk udført den her test selvfølgelig med kundens samtykke, øhh og giver svaret til lægen, så de har den og de har alle oplysningerne på det ikke A: Jo IP1: og så kunne det jo være at i en hektisk periode efterårssæson eller hvornår det her mest fremtræder ligesom influenza at man har lidt større kommunikation med
--	--	---

		lægen med måske lægen opdager nogle ting og så kommunikerer de til os at vær lige obs omkring de her ting eller lignende ikke A: Jo IP1: Så generelt kan vi godt have et bedre sammenhold på alle punkter og det her kunne måske være vejen til at.. her giver det mening at vi snakker lidt mere sammen, hvis kunden kommer først hos os, du er selvfølgelig den faste læge, så kunne det godt være at vi skulle have lidt korrespondancer frem og tilbage. Men igen vi er jo kun det er mere apoteket der er begrænset i hvilken information vi må få end at vi jo faktisk mp give meget til lægen, kan man sige ikke. Men almindeligt kunne man jo godt snakke lidt frem og tilbage. Så i princippet kunne det være en måde at få kommunikationen op at køre på A:Ja, ja og så starte med det her IP1: Ja A: Skrive vi har testet din patient og patienten er testet positiv IP1: Ja og vi har sendt lægen (Patienten) til opfølgning hos dig. A: Tror du i kunne udføre dette scenarie på dit apotek, hvis det blev indført i morgen. Selvfølgelig ved jeg at der skal ligge noget underliggende træning i forhold til hvad for nogle kriterier er det, hvad for nogle kriterier skal man kigge på, hvad er det der er vigtigt. Men sådan umiddelbart inde på apoteket IP1: Rimelig hurtigt, altså man kan sige hvis ma skulle lave noget ekstra så kunne man have, altså vi har jo eksempelvis en ekstra skranke, som vi ikke rigtigt bruger. Så kan man sige, så kan man referere kunderne til herover for i det tilfælde de er syge og man ikke vil smittesprede ikke A: Ja IP1: Men som udgangspunkt så er det jo bare nogle ekstra spørgsmål, hvor det jo bare er med i den daglige skrankesamtale A: Ja IP1: Så det ville ikke være et problem, det kunne vi ret hurtigt implementere A: Der kan jo muligvis være en brugerbetaling, hvis sådan en ydelse skal implementeres, ligesom vi også har set ved nogle andre sundhedsydelser ikke, men tror du borgeren ville benytte sig af ydelsen hvis der kom en brugerbetaling på? IP1: Jeg tror det vil være i situationer hvor kunden selv har prøvet at kontakte lægen og af en eller anden årsag, det er en hektisk tid så kan de ikke komme til lægen, og så tænker de okay men så apoteket tilbyder det også for en 20 er eller et eller andet, så går jeg ned og får taget denne test på apoteket, så jeg lige får ro i sjælen over er det det ene eller andet. Skal jeg skubbe på hos lægen eller er det bare mig der har lidt ondt i halsen ikke, for vi har nogle gerne også mænd over 50 men også ældre, hvor de tænker, ej jeg går jo lige og holder øje og for nogen af dem er det måske en dårlig ide at de bare lige går og giver den uge ekstra inden de kommer til lægen ikke, men så længe det ikke er, nu har vi jo nogle som på grund af en økonomisk situation kan have det anderledes end andre, men så det ikke påvirker dem på den måde, altså prisen, så tror jeg sagtens at hvis de ikke kunne komme igennem hos lægen så prøver de lige apoteket. A: Ja IP1: Øhm men de ville nok prøve igennem lægen først fordi det er betalt A: det er det, lige præcis IP1: Men aflaster du jo også på de rigtige situationer, for hvis lægen ikke har travlt, så kan de jo godt tage dem ind, men hvis lægen har travlt, jamen så kan de aflaste
--	--	---

		ved at tage dem. Så undgår man spidsbelastning ikke A: Jo lige præcis og udnytter kompetencerne som man har IP1: Ja og kapaciteten der ikke A: jo. Så vil du kunne se dig selv udføre denne ydelse ud fra dette scenarie? IP1: Ja, jeg synes faktisk at det minder rigtig meget om man fx kommer ind og spørger om at de skal have en næsespray og vi så spørger om det er forkølelse eller allergi og så spørger vi ind til for at få klarlagt om det er det ene eller andet. Det er det samme, det er jo bare nogle andre kriterier vi spørger ind til. A: Lige præcis IP1: Så det vil jeg sagtens kunne se
Scenarie 2	19:50-29:59	A: Der er tre scenarier, så vi kører det næste. Så kan man sige at der skrues lidt mere op for det og så går man så ind og siger, det her er det samme igen med CENTOR-kriterierne under to så ligesom rådgive patienten omkring håndkøbsmedicin. Men hvis de scorer over to, så laver man denne her test. Og hvis testen, streptokok A testen er negativ, så kan man ligesom sige man kan både rådgive patienten omkring noget lindrende håndkøbsmedicin, men hvis man føler, hvilket måske også kan være en udfordring at man skal henvise patienten til egen læge for yderligere undersøgelser. Men hvis denne test er positiv så kan man henvise patienten til egen læge for ordination af antibiotika. (20:56) Så den har lige den lille ekstra ting med at man laver testen på apoteket. Og så igen så kommer der igen lige et par spørgsmål. Hvordan vil du kunne se dette scenarie blive udført i praksis? IP1: Altså det er jo meget, jeg tænker faktisk vi kunne udføre det præcist som vi gør det når vi influenzavaccinerer, altså vi har et lille set-up, vi har et lille afgrænset sted på apoteket hvor der er sådan lidt privat, hvor man så udfører testen. Og så vil der lige være 2 stole hvor de kan sidde og vente i 5 minutter eller hvor lang tid det tog til man lige får svaret. Øhm og jeg kan godt lide at der er denne her, for det var det jeg sagde, vil der være nogle der falder igennem som man måske skulle have sendt til lægen ved tvivl ikke og det er der jo rent faktisk her ok den er negativ, de scorede teknisk set over men men du kan godt mærke på dem at det var ikke halsbetændelse, jamen så er det jo lindrende medicin og hvis du føler at der kunne være nogle flere kriterier eller de fortæller nogle symptomer hvor man tænker det er ikke de typiske, det er ovre i den atypiske, der kunne være et eller andet her. eller bare man har den mindste tvivl eller du rådgiver og siger giv det et par dage med det her håndkøbslægemiddel og fortsætter det eller bliver det værre så er det man siger at selvom den er negativ så skal du kontakte lægen. Så der kan jeg godt lide at de scenarier er med fordi det dækker så den del af. Men jeg tror godt vi kan teste det det her set-up ligesom vi vaccinerer ikke. A: Og tror du med dette scenarie at man kan skabe et samarbejde med lægen? IP1: Ja A: Eller tror du man skal have lægen med inde over? IP1: Det er jo så her hvor jeg så synes at man skal lave korrespondancer lige meget hvad om den er positiv eller negativ ikke. Så bare det man har udført testen, så spørger man lige "Er det i orden at jeg lige skriver til lægen?" Jamen og så skriver man til lægen at den man har udført. At kunden er kommet ned med de her symptomer og den har så været negativ eller positiv og man har dermed henvist dem til lægen eller man har henvist dem til at de skal sådan og sådan i næste

		periode ellers så skal de jo gå til lægen. Og så ligger man jo også op til at hvis lægen har noget mere information om denne her kunde noget bagvedliggende sygdomslignende så kan de jo faktisk kontakte kunden og sige vi er informerede om at du har taget denne her og den er negativ, men vi vil gerne have dig ind til en konsultation. Så giver man ligesom lægens, deres faglighed der vurderer de, vi har bare lavet en screening egentlig en udvidet screening, men en screening for dem. Øhm så det er ikke nødvendigvis at det ligger op til mere samarbejde og kommunikation end den forrige men måske lidt alligevel. Fordi vi er farmaceuter, så ved vi jo også meget om det her antibiotika kun bruges når det skal bruges. Og det her vil jo også være et perfekt område for os for virkelig også at få lagt en god bliver det så også kun brugt når det skal. Jeg ved godt at lægerne de også er begyndt nu så de er selvfølgelig, de skal have testet positiv før de giver det. De giver det ikke bare længere men her vil det også være hvor vi kan skubbe lidt på noget, hvis vi ser kunden komme ned igen nåmen skulle man så omlægge til noget andetog sådan noget. Vores faglighed om antibiotika kunne blive brugt lidt mere ikke i samråd med lægen, hvis de har brug for. For man får jo startet en samtale vi giver det her tilbage og siger de er testet positiv vi anbefaler derfor at kommer til konsultation hos jer og få en ordination på antibiotika. Kunne man lave en lille stikbemærkning på hvad en standard antibiotikabehandling var, og hvis de havde de mindste spørgsmål selvom de selvfølgelig også har deres kilder, så kunne de jo skrive tilbage et eller andet. A: Ja IP1: Og så kunne man jo starte en kommunikation. Øhh så det er en måde at åbne døren lidt til, vi er her hvis i har nogle spørgsmål. A: Ja, jo IP1: I stedet for at de skal igennem hele deres kæde, hvis de skal have information A: Ja og at vi farmaceuter ved, ok der er noget antibiotika som man ved der skal bruges IP1: Nemlig, Så der kan vi hurtigt, måske lidt lettere ligge op til noget samarbejde A: Jam, vil du tænke t både farmaceuter og farmakonomer vil kunne tilbyde denne ydelse? IP1: Jaer, vi begynder at nærme os lidt grænsen ikke. Om det er en farmaceuter der skal gøre det A: Lave testen? IP1: Ja altså hvis det er som en almindelig næsepodning, så kunne en farmakonom jo sagtens jeg tænker bare på om alt efter den er negativ eller positiv så kunne det være at man. Det kan også være at man kunne lave et standard set-up, og så er det lige til og så gør farmakonom den på lige fod. Men der kunne komme nogle situationer hvor man gerne vil differentiere lidt. Men som udgangspunkt tænker jeg at man godt kan lave et set-up så alle kan gøre det. så skal der bare være mulighed for, ligesom der er i dag at farmakonomer har i dag, er der tvivl så skal de lige tage fat i deres kollega ikke. Det skal jo også næsten sættes op så farmakonomer kan gøre det fuldt ud, fordi vi har filialer som kun er farmakonombemandede eller lignende og det skal helts gå lidt tjept, det skal ikke være sådan at man hele tiden skal ligge i telefonen med en anden eller man skal bemande med en farmaceut for at det skal kunne gøre. Selvom jeg foretrækker at der er en farmaceut til stede. Så for at det er helt funktionelt dygtigt i Danmark så skal det jo også ligge op til at farmakonomer kan gøre det.
--	--	---

		A: Fordi det er helt præcis som du også siger det, hvis det var en ydelse som man skal kunne tilbyde på alle filialer. IP1: Lige netop. Du skal kunne komme ind fra gaden og sige jeg skal testes, og så kan du bare komme ind på det nærmeste ikke. Det er jo det folk udnytter i dag. Vi har mange faste kunder, men vi har også mange der kommer ind og siger "åhh ej, jeg vidste ikke der lå et apotek her". Altså og det er det vi skal udnytte, vi har alle mulighederne til dem lige på gadeplan. A: Tror du, hvis man også skal tage det her med brugerbetaling ind, tror du det vil have en betydning? IP1: Igen alt afhængig af hvor det ligger, og an på den enkelte kunde. Er det noget de tænker, nå det er en flad tyver eller 30 noget du ved de bare kan ligge uden at tænke over det, så tror jeg ikke det bliver et problem. Men er det noget hvor de tænker A: 200 kroner, IP1: Ja det vil nok vær en lidt dyr fornøjelse, så især hvis den også var positiv og lægen så yderligere vil et eller andet for lige at bekræfte eller noget ikke. Så det vil være, også fordi i en sæson kan du godt risikere at du gerne vil testes 2-3 gange, okay at du så på 4-5 måneder smider 600 kroner er måske lige lovlig, og hvis så det er ældre eller lignende, nogle har ekstra medicintilskud eller lignende, dvs. de har ikke råd til at ligge den brugerbetaling. Så vi skal nok ligge under en halvtredser for at de fleste nok gerne ville gøre det, og over så skulle det gerne være nogle særlige der siger "Det gør ikke noget de skal bare testes for at være sikker" så dem vil vi også have nogle af der ikke tænker over prisen. Men de fleste vil tænke over prisen hos os i hvert fald. A: Hvordan ville du så have det hvis du skulle udføre denne ydelse, hvordan vil du have det med at man skal til at pøse folk, der kan være syge? IP1: Så længe jeg har mine værnemidler så vil det være fint, så længe jeg har mundbind og visir på og har jo selvfølgelig handsker på, jeg står med dem oppe i ansigtet til dagligt, så jeg vil faktisk have det bedre med at vide at ok du er faktisk i risiko, jeg tager mine forholdsregler og så tager vi testen og finder ud af det end jeg kunne stå med en potentiel syg som jeg ikke vidste. Og lige nu pga. Corona kan man jo sige at vi har jo stadig vores plexiglad og lignende, så vi har lidt afstand. Men vi står jo stadig ude i kunderummet med kunden. og især nogle ældre, de er jo helt tætte på en. Så det vil ikke gøre det meget anderledes end en almindelig efterårssæson, det vil det ikke A: Nej, så du kunne godt se dig selv udføre denne ydelse. IP1: Jaja det vil ikke gøre noget. Der måske være nogle enkelte man har nogle medarbejdere der er i risiko eller lignende, som vil sige det vil de ikke. Det er jo så også helt i orden ikke, men størstedelen af os vil godt kunne gøre det. og ofte så er vi jo selv, det er jo influenza og lignende der er vi jo selv vaccinerede mod ting og sager ikke. Så hvis vi bliver syge, jamen så er det ligesom alle andre, så er det et par dage i sengen og så er det det. Så det er mere for vores arbejdsgivere at de mærker at vi ikke bliver mere syge, altså det tror jeg ikke vil gøre men hvis man begyndte at se en tendens med at vi faktisk blev smittede mere og faktisk lagde os syge, så er det jo faktisk noget der belastede ikke. A: Jojo, det kan jeg godt se, at man så derfor skal til at have flere medarbejdere, for at kunne give den her ydelse IP1: Ja, men vi er jo ude omkring i vores almindelige privatliv, så vi er jo udsat for
--	--	--

		det på samme måde som alle andre.
Scenarie 3	29:59-41:53	A: Det er jo det. Så er der det sidste scenarie her og vi har lidt bygget op til det her ved hjælp af de to andre scenarier, men at man nu kan få, hvis den her streptokok A test er positiv, at så en farmaceut kan ordinere antibiotika til patienten ved hjælp af den her protokoludlevering, som på den samme måde som behandlerfarmaceut fungerer. Så her har faktisk med at man på apoteket kan få lavet hele proceduren i stedet for at man skal til lægen IP1: Som farmaceut kunne jeg jo blive rigtig glad for hvis vi kunne komme dertil hvor vi også kunne få lov til at afhjælpe denne her situation. På grund af at antibiotika er så skærper eller overvågningsmæssig især både på vores side men også på andres, så ved jeg ikke om vi er kommet dertil endnu at en behandlerfarmaceut kan få lov til det. Men jeg så rigtig gerne scenariet at så længe at man kunne inde i journalføring vise at der var en positiv test, at man så kan give en standardbehandling og så når den standardbehandling var slut, så skulle de enten vurderes igen eller skulle til lægen for ligesom at at sige er det så overstået ikke. Det kunne være genialt men jeg ved ikke helt om lægerne vil afgive den del. Om vi kunne få udvidet behandlerfarmaceuten til at indeholde antibiotika. Men jeg så gerne at vi kom dertil. Måske ikke nu, men så måske en dag hvor vi gradvis får mere på behandlerfarmaceuten og det jo så også er den her helt standard, vi skal have en positiv test og så er det den her standard dosis de får, og er der en mindste at de er uden for kriterierne, så skal de til lægen, hvis de skal have noget specialiserende. Så skal vi jo også sikre at patienten kan oplyse os om de er allergiske eller noget for antibiotika eller lignende, har nogle allergier og at der ikke er noget underliggende, men så er det bare det, kan der være noget underliggende som vi ikke har adgang til journalmæssigt, som kunne påvirke den behandling. Som udgangspunkt er der vel ikke det helt store som kunden ikke selv ved, så jeg kunne godt se scenariet, hvor vi kunne give standardbehandlingen. A: Og ud fra FMK lige tjekke op er der noget der står at de ikke kan tåle IP1: Så ville der jo stå en CAVE A: ja, lige præcis IP1: Hvis de var allergiske overfor et eller andet, og man så giver standarden og hvis så kunden giver nogle informationer, som skal pege i at de ikke kunne få standard eller plejer at få noget andet når de har den her type type sygdomme, nå men så kunne man sige at så er det ikke os der kan gøre det, så skal de til lægen fordi de skal have en udvidet kombi et eller andet ikke. Jeg så gerne det scenarie, men jeg er måske lidt skeptisk om det kan lade sig gøre at få det igennem indenfor en fremtidig tidshorisont ikke. Nemlig fordi det var en så stor kamp at få behandlerfarmaceut igennem, med en begrænset liste som det jo nu var ikke. Så hvis listen skal til at udvides og især hvis den skal indeholde antibiotika, så skal der skubbes lidt på. Men jeg så gerne at man kunne især i en afgrænset periode igen, ligesom influenzavaccinen siger - fra denne her periode til denne periode der er der max pres på, det er sygehusene, det er de praktiserende læger med de her halsbetændelser, lad os give give apoteket lov til i denne her periode at gøre det, men kun i denne periode. Og så kan man sige at det er de atypiske, hvis det er på andre tider af året, men det er kun her vi har en stor mængde, det er kun her de må. Det kunne være en mellemvej og så starte med at se om vi kunne håndtere det som

		vi jo ofte gerne vil teste. Hvis vi kan håndtere det så kan man så måske senere udvide ikke. Men det skal jo være med henblik på at aflaste dem og så kan man argumentere for at det sker fra 1. oktober til 1. februar ikke. Hvornår det nu lige er oftest de her problemer er. Og igen er de i risikopatienter med KOL eller lignende, så skal de slet ikke forbi os, så skal de forbi hos egen læge ikke. Så der kan være nogle ting der hvor vi kan gøre det muligt. Jeg ved ikke om vi skulle have adgang til noget omkring noget sygdom, for at være sikker på at vi ikke giver noget. Det er jo standardbehandling. Ej, det kunne vi nok godt (Er lidt usikker i talemåden) A: Og hvis vi nu skal kigge igen på om det er en farmakonom eller farmaceut, som skulle udføre scenariet. Hvordan kan du se den fordeling eller er det noget der skal deles op? IP1: Ja, så ville det være en opdeling. Man kan sige de sagtens kan lave podningen vil jeg heller ikke kun se noget problem i at de kunne lave. Hvis den er negativ så fortsætter de bare med mindre de har noget et eller andet de gerne vil have med inde over. Hvis det derimod er en positiv test så skal den over til os. Det kan man sagtens sige, og hvis man skulle lave ordinationen og selvfølgelig også korrespondancen og lignende ikke. Man kan sige om hvis man også skulle lave en korrespondance på den negative, så kunne farmakonomeren også lave korrespondancen. Hvis man gerne vil have det er en behandlerfarmaceut der tager den første snak ikke. Det kan også være at man laver en korrespondance, hvis patienten kommer på apoteket og testen er negativ, så kunne farmakonomeren også godt lave den. Uden det helt store ikke. Det kunne være en okay opdeling at lave at hvis den er negativ så tage farmakonomeren den hele vejen er det en positiv skal man lige forbi farmaceuten og få lavet en ordination. A: Tænker du så at det skal ligge inde under behandlerfarmaceuten? IP1: Det vil være det letteste. Også fordi det kan ikke bare være en farmaceut, det skal være en der har styr på journalføring og lignende og det er inde under behandlerfarmaceuten, så det vil være det letteste at implementere at man sætter den under behandlerfarmaceut. Vi er jo mange behandlerfarmaceuter og der kommer jo endnu flere til i takt med at vi andre også får erfaring ikke. Jeg tænker at det bliver meget normalt at farmaceuter også er behandlerfarmaceuter på apotek. A: Tror du det her scenarie kan være med til at skabe mere samarbejde med lægen. IP1: Jaer, det er lidt ligesom scenarie 2 egentligt. At vi siger at vi har en positiv og vi enten anbefaler behandling eller siger vi har ordineret den her standardbehandling åbner døren til at hvis vi vælger scenarie 3 hvor vi rent faktisk ordinerer noget, så skal vi have en besked tilbage. På den måde har åbnet dialogen lidt mere op i forhold til scenarie 2 hvor vi lagde op til at lægen kunne svare tilbage, men at det egentlig lå i lægens hænder. Hvor man kan sige at her skal vi have en bekræftelse tilbage at lægen siger ok og at det er noteret eller at lægen siger at patienten har været forbi eller et eller andet. At man lige får en bekræftelse på at nu har vi rådgivet om det her, men nu er det også sket ikke, så vi ligesom får afsluttet fra vores side ikke. Men samtidig døren åben til om der skal være en snak frem og tilbage for patienten kommer måske her igen eller de har haft en dialog, eller at vi skal opmærksomme på et eller andet i fremtiden, så åbner man døren ikke. Så det ville måske være lidt nemmere her for at man skal have et svar fra lægen. Eller skal vi gøre noget for at sikre at vi ligesom får den bekræftelse ikke. Så vi ligesom er den drivende kræft i at der skal komme et svar tilbage ikke. A: Og tror du i vil have tid til at kunne lave de her test?
--	--	---

		IP1: Altså vi skulle jo nok lige og især hvis det falder ind under samme periode som vi influenzavaccinerer, skulle lige planlægges. Og det kan da godt være at der i en periode at man finder ud af at der er nogle tidspunkter på dagen eller ugen hvor vi skal bemande lidt mere og så skal det jo inkorporeres. Eller at man måske sagde at visse dage gør man det ene eller gør man det andet ikke. Altså fastlægge et tidspunkt for kunden og så sige at på den del af ugen kan man det, og så ellers lave nogle akutte tilfælde. Det kan være at influenzavaccination at man planlægger det lidt mere og så er det her lidt mere ind ad døren ikke. Så det skulle koordineres hvis perioden skulle sammenfalde. Hvis det bare var generelt, så ville det være noget vi godt kunne, men igen så ville det være noget fra apotek til apotek, hvor man lige skulle måle på om det kræver mere bemanning, men igen er det en sundhedsydelse vi også tjener på så er vi jo også interesserede i at bemande til at udføre den. Også økonomien i det, så så længe at vi ikke overbemander, bare for at stå tilgængelig men bemander bare til at udføre sundhedsydelsen, så vil vi jo nok gerne gøre det. Jeg kunne ikke se nogle apoteker der ville sige nej tak til muligheden for en sundhedsydelse der gav bedre både for kunden, bedre netværk for sundhedsvæsenet og samtidig med at man også tjener nogle penge på det. A: Tror du det kunne lade sig gøre, på apoteket. Tænker du at der skal de samme midler til som i scenarie 2. Skal apoteket indrettes anderledes? IP1: Nej, for det at udføre testen er jo ligesom scenarie 2, vi kan jo sagtens havde det indrettet på samme måde som vi vaccinerer, så det vil være fint nok. Ja, der skulle sættes lidt tid af til at lave selve ordinationen, men det er ligesom hvis der kom en der skulle bruge behandlerfarmaceuten. Det er jo 5 minutter måske, måske skulle vi lige have afdækket det lidt mere ikke. Men det burde ikke være mere tid end det til at udføre det. Så derfor burde derfor ikke som sådan tage mere tid. Som sagt kan der være nogle tider på døgnet hvor vi tænker at vi skal bemande lidt mere fordi der er jo også de almindelige kunder der kommer ind, udover den her ekstra ydelse i den her periode ikke. Men ellers ikke meget mere ekstra end hvad vi er vant til. A: Tror du patienten vil betale for det? IP1: Nogle patienter vil jo slet ikke tænke over det og bare betale, men vi har også en del som vil opveje prisen. Især også hvis det er en gang om efteråret, så er det måske lettere at betale og især hvis de ikke kan komme igennem lægen og hvis de er nervøse overfor er det nu det her, så vil de bare gerne have det afklaret. Det er måske noget familie eller noget, som er i risiko for at få en slem lungebetændelse, så vil de måske gerne et eller andet ikke. Men vi vil helt klart have mange hvor alt over en halvtredser det lyder lige i overkanten, og så er det vidst bedre at vente indtil at man kan komme til lægen. A: Men tror du de vil være mere motiverede for scenarie 3 hvor man faktisk får et svar og får ordineret noget medicin til noget behandling? IP1: Ja, for det vil jo sikre at de ikke også vil skulle forbi lægen bagefter. Hvis de får en positiv, og det vil helt klart motivere nogle. I stedet for at vi siger, jamen så kan du blive testet her og hvis du er positiv så skal du forbi lægen. Så er man sådan at hvis jeg alligevel skal forbi lægen, så kan jeg lige så godt vente lidt i kø og så få en tid hos lægen og så tage hele turen der. Kan vi derimod sige at hvis du er positiv, så kan vi se på om du skal have noget antibiotika og så kan vi også ordinere det her. Så vil de sige fint, så er dagen jo overstået, så kan jeg komme hjem med det samme med det jeg har brug for og blive rask. Så det ville helt klart motivere mere, hvis vi
--	--	--

		kunne lave den fulde service. Så skal det kun være dem der er nervøse overfor det og siger jamen jeg har ikke noget imod det hvis jeg skal til lægen efterfølgende, jeg skal bare have et svar nu. Dem vil der også være nogle af, men det vil være mindretallet, vil jeg mene.
Scenarier og borgere	41:53-43:30	A: Hvilket af de tre scenarier tænker du at borgeren vil synes bedst om, når du tager udgangspunkt i de sundhedsydelse i tilbyder i dag, når de kommer ind fra gaden? IP1: Et sted mellem scenarie 2 og 3. Scenarie 1 laver vi på sin vis i skranken når vi spørger ind til om det er det eller det og om de skal til lægen eller ej. Scenarie 2, hvor vi ikke laver ordinationen vil for nogle være helt fint for det med medicin og ordination vil de alligevel have en snak med lægen om. De har det bedst med at det er deres læge, som kender dem og det giver jo også god mening, de har jo typisk mere viden om underliggende ting. Det er jo typisk ældre eller folk med andre sygdomme, så de vil jo faktisk selvom scenarie 3 var muligt hellere forbi lægen. Fordi de vil have deres læge ind over det og så er der dem der er trætte af deres læge eller ikke kan komme igennem til deres læge, som bare vil elske scenarie 3, fordi de bare kan komme ind på apoteket ti minutter efter er det hele overstået og så har de ikke siddet i kø i en halv time i telefonen og desuden heller ikke siddet i kø i en halv time oppe hos lægen. Selv hvis vi havde en travl dag, så vil ventetiden være på at kvarter-tyve minutter så vil ventetiden alligevel være kortere tid, så længe de kunne sidde ned eller noget, så ville de have det fint med det. Så det kommer lidt an på hvilken type kunde, men de fleste ville nok helst have scenarie 3. Og igen så er de nok også villige til at betale lidt mere for dette, da de ikke skal hele den tur op til lægen.
Samarbejde med læge	43:30-49:05	A: Hvis ma så skal kigge lidt mere på lægen. Har i et samarbejde med lægen nu vil du sige på apoteket? IP1: Ikke en bestemt, hvor de spørger os om noget eller vi spørger dem om noget. Vi har jo kunder fra vidt omkring. Hvis man nu havde et apotek i et sundhedshus eller lignende, så er der jo en fast læge tilknyttet, så ville du måske have lettere ved at have et samarbejde der. Ja, vi har patienter der kommer fra visse læger, det er nogle af de samme, men den eneste kontakt vi har jo er når vi laver korrespondancer. Det er jo meget sådan at vi giver en besked og de giver en bekræftelse eller et lille spørgsmål og det er det. Der er ikke meget samarbejde. Det er kort og kontant og der er ikke meget der ligger op til yderligere dialog. A: Lægerne spørger ikke jer til råds? IP1: Nej, så bruger de deres egen. Hvis de har noget kompliceret, så har de deres egne kilder de kan ringe til, hvor der også i visse tilfælde sidder farmaceuter i den anden ende ikke. Men ikke apotek for det jo privatejet, så vi må ikke få de samme oplysninger, Så det gør de ikke. A: Tror du det kunne styrke samarbejdet eller tror du at det så bare var en ny ydelse som apoteket fik og så måtte lægen afskrive noget af sit ansvar? IP1: Det kan jo ende lidt i begge situationer og sker sikker også at begge situationer sker samtidigt. Det kommer nok an på hvor du lige er og hvilket apotek det drejer sig om, der vil være nogle steder hvor lægerne bare siger, jamen det er os der gør det. Og vi har ikke kontrol over det når i gør det. Og det kan der i sin vis også være noget der er rigtigt i. Der kan også være nogle apoteker der tænker at vi kører service og vi tjener på det, ja det er også for kunden, men at man ikke er

		interesseret at blive integreret i sundhedsvæsenet på samme måde, man driver bare et apotek. Hvor jeg synes det kunne lægge op til at vi kunne blive en bedre del. Vi kan komme ind at sige at vi kan aflaste her. Hvornår har i brug for os, vi kunne blive en medspiller. Her kan vi hjælpe jer. Ligesom vi også troede vi kunne gøre med Covid-19, hvor vi troede at vi kunne få en masse vacciner, så var vi jo også klar. Vi har vaccinatører, vi har farmaceuter - sig til så står vi gerne og gør det på apoteket hvis det er. Og vi har også viden om hvis der skulle ske nogen ting og holde øje med folk ikke. Så der var vi jo også klar, vi vil jo gerne være en spiller der kan gå ind og hjælpe og have et samarbejde om det så er i daglig dialog med lægen, ikke nødvendigvis. Det kan bare være aflastning af spidsperioder, hvor vi så kan se om vi kan filtrere nogen fra eller kan vi med en service øge selve sundheden generelt hos kunderne og lignende og bare være den del som lægen måske ikke altid har tid til eller lignende eller bare være tilgængelig til der hvor kunden er modtagelig overfor informationen. Det er de ikke altid hos lægen, man får en masse afvide, men vi tager det i bidder i den enkelte situation. Begge scenarier og måske også begge scenarier samtidig, kan man nok ikke undgå, vi ved jo alle sammen at apoteker arbejder forskelligt ikke. Vi er nogenlunde på samme bølgelængde, men der er jo nogen der nogen gange har en lidt anden holdning ikke. Jeg tror at det sagtens kan medvirke til et lidt større samarbejde, men jeg tror også at der er nogen læger som ikke helt er villige til at de får kontrollen. De får kontrollen her. Men så er det jo bare at behandlerfarmaceuten kun må give behandlingen en gang, det skal være minimumsperioden, alt derudover det skal være lægen. A: Og det skal være et af de to forskellige lægemidler som kan gives for halsbetændelse. IP1: Ja og jeg tænker at i Danmark, der har vi jo kun en standardbehandling for den. Er det ikke kun et? Umiddelbart ville jeg sige at det kun skulle være det ene. A: Det skal så være at hvis man har penicillinallergi at man kan give et andet alternativ IP1: Ja, det vil give mening, men der vil jeg måske være lidt påpasselig om vi så skulle ind og give, hvis der var den allergi eller om det så skulle være en læge? Hvis der sker en situation, hvor lægen ikke skal få en besked to dage efter men skal være med til at ordinere det her, for det er dem der i sidste ende har ansvar for patienten. Så det kunne man måske godt snakke om, at vi kunne give noget i det tilfælde de er allergiske, men det kan også være at vi siger at det er et scenarie hvor lægen skal tage over. Det ville jeg måske lige her i starten, at det er kun hvis de kan tåle en standardbehandling at det er det vi giver og så kan vi se om vi også kan håndtere resten ikke? Det går ikke at man starter en eller anden ny sundhedsydelse op og så er der en sag. Vi skal også være sikre i vores ikke. Det kunne være en del hvor vi bliver en større del af sundhedsvæsenet eller en større samarbejdspartner. Ikke bare en der kan hjælpe en gang imellem, men en som er der fast til, og så kan man jo også i det vi varetager det her, så åbner vi jo også døren til at vores behandlerfarmaceuter kan endnu mere og vores behandlerfarmaceuter kan endnu mere. Ligesom man ser i England og lignende ikke, der ser man jo et helt andet scenarie, hvis du er farmaceut ikke. Så måske?
Antibiotika	49:05-52:40	A: Hvis vi her til sidst skal kigge lidt på antibiotika. Tror du at denne sundhedsydelse kunne være med til at have en indflydelse på den mængde af udskrevet antibiotika? (49:30)

		IP1: Det kan jo teknisk set gå i begge retninger, fordi i udgangspunktet vil jeg altid kunne håbe på at vi kunne hjælpe med at mindske, fordi vi kun må give det i et tilfælde hvor testen var positiv. Der er ikke nogen tvivl om at de får det i forkerte tilfælde, der er ikke nogen negative der får det fra os. Man kunne jo så også risikere at der var nogle der måske ville gå med en halsbetændelse der reelt havde brug for antibiotika, men fordi de var unge og friske alligevel gik lidt i sig selv, så måske fik man givet mere end man skulle. Men som udgangspunkt hvis de er positive så skal de jo i behandling. Så på den måde ville jeg kun se at det kunne mindske det, fordi der bliver kun givet i de tilfælde. Så er det jo bare det der med at man fanger flere ikke, men jeg har ikke noget imod at vi bruger lidt mere af den standard smalspektret antibiotika i de her perioder, så længe at vi kan hindre at vi fanger dem hurtigt måske og kan hindre at de ikke skal ud i at de udvikler noget værre og at de ikke skal ud i en kombination bredspektret eller lignende ikke. Så på den måde kan vi jo, øger vi måske lidt den bredspektrede brug men vi mindsker, nej vi øger det smalspektret men mindsker det bredspektrede. Nemlig sådan så vi ikke kommer ud i multiresistente bakterier. Jeg tror kun vi kan have en positiv indflydelse på den udvikling vi gerne ser i forbruget, helt klart fordi vi jo får de præcise kriterier, fordi vi jo på ingen måde er interesseret at give hvis vi er i tvivl om det, så må de altså forbi lægen, hvis der skulle være noget. Men det er jo også hvor sikker er testen, den skal jo være rimlig sikker? A: Jo, dem jeg har læst om har en sikkerhedsprocent på 96% procent, så det er ret højt. IP1: Det er en god procent. Det er så meget få vi kommer til at give ved et falsk positivt svar. A: Men tror du der er nogle der vil udnytte det her mere? Hvis de tænker at de har lidt ondt i halsen, de gider ikke gå til lægen ok så gpr de ind på apoteket i stedet for. Tror du på den måde at der er flere der vil komme i behandling? IP1: På den måde ja, jeg tror vi vil fange flere, det vil være mere tilgængeligt, det vil være mere overskueligt for dem at gå ind og blive testet, så igen det kan være der vil være flere der kommer i behandling, men det kan jo være at nogle af dem vil have været endt ud i et værre sygdomsforløb, fordi de ikke fik startet behandlingen tidligt, selvfølgelig meget få der ikke ville kunne komme sig bagefter, så jeg kan kun se at det er positivt at vi fanger lidt flere i starten. End ikke at fange dem overhovedet, men jeg tror mere det er folk der tænker, åhh bliver det her værre og derfor må jeg hellere lige blive testet, eller skal jeg ud til nogen hvor jeg kunne tage det med og smitte dem, derfor må jeg lige blive testet altså hvis det er nogle forholdsvis sunde og raske der bare lige har lidt ondt i halsen. Altså der skal lidt til tror jeg før de ville gå ind og blive testet, medmindre det bliver som vi ser det her med Corona. Hvis de bare havde lidt ondt i halsen, tror jeg også at jeg ville ende med at rådgive at de skulle give det en dag eller to mere. Hvis man ikke har nogle store symptomer, hvis man lige er villig til at give det en dag ekstra, hvis man ellers er sund og rask.
Scenarier i forhold til nuværende sundhedsydelse og afslutning	52:40-59:48	A: Nu har du jo fået præsenteret de her tre scenarier og har dine tanker om denne sundhedsydelse kunne implementeres på apoteket ændret sig IP1: Lidt i starten inden jeg havde fået de informationer du lige kom med, skal man tage en sundhedsydelse mere ind uden at jeg synes at man har fået oppe de nuværende sundhedsydelse på et godt plan. Skal man tage mere, skal man kunne

		gøre mere inden man har sikret sig det man har i forvejen. Men jeg er sådan lidt at hvis det her opvejet til kundens fordel at de har det godt med det, så opvejer det at vi kan aflaste nogle perioder i sundhedsvæsenet, så er jeg helt klar på at så skal vi nok finde plads til det og vi skal nok kunne udføre det. For vi har mere tid tror jeg da i hvert fald end praktiserende læger til det, så det kunne jeg åben over for. Men samtidig synes jeg at vi ikke skal miste fokus på det vi har i forvejen. Generelt synes jeg for apoteker at vi skal oppe os på sundhedsydelser, for det er der vi viser at vi kan være en del af sundhedsvæsenet. Vi skal være, vi skal tage os sammen, hvor mange sundhedsydelser har vi fået lavet i denne måned, giver det mening at vi ikke har fået lavet så mange? Er det fordi der er ferie? Eller er det fordi vi faktisk lige har glemt at have fokus der? At høre kunderne om det er noget de er interesserede. Så så længe det giver mening for alle parter at vi gør det. Så ville jeg sige go for it. Men så længe der er usikkerhed omkring det, ville det aflaste, er kunden interesseret i det? Så skulle vi måske nok se det lidt mere an. Og som du selv nævner, det andet data fra Europa er jo ikke helt færdigt endnu, men igen det er jo også et andet land, det er jo også et andet scenarie i Danmark. Det er sådan lidt at hvis vi skulle prøve det kunne vi lige så godt komme i gang, fordi ville jo være lidt anderledes. Det er jo bare en pegefinger de andre data. Giver det overhovedet mening at sætte i værk. Undersøg det mere om det kan aflaste og om lægerne var interesserede i at gøre det her, og så ville jeg sige at apoteket altid er åbent for muligheden. Det er ikke os der skulle overtales helt, det er nok mere den anden side. Og især om vi er i scenarie 2 eller om vi er helt oppe i scenarie 3. Du har præsenteret det godt og alle punkterne er med så der ligger jo stort set en procedure her hvis vi skulle starte det, det er jo noget mere specifikt der skulle i punkterne, men vi kunne jo hurtigt lave en procedure for det hvis det var aktuelt og vi skulle have det på apoteket. A: Det som du også at apoteket måske lige skulle have lidt mere fokus på de andre sundhedsydelser. Hvorfor tror du det er så svært at tilbyde? IP1: Jeg tror det er en blanding mellem at der er rigtig mange kunder der bare kommer ind og siger at de skal bare have det der og sådan er det, hvis du begynder at præsentere noget mere for dem så er de ikke interesserede. Der er selvfølgelig nogle tidspunkter på dagen hvor vi har travlt, hvor det kunne være svært at overskue at bruge 4 minutter med en kunde, når der står mere end 5 i køen ikke eller lignende. Det kommer lige på an hvad det er for et apotek eller hvis der står 15 i kø. Men nu er det bare noget sundhedsydelse, som vi har sagt at vi gerne vil og som vi har kompetencerne til og jeg synes bare at vi skylder at vi også giver det noget mere fokus, men også bare fordi at jeg nok har erfaret med kunder hvor jeg tænkte - uhh der er sket en misforståelse her mellem lægen og kunden. Der er virkelig et eller andet de ikke har fået snakket om med det her nye medicin. Det skal vi lige have en snak om så de kan få taget det ordentligt. Eller TPI, de har faktisk troet at de har taget det fuldt ud, men de har aldrig blevet instrueret i, hvordan de skal tage det. Eller jeg havde en ældre som bruger spacer og det viser jo at hun har meget svært ved at bruge den, hun har ikke meget lungekapacitet, hun kan ikke suge så godt og så får hun en turbobaler, hvor det kræver mest sugkraft. Og jeg tænker åhh, her kunne vi have en snak, en snak hun så videre kunne have med lægen, men hvor sådan kunne vi have fanget det her tidligere? Hvis vi nu havde lavet en TPI på hende tidligere, kunne vi have set at hun kunne knap nok suge op af den. Okay vi skulle nok have en snak om at hun skulle over på en spacer
--	--	---

		eller noget andet, for det her giver ikke mening, hun får ikke noget ud af den. A: Vil du så kunne skrive det som en korrespondance til lægen? IP1: Det er måske det vi skal til. At jeg ikke bare giver informationen videre med patienten, for så er det patienten selv skal sikre at informationen kommer til lægen. Og hvornår kommer de til lægen næste gang og husker de samtalen. Især når det er med ældre vi har med at gøre. Jeg har da også nogle enkelte kunder der siger, kan du ikke lige skrive det ned for mig? Jo, gerne og skulle det have været en korrespondance i stedet for? Det kan godt være at vi skulle blive bedre til det, men det kræver også at lægen er villig til at vi ikke stormer dem med alle mulige beskeder men at vi får klarlagt, hvad er det egentligt de er interesserede i at vide og er det bare når vi synes at der er noget der er vigtigt at vi kan give en korrespondance til jer og så vurderer i selv om i vil gå videre med det eller hvordan. Det kan godt være at det er der vi først skal have kommunikationen på plads. At vi melder os selv på banen og siger vi vil gerne starte det her så får vi oppet nogle ting, lægerne er måske også mere opmærksomme på at vi kan tilbyde de her ting, så kunden kan komme ned og få det gjort og så kan vi hurtigere ligge flere ting på og så er vi ikke bare et apotek der sælger medicin, men så er vi en masse faglighed der kan tilbyde det ene og det andet. Jeg synes der er mange apoteker der har styr på det, men når man ser hvor mange medicinsamtaler og TPI'er der bliver gjort, så kan man jo godt se at der er nogle i den dårlige ende og i den gode ende ikke. Vi skal måske lige have løftet bredt ud over det hele ikke. Det er jo os hver især der er ansvarlig for det, men også ledelsen generelt ikke, er det noget apoteket er interesseret i at løfte?. Så det er nok fordi jeg har lidt kærlighed til de ydelser vi har i forvejen, som jeg gerne vil have oppet. I forhold til at jeg er lidt tilbageholdende med om vi kan tage en ny ydelse ind, uden at glemme de gamle ikke. Men igen hvis det giver mening for de folk der er involveret, så giver det mening. Jeg kunne ikke se folk der ikke var interesseret i det. A: Er det noget her til sidst du lige vil give en afsluttende bemærkning på? IP1: Næhh, jeg synes egentlig vi kom godt rundt om det. Jeg kunne godt lide det her (peger ned på scenarierne) Selvom vi nævnte mange punkterne i forvejen, så fik vi alligevel gennemgået dem her, hvor vi fik snakket videre.
--	--	--