

Forside

Eksamensinformation

SFAK00S01E - Specialeopgave - Kontrakt:151790
(Andrei-Daniel Staicu)

Besvarelsen afleveres af

Andrei-Daniel Staicu
xtv562@alumni.ku.dk

Eksamensadministratorer

Eksamen Nørre
eksamen-noerre@adm.ku.dk

Bedømmere

Lotte Stig Nørgaard
Eksaminator
lotte.norgaard@sund.ku.dk
☎ +4535336101

Mira Mahmoud El-Souri
Censor
mso@pharmakon.dk
☎ +4548206162

Besvarelsesinformationer

Titel: Sygdomsopfattelse ved Afhentning af Vederlagsfri Medicin - En undersøgelse af patienters sygdomsopfattelse ved overførsel af afhentning af vederlagsfri medicin fra sekundær- til primærsektoren

Titel, engelsk: Illness Perception Associated with Outpatient Medication Collection - A study of patients' illness perception during the transition of outpatient medication collection from secondary to primary care

Tro og love-erklæring: Ja

Indeholder besvarelsen fortroligt materiale: Nej



Specialeprojekt

Andrei-Daniel Staicu (xtv562)

Sygdomsopfattelse ved afhentning af vederlagsfri medicin

En undersøgelse af patienters sygdomsopfattelse ved overførsel af afhentning af vederlagsfri medicin fra sekundær- til primærsektoren

Vejleder: Lotte Stig Nørgaard

Dato: 16. juni 2025

Institutnavn: Institut for Farmaci
Afdelingsnavn: Social and Clinical Pharmacy
Forfatter(e): Andrei-Daniel Staicu
Titel og evt. undertitel: Sygdomsopfattelse ved afhentning af vederlagsfri medicin
Vejleder: Lotte Stig Nørgaard
Dato: 16. juni 2025
Antal tegn: 89.030

Forord

Dette speciale, ”Sygdomsopfattelse ved afhentning af vederlagsfri medicin”, markerer afslutningen på min farmaceutuddannelse ved Københavns Universitet. Projektet er udført i perioden februar 2025 til juni 2025 i samarbejde med SCP-gruppen (Social and Clinical Pharmacy), København Sønderbro Apotek og Region Hovedstadens Apotek.

Jeg vil gerne udtrykke min dybfølte taknemmelighed over for mine tre vejledere: Lotte Stig Nørgaard (SCP), Susanne Overmark Bendixen (København Sønderbro Apotek) og Simon Schytte-Hansen (Region Hovedstadens Apotek), for deres uvurderlige støtte, inspiration og dedikeret vejledning gennem hele forløbet. Tak for jeres tid, engagement og for at I har været med til at formidle projektet videre til jeres respektive netværk.

En særlig tak går til de studerende på Studieophold på Apotek og deres vejledere, som med stort engagement har bidraget til dataindsamling og analyse. Deres indsats har været afgørende for projektets gennemførelse. Derudover takker jeg Thomas Croft Buck, styregruppen i Netværk for Udvikling af Apotekspraksis (NUAP), samt de deltagende apoteker for deres interesse, større og praktisk hjælp undervejs.

Afslutningsvis vil jeg rette en stor tak til alle de patienter, der har deltaget i interviews og i spørgeskemaundersøgelsen. Tak fordi I har afsat tid til at dele jeres oplevelser og dermed bidraget til udviklingen af vederlagsfri medicin afhentning.

Abstract

Background: Illness perception influences how patients manage their condition, adhere to treatment, and interact with healthcare providers. In the Capital Region of Denmark, the dispensing of outpatient medication is shifting from hospitals to community pharmacies, increasing accessibility. However, the impact of this change on illness perception remains unknown. Greater insight could contribute to optimizing healthcare services and patient engagement.

Purpose: This study examines how the transition from secondary to primary care in the dispensing of outpatient medication affects patients' illness perception, focusing on key dimensions such as timeline, consequences, control and emotional representation. Additionally, the study aims to identify areas for improvement to strengthen patient experience, treatment outcomes and satisfaction.

Methods: The study employs a mixed-methods approach, combining questionnaires and semi-structured interviews. Data collection is conducted by pharmacy students during their internships in both primary and secondary care, who have undergone training sessions to ensure high data quality. Quantitative data is analyzed descriptively, while interviews undergo thematic analysis to explore how the transition to primary care influences patients' illness perception.

Results: Interview findings indicate that the dimensions of consequences, control, timeline and emotional response are most relevant in relation to collecting outpatient medication. Patients experience the change in collection location differently. Those collecting medication at community pharmacies reported higher perceived control and lower perceived severity, whereas patients at the hospital perceived lower risk of deterioration but also lower control over illness and treatment, alongside higher perceived severity. There was disagreement about proposed improvements, except for a consensus on allowing patients to choose their collection site.

Conclusion: Collection of outpatient medication at community pharmacies is associated with lower perceived severity and stronger sense of control over illness and treatment, reflecting an atmosphere characterized by normality and increased flexibility. Collection at outpatient clinics results in a more positive outlook on illness progression, which reflects a high level of trust in hospital-based care. The findings indicate a need for more flexibility and broader implementation in community pharmacies.

Resumé

Baggrund: Sygdomsopfattelse påvirker patienters håndtering af sygdom, behandling og kontakt med sundhedsvæsenet. I Region Hovedstaden overgår udlevering af vederlagsfri medicin fra hospital til primærsektorapotek, hvilket øger tilgængeligheden, men effekten på sygdomsopfattelse er ukendt. Øget indsigt heri kan bidrage til optimering af sundhedsydelser og styrket patientinddragelse.

Formål: Studiet undersøger, hvordan overgangen fra sekundær til primærsektor ved udlevering af vederlagsfri medicin påvirker patienters sygdomsopfattelse, med fokus på centrale aspekter af sygdomsopfattelse, som konsekvenser, kontrol og følelsesmæssig oplevelse. Derudover identificeres mulige forbedringsområder for at styrke patientoplevelse, behandlingsresultater og tilfredshed.

Metode: Studiet benytter en mixed-methods tilgang med spørgeskemaer og semistrukturerede interviews. Dataindsamlingen udføres af farmaceutstuderende på studieophold, både i primær- og sekundærsektoren, som har gennemgået træningssessioner for at sikre høj datakvalitet. De kvantitative data analyseres deskriptivt, mens interviewene tematiseres for at undersøge, hvordan overgangen til primærsektoren påvirker patienternes sygdomsopfattelse.

Resultater: Interviewresultaterne peger på, at dimensionerne konsekvenser, kontrol, tidslinje og følelsesmæssig oplevelse er mest relevante i relation til afhentning af vederlagsfri medicin.

Ændringen i afhentning opleves forskelligt af patienterne. På apoteker i primærsektoren er der rapporteret højere kontrol og lavere opfattet alvor, mens på ambulatorier blev der oplevet lavere risiko for forværring, men også lav kontrol over sygdom og behandling samt høj opfattet alvor. Der var uenighed om de foreslåede forbedringer, med undtagelse af muligheden for selvbestemmelse over afhentningssted.

Konklusion: Afhentning af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren er forbundet med en lavere opfattet sygdomsalvor og en styrket oplevelse af kontrol over sygdom og behandling, hvilket afspejler en atmosfære præget af normalitet og øget fleksibilitet. Patienter som afhenter i ambulatoriet, udviser derimod en lavere opfattet risiko for forværring af sygdommen, som er et udtryk for høj tillid til hospitalets behandling. Resultaterne peger på et behov for mere fleksible afhentningsløsninger og en bredere implementering af ordningen på apoteker i primærsektoren.

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
ABSTRACT	4
RESUMÉ	5
1. FORFORSTÅELSE	9
2. INTRODUKTION	10
3. BAGGRUND	11
3.1 Vederlagsfri medicin	11
3.2 Implementering af medicinbokse på hospitaler	11
3.3 Implementering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren	12
3.4 Nationalaftale om vederlagsfri antipsykotika	13
3.5 Sygdomsopfattelse.....	14
3.6 Studieophold på apotek	14
3.7 Patientgrupper	14
4. PROBLEMFORMULERING	16
5. METODE	17
5.1 Organisering og præsentation af projektet	17
5.2 Design.....	19
5.2.1 Interviewguide	19
5.2.2 Spørgeskema	20
5.2.3 Træning og instruktion af studerende	23
5.2.4 Pilotforsøg.....	23
5.3 Dataindsamling	24
5.3.1 Interview	24

5.3.2 Spørgeskema	26
5.4 Dataanalyse	27
5.4.1 Dataforberedelse	27
5.4.2 Tematisk analyse.....	28
5.4.3 Frekvensanalyse.....	28
5.4.4 Kvantitativ analyse.....	29
6. RESULTATER.....	30
6.1 Deltagelse.....	30
6.2 Frekvensanalyse.....	31
6.3 Tematisk analyse.....	33
6.4 Spørgeskemaundersøgelse.....	37
6.4.1 Demografiske resultater	37
6.4.2 Sygdomsopfattelse	39
6.4.3 Tilfredshed	44
6.4.4 Ændringsforslag.....	44
7. DISKUSSION	46
7.1 Metodediskussion.....	46
7.1.1 Aktionsforskning.....	46
7.1.2 Organisering.....	46
7.1.3 Den kvalitative del	47
7.1.4 Den kvantitative del	49
7.2 Diskussion af resultater	51
Generaliserbarhed	52
1. Hvilke elementer fra Leventhal's Common Sense Model er centrale i vurderingen af sygdomsopfattelsen hos patienter der modtager vederlagsfri medicin?	52
2. Hvordan vurderes de centrale elementer fra Leventhal's Common Sense Model af patienter som henter vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren, ambulatorier og fra medicinbokse?	54
3. Hvilke ændringsforslag har patienterne til afhentningen og hvordan er disse forslag vurderet af andre patienter?	56
8. KONKLUSION.....	58

9. PERSPEKTIVERING.....	59
9.1 Vederlagsfri medicin på international plan.....	59
9.2 Fremtiden for vederlagsfri medicin i Danmark.....	59
10. REFERENCER	61
11. BILAG.....	65

1. Forforståelse

Min interesse for apoteket opstod relativt sent i mit studieforløb, nærmere bestemt i slutningen af 2021, da jeg begyndte at arbejde i dosis-afdelingen på København Sønderbro Apotek. Det, der oprindeligt var tænkt som et midlertidigt studiejob, udviklede sig hurtigt til en karrierevej med sigte mod en fremtid som apoteksfarmaceut, og senere apoteker.

Min første kontakt med begrebet ”vederlagsfri medicin” skete under et studieophold hos apoteker Susanne Overmark Bendixen. Under opholdet blev jeg involveret i det daværende projekt om implementering af ordningen på apoteker, og det vakte min nysgerrighed og førte til, at jeg løbende har fulgt projektets udvikling og ønsket aktivt at bidrage til det. Det betyder at jeg, allerede før projektets start, havde en omfattende viden om både praktiske og strukturelle forhold omkring ordningen samt et godt kendskab til den organisatoriske kontekst og samspillet mellem primær- og sekundærsektoren.

Min tætte tilknytning til feltet indebærer en risiko for bias, både i data fortolkning og analyse. Jeg har derfor gjort en aktiv indsats for at minimere denne påvirkning ved at arbejde systematisk med refleksioner og selvevalueringer af mit arbejde. Validering af metoder og processer har løbende været i fokus, gennem sparring med mine tre vejledere, som er tilknyttet henholdsvis den akademiske verden, primærsektoren og sekundærsektoren.

Jeg gik ind i projektet med en forventning om, at afhentningen af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren vil være den mest foretrukne løsning, og at denne afhentningsform vil være forbundet med en mere positiv sygdomsopfattelse end ved afhentning fra ambulatorium eller medicinboks. Allerede tidligt i dataindsamlingen blev det dog tydeligt, at patienternes oplevelser og vurderinger er langt mere nuancerede end jeg oprindelig troede, og at afhentningsformen har forskellig betydning, alt efter individuelle behov og sygdomssituationen. Dette har bidraget til at udvide mit perspektiv og understreger kompleksiteten i samspillet mellem afhentningsform og sygdomsopfattelse.

For mig fortsætter eventyret med vederlagsfri medicin også efter specialets aflevering, med en ansættelse på København Sønderbro Apotek, hvor en del af mine opgaver vil være relaterede til det videreimplementeringen af ydelsen på de danske apoteker.

2. Introduktion

Når man tænker på afhentning af medicin, er det ofte apoteket, der først kommer i tankerne. Det er derfor nærliggende at antage at al medicin udleveres herfra. Imidlertid gælder dette ikke for en stor gruppe patienter, der modtager vederlagsfri medicin via hospitalet. I Danmark betyder behandling i sygehusregi, at patienten kan modtage medicin uden egenbetaling, men dette forudsætter ofte afhentning på hospitalet, enten i ambulatoriet eller via medicinbokse placeret på hospitalets område. Siden sommeren 2023 har et pilotprojekt i Region Hovedstaden, i samarbejde med Danmarks Apotekerforening, muliggjort afhentning af vederlagsfri medicin på udvalgte apoteker i primærsektoren [1]. En efterfølgende undersøgelse blev udført på 603 patienter for at undersøge tilfredsheden ved den nye afhentningsform. Resultaterne viste at 84% af patienterne som hentede vederlagsfri medicin på et nærapotek, var i høj grad tilfredse med ændringen, og at 60% af alle patienterne foretrak at hente vederlagsfri medicin på et apotek i primærsektoren [2].

Flere studier har påvist at sygdomsopfattelse har en betydning for helbredsudfald. Blandt andet peger en systematisk gennemgang af Parfeni et al. på en korrelation mellem sygdomsopfattelse og dødelighed blandt patienter med nyresvigt [3]. Tilsvarende finder Sawyer et al. i en gennemgang af over 30 studier, at sygdomsopfattelse spiller en rolle i patienters helbredsudfald [4]. Hovedparten af denne forskning fokuserer imidlertid på sygdomsopfattelse i relation til sygdommens karakter eller ændringer i hospital-baseret behandling og derfor ikke på ændringer i afhentningspraksis. Der mangler derfor viden om hvordan ændringer i afhentningsform og lokation påvirker sygdomsopfattelsen, især i en dansk kontekst.

Udover at opnå en dybere forståelse af patienternes sygdomsopfattelse, har projektet også til formål at identificere områder, hvor patienter efterspørger ændringer, samt at undersøge deres forslag til, hvordan afhentningen af vederlagsfri medicin, uafhængigt af om det sker på et apotek i primærsektoren, i medicinboks eller ambulatorium, kan forbedres.

Målgruppen for dette projekt er forskere inden for samfundsfarmaci, Danmarks Apotekerforening, sygehusapoteker i alle danske regioner, Amgros, grossisterne og andre aktører som er involveret i implementering af vederlagsfri medicin.

3. Baggrund

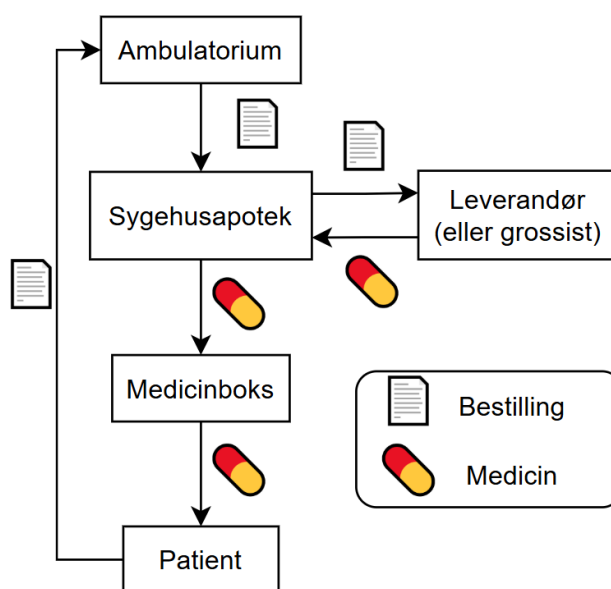
3.1 Vederlagsfri medicin

Alle borgere i Danmark har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin. Medicinen som man modtager på hospitalet under indlæggelse, er altid gratis og det samme gælder andre former for behandling [5]. Vederlagsfri medicin er lægemidler, der udleveres uden egenbetaling til patienter, som ikke er fysisk indlagt, men som fortsat modtager behandling fra hospitalet i ambulant regi. Ordningen er reguleret af regionerne og fastslår at sygehuse kan udlevere medicin uden beregning til patienter, når det vurderes nødvendigt for deres behandling [6, 7]. For at sikre en ensartet praksis i Danmark, opretholder regionerne en national liste over lægemidler der kan udleveres vederlagsfrit, samt de sygdomme, som disse lægemidler anvendes til behandling af [8].

3.2 Implementering af medicinbokse på hospitaler

Udlevering af vederlagsfri medicin var frem til nu foregået direkte fra sygehusapoteker eller specialafdelinger via ambulatorier. I marts 2020 blev der gennemført et pilotforsøg med medicinbokse i Thisted, hvor patienter selvstændigt kunne afhente deres medicin [9]. På baggrund af forsøgets succes er ordningen nu blevet implementeret på sygehuse i alle regionerne [10, 11].

Patienter få muligheden for at afhente deres medicin i en medicinboks, hvis hospitalet vurderer at det er forsvarligt for behandlingen. Medicinen bestilles fortsat via ambulatoriet, hvor patienten oplyser, hvilken medicin der ønskes afhentet, hvor den skal hentes og hvornår. Herefter placeres medicinen i medicinboksen, hvor den kan afhentes enten af patienten selv eller af en pårørende. Adgangen til boksen sker ved brug af en engangskode sendt via SMS, kombineret med de sidste 4 cifre i



Figur 1 Bestilling af vederlagsfri medicin med afhentning fra medicinboks

patientens CPR-nummer [12]. Figur 1 illustrerer processen fra bestilling af medicinen til endelig afhentning.

3.3 Implementering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren

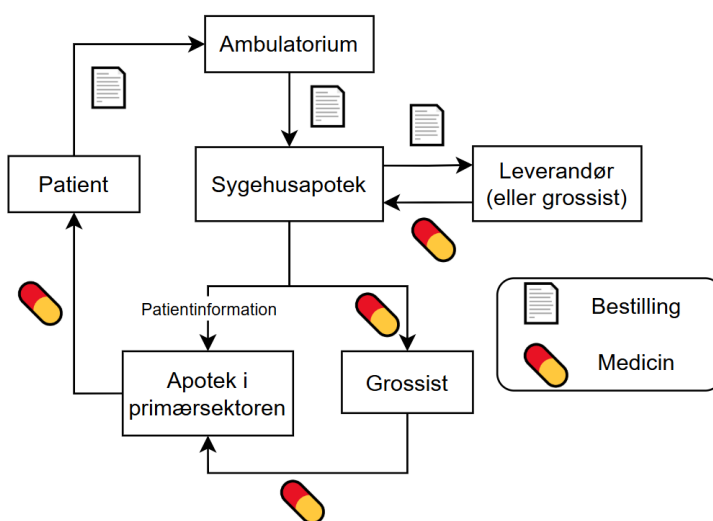
I forbindelse med sundhedsreformen i 2022 blev der nedsat en arbejdsgruppe hvor både Danmarks Apotekerforening og Danske Regioner var inddraget. Formålet med arbejdsgruppen var at identificere områder, hvor private apoteker kunne varetage flere opgaver. Som en del af dette arbejde blev udlevering af vederlagsfri medicin via apoteker i primærsektoren afprøvet i sommeren 2023 på København Sønderbro Apotek. Projektet var et samarbejde mellem Danmarks Apotekerforening (Hovedstadens Kreds), Region Hovedstadens Apotek, Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme på Rigshospitalet-Glostrup, AMGROS, Nomeco og TMJ. Formålet med projektet var at identificere udfordringer og løsninger i udleveringen af vederlagsfri medicin fra apoteker i primærsektoren [1]. Efter en indledende afprøvning på København Sønderbro Apotek blev forsøgsordningen udvidet til samtlige apoteker i Planområde Syd. Figur 2 viser en oversigt over de 8 deltagende apoteker.



Figur 2 Primærsektorapoteker i Planområde Syd

Hospitalet vurderer også, om en patient må afhente vederlagsfri medicin på et primærapotek. Medicinen bestilles på samme måde som før, ved at kontakte ambulatoriet, som lægger en bestilling hos sygehusapoteket. Sammenlignet med medicinboks, er logistikken for at bringe vederlagsfri medicin til apoteker i primærsektoren mere kompleks, fordi processen indebærer et yderligere eksternt distributionsled.

Det kræver koordinering mellem primær- og sekundærsektoren samt sikre procedurer, der garanterer korrekt kobling mellem patient og medicin. Figur 3 viser en forenklet fremstilling af processen.



Figur 3 Bestilling af vederlagsfri medicin med afhentning på apotek i primærsektoren

En lignende kortlægning af udfordringer er i øjeblikket i gang på Vejle Sct. Thomas Apotek, hvor projektet er igangsat af primærsektorapoteket og et sygehusapotek. Processen minder i store træk om den i Region Hovedstaden, men der er enkelte væsentlige forskelle:

1. Medicinen leveres ikke af de to grossister, men direkte fra sygehusapoteket.
2. Der er fastlagt et beløb på 40 DKK per udlevering, som betales af sygehusapoteket og ikke af regionen. (I Region H er beløbet per udlevering endnu ikke fastlagt).

Disse forskelle skyldes forskellige organisering og geografiske forhold. Trods dette, er der et tæt samarbejde mellem projekterne med henblik på en mulig fremtidig national udbredelse.

3.4 Nationalaftale om vederlagsfri antipsykotika

Grundet et stor overlap mellem antipsykotiske præparater der anvendes i sekundærsektoren, og præparater som forhandles på apoteker i primærsektoren, er der lavet en national aftale mellem regionerne og Danmarks Apotekerforening. Aftalen trådte i kraft i januar 2025 (detaljerne af aftalen kan ses i Bilag 1:) og gør det muligt for patienter at hente udvalgte antipsykotiske lægemidler vederlagsfrit, direkte fra apoteket. I modsætning til hospitalssendt medicin, udleveres disse lægemidler fra apotekets eget lager, mens udgiften refunderes af regionen. Regionen vedligeholder en liste (Bilag 2:) over de godkendte antipsykotiske lægemidler, som kan udleveres under ordningen. Listen opdateres løbende, i takt med faglige og administrative vurderinger.

3.5 Sygdomsopfattelse

Sygdomsopfattelse spillede en marginal rolle i sygdomsforståelse og behandlinger op til 1970'erne, hvor George Engel introducerede den biopsykosociale model (1977). Modellen integrerede biologiske, psykologiske og sociale aspekter i forståelsen af sygdom og lagde fundamentet for sundhedspsykologi som fag [13]. Interessen for sundhedspsykologi voksede i takt med udbredelsen af teorier såsom *Theory of Planned Behavior* og *Common-Sense Model of Illness Representations* (CSM), som beskrev, hvordan individer danner mentale repræsentationer af sygdom og hvordan disse påvirker håndtering af egen sygdom og adfærd [14, 15].

I 1996 publicerede Weinman et al. det første *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), baseret på CSM, hvilket muliggjorde en standardiseret kvantitativ vurdering af sygdomsopfattelse [16]. Dette værktøj blev centralt i den empiriske forskning. Senere blev Brief IPQ udviklet som en forkortet version af IPQ, hvilket gjorde det muligt at vurdere sygdomsopfattelse hurtigt og effektivt, særligt i klinisk praksis og større kvantitative studier [17].

3.6 Studieophold på apotek

Studieophold på apotek er en obligatorisk del af kandidatuddannelsen i farmaci fra Københavns Universitet. Formålet med opholdet er at give farmaceutstuderende praktisk erfaring med apotekets daglige opgaver, herunder lægemiddelekspedition samt klinisk farmaceutiske ydelser og sundhedsydelser [18]. Studerende kan gennemføre deres studieophold enten på et apotek i primærsektoren eller et sygehusapotek, hvor de har mulighed for at deltage i forskningsprojekter tilknyttet kurset. Deres rolle i forskningsprojekter er primært centreret omkring dataindsamling, hvor de fungerer som bindeled mellem patienter og forskningsgruppen og dermed bidrager med værdifuldt input til undersøgelsen.

I 2025 kan studerende fra både apoteker i primærsektoren og sygehusapoteker tilmelde sig projektet "Vederlagsfri Medicin" og bidrage til dataindsamling enten gennem interviews eller spørgeskemaundersøgelser.

3.7 Patientgrupper

Der indgår 4 patientgrupper i projektet, hvoraf to grupper er tilknyttet primærsektoren og to tilhører sekundærsektoren.

Patientgruppe 1 (P1) omfatter patienter, der afhenter deres vederlagsfri medicin på et apotek i Planområde Syd. Medicinen er sendt fra hospitalet til primærsektorapoteket, som beskrevet i 3.3

Implementering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren

Patientgruppe 2 (P2) omfatter patienter, som modtager psykiatrisk medicin vederlagsfrit via apoteker i primærsektoren, i henhold til den gældende nationalaftale.

Patientgruppe 3 (P3) omfatter patienter, som fortsat afhenter deres vederlagsfri medicin på hospitalet, i ambulatoriet.

Patientgruppe 4 (P4) omfatter patienter, der henter vederlagsfri medicin fra medicinbokse, som beskrevet i 3.2 *Implementering af medicinbokse på hospitaler*

4. Problemformulering

Denne specialeafhandling fokuserer på hvordan sygdomsopfattelsen påvirkes af eksterne faktorer, som afhentningslokation og personlig betjening ved afhentning af vederlagsfri medicin. Undersøgelsen bygger på en kombination af kvalitative og kvantitative metoder og har et patientcentreret udgangspunkt, hvor der fokuseres på både sygdomsopfattelse og på patientoplevelser og ønsker til forbedring af ydelsen. Dette kan opsummeres i følgende problemformulering:

Hvordan ændres sygdomsopfattelsen, når afhentning af vederlagsfri medicin overføres fra hospital til primærsektorapotek, og hvilke muligheder for forbedring af ydelsen findes?

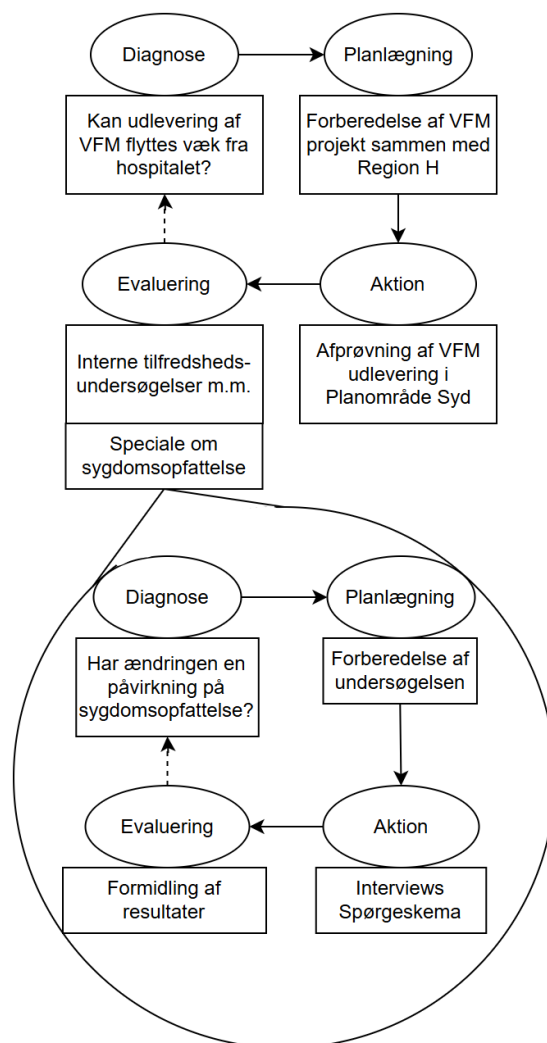
Formålet med projektet er at opnå en dybere forståelse i, hvordan patienter opfatter deres sygdom i relation til de tre afhentningsmuligheder: apotek i primærsektor, ambulatorium og medicinboks. Udover det, undersøges der hvilke ændringsforslag patienterne har til afhentningssystemet, samt hvor relevante disse forslag er, ud fra andre patienters synspunkt. For at besvare problemformuleringen, behandles følgende problemstillinger:

- 1. Hvilke elementer fra Leventhal's Common Sense Model er centrale i vurderingen af sygdomsopfattelsen hos patienter der modtager vederlagsfri medicin?*
- 2. Hvordan vurderes de centrale elementer fra Leventhal's Common Sense Model af patienter som henter vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren, ambulatorier og fra medicinbokse?*
- 3. Hvilke ændringsforslag har patienterne til afhentningen og hvordan er disse forslag vurderet af andre patienter?*

5. Metode

For at besvare problemformuleringen blev der anvendt en *mixed-methods* tilgang, hvor både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder blev benyttet. Denne tilgang muliggjorde en flersidet belysning af problemstillingen og er særligt velegnet, når kompleksiteten i emnet kræver forskellige perspektiver [19]. *Mixed-methods* tilgangen benyttes ofte i aktionsforskning, som er en metode der benytter en videnskabelig tilgang til at undersøge forandringer, i samarbejde med de personer der direkte påvirkes af disse forandringer.

Aktionsforskning er karakteriseret ved en cyklisk proces, bestående af fire faser: diagnose, planlægning, aktion og evaluering [20, 21]. Implementeringen af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren kan betragtes som en aktionsforskningscyklus, hvor dette speciale bidrager til evalueringsfasen. Særligt er patienternes sygdomsopfattelse et aspekt, der hidtil ikke er blevet undersøgt i dybden. Specialets omfang kan derfor ses som en del af den første cyklus i implementering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren. illustreret i Figur 4



Figur 4 Første aktionsforskningscyklus i implementering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren samt specialets rolle i den første cyklus

5.1 Organisering og præsentation af projektet

Projektet indeholder to overordnede del:

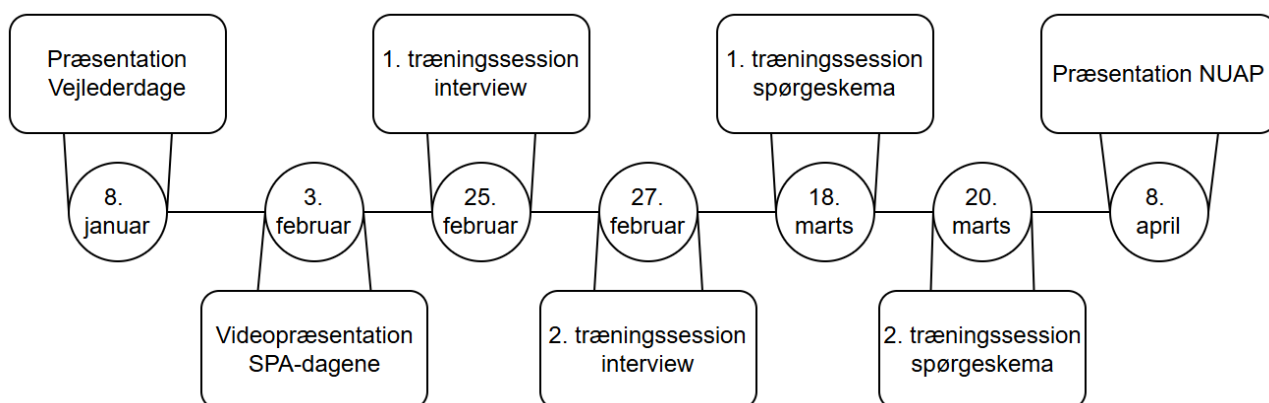
1. Den kvalitative del - defineret af semistrukturerede interviews som analyseres tematisk.
2. Den kvantitative del - spørgeskemaet som er udarbejdet på baggrund af den tematiske analyse

For at muliggøre indsamlingen af en større mængde data og for at styrke datagrundlaget repræsentativitet, blev specialet tilknyttet farmaceutstuderendes studieophold. Dette medførte, at dataindsamlingen kunne foregå på flere apoteker i Region Hovedstaden. Alle studerende, der tilmeldte sig projektet, bidrog til den kvantitative del ved at indsamle data via spørgeskemaet. 6 studerende i studieophold på apoteker i Planområde Syd deltog i den kvalitative del, hvor data blev indsamlet gennem interviews.

Jeg har først præsenteret projektet for vejledere fra alle apoteker, som modtager farmaceutstuderende fra Københavns Universitet. Under præsentationen blev vejlederne introduceret til projektet og fik muligheden for at give feedback og anbefalinger til den videre udvikling af design og fokus. Efterfølgende blev de studerende introduceret til projektet under Start-På-Apoteksophold dagene (februar 2025), forud for deres studieophold på apotek. I den forbindelse har jeg, i samarbejde med afdelingsleder Simon Schytte-Hansen, udarbejdet en introduktionsvideo som blev vist for alle studerende [22]. Studerende på apoteker i Planområde Syd var forhåndstilmeldt projektet, da deres deltagelse var afgørende. Øvrige studerende blev informeret om muligheden for at tilmelde sig projektet via mailudsendelse og de forhåndstilmeldte studerende fik muligheden for afmelding.

Under dataindsamlingsperioden har jeg introduceret personalet på Sønderbro Apotek til projektet. De blev orienteret om projektets formål og metoder, samt deres rolle i rekruttering af patienter. For at sikre inklusion af al personale, har jeg udarbejdet en informationsark til både den kvalitative og den kvantitative del af projektet og gjort den tilgængelig på apotekets intranet. Informationsarkene kan ses i Bilag 3: og Bilag 4:.

I april 2025 blev projektet præsenteret for NUAP med henblik på at introducere det til alle netværkets medlemmer. Formålet var at øge projektets rækkevidde, give interesserede apoteker mulighed for at tilmelde sig, samt indsamle kvalificeret feedback. Der blev udsendt en meddelelse til medlemmerne med information om projektet, og samtidig blev der tilbudt et webinar, hvor personalet kunne modtage undervisning i vederlagsfri medicin. Tidslinjen over træningssessioner (se 5.2.3 *Træning og instruktion af studerende*) og præsentationer kan ses i Figur 5.



Figur 5 Tidslinje over præsentationer og træningssessioner

5.2 Design

5.2.1 Interviewguide

Interviewguiden blev udviklet til anvendelse i semistrukturerede interviews, med udgangspunkt i Leventhal's CSM, som definerer 6 centrale dimensioner af sygdomsopfattelse:

1. Identitet
2. Årsag
3. Tidslinje
4. Konsekvenser
5. Kontrol
6. Følelsesmæssig oplevelse

Tabel 1 viser, hvordan disse 6 parametre blev operationaliseret i forhold til målgruppen og det overordnede emne:

Tabel 1 Operationalisering af parametrene i CSM

Parameter	Beskrivelse i kontekst
Identitet	Hvordan beskriver patienterne deres sygdom med egne ord? Har deres opfattelse ændret sig efter overgangen til apotek?
Årsag	Har patienterne kendskab til årsagen bag deres sygdom? Har denne forståelse ændret sig efter skiftet i afhentning?
Tidslinje	Påvirker afhentningsstedet oplevelsen af sygdomsforløbet?
Konsekvenser	Oplever patienterne, at afhentningsstedet har betydning for sygdommens alvor? Føles sygdommen "mindre alvorlig", når medicinen afhentes på apoteket?
Kontrol	Føler patienterne, at de har mere eller mindre kontrol over sygdom og behandling? Opleves medicinens effekt anderledes, når den udleveres på apoteket?
Følelsesmæssig oplevelse	Hvilken tillid har patienterne til apotekspersonalet sammenlignet med sygehuspersonalet? Hvordan påvirker ændringen i udleveringssted deres følelser?

Udover de 6 CSM-parametre, blev interviewguiden udvidet med et yderligere tema under navnet *Individuel*, med henblik på at besvare specialets sidste problemstilling. Guiden bestod derfor af i alt 10 spørgsmål: 8 spørgsmål relateret til sygdomsopfattelse og to relateret til forbedringsmuligheder. Interviewguiden kan ses i Bilag 5:. Interviewguiden blev udarbejdet med henblik på anvendelse i P1-gruppen, da disse patienter typisk har erfaring med at afhente medicin både på primærsektorapoteker og på hospitalet.

5.2.2 Spørgeskema

På baggrund af resultaterne fra den kvalitative del, blev der udarbejdet et spørgeskema. Til dataindsamlingen blev Google Forms anvendt på grund af dens effektivitet og enkelthed, både i forhold til udformningen af et komplekst spørgeskema og deltagernes besvarelse heraf.

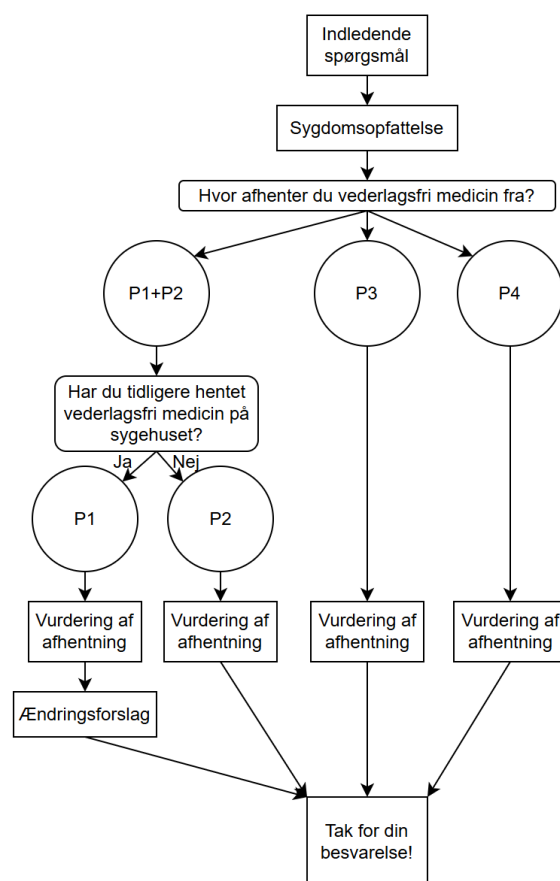
Et centralt element i udarbejdelsen af spørgeskemaet var, at det skulle kunne anvendes på tværs af alle fire patientgrupper for at effektivisere rekrutteringsprocessen. Tabel 2 giver et overblik over de fire patientgrupper og lokationen hvor de kan rekrutteres.

Tabel 2 Oversigt over patientgrupper i spørgeskemaundersøgelsen

Patientgruppe	Karakteristika	Lokation
P1	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin, som er tilsendt fra hospitalet. Denne ordning er som udgangspunkt kun tilgængelig på apoteker i Planområde Syd.	Apotek i primærsektor
P2	Patienter, der afhenter psykiatrisk medicin vederlagsfrit i henhold til nationalaftalen fra december 2024.	Apotek i primærsektor
P3	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin direkte fra hospitalet, i ambulatorier.	Hospital
P4	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin fra en medicinboks tilknyttet hospitalet.	Hospital

Der blev derfor udformet ét samlet spørgeskema, hvor respondenterne blev inddelt i patientgrupper, baseret på deres svar. Til dette formål blev der anvendt to inddelingsspørgsmål: *"Hvor afhenter du vederlagsfri medicin fra?"* og *"Har du tidligere hentet vederlagsfri medicin på sygehuset?"*.

Disse spørgsmål gjorde det muligt at målrette de efterfølgende spørgsmål efter respondentens erfaring. Sektionen om sygdomsopfattelse blev placeret først i spørgeskemaet med henblik på at vurdere dette aspekt på en ensartet og sammenlignelig måde for alle respondenter. Figur 6 viser fordelingen af respondenter afhængig af svaret på inddelingsspørgsmålene.

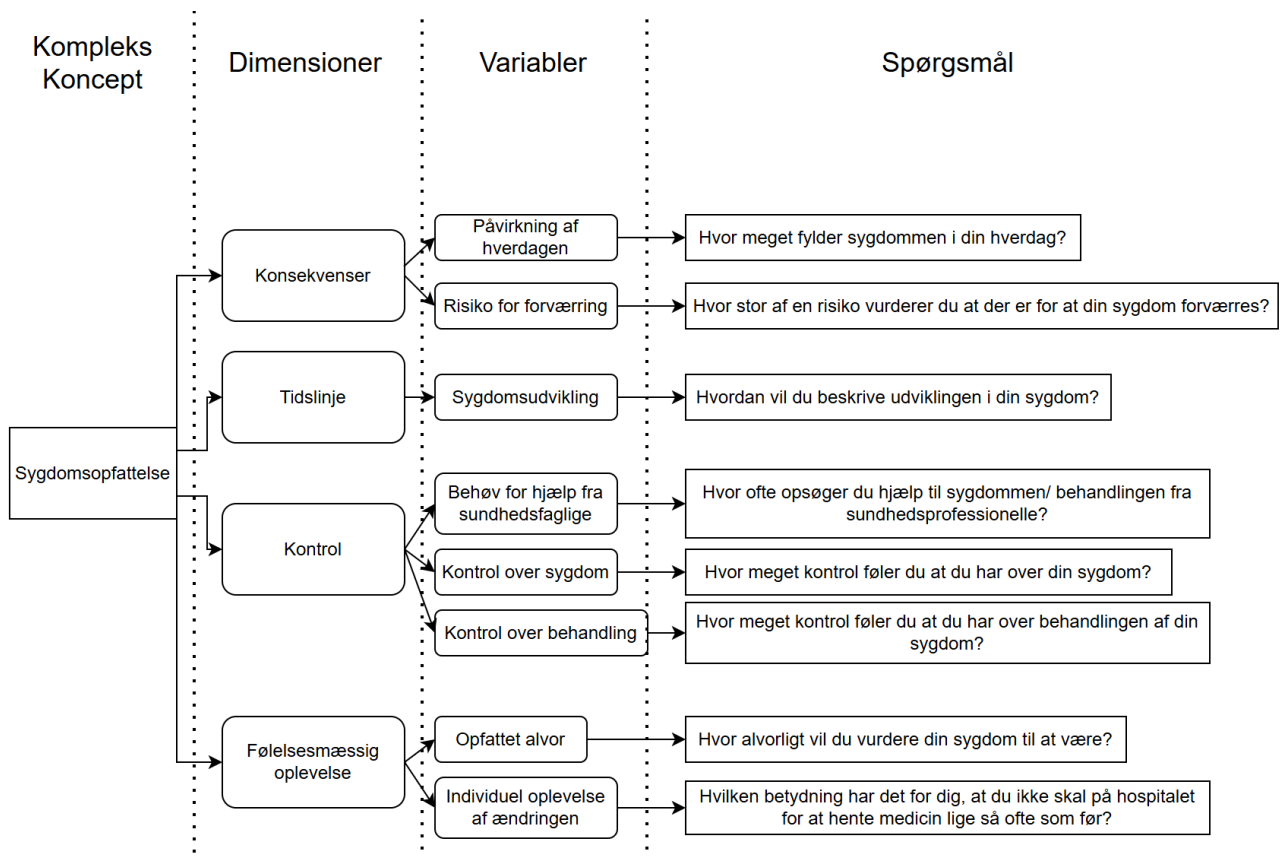


Figur 6 Inddeling af respondenter i patientgrupper og de respektive sektioner af spørgeskemaet

På baggrund af den øgede indsigt i målgruppen, opnået gennem interviewene, blev spørgeskemaet udformet med udgangspunkt udvalgte koncepter fra

CSM, suppleret med inspiration fra IPQ og Brief IPQ. Den oprindelige IPQ er baseret på CSM og vurderer de første 5 parametre i modellen via en lang række af spørgsmål [16]. Brief IPQ er en forkortet og mere praktisk anvendelig spørgeskema bestående af 9 spørgsmål som vurderer både kognitive og emotionelle repræsentationer af sygdommen [17].

I nærværende spørgeskema, blev dimensionerne *Identitet* og *Årsag* blev nedtonet, da interviewdeltagerne generelt havde en god forståelse af deres sygdom. I stedet blev der fokuseret på *Konsekvenser*, *Tidslinje*, *Kontrol* og *Følelsesmæssig Oplevelse* som dimensioner i den komplekse koncept som sygdomsopfattelse er. Figur 7 viser inddelingen af konceptet med tilhørende dimensioner og variabler. Lignende figurer for koncepterne Tilfredshed og Ændringer er vist i Bilag 6:.



Figur 7 Inddeling af sygdomsopfattelse som koncept i dimensioner, variabler og spørgsmål

Spørgsmålene blev formuleret som en blanding af *multiple-choice*, skalaer og fritekstsvar, for at kunne indfange både kvantitative og kvalitative aspekter af patienternes oplevelser. *Multiple-choice* spørgsmål blev primært anvendt i de indledende og inddelende spørgsmål samt til at indsamle oplysninger om variabler som køn, lokation, behandlingsperiode og deltagernes villighed til at ændre afhentningstidspunkt. Likert-skalaer blev benyttet til at måle dimensionerne

af sygdomsopfattelse samt patienternes vurdering af både afhentningsprocessen og de foreslåede ændringer. Endelig blev åbne svar anvendt med henblik på at indfange deltagernes opfattelser af, hvordan det opleves ikke længere at skulle afhente vederlagsfri medicin i ambulatoriet.

Størstedelen af spørgsmålene var obligatoriske, mens de mere tidskrævende, fritekstsafsnit var valgfrie for at undgå frafald. Spørgeskemaet kan ses i Bilag 7:.

Da interviewene viste, at en del af målgruppen ikke taler dansk, blev der også udviklet en engelsk version af spørgeskemaet, for at øge generaliserbarheden.

5.2.3 Træning og instruktion af studerende

Efter tilmeldingsperioden blev der afholdt to online-møder i februar 2025 for de studerende, der ønskede at deltage i den kvalitative del af projektet. Formålet med disse møder var både at introducere de studerende til CSM, interviewguiden og ISI-systemet (Informationssedler Interviews; nærmere beskrevet i *5.3.1 Interview*) samt sikre ensartet rekruttering og øge datapålidelighed. De studerende fik også adgang til det udarbejdede informationsark (se *5.1 Organisering og præsentation af projektet*) og blev opfordret til at bruge det som skabelon ved præsentation af projektet på deres apoteker. Møderne gav samtidig mulighed for at stille spørgsmål og afklare eventuelle uklarheder i materialet.

Senere blev lignende møder afholdt ifm. spørgeskemaet. De deltagende studerende havde mulighed for at vælge, om de ønskede at deltage online via Teams eller fysisk under Københavnerugen (KØ-ugen) - en undervisningsuge på universitetet. Under træningssessionerne blev der præsenteret en opsummering af data fra den kvalitative del, og spørgeskemaet blev gennemgået med fokus på forståelse og afklaring af tvivlsspørgsmål. Der blev også drøftet strategier for rekruttering på både primærsektorapoteker og sygehusapoteker. Under den fysiske session delte Simon Schytte-Hansen erfaringer fra sygehusapoteket, mens jeg bidrog med indsigt fra København Sønderbro Apotek. De studerende, der ikke deltog fysisk, blev efterfølgende informeret om de supplerende oplysninger fra sessionen. Feedback fra de studerende blev indsamlet, og deres input førte til to printbare versioner af spørgeskemaet.

5.2.4 Pilotforsøg

Der blev gennemført to pilotforsøg, henholdsvis med interviewguiden og spørgeskemaet. Pilotforsøget med interviewguiden fandt sted med den første kunde, der blev rekrutteret på Sønderbro Apotek. Kunden blev på forhånd informeret om, at det var et pilotinterview med fokus på spørgsmålenes forståelighed og den overordnede gennemførelse. Pilotforsøget

resulterede i små justeringer af formuleringen af enkelte spørgsmål. Generelt blev spørgsmålene forstået, og der var ikke behov for større ændringer. Ca. en måned senere deltog samme kunde i piloten med spørgeskemaet. Piloten blev gennemført telefonisk, hvor kunden gennemgik spørgeskemaet punkt for punkt via et tilsendt link. Forståelse og uklarheder blev drøftet for at styrke validiteten og flere spørgsmål blev efterfølgende præciseret med forklarende tekst, især hvor deltageren var usikker. Desuden blev visse skaler revideret for at forbedre forståelsen.

5.3 Dataindsamling

Dataindsamlingen blev opdelt i to overordnede perioder.

Den kvalitative del fandt sted over en to-ugers periode i februar og blev gennemført på følgende apoteker i Planområde Syd:

1. Hvidovre Friheden Apotek
2. Kastrup Apotek
3. København Sønderbro Apotek

Den kvantitative dataindsamling blev gennemført i perioden fra uge 13 til uge 20 og omfattede alle deltagende apoteker i primærsektoren samt sygehusapoteker.

5.3.1 Interview

Antallet af kunder, som modtager vederlagsfri medicin, udgør kun en fraktion af det samlede antal kunder som apoteket betjener på en dag. Da rekrutteringen til den kvalitative del blev varetaget af 6 studerende, var der behov for alternative strategier til at identificere relevante patienter og informere dem om muligheden for at deltage i et interview. Målgruppen for interviewene var P1, altså patienter som afhenter vederlagsfri medicin på et apotek i primærsektoren og som tidligere har afhentet det på hospitalet. Udleveringstidspunktet blev benyttet til rekruttering via ISI (Bilag 8:)

ISI blev udformet med en fangende titel og printet på gult papir for at tiltrække opmærksomhed. Den blev klipset fast på medicinpakkerne og udleveret sammen med medicinen. Via ISI kunne patienten aflevere sit telefonnummer og samtidig give samtykke til følgende:

1. At deltage i et interview
2. At interviewet måtte optages og opbevares elektronisk i op til 24 timer
3. At samtalen måtte transskribere og analyseres med hjælp fra kunstig intelligens

ISI indeholdt også kontaktoplysninger på den dataansvarlige, så deltagerne nemt kunne få stillet spørgsmål eller trække deres samtykke tilbage.

Nedenstående afsnit beskriver forberedelse og rekruttering til den kvalitative dataindsamling, som blev gennemført på København Sønderbro Apotek. Tilsvarende procedurer blev udført på de øvrige to apoteker af de respektive farmaceutstuderende, i overensstemmelse med den instruktion, de modtog under træningssessionen.

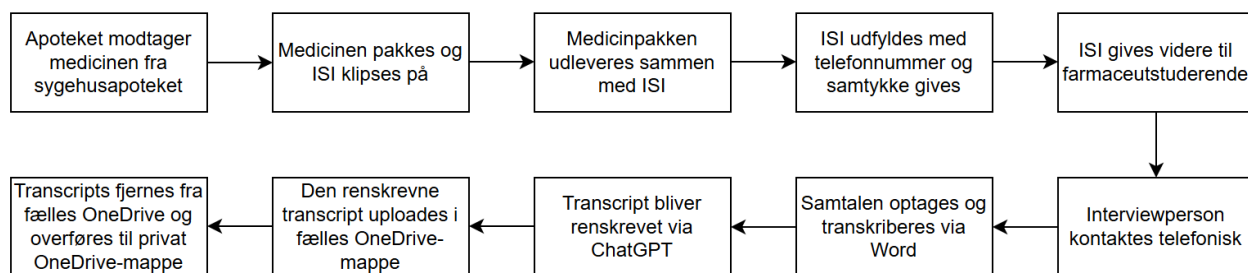
Apotekspersonalet blev aktivt inddraget i rekrutteringsprocessen for at øge sandsynligheden for at komme i kontakt med patienter i P1. Jeg har udarbejdet et informationsark til personalet og har præsenteret det i flere omgange, hvor de fik mulighed for at stille spørgsmål. De ansatte som er ansvarlige for klargøring af medicinpakkerne blev instrueret i at klippe ISI på samtlige medicinpakker modtaget i indsamlingsperioden. En gul plastikbakke mærket ”VEDERLAGSFRI MEDICIN PROJEKT”, som kan ses i Figur 8, blev samtidig opstillet til indsamling af udfyldte ISI'er.



Figur 8 Indsamlingsbakke for ISI på København Sønderbro Apotek

De to studerende tilknyttet København Sønderbro Apotek havde til opgave at holde øje med medicinpakkerne og sikre, at alle har en ISI klipset på.

Figur 9 giver et overblik over rekrutterings- og transskriberingsprocesserne på de deltagende apoteker:



Figur 9 Rekruttering, dataindsamling og dataforberedelse i den kvalitative del af specialet

5.3.2 Spørgeskema

Der blev anvendt en kombination af *convenience sampling* og *purposive sampling* til rekruttering af deltagere til spørgeskemaundersøgelsen. Den første udvælgelsesmetode blev anvendt igennem hele indsamlingsperioden på alle deltagende apoteker, mens den anden kun blev anvendt på København Sønderbro Apotek, i den sidste uge af dataindsamlingen.

Convenience sampling:

På baggrund af det store engagement fra patienternes side i den kvalitative del, blev der udarbejdet en Informationsseddel for Spørgeskema (ISS), som kunne udleveres til patienter som led i rekrutteringen til spørgeskemaundersøgelsen. ISS blev produceret i både dansk og engelsk version og indeholdt en kort introduktion til projekt og spørgeskema, samt QR-koder til begge versioner. Derudover blev linkene forkortet via Bitly, så de kunne indtastes manuelt i tilfælde af tekniske udfordringer med QR-koden. ISS kan ses i Bilag 9:.

I modsætning til ISI, der kun var målrettet P1, blev ISS'er anvendt bredt og rettede sig mod alle fire patientgrupper, som fremgår af Tabel 3:

Tabel 3 Rekruttering til den kvalitative del af specialet via ISS

Patientgruppe	Rekrutteringsmåde
P1	ISS blev klipset fast på medicinpakker og udleveret af apotekspersonale eller studerende
P2	ISS blev udleveret under ekspeditionen af apotekspersonale eller studerende
P3	ISS blev udleveret ved konsultationer eller i venteområdet af studerende
P4	ISS blev klipset på medicinpakkerne inden indlagring i medicinboksen af studerende

De tidligere nævnte præsentationer af projektet bidrog til en øget interesse blandt personale og vejledere, hvilket understøttede rekrutteringsindsatsen. Under et statusmøde med vejledere fra apoteker uden deltagende studerende, blev der efterspurgt ISS'er, for at kunne bidrage til rekruttering af patienter fra P2. Ligeledes viste et af de ansatte i dosisdispenseringsafdelingen på København Sønderbro Apotek interesse i at hjælpe med rekrutteringen fra P3, da vedkommende kendte personer i patientgruppen.

Purposive sampling:

Når patienter i P1 skal afhente vederlagsfri medicin på et privat apotek, modtager de en SMS som notifikation om, at medicinen er klar til afhentning. På grund af denne praksis, blev apotekets SMS-løsning anvendt til at generere en liste over patienter i P1 samt deres telefonnumre. Via samme SMS-system, blev der herefter sendt en besked til 72 patienter, med en kort besked som indeholdt linket til spørgeskemaet. Beskeden kan ses i Bilag 10:.

5.4 Dataanalyse

Dataanalysen af den kvalitative del blev gennemført i tre faser:

1. Dataforberedelse
2. Tematisk analyse
3. Frekvensanalyse

Dataanalysen i den kvantitative del blev gennemført efter afsluttet dataindsamling og bestod udelukkende af deskriptiv statistik.

5.4.1 Dataforberedelse

Interviewene blev primært optaget ved hjælp af programmet *Voice Recorder* i Windows, men de deltagende studerende havde muligheden for at benytte alternative optageværktøj, så længe filerne blev gemt lokalt. Transskribering af optagelserne blev i første omgang udført med *Dictation*-funktionen i Microsoft Word. Da denne metode ofte resulterede i upræcise og fragmenterede transskriptioner, blev ChatGPT anvendt som støtteværktøj til at omstrukturere og forfatte en mere læsevenlig og meningsfuld gengivelse af interviews. Dette skete ved at indsætte den rå tekst sammen med en prompt, der bad modellen om at omskrive indholdet til et korrekt og sammenhængende interview. Efterfølgende blev transskriptionen valideret ved en afsnit-for-afsnit sammenligning mellem lydfilen og ChatGPT's version, med henblik på at identificere

potentielle fejl eller bias. Optagelserne blev herefter slettet, enten umiddelbart efter renskrivning eller inden for de første 24 timer efter interviewgennemførelse.

Denne proces blev gennemført for samtlige interviews, og af de samme studerende, som gennemførte selve interviewet. De studerende blev påmindet om at slette lydoptagelserne samt al data relateret til interviewene ved afslutningen af indsamlingsperioden (rå-filer, transskriptioner og noter).

5.4.2 Tematisk analyse

Den tematiske analyse omfattede i alt 15 transskriptioner. Analysen begyndte med de to første spørgsmål i interviewguiden, der fokuserede på, hvordan sygdommen påvirker hverdagen, samt hvad deltagerne opfattede som årsagen til deres sygdom. Svarene på disse spørgsmål blev behandlet samlet og analyseret på tværs af alle interviews, hvorefter udsagn blev grupperet i overordnede koder. Denne del af den tematiske analyse kan ses i Bilag 11:.

For de resterende spørgsmål blev analysen udført interview for interview. Koder blev løbende identificeret og allerede etablerede koder blev genbrugt, når det var relevant. Nye koder blev tilføjet, hvis et udsagn ikke kunne kategoriseres inden for eksisterende koder. Denne iterative tilgang blev fastholdt, indtil kodningen nåede et mætningspunkt, hvor nye koder ikke længere opstod. Koderne blev derefter grupperet i undertemaer ud fra indholdsmæssig lighed og relevans. Undertemaer blev grupperet i hovedtemaer efter samme princip. Et eksempel på tildeling af koder kan ses i Bilag 12: og inddeling af koder i undertemaer og overordnede temaer kan ses i Bilag 13:.

5.4.3 Frekvensanalyse

Frekvensanalysen blev anvendt til at belyse tendenser identificeret under den tematiske analyse, som i højere grad egner sig til visuel fremstilling end til kodning alene. Formålet var at kvantificere udvalgte temaer og udsagn for at opnå en mere systematisk forståelse af, hvor hyppigt bestemte perspektiver eller erfaringer optrådte blandt deltagerne.

Udvalgte udsagn af interesse blev identificeret på baggrund af deres fremtrædende karakter eller analytisk relevans i den tematiske kodning. Derefter blev der registreret, hvor stor en andel af interviewene indeholdt disse udsagn. For at sikre konsistens i opgørelsen blev der benyttet en fast definition for, hvornår et udsagn ansås som til stede i et interview. Resultaterne blev visualiseret i diagramform, hvilket bidrog til at fremhæve mønstre og forskelle mellem deltageres svar. Disse visualiseringer fungerede samtidig som et supplement til den kvalitative

tematiske analyse, idet de gav muligheden for at illustrere tendenser og understøtte fortolkninger med kvantitative elementer.

5.4.4 Kvantitativ analyse

Den kvantitative del af analysen blev gennemført som en deskriptiv analyse, da den betydelige skævhed i fordelingen af besvarelser mellem patientgrupperne (41 besvarelser i P1 og 5 besvarelser i P3) ikke muliggør meningsfulde statistiske sammenligninger. Data blev eksporteret fra Google Forms og analyseret i Microsoft Excel.

Besvarelserne blev inddelt i de fire patientgrupper baseret på inddelingsspørgsmålene, og analysen fokuserede på tre hovedområder: sygdomsopfattelse, tilfredshed og ændringsforslag. Til visualisering af data blev der anvendt cirkeldiagrammer, søjlediagrammer og boksplot, afhængig af diagrammets evne til at visualisere et bestemt dataformat.

Fritekstsvarene blev analyseret via induktiv kategorisering, hvor centrale mønstre blev identificeret inden for patientgrupperne. Da datamængden var betydelig mindre sammenlignet med interviewmaterialet, blev analysen ikke udført med fuld kodning, men fokuserede på at opsummere gennemgående temaer og relevante udsagn.

Derudover blev svarprocenterne analyseret for de apoteker, som indsamlede flest besvarelser og for medicinbokse, med det formål at vurdere både effektiviteten af de anvendte rekrutteringsmetoder og datakvaliteten, særligt i forhold til generaliserbarhed.

6. Resultater

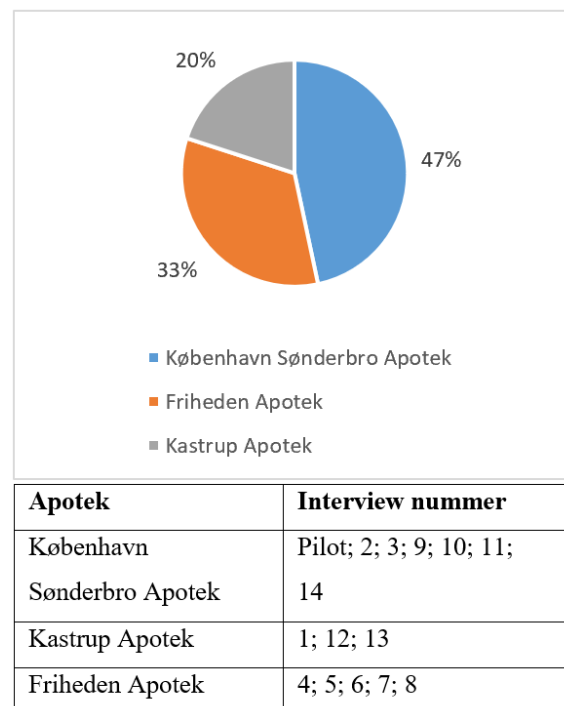
6.1 Deltagelse

19 studerende fordelt på 10 apoteker i primærsektoren og to sygehusapoteker tilmeldte sig forskningsprojektet Vederlagsfri Medicin. 9 studerende ud af 19 havde muligheden for at deltage i den kvalitative del, og 6 af dem valgte at tilmelde sig. Fordelingen på apotekerne samt deltagelse i dataindsamlingen kan ses i Tabel 4:

Tabel 4 Deltagelse af studerende i projektet og i dataindsamlingen

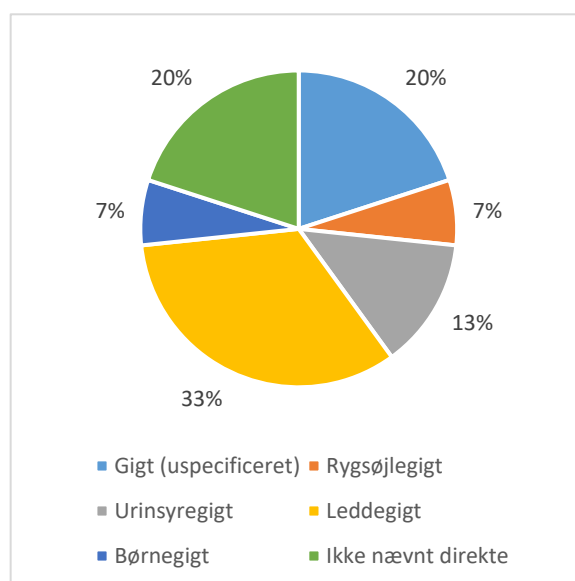
Apotek/ Sygehusapotek	Antal studerende	Spørgeskema	Interview
Kastrup Apotek	2	Ja	Ja
København Sønderbro Apotek	2	Ja	Ja
Hvidovre Friheden Apotek	2	Ja	Ja
Allerød & Birkerød Apotek	1	Ja	N/A
Espergærde Apotek	1	Ja	N/A
Glostrup Apotek	1	Ja	Nej
Frederiksberg Godthåb Apotek	2	Ja	N/A
Tårnby Apotek	2	Ja	Nej
Hillerød Frederiksborg Apotek	1	Ja	N/A
Hørsholm Apotek	1	Ja	N/A
Bispebjerg Hospital	2	Ja	N/A
Amager & Hvidovre Hospital	2	Ja	N/A

Der blev indsamlet 21 ISI'er, hvorfra 15 interviews blev gennemført. De resterende deltagere har enten ikke besvaret opkald eller trukket deres samtykke tilbage. Jeg gennemførte to interviews på København Sønderbro Apotek, som har bidraget til det samlede antal interviews udført på dette apotek. Figur 10 giver et overblik over fordelingen af de gennemførte interviews på de deltagende apoteker.



Figur 10 Antal gennemførte interviews og fordeling på apoteker

P1 indeholder udelukkende patienter tilknyttet en reumatologisk afdeling og dette afspejles i sygdommene som patienterne behandles for. 80% af deltagerne har angivet deres sygdom direkte. De resterende 20% har ikke mødt kriterierne for inklusion (Figur 11).

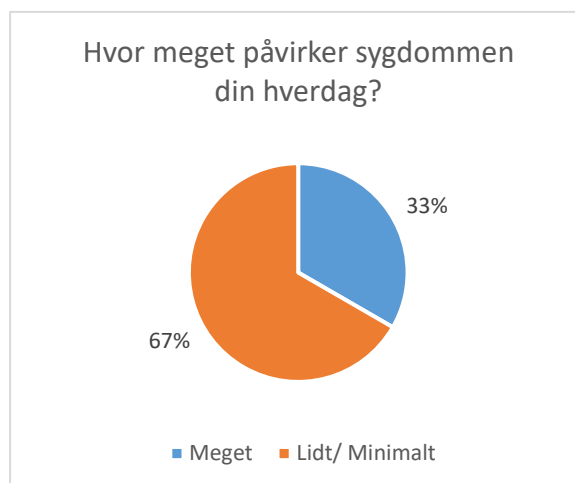


Figur 11 Rapporterede sygdomme under interviewene

6.2 Frekvensanalyse

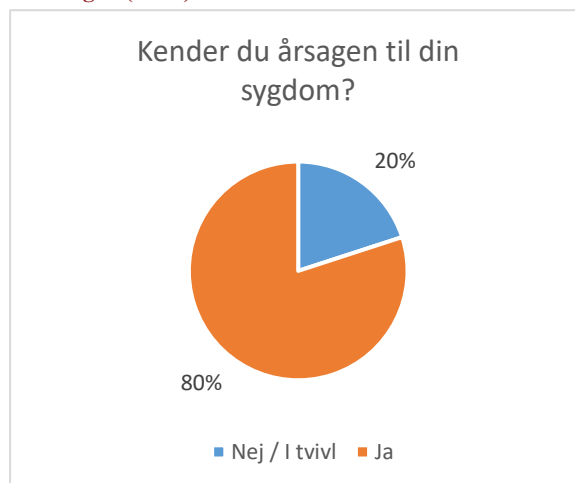
Følgende koncepter fra CSM blev analyseret ved hjælp af frekvensanalysen:

- **Identitet:** Alle interviewdeltagere identificerede deres sygdom præcist. 67% af patienterne angav at sygdommen fylder lidt eller minimalt (Figur 12). 6 deltagere nævnte også, at medicinen har reduceret sygdommens indvirkning, som resulterede i en mindre påvirkning af hverdagen.



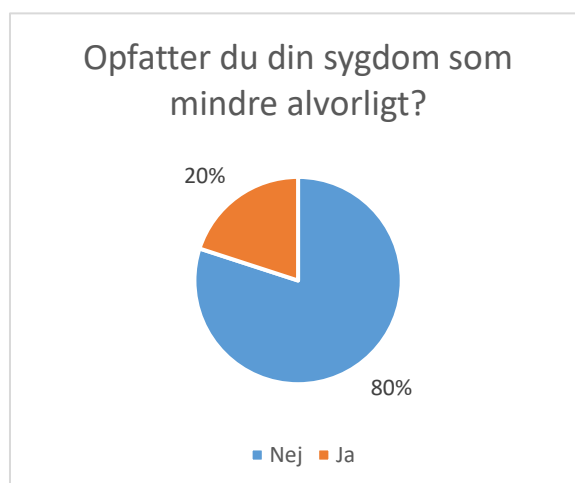
Figur 12 Vurdering af sygdommens indvirkning på hverdagen (n=15)

- **Årsag:** 80% af deltagerne kendte årsagen bag deres sygdom. De 20% af patienterne, som ikke kunne identificere en konkret årsag, angav at "arvelighed" eller "genetisk disponering" ikke blev betragtet som en direkte årsag. (Figur 13)



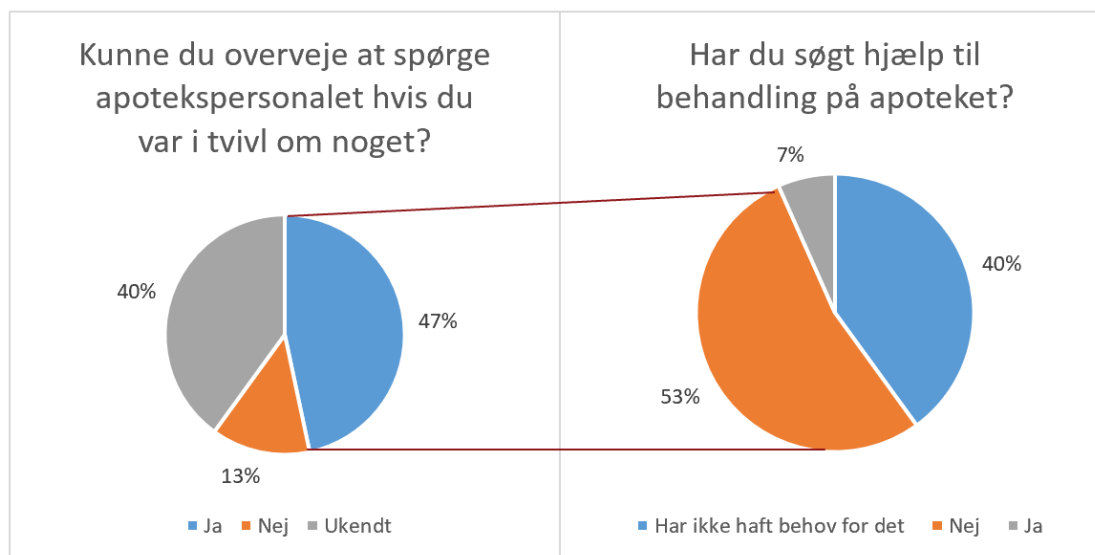
Figur 13 Kendskab til sygdomsårsag blandt interviewdeltagere

- **Konsekvenser:** 80% af deltagerne angav at sygdommen ikke føles mindre alvorligt, efter at udleveringen er flyttet til primærsektorapoteker (Figur 14). I de fleste tilfælde (9 ud 11 interviews), blev dette suppleret med en forklaring om, at det var meget bekvemt og positivt at kunne hente medicinen på apoteket, men at ændringen ikke havde påvirket deres syn på sygdommens alvor.



Figur 14 Vurdering af sygdommens alvor blandt interviewdeltagere

- **Kontrol:** 7% af deltagerne har søgt hjælp til behandling fra apotekspersonalet mens 40% angav at der ikke har været behov for det. Af de 53% af patienterne som ikke havde søgt hjælp, er 47% villige til at spørge apoteket, hvis de var i tvivl om noget (Figur 15).



Figur 15 Behandlingsrelateret kontakt med apoteket og villighed til kontakt blandt svar klassificeret under "Nej"

6.3 Tematisk analyse

Den tematiske analyse har inspireret udformningen af spørgeskemaundersøgelsen og fungeret som et redskab til at udforske patienternes oplevelser med ændringerne i medicinudleveringen. Analysen har belyst patienterne egne forslag til forbedringer af ordningen.

Fem hovedtemaer fremkom under analysen og danner rammen for følgende afsnit:

1. Sygdomsopfattelse og ændringer i den
2. Tilgængelighed og medicin i praksis
3. Interaktion og tillid til sundhedsprofessionelle
4. Medicinens betydning og opfattet effekt
5. Forslag til forbedring og optimering

1. Sygdomsopfattelse og ændringer i den

Patienternes opfattelse af sygdommen varierer. Overgangen fra hospitalsafhentning til afhentning på apoteker i primærsektoren har haft indflydelse på den måde, patienterne forholder sig til deres sygdom i hverdagen. Det gælder særligt patienter, der tidligere oplevede afhentning på hospitalet som mere alvorlig eller ”dramatisk”. Der blev også beskrevet at afhentningen på apoteket opleves som det modsatte.

”Det bliver jo på en eller anden måde afdramatiseret [...] Du henter det jo ligesom du henter Panodil eller andet medicin [...] Hvor man kan sige medicin der bliver hentet på et hospital, bliver jo mere en ting - altså 'uha!'”

-Interview 11

Tilstedeværelsen af indlagte patienter i venteområderne blev også inddraget i diskussionen om en ændret sygdomsopfattelse, med en patient som angiver at det var det som gjorde at han måske følte sig mere syg.

”Der sidder lidt nogle andre mennesker i gården og venter. Det er en anden situation end netop at hente det på et helt normalt apotek.”

-Interview 3

Omvendt fremhævede især patienter med et længere sygdomsforløb, at afhentningsstedet havde ringe betydning for deres opfattelse af sygdommen, da denne allerede er en integreret del af deres liv. Andre understregede direkte at selve afhentningen ikke var bundet til den opfattede alvor af deres sygdom.

”Jeg ved ikke, om sygdommen føles mindre alvorlig - Det forbinder jeg ikke direkte med dette.”

-Interview 6

”Om jeg henter medicinen det ene eller det andet sted, ændrer ikke på alvoren af sygdommen”

-Interview 7

Resultaterne peger dermed på, at afhentningsstedet kun i begrænset omfang påvirker sygdomsopfattelsen, og at det er baseret på subjektive tanker og forestillinger omkring hospitalet som enhed og omkring de patienter som modtager behandling fra hospitalet.

2. Tilgængelighed og medicin i praksis

Stort set alle deltagere fremhævede tilgængeligheden som et vigtigt aspekt ved medicinudlevering. Mange oplevede overgangen til apoteket som en betydelig lettelse, især på grund af transport og ventetid.

”Det ville være et dagsprojekt, så det er jo fantastisk, at jeg kan hente det hos jer”

-Interview 11

”Det er da hundrede gange nemmere, at man kan hente det på apoteket i stedet for at skulle køre til hospitalet hver gang”

-Interview 14

Apoteket blev generelt vurderet som det mest tilgængelige og fleksible afhentningssted, men enkelte nævnte ventetid og åbningstider som ulemper. Der var større variation i oplevelsen af medicinboksene: En respondent værdsatte den døgnåbne og personalefrie løsning, mens en anden udtrykte usikkerhed omkring opbevaringen og savnede kontakt med sundhedspersonale.

3. Interaktion og tillid til sundhedsprofessionelle

Mødet med sundhedsprofessionelle, særligt apotekspersonalet, blev af de fleste deltagere beskrevet som positivt. En deltager fremhævede den personlige og uformelle kontakt, som noget der adskilte apoteket fra hospitalet.

”Det virker måske lidt mere personligt at gå ned på apoteket, end det gør at tage ud på hospitalet.”

-Interview 2

De deltagere, der foretrak medicinboksen, tillagde i mindre grad den personlige kontakt betydning. Her spillede anonymitet og fleksibilitet en større rolle. Blandt de øvrige deltagere var

der mange, som forbandt personlig interaktion med behovet for vejledning, og for dem, der ikke havde behov for vejledning, spillede den personlige kontakt derfor en mindre rolle.

4. Medicinens betydning og opfattet effekt

Langt størstedelen af deltagerne oplevede, at medicinens virkning var uændret på tværs af afhentningssteder. To deltagere nævnte tekniske problemer med præparatet efter overgangen, men knyttede det ikke direkte til afhentningsstedet

” Sometimes, when I press the injector, it doesn’t work properly [...] but I’m not sure if that’s because of the pharmacy or something else.”

-Interview 4

Der var dog én oplevelse af, at selve bestillings- og udleveringsprocessen kunne til tider virke fragmenteret, fordi flere aktører er involveret. Dette skabte dog ikke usikkerhed eller bekymringer hos patienten, men det blev opfattet som ”besværlig”.

5. Forslag til forbedring og optimering

Mange deltagere kom med konkrete forslag til forbedring af ordningen. Disse omfattede blandt andet:

- Mulighed for at bestille større mængder ad gangen
- Brug af medicinbokse placeret på apoteket, som kombinerer døgnadgang med personlig kontakt efter behov
- Mere struktureret efteruddannelse af farmaceuter til at kunne overtage en del af ansvaret for behandlingen
- Ansættelse af en læge på apoteket, som kan blive koblet til behandlingen.

Den tematiske analyse har vist at patienternes oplevelser af overgangen til afhentning af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren er nuanceret og påvirkes af både praktiske forhold og individuelle forestillinger. Resultaterne peger på at afhentningsstedet i begrænset omfang ændrer patienternes sygdomsopfattelse, men at personlig kontakt og især tilgængelighed spiller en væsentlig rolle for deres samlede oplevelse.

6.4 Spørgeskemaundersøgelse

Der blev indsamlet 70 spørgeskemabesvarelser i perioden mellem uge 13 og uge 20, fordelt på fire patientgrupper. Fordelingen af besvarelserne samt karakteristika for hver patientgruppe kan ses i Tabel 5.

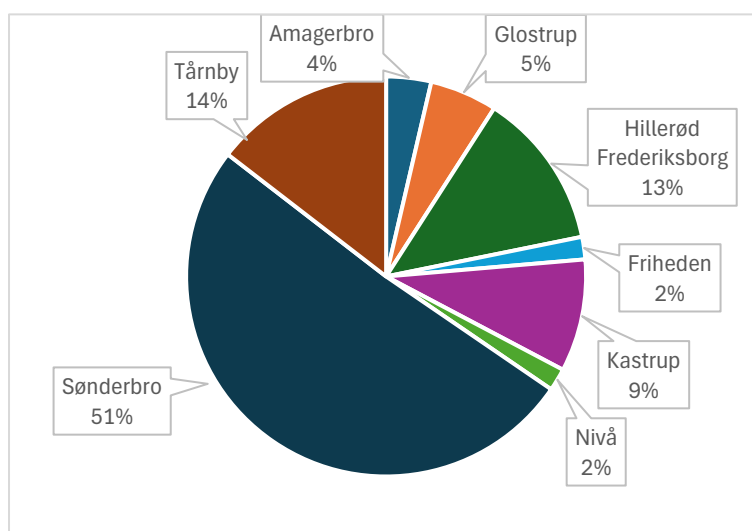
Tabel 5 Antal besvarelser fordelt på de fire patientgrupper (n=68)

Patientgruppe	Karakteristika	Antal besvarelser
P1	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin, som er tilsendt fra hospitalet. Denne ordning er som udgangspunkt kun tilgængelig på apoteker i Planområde Syd.	41
P2	Patienter, der afhenter psykiatrisk medicin vederlagsfrit i henhold til nationalaftalen fra december 2024.	14
P3	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin direkte fra hospitalet, enten i ambulatoriet eller i en klinik.	5
P4	Patienter, der afhenter vederlagsfri medicin fra en medicinboks tilknyttet hospitalet.	10

6.4.1 Demografiske resultater

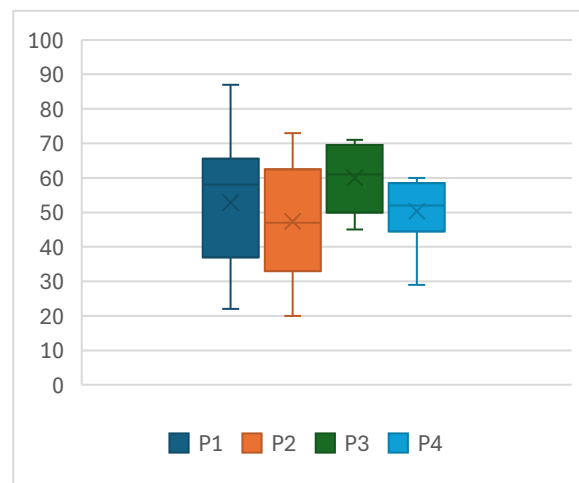
Der er indsamlet 55 besvarelser fra primærsektorapotekerne som deltog i projektet.

København Sønderbro Apotek står for 51% af besvarelserne på grund af de to udvælgelsesstrategier (beskrevet i 5.3.2 *Spørgeskema*) som er blevet anvendt. 13% af respondenterne er blevet rekrutteret på Hillerød Frederiksborg Apotek, som er mærkværdigt, da apoteket ikke er en del af Planområde Syd. Alle besvarelserne indsamlet på det førnævnte apotek kommer derfor fra patienter i P2. Fordelingen af besvarelser på apoteker i primærsektor ses i Figur 16.



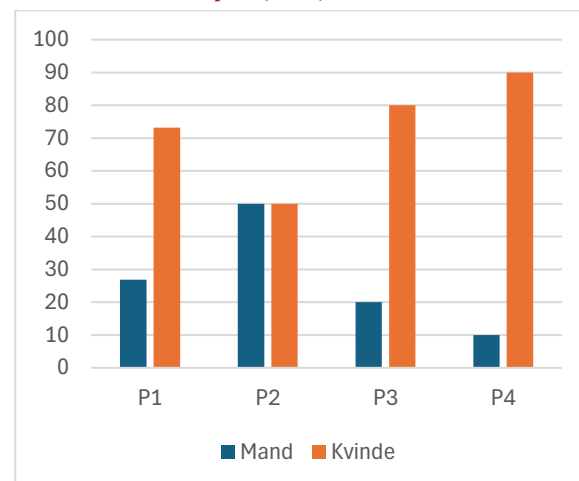
Figur 16 Deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen på apoteker i primærsektoren (n=70)

Der ses ligheder i aldersfordelingen af P1 og P2: P1 har en gennemsnitsalder på 53 år og den højeste aldersspredning; P2 er den yngste gruppe i gennemsnittet (47 år). P3 og P4 skiller sig ud ved at have en lavere IQR (interkvartil variationsbredde): P3 har er den ”ældste” gruppe, med en gennemsnitsalder på 60 år og den snævreste aldersspredning; P4 er generelt yngre, med en gennemsnitsalder på 50 år (Figur 17).



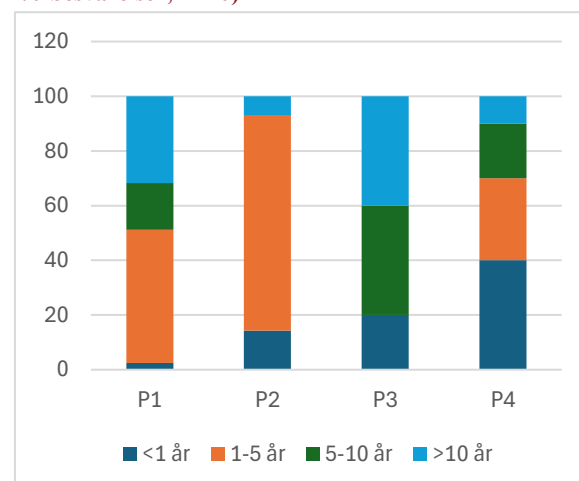
Figur 17 Aldersfordeling af respondenterne illustreret som boksplot (n=70)

Kønsfordelingen viser en overvægt af kvinder i P1, P3 og P4 (Figur 18). I P4 er 90% af respondenter kvinder. P2 skiller sig ud ved at have lighed mellem de to køn



Figur 18 Kønsfordeling af respondenter (kategori; %-besvarelser; n=70)

Behandlingsvarigheden viser ingen fælles tendenser for de fire patientgrupper. P3 udskiller sig fra de andre patientgrupper, ved at have en mere ”erfaren” befolkning, med 80% af respondenterne som har været i behandling i over 5 år. P2 er domineret af en behandlingslængde på 1-5 år, mens P1 og P4 er blandet, dog med en generelt lavere behandlingsvarighed i P4 (Figur 19).



Figur 19 Behandlingsvarighed (kategori; %-besvarelser; n=70)

For at vurdere, hvor stor en andel af patienterne deltog i spørgeskemaundersøgelsen, blev der beregnet svarprocenter i forhold til antal udleverede sedler og samlede antal udleveringer i perioden. Beregningen blev foretaget for de apoteker, der indsamlede fleste besvarelser, apoteket som indsamlede færrest besvarelser, samt for medicinboksene (Tabel 6).

Den anvendte *purposive sampling* på Sønderbro Apotek førte til en tydelig stigning i svarprocenten, sammenlignet med *convenience sampling*. Når begge rekrutteringsmetoder kombineres, opnås en samlet svarprocent på 33,3%, da populationen for *purposive sampling* også omfatter den for *convenience sampling*.

Hillerød Frederiksborg Apotek opnåede den højeste svarprocent, selvom rekrutteringen her udelukkende omfattede P2. Dette indikerer en særdeles effektiv rekrutteringsstrategi på netop dette apotek.

Tabel 6 Svarprocenter for udvalgte apoteker og for medicinboks

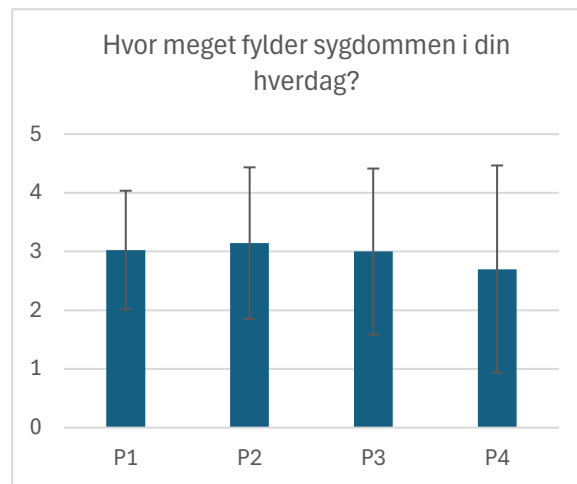
Lokation	Patientgrupper	Udvælgelse	Svarprocent (sedler)	Svarprocent (udleveringer)
København Sønderbro	P1+P2	Convenience	20,5%	16,1%
København Sønderbro	P1	Purposive	26,4%	26,4%
Tårnby (+filial)	P1+P2	Convenience	26,7%	14,5%
Kastrup	P1+P2	Convenience	27,8%	22,7%
Hillerød Frederiksborg	P2	Convenience	46,7%	-
Friheden	P1+P2	Convenience	5%	-
Medicinboks	P4	Convenience	7,7%	-

6.4.2 Sygdomsopfattelse

Sygdomsopfattelsen er blevet vurderet på baggrund af de fire dimensioner beskrevet i 5.2.2 *Spørgeskema*. Et eksempel fra den kvantitative dataanalyse kan ses i Bilag 14:.

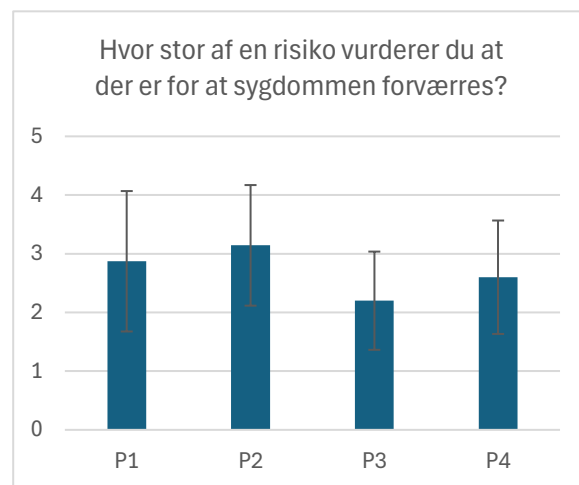
Konsekvenser: Til vurdering af dimensionen blev patienterne spurgt ind til hvor meget deres sygdom fylder i hverdagen samt hvor stor af en risiko de tror der er for at deres sygdom forværres.

Der ses en fælles tendens i vurdering af sygdommens påvirkning på hverdagen. P4 adskiller sig ved at have en tydelig lavere gennemsnit, men med største afvigelse i besvarelser, som tyder på stor uenighed mellem patienterne, især sammenlignet med P1, hvor afvigelsen var lavest (Figur 20).



Figur 20 Sygdommens påvirkning på hverdagen
(skala 1-5; gennemsnitsværdi for patientgrupper;
n=70)

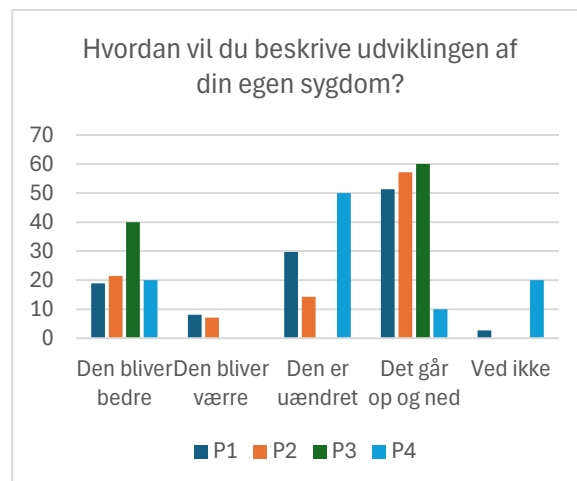
Opfattet risiko for forværring af sygdommen er størst i P2, mens patienter i P3 vurderer risikoen som det laveste. Patienter i P1 angiver en opfattet risiko lavere end i P2, men med størst spredning, hvilket tyder på varierede opfattelser af risikoen i denne gruppe (Figur 21).



Figur 21 Risiko for forværring af egen sygdom
(skala 1-5; gennemsnitsværdi for patientgrupper;
n=70)

Tidslinje: Deltagerne blev spurgt til hvordan deres sygdom udvikler sig over tid. Formålet med det var at opfange tidselementet i patienternes sygdomsopfattelse.

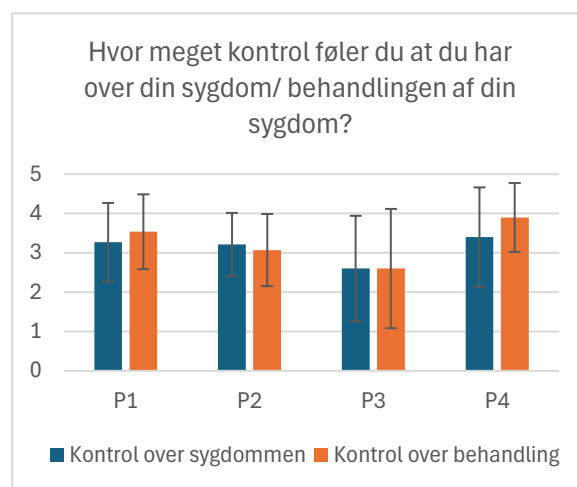
Flertallet i P1, P2 og P3 oplever sygdomsforløbet som svingende. I P4 angiver de fleste en uændret forløb af sygdommen, og en relativ stor andel svarer ”ved ikke”, hvilket kan tyde på usikkerhed omkring sygdommens udvikling i denne gruppe (Figur 22).



Figur 22 Udvikling i sygdomsforløbet (skala 1-5; gennemsnitsværdi for patientgrupper; n=70)

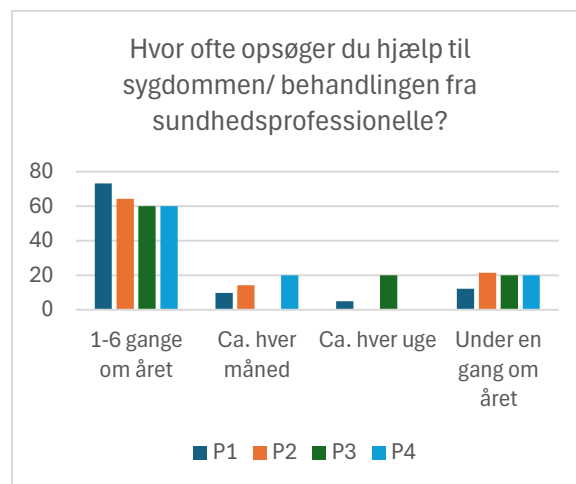
Kontrol: Patienterne blev bedt om at vurdere, hvor stor kontrol de oplever over deres sygdom og behandlingen, samt hvor ofte de er i kontakt med sundhedsfaglige i relation til sygdommen eller behandlingen.

P4 adskiller sig ved at have angivet den højeste følelse af kontrol over både sygdom og behandling. For sygdomskontrol ses en vis variation i svarene, mens for behandlingskontrol er der en lav spredning. Dette kan tyde på en stærk egenmestring af behandling eller god støtte i det. P3 angiver den laveste følelse af kontrol på begge parametre og med største spredning i vurderingerne (Figur 23).



Figur 23 Opfattet kontrol over egen sygdom og behandling (skala 1-5; gennemsnitsværdi for patientgrupper; n=70)

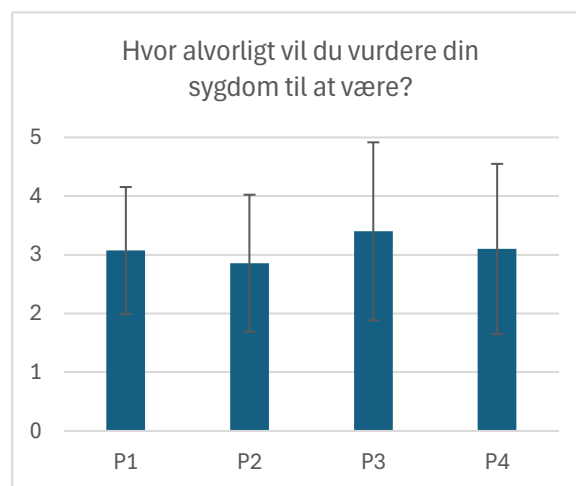
Når det kommer til kontakt med sundhedsvæsenet, ses der et generelt mønster, hvor langt størstedelen af patienterne har kontakt med sundhedsprofessionelle 1-6 gange årligt. P3 adskiller sig ved, at 20% har ugentlig kontakt, hvilket kan resultere fra en øget behov for tæt opfølgning i denne gruppe (Figur 24).



Figur 24 Kontakt med sundhedsvæsenet (kategori; %-besvarelser; n=70)

Følelsesmæssig oplevelse: Til vurdering af det følelsesmæssige dimension blev patienterne bedt om at angive hvor alvorlig de opfatter deres sygdom, samt valgfrit at beskrive, hvilken betydning det har for dem, at de ikke længere skal forbi hospitalet for at hente vederlagsfri medicin så ofte som tidligere.

Patienternes vurdering af alvoren varierer i nogen grad på tværs af de fire grupper (Figur 25). P3 angiver den højeste opfattet alvor (3,4) efterfulgt af P4 (3,1) og P1 (3,07). P2 har den laveste vurdering (2,92). Spredning i svarene er størst i P3 og P4, hvilket tyder på stor variation i opfattet alvor i sekundærsektoren.



Figur 25 Opfattet alvor (skala 1-5; gennemsnitsværdi for patientgrupper; n=70)

Betydningen af ikke længere at skulle hente medicinen på hospitalet varierer blandt respondenterne, men et gennemgående tema i fritekstsvarene (ligesom i interviewene) er den oplevede enkelhed, fleksibilitet og tidsbesparelse, som apoteker i primærsektoren muliggør. For mange er netop disse praktiske forbedringer, der tillægges størst værdi i hverdagen. En enkelt

patient nævner dog at de savner det regelmæssig kontakt med sygeplejersker, som afhentningen på hospitalet muliggjorde.

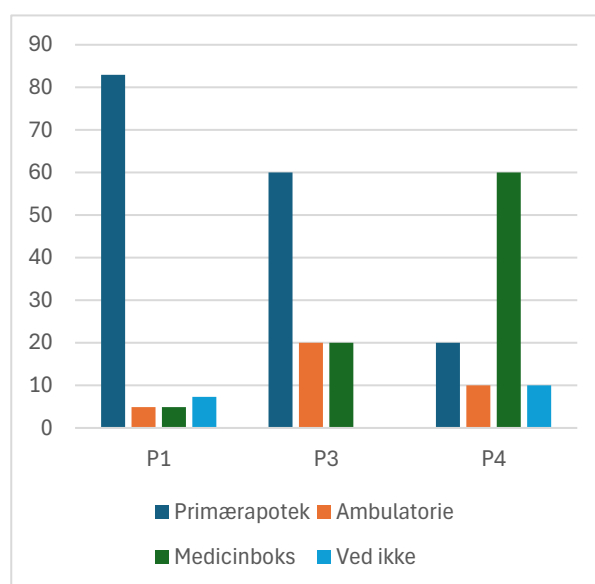
To patienter fremhæver at ændringen har haft en direkte indflydelse på deres sygdomsopfattelse:

”Det betyder meget - især fordi jeg ikke føler mig nær så syg, når jeg kan hente medicin på apoteket ligesom ”almindelige mennesker” og ikke på et hospital [...]”

”Det er mere fleksibelt med et apotek, og jeg bliver ikke mindet om sygdommen på samme måde, når jeg ikke ser andre patienter, der måske er hårdere ramt end mig”

Begge disse udsagn peger på omgivelsernes betydning ved afhentning af medicin, og særlig den sociale kontekst i det. Det handler ikke om interaktioner med sundhedspersonalet, men snarere om de patienter man møder i de to sektorer. I modsætning til det, nævner to patienter at den nye form for afhentning ikke har noget betydning for dem, og en enkelt patient svarede at det var faktisk nemmere at afhente vederlagsfri medicin på hospitalet.

Afsluttende blev patienterne spurgt om de ville foretrække at hente deres vederlagsfri medicin et andet sted, hvis de fik muligheden for det. Figur 26 viser resultaterne af spørgsmålet ved at korrigere for patientgruppen. P1 udviser størst tilfredshed med den nuværende ordning, idet over 80% angiver, at de gerne vil fortsætte med afhentning på et apotek i primærsektoren. I P4 er der en lignende tendens, men denne gang med 60% af respondenterne som gerne vil fortsætte med medicinboks. P3 er den gruppe, hvor flest udtrykker ønske om at skifte afhentningssted. Her angiver over halvdelen, at de ville foretrække afhentning på et apotek i primærsektoren.

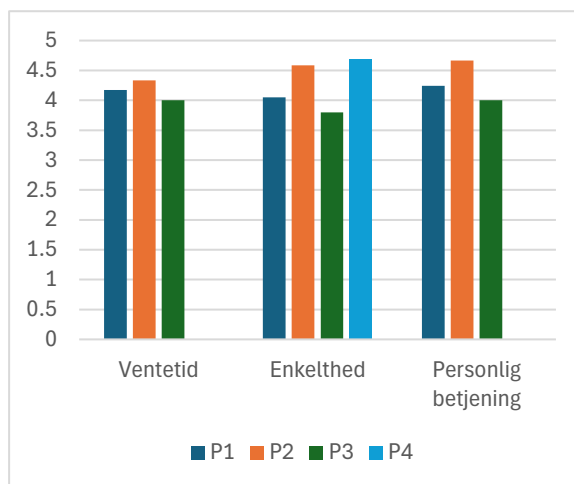


Figur 26 Foretrukket afhentningsform (kategori; %-besvarelser; n=56)

6.4.3 Tilfredshed

Patienternes tilfredshed blev vurderet på tre parametre: ventetid, enkelthed og personlig betjening. P4 blev kun inddraget i vurdering af enkelthed, da de to andre parametre ikke er relevante for afhentning i medicinboks. Respondenterne har vurderet hvert parametre på en skala fra 1 til 5 og resultaterne er vist som vægtet gennemsnit for patientgruppen og fordelt på parametrene.

P2 viser størst tilfredshed med både ventetid og personlig betjening, mens P4 viser størst tilfredshed med enkeltheden af afhentningen. P3 angiver det laveste tilfredshed på tværs af de tre parametre, og især under enkelthed, hvor vurderingen er 19% lavere end det er for P4 (Figur 27). Under vurdering af personlig betjening er P1's vurdering 10% lavere end P2, til trods for at apotekets personalet er ansvarligt for udlevering af medicinen i begge grupperne.



Figur 27 Tilfredshed ved afhentning af vederlagsfri medicin (skala 1-5; vægtet gennemsnitsværdi for patientgrupper; n=70)

6.4.4 Ændringsforslag

P1 udtrykte usikkerhed eller neutralitet over muligheden for at bestille næste afhentning via primærsektorapoteket og færre krav til køletaske om vinteren. Til gengæld var 68% enten enige eller meget enige i at de selv vil bestemme hvor de henter vederlagsfri medicin.

Fritekstsvarene fra spørgeskemaundersøgelsen bidrog med yderligere forslag til forbedringer, som patienterne vurderede som relevante og nyttige:

- P1: Ønsker om mulighed for afhentning på alle eller det nærmeste apotek i primærsektoren, udlevering af en større køletaske fra enten hospital eller apotek i primærsektoren, hurtigere ekspedition af vederlagsfri medicin samt forbedrede systemer og uddannelse af apotekspersonalet.
- P2: Etablering af en særskilt skranke til vederlagsfri medicin udleveringer, med et dedikeret kønummersystem.
- P3: Ønske om hjemmелеvering af medicin samt mulighed for afhentning på et apotek i primærsektoren eller via medicinboks.
- P4: Ønske om en mere enkel bestillingsproces, f.eks. via en app hvor man krydser medicinen af for at bestille, og forbedret overholdelse af aftaler, så medicinen ikke bliver lagt i medicinboksen før aftalt tid.

7. Diskussion

7.1 Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres de metodiske valg, styrker og begrænsninger ved undersøgelsen. Der reflekteres over design, anvendte teorier samt samarbejdet med farmaceutstuderende.

7.1.1 Aktionsforskning

Projektet tager udgangspunkt i aktionsforskning, men kun udvalgte elementer fra tilgangen er blevet anvendt i dette speciale. En central lighed med klassisk aktionsforskning er patientinvolveringen samt anvendelse af de fire faser: diagnose, planlægning, aktion og evaluering. Den cykliske dimension er dog ikke blevet fuldt udnyttet, dels på grund af projektets design, dels som følge af tidsmæssige begrænsninger. Derudover vil selve evalueringsfasen først finde sted efter specialets aflevering, hvor resultaterne kan danne grundlag for vurdering af behovet for yderligere forskning eller videreudvikling af konkrete aspekter af projektet.

7.1.2 Organisering

Studerendes bidrag til projektet: Projektets gennemførelse var i høj grad afhængig af farmaceutstuderendes indsats under deres studieophold. Deres deltagelse i både interview- og spørgeskemaundersøgelsen muliggjorde både en større datamængde og en bredere variation i patienterfaringer, idet rekrutteringen fandt sted på flere apoteker i Region Hovedstaden.

Udfordringer i projektets formidling: Under træningssessionerne til KØ-ugen blev det tydeligt, at projektets formidling, især gennem introduktionsvideoen, ikke tilstrækkeligt tydeliggjorde, at alle studerende kunne deltage. Flere studerende havde derfor fået det fejlagtige indtryk, at deltagelse var forbeholdt apoteker i Planområde Syd.

Koordinationsudfordringer: Projektets præsentation og træningssessionen med afdelingsleder Simon Schytte-Hansen bidrog positivt til at inddrage perspektiver fra både primær- og sekundærsektoren. Der opstod dog en vis uklarhed om rolle- og ansvarsfordeling. Flere studerende forsøgte både at søge information og at tilmelde sig projektet via afdelingsleder Simon Schytte-Hansen i stedet for mig, som skabte forvirring i forhold til koordinering af træningssessioner og aftaler mellem mig og de studerende.

Bidrag fra de tre vejledere: Alle tre vejledere har spillet centrale roller i projektets gennemførelse. Afdelingsleder Simon Schytte-Hansen har faciliteret dataindsamlingen på

Nefrologisk Afdeling på Rigshospitalet og fungeret som bindeled til den kliniske praksis. Apoteker Susanne Overmark Bendixen har bidraget væsentligt til min forståelse af området, bl.a. ved at introducere mig til relevante fagpersoner og arbejdsgrupper. Professor Lotte Stig Nørgaard har ydet værdifuld støtte i forbindelse med den akademiske rammesætning og opfordret mig bl.a. til at præsentere projektet for NUAP.

7.1.3 Den kvalitative del

Teori: CSM betragtes som den gyldne standard for vurdering af sygdomsopfattelse, og flere studier har anvendt modellen, herunder studier af Fischer et al. [23], Achsetter et al. [24] og Xin et al. [25]. Modellen udgør grundlaget for IPQ og Brief IPQ, som er de mest anvendte spørgeskemaer til vurdering af sygdomsopfattelse, hvilket understøtter dens praktiske anvendelighed.

Selvom CSM kan anvendes til vurdering af sygdomsopfattelse hos patienter med kroniske sygdomme, bør det bemærkes, at modellens dynamiske karakter kan være vanskelig at indfange i en tværsnitsundersøgelse som den foreliggende. CSM er netop udviklet til at afspejle hvordan individers opfattelser af sygdom ændrer sig over tid, og modellen har tidligere været anvendt i longitudinale studier [23], men dens anvendelighed i tværsnitsundersøgelser er begrænset.

Health Belief Model, der fokuserer på motivationen for at tage sundhedsrelaterede handlinger og *Theory of Planned Behaviour*, som er en populær model med fokus på, hvordan eksterne faktorer påvirker intentioner og adfærd er to yderligere modeller, som blev undersøgt i projektets planlægningsfase [14, 26]. Det blev dog vurderet, at CSM var den mest anvendelige model til dette projekt, da fokus primært var på at vurdere ændringer i sygdomsopfattelse frem for konsekvenser af disse ændringer.

Interviewmetode: Semistrukturerede interviews er særligt velegnede til undersøgelser af komplekse emner som sygdomsopfattelse. Deres fleksible struktur giver muligheden for at følge en overordnet interviewguide og samtidig udforske uventede emner, der opstår undervejs. Denne åbenhed bidrog til en dybere forståelse af patienternes oplevelser og afslørede perspektiver, som ellers ville være overset. Dette styrker undersøgelsens troværdighed men kræver erfaring, hvilket blev tydeligt i dette speciale, hvor de medvirkende farmaceutstuderende til tider ubevidst kom til at påvirke interviewets retning.

Interviewene blev gennemført telefonisk, hvilket gjorde det lettere for flere patienter og studerende at deltage i dataindsamling og har bidraget til at formindske interviewer-effekten, da

patienten ikke har adgang til interviewerens kropssprog og ansigtsudtryk. Denne manglende syn på hinandens kropssprog gør det dog vanskeligere at opfange nuancer, f.eks. om et emne vækker stærke reaktioner eller om respondenterne ”gemmer” vigtige informationer [27].

Af hensyn til anonymitet og for at undgå GDPR-relateret kompleksitet blev indsamling af personfølsomme oplysninger som køn, alder og nationalitet bevidst fravalgt. Dette gav muligheden for en fokuseret dataindsamling med udgangspunkt i sygdomsopfattelse, men havde samtidig konsekvenser for undersøgelsens overførbarhed.

Dataindsamling: Der er risiko for variation i datakvaliteten, når flere interviewere deltager i dataindsamlingen. For at formindske denne risiko blev der afholdt to træningssessioner, hvor de studerende blev introduceret til semistrukturerede interviews og teknikker som aktiv lytning og *probing*. Der forekom dog enkelte tilfælde, hvor interviewene ikke blev gennemført optimalt:

- Interview 1: Der blev stillet to spørgsmål i forlængelse af hinanden, uden at følge op på hvert spørgsmål. Dette medførte at det aldrig blev afklaret om den pågældende patient kendte til årsagen til sygdommen.
- Interview 5: Der er introduceret bias gennem formuleringen af spørgsmålet. Efter at intervieweren ”dobbelttjekker” at patienten ikke opfatter sygdommen som mindre alvorligt, skifter patienten pludselig mening, og angiver at det føles lidt mindre alvorligt. Dette gjorde det svært at vurdere om svaret er autentisk eller tilpasset interviewerens forventning.

I interview 11 udviste intervieweren dog god evne til at forfølge patientens udsagn med spørgsmålet som gav anledning til en nuanceret indsigt i patientens emotionelle oplevelse af afhentningen på apoteket.

Member checking er en metode, der kan anvendes til at validere kvalitative data og styrke analysens troværdighed, særligt når data er indsamlet af flere interviewere. Ved at give deltagerne mulighed for at kommentere på eller bekræfte fortolkninger og tematiske fund kan der opnås en højere grad af validitet. Denne metode blev ikke anvendt i nærværende speciale, på grund af det dynamiske aspekt i sygdomsopfattelsen og tidsmæssige begrænsninger.

7.1.4 Den kvantitative del

Spørgeskema: IPQ og Brief IPQ ville have været oplagte strategier til vurdering af sygdomsopfattelsen i et spørgeskema. Der blev i stedet for valgt en mere eksplorativ og kontekstafhængig tilgang, hvor relevante aspekter af sygdomsopfattelse blev identificeret gennem semistrukturerede interviews med patienter i P1. Denne metode havde til formål at afdække dimensionerne i CSM som har betydning i relation til afhentning af vederlagsfri medicin, som er et område der kun i begrænset omfang er belyst i litteraturen. Tilgangen sikrer kontekstuel relevans og giver mulighed for at identificere nuancer, som potentielt ville være overset med et standardiseret spørgeskema. Det betyder dog, at resultaterne ikke er direkte sammenlignelige med studier, der anvender IPQ og Brief IPQ, men netop dette afspejler specialets fokus på at bidrage med viden om et nyt, specifikt og praksisnært fænomen i det danske sundhedsvæsen.

Den valgte tilgang medfører en vis risiko for begrænset reliabilitet og validitet, da spørgeskemaet ikke er testet og valideret i samme omfang som standardiserede instrumenter. Dette kan medføre variationer i tolkning og forståelse blandt respondenter, selvom spørgsmålene blev udformet på baggrund af kvalitative fund. Yderligere, findes der en risiko for, at nogle aspekter af sygdomsopfattelsen kan være underbelyst, da IPQ dækker en bred vifte af dimensioner inden for CSM, og det er muligt, at nogle af disse ikke er blevet nævnt i interviewene.

Fravær af Identitet og Årsag: Dimensionerne Identitet og Årsag blev udeladt fra den kvantitative del, da interviewene viste en markant konsistens blandt deltagerne: alle patienterne havde kendskab til deres diagnose, symptomer og årsag, og der blev ikke udtrykt særlig usikkerhed på disse områder. Dette valg har både styrker og begrænsninger:

Styrken ved denne tilgang er, at spørgeskemaet er målrettet de dimensioner, hvor der forekom variation, altså hvor sygdomsopfattelsen potentielt påvirkes af afhentningsstedet. Spørgeskemaet fokuserer derfor på de mest relevante aspekter for undersøgelsens formål, hvilket øger dens præcision og relevans.

Begrænsningerne kommer mest til udtryk under vurdering af sygdomsopfattelse for P3 og P4, hvor sygdommene (eller sygdomsområderne) er ukendte og hvor patienterne kan have en bred vifte af sygdomme med forskellige sværhedsgrad og kompleksitet. Fraværet af information om sygdomstype gør det vanskeligt at vurdere, i hvilken grad forskelle i sygdomsopfattelsen skyldes afhentningsformen frem for forskelle i den underliggende sygdom. Dette påvirker studiets intern

validitet og generaliserbarhed, da det hverken var muligt at korrigere for sygdomsrelaterede faktorer eller at beskrive målgruppen præcist nok til at vurdere resultaterne på et større skala.

Dataindsamling: Svarprocenten steg med 6% ved *purposive sampling* sammenlignet med *convenience sampling*, men forskellen i det samlede antal besvarelser var markant. Ved brug af *purposive sampling* blev der indsamlet næsten dobbelt så mange besvarelser på blot to dage, som der blev opnået på næsten to måneder med *convenience sampling*. Det indikerer, at rekrutteringsstrategien (i hvert fald for P1) kunne have været langt mere effektiv, hvis de studerende var blevet instrueret i at benytte apotekets SMS-løsning frem for ISS.

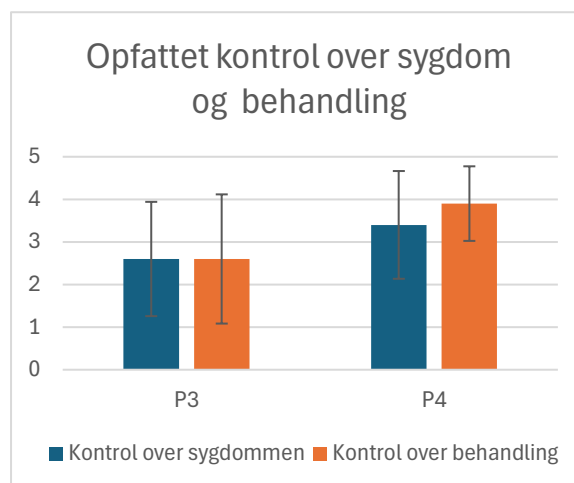
Motivationen for at uddele ISS og for at sikre besvarelser varierede betydeligt mellem apotekerne i primærsektoren. Der blev uddelt mellem 1 og 44 ISS pr. primærsektorapotek, hvilket sandsynligvis afspejler både den enkelte studerendes motivation og de praktiske rammer på studieopholdet.

Det er veldokumenteret, at monetære incitamenter kan øge deltagelsen i spørgeskemaundersøgelser og erfaringer fra København Sønderbro Apotek viste desuden, at konkurrencer med præmier til de mest engagerede deltagere kan styrke motivationen [28]. En lignende strategi kunne muligvis have øget både engagementet blandt de involverede studerende og antallet af deltagere i projektet.

Omvendt peger forskning på, at ikke-materielle incitamenter (som f.eks. informationsvideoer) i visse tilfælde kan have en negativ indvirkning på deltagelsen [29]. Dette kan have spillet ind i det aktuelle projekt, hvor netop præsentationsvideoer blev benyttet i præsentation af projektet. Der opstår således et dilemma: På den ene side fungerede træningssessionerne som et vigtigt værktøj til at klæde de studerende på til opgaven, men på den anden side har det bidraget til, at projektet fremstod komplekst eller tidskrævende, hvilket har potentielt påvirket deres motivation negativt.

Dataanalyse: På grund af det begrænsede datagrundlag i den kvantitative del af undersøgelsen, særligt for P3, har det ikke været muligt at påvise statistisk signifikante forskelle i sygdomsopfattelse mellem patientgrupper. I stedet præsenteres og fortolkes tendenser i de udvalgte dimensioner af sygdomsopfattelse ud fra deskriptiv analyse og med støtte fra det mere omfattende kvalitative datamateriale

En mulig løsning på udfordringen med små datasæt i de enkelte grupper ville have været at sammenlægge P1 og P2 samt P3 og P4, for at undersøge forskelle mellem primær- og sekundærsektoren. Dette ville have resulteret i et datagrundlag, der var tilstrækkeligt til at gennemføre statistiske analyser. Denne tilgang blev dog fravalgt, da der tidligt i analysen blev identificeret markante forskelle i vurderingen af centrale CSM-dimensioner mellem grupperne, især i dimensionen Kontrol. Dette fremgår af Figur 28.



Figur 28 Forskelle i vurdering af kontrol mellem P3 og P4

Forskellene mellem grupperne bliver endnu mere udtalte, når man inddrager vurderinger af tilfredshed. Her bekræfter både kvantitative tendenser og kvalitative udsagn, at afhentningen via medicinboks generelt giver højere tilfredshed end afhentning i ambulatoriet.

Derfor blev en simpel opdeling i primær- versus sekundærsektoren vurderet som metodisk uhensigtsmæssig. Selvom det kunne have styrket den statistiske analyse, ville det have reduceret den konceptuelle nuance og sløret vigtige forskelle mellem patientgrupperne.

Kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder har givet mulighed for både dybdegående indsigt samt bredere generalisering. Tilgangen rummer visse begrænsninger, men har understøttet en nuanceret forståelse af sygdomsopfattelsen i patientgrupperne.

7.2 Diskussion af resultater

Formålet med projektet er at belyse, hvordan sygdomsopfattelsen påvirkes af afhentningsstedet for vederlagsfri medicin. I diskussionen reflekteres der over datamaterialets repræsentativitet, centrale aspekter af sygdomsopfattelsen og ændringer heri, samt patienternes ønsker til ydelsen. Det følgende afsnit diskuterer projektets resultater i relation til eksisterende forskning om både sygdom og sygdomsopfattelse.

Generaliserbarhed

Kønsfordelingen i P1 viser, at 73% af respondenterne var kvinder, og 27% var mænd, som matcher den generelle kønsfordeling i gigtpatienter. Et stort internationalt studie fra 2009, som inkluderede 6.004 gigtpatienter fordelt på 25 lande, fandt en kønsfordeling på 79% kvinder og 21% mænd i patientpopulationen og et svensk studie med 58.000 gigtpatienter rapporterede en kønsfordeling lig med P1, nemlig 73% kvinder og 27% mænd [30, 31]. Samme svenske studie fandt en gennemsnitsalder på 66 år, hvilket er højere end gennemsnitsalderen i P1 (53 år).

Denne forskel i alder finder muligvis forklaring i yderligere fund fra det svenske studie. Dette viste nemlig, at forbruget af biologisk medicin faldt markant med alderen, fra 22% i den yngre patientgruppe til blot 3% i den ældre. Biologisk medicin er omfattet af vederlagsfri-listen, og to af de interviewede patienter fik det som behandling. Da en stor del af den øvrige medicin som anvendes til gigtt udleveres via almindelige recepter på apoteket, kan dette betyde, at den ældre patientgruppe i mindre grad afhenter vederlagsfri medicin [32]. Det kan forklare, hvorfor den yngre befolkning er overrepræsenteret i P1, hvis biologisk medicin udgør en væsentlig del af vederlagsfri udleveringer fra apoteker i primærsektoren.

Data for forbrugere af antipsykotisk medicin viser en mere jævn kønsfordeling. En undersøgelse med 50.000 patienter fandt, at 52,5% var kvinder, mens 47,5% var mænd, med en gennemsnitsalder på 53,2 år, som ligger tæt på resultaterne fra P2 (50% kvinder; 50% mænd; gennemsnitsalder på 47,3 år) [33].

Denne overensstemmelse mellem undersøgelsens køns- og aldersfordeling og den generelle befolknings inddeling indikerer en høj repræsentativitet af både P1 og P2.

1. Hvilke elementer fra Leventhal's Common Sense Model er centrale i vurderingen af sygdomsopfattelsen hos patienter der modtager vederlagsfri medicin?

Der er identificeret fire dimensioner fra Leventhal's CSM som er særligt relevante for vurderingen af sygdomsopfattelse hos modtagere af vederlagsfri medicin: Konsekvenser, Tidslinje, Kontrol og Følelsesmæssig oplevelse. De to øvrige dimensioner, Identitet og Årsag, blev vurderet at være mindre centrale, da patienternes beskrivelser i de 15 interviews var meget ensartede, hvilket indikerer en høj sygdomsforståelse blandt de interviewede.

Denne ensartede opfattelse kan hænge sammen med sygdomstypen, da P1-gruppen udelukkende består af patienter tilknyttet en reumatologisk afdeling. Et finsk studie har tidligere vist, at gigtpatienter generelt har en god forståelse for både sygdommens identitet og årsag, hvilket understøtter beslutningen om ikke at inkludere disse dimensioner i den kvantitative del af projektet, især hvad det gælder P1 [28].

Dog kan dette fravalg diskuteres i forhold til P2, P3 og P4, hvor patienterne lever med forskellige sygdomstyper. Hvis kendskab til sygdommens identitet og årsag i høj grad afhænger af sygdomstype og sygdomsforløbets varighed, kunne det have været relevant at vurdere disse dimensioner i de øvrige patientgrupper.

Det er desuden underbygget i forskningen, at sygdomsforståelse ofte øges over tid. Jo længere tid en person har levet med sin sygdom, desto større er sandsynligheden for, at vedkommende har opnået viden og erfaringer, der bidrager til en mere nuanceret forståelse af både sygdommen og dens håndtering i hverdagen. Dette kan være en medvirkende forklaring på den høje sygdomsforståelse i P1, hvor 97,5% af respondenterne har modtaget behandling for sygdommen i over et år [34, 35].

Fleksibilitet og enkelthed indgår ikke direkte i dimensionerne af CSM, men de relaterer sig til kontroldimensionen, som et vigtigt element i oplevelsen af behandlingen.

9 ud af 15 interviewdeltagere beskrev afhentningen på apotek i primærsektoren som ”nemmere” og/eller ”mere fleksibel” sammenlignet med hospitalet. Dette afspejles i de kvantitative resultater, hvor P1 udviser højere tilfredshed, sammenlignet med P3. Dog er medicinboksen (P4) blevet fremhævet som den mest enkle afhentningsform, muligvis pga. fraværet af ventetid og kontakt med personalet.

Samtidig viste kvantitativt data, at mange patienter værdsætter muligheden for selv at vælge, hvor de afhenter deres medicin, også selvom over 80% ville fortsætte med primærsektorapoteket. Dette peger på en psykologisk værdi af at kunne træffe valg og opleve kontrol over egne behandlingsforhold, som kan bidrage til en roligere opfattelse af sygdommen og et mere positivt sygdomsnarrativ. Ifølge CSM er netop følelsen af kontrol en central komponent i patienters sygdomsrepræsentation.

Ønsket om fleksibilitet og selvbestemmelse står i kontrast til en anden central koncept i sundhedspleje, nemlig *Relational Continuity of Care* (RCOC). Dette beskriver de sundhedsmæssige fordele, der kan opnås når patienter behandles af den samme sundhedsprofessionelle. Fire patienter gav udtryk for stor tillid til personalet på hospitalet, som

angiveligt har det fulde overblik over behandlingen. Dette understøtter vigtigheden af relationel kontinuitet, særlig for patienter med kroniske sygdomme, hvor et stabilt behandlingsforløb og velkendt sundhedspersonale kan øge tryghed og forbedre behandlingsresultater.

I den sammenhæng kan der diskuteres, om en stærk decentralisering og frit valg mellem afhentningsformer i praksis vil fremme eller hæmme behandlingskvalitet. Ved at sprede ansvaret for medicinudlevering på tværs af flere instanser og kontaktpunkter, risikerer man at svække den relationelle kontinuitet. Studier har vist, at patienter som benytter det samme apotek i primærsektoren gentagne gange, udviser en let øget *adherence* sammenlignet med patienter, der besøger forskellige apoteker. Det tyder på, at kontinuitet også kan etableres på apoteker i primærsektoren, ikke nødvendigvis gennem personlige relationer til bestemte farmaceuter, men via en samlet oplevelse af stabilitet og genkendelighed [36].

Dermed opstår et dilemma: På den ene side ønsker patienter valgfrihed og fleksibilitet, som kan styrke deres følelse af kontrol og tilfredshed. På den anden side taler teorier som RCOC og de kvalitative fund for, at stabilitet og kontinuitet i behandlingsrelationer kan spille en vigtig rolle for både *adherence* og tryghed i behandlingen. Dette understreger behovet for at finde en balance mellem fleksible afhentningsformer og en struktur som understøtter kontinuitet.

2. *Hvordan vurderes de centrale elementer fra Leventhal's Common Sense Model af patienter som henter vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren, ambulatorier og fra medicinboks?*

Patienter, der henter deres medicin på ambulatorier (P3), udviser den laveste grad af opfattet kontrol over både sygdom og behandling. En mulig forklaring kan være selve afhentningssituationen: Enkelthed og ventetiden vurderes bedre i P1 og P2 end i P3, hvilket kan tyde på, at processen på hospitalet i højere grad opleves som besværlig og "ude af hænderne". I interview 11 beskrives en oplevelse af manglende hensyn fra hospitalets side, hvilket kan signalere en lavere grad af patientinddragelse i behandlingsforløbet.

Samtidig med denne lave grad af kontrol, vurderer P3 risikoen for forværring af sygdommen som lavest. Dette peger på en form for kompenserende tillid til sundhedsvæsenet, hvor patienterne accepterer en behandling, de ikke selv føler sig involveret i, ud fra en forventning om, at behandlingen på hospitalet er den bedst mulige. Dette er genkendeligt i fire interviews,

hvor der udtrykkes særlig tillid til personalet på hospitalet, især i relation til de specifikke sygdomme, patienterne lever med. Fænomenet ses typisk i lande med høj magtafstand i læge-patient-forholdet. Høj magtafstand indebærer klart adskilte roller mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor lægen opfattes som den autoritative beslutningstager, og patientinddragelse er begrænset. Denne tilgang er udbredt i bl.a. østeuropæiske lande som Rumænien og Polen, mens i Danmark er der stor interesse i en lav magtafstand og en høj grad af patientinddragelse [37, 38]. Det kan dog ikke udelukkes, at den højtspecialiserede behandling i sekundærsektoren påvirker magtforholdet og kan medføre en øget magtafstand mellem patient og læge.

Den følelsesmæssige dimension af sygdomsopfattelsen viser sig tydeligt i begge datasæt. Særligt i P3, men også i P4, vurderes sygdommen som mere alvorligt. Dette kan hænge sammen med de associationer som patienterne har til sekundærsektoren. To deltagere beskriver at det opleves ”mere seriøst” at hente medicin på et hospital end på et apotek i primærsektoren, ikke nødvendigvis pga. selve bygningen, med pga. atmosfæren og de andre patienter, man møder i venteområdet.

”Der sidder lidt nogle andre mennesker i gården og venter. Det er en anden situation end netop at hente på et helt normalt apotek”

-Interview 3

Denne opfattelse underbygges af et græsk studie, som har vist, at eksponering for billeder af menneskelig lidelse kan øge sundhedsrelateret angst, mindske optimisme og føre til lavere følelser af kontrol over sygdom [39]. Hvis denne mekanisme overføres til konteksten for afhentning af vederlagsfri medicin, kan det argumenteres at hospitalets miljø, hvor lidelse ofte er mere synlig og ventetiden længere, ufrivilligt forstærker patientens oplevelse af sygdommens alvor. Afhentning på hospitalet ses derfor som en form for ”eksponeringsterapi”, som ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig. Respondenterne bekræfter antagelsen, ved at angive direkte at de føler sig mindre syge, når de ikke konfronteres med andre patienters sygdom.

Et andet studie har direkte undersøgt sammenhængen mellem hospitalers atmosfære og patienters forventninger til behandlingsudfald. Studiet viste at både det fysiske layout (kvalitet af omgivelser, standard og tilgængelighed) og den oplevede stemning (afslappet vs. kedelig, glad vs. trist, tilfreds vs. utilfreds) har betydning for patienters forventninger. Selvom danske

hospitalet generelt har en høj standard sammenlignet med mange hospitaler i udlandet, kan det gentagne behov for at hente medicin på hospitalet påvirke forventninger og dermed sygdomsopfattelsen [40].

Når ovenstående sættes i relation til spørgeskemadata om frekvens af kontakt med sundhedsprofessionelle, tegner der sig et billede om patienterne i P3 og P1/P2:

Den største andel i en patientgruppe med ugentlig kontakt til sundhedsprofessionelle findes i P3, altså blandt dem, som vurderer deres sygdom som mest alvorlig, men som samtidig føler mindst kontrol. Dette tyder på en patientgruppe, der er tæt knyttet til sundhedssystemet, har høj tillid til deres behandlingsansvarlige og dermed ser en lav risiko for forværring, men bærer sygdommen tungere end andre i den følelsesmæssige dimension.

Patienter, der henter vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren, rapporterer højere grad af kontrol og oplever selve afhentningen som mere enkel og problemfri. I interviews beskriver tre deltagere, at de føler sig mindre syge, når de ikke konfronteres med hospitalets miljø eller andre patienter. Denne afstand til sygdommens synlige konsekvenser kan bidrage til en mere normaliseret hverdag og en lavere følelsesmæssig belastning. Samtidig ses blandt denne gruppe en stærk sygdomsforståelse, hvilket kan skyldes langvarig erfaring med sygdommen og en stabil behandling. Gruppen fremstår således som relativt velfungerende og selvhjulpne, hvilket kan være med til at forklare deres lavere kontakt med sundhedsvæsenet samt lavere opfattet alvor.

3. *Hvilke ændringsforslag har patienterne til afhentningen og hvordan er disse forslag vurderet af andre patienter?*

Forslaget om selv at kunne vælge afhentningssted var det eneste ændringsforslag med stor opbakning. For de øvrige forslag fordelte svarene sig i høj grad på neutrale eller "ved ikke"-kategorier. Fordelingen kan ofte skyldes en heterogen målgruppe med forskellige sygdomstyper og behov, men disse ændringsforslag er vurderet udelukkende af P1. En alternativ forklaring på den udtalte uenighed og høje grad af neutralitet kan være, at ændringsforslagene ikke nødvendigvis afspejler en bred konsensus. Set i lyset af den høje generelle tilfredshed i P1, kan de afdæmpede reaktioner på ændringsforslagene tyde på, at systemet fungerer og opleves som

tilpasset patienterne. Tilsvarende ses i P4, hvor tilfredsheden også er høj, og forbedringsforslag få.

Den mest efterspurgt ændring vedrørte muligheden for at afhente medicin på ” det lokale apotek”, ved en udvidelse til alle apoteker i primærsektoren. Dog er det ikke planen at udvide ordningen til alle apoteker i landet. På trods af at implementeringsfasen endnu ikke er afsluttet, er der bred enighed blandt aktørerne om kun at lade hovedapoteker udlevere vederlagsfri medicin. Dette skyldes dels de høje indkøbspriser og den særlige håndtering, som vederlagsfri medicin ofte kræver, og dels forskelle i bemandingskrav. Hovedapoteker er forpligtet til at have mindst én farmaceut til stede i åbningstiden, hvilket ikke gælder filialer. Da kvalitetssikring er en farmaceutisk kerneopgave, er det centralt, at denne ekspertise er tilgængelig, når denne type medicin introduceres til apoteker i primærsektoren.

Sammenfattende peger resultaterne på, at afhentningssted og tilknytning til sundhedssystemet har betydning for patienternes opfattelse af sygdom, kontrol og behandling. Balancen mellem fleksibilitet og kontinuitet i medicinudlevering fremstår central for at optimere patienttilfredsheden og understøtte en positiv sygdomsrepræsentation, hvilket bør tages i betragtning ved fremtidige tilpasninger af ydelsen.

8. Konklusion

Dette speciale har undersøgt, hvordan forskellige afhentningsformer for vederlagsfri medicin påvirker patienternes sygdomsopfattelse med udgangspunkt i *Leventhal's Common Sense Model of Self Regulation*. Fire dimensioner - Konsekvenser, Tidslinje, Kontrol og Følelsesmæssig oplevelse - blev identificeret som særligt relevante for vederlagsfri medicin.

Den kvalitative del af specialet viste opbakning til, at afhentningen i primærsektoren udvides. Patienterne fremhævede faktorer som enkelthed, kortere afstand og øget fleksibilitet som klare fordele. Patienterne angav en minimal sammenhæng mellem afhentning og sygdomsopfattelse, med 3 ud af 15 patienter som oplever en ændret syn på sygdommen. Atmosfæren på hospitalet og tilstedeværelsen af andre og mere syge patienter har været et tilbagevendende tema i undersøgelsen. Afhentning på apoteker i primærsektoren blev i denne sammenhæng beskrevet som "mere normal" eller "mindre alvorlig" end afhentning på hospitalet.

Den kvantitative del af specialet viste forskelle i sygdomsopfattelsen mellem patientgrupperne på tværs af de fire nævnte dimensioner. Patienter som henter på apoteker i primærsektoren (P1 og P2) og fra medicinboks (P4) oplever større kontrol over sygdom og behandling. Samtidig opfatter disse patienter deres sygdom som mindre alvorligt, sammenlignet med patienter, der afhenter deres medicin i ambulatoriet (P3). Paradoksalt ses en lavere opfattet risiko for sygdomsforværring hos sidstnævnte patienter, til trods for en lavere følelse af kontrol. Dette indikerer en stærk tillid til sundhedsvæsenet og til den behandling, de modtager.

Afhentning på apoteker i primærsektoren var den foretrukne løsning i P1 (83%) og P3 (60%), mens afhentning fra medicinboks var den foretrukne løsning i P4 (60%). Fleksibilitet fremstår igen som en væsentlig faktor i patienternes forslag til forbedringer. Her har 68% af deltagerne i P1 ønsket selv at kunne vælge, hvor de afhenter vederlagsfri medicin. Derudover peger kvalitative data på behovet for at udbrede ordningen til alle apoteker i landet samt at forenkle processen for bestilling af medicinen.

Skiftet til primærsektoren har en overvejende positiv indflydelse på patientoplevelsen og giver større oplevelse af kontrol. Dog varierer sygdomsopfattelsen på tværs af afhentningsformer, og tillid til sundhedsvæsenet spiller en central rolle i, hvordan patienter vurderer egen sygdom og behandling.

9. Perspektivering

9.1 Vederlagsfri medicin på international plan

På international plan er udlevering af vederlagsfri medicin fra apoteker i primærsektoren et fremmed koncept. Strukturelle forskelle i sundhedssystemer kan være en forklaring på dette. I Sverige f.eks. er al medicin gratis under indlæggelse, men den skal hentes på primær sektor apoteker derefter, mod egenbetaling. En undtagelse gælder visse lægemidler, som kun leveres i store pakninger (f.eks. kontraststoffer), der i stedet udleveres direkte fra hospitalet i doserede mængder med tilhørende instruktioner, afhængig af klinisk behov [41].

Et initiativ fra Glasgow minder om den danske model, hvor patienter modtog medicin og rådgivning på apoteker i primærsektoren ved udskrivning. Her rapporterede patienterne høj tilfredshed og værdsatte personlig kontakt og praktisk tilgængelighed, men ændringer i sygdomsopfattelse blev ikke undersøgt [42].

Dette vanskeliggør en direkte sammenligning af resultater vedrørende sygdomsopfattelse og begrænser muligheden for at identificere bredere tendenser på tværs af studier. Der er behov for yderligere undersøgelser, som belyser afhentning af medicin i både primær- og sekundærsektoren, og hvordan dette påvirker sygdomsopfattelsen. Dette vil gøre det muligt at vurdere, om de observerede ændringer i

6.4.2 Sygdomsopfattelse skyldes andre faktorer end dem, der er belyst i nærværende speciale, som for eksempel sygdommens karakteristika eller sygdomsområdet.

9.2 Fremtiden for vederlagsfri medicin i Danmark

En bredere implementering af udlevering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren blev ofte nævnt som et ønske i den kvalitative del af projektet. En national implementering drøftes aktuelt på tværs af regionerne, blandt andet som en del af implementering af sundhedsreformen 2024. Der findes dog nogle barrierer som skal overkommes, før en national implementering kan finde sted:

1. Logistik og økonomiske udfordringer

Udlevering af vederlagsfri medicin på apoteker i primærsektoren er endnu ikke logistisk fuldt optimeret. Målet er at forenkle processen, så ordinationer fra sekundærsektoren kan anvendes til udlevering i primærsektoren, med en ordre baseret på Amgros forhandlinger til grossisten. Dette møder udfordringer såsom lovgivning om substitution i kombination med fortrolige priser forhandlet af Amgros, tekniske forskelle mellem IT-systemer og behov for ensartede takseringsprocedurer.

2. Regionale forskelle

De 5 danske regioner varierer i organisering af sygehusapoteker og budgetfordeling, hvilket gør en national implementering udfordrende. En løsning, der fungerer i én region, kan ikke nødvendigvis overføres til andre. En landsdækkende model kræver derfor enten ensretning af strukturer eller tilpasning til de enkelte regioners forhold. Dette kan forventeligt bearbejdes og forbedres under implementering af sundhedsreformen 2024.

3. Opbakning fra kliniske afdelinger

Kun én reumatologisk afdeling deltager aktuelt i forsøgsordningen og har opnået stor opbakning gennem tilpassede arbejdsgange. Ved inddragelse af nye afdelinger kan der opstå skepsis, men erfaringerne tyder på, at med tilstrækkelig information og støtte kan ordningen implementeres succesfuldt på andre afdelinger.

Trods disse barrierer viser dette speciale, at patienterne oplever stor tilfredshed med ydelsen samt en ændret sygdomsopfattelse, præget af øget kontrol, bedre integration i hverdagen og en større grad af autonomi. Hvor tilfredsheden med ordningen er blevet undersøgt, bidrager dette speciale med ny og patientcentreret viden om sygdomsopfattelse, som kan informere fremtidige beslutninger om en bredere implementering af ordningen.

Afslutningsvis peger resultaterne af denne undersøgelse på et behov for mere forskning i sygdomsopfattelse blandt patienter, der modtager vederlagsfri medicin fra sekundærsektoren. De anvendte rekrutteringsmetoder til både P3 og P4 har vist sig at være ineffektive til denne målgruppe, på trods af en god vurdering af sygdomsopfattelsen hos de inkluderede. Fremtidige studier med forbedrede rekrutteringsstrategier kan bidrage til et mere dækkende billede af sygdomsopfattelse ved afhentning af vederlagsfri medicin på tværs af sektor.

10. Referencer

1. Abildtrup, U. *Forsøg med udlevering af sygehusmedicin på lokale apoteker viser vejen*. 2024 Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://www.farmaci.dk/artikler/2024/06/forsoeg-med-udlevering-af-sygehusmedicin-paa-lokale-apoteker-viser-vejen>.
2. Bendixen, S.O., *Data fra tilfredshedsundersøgelser (modtaget på vejledermøde)*. 2025.
3. Parfeni, M., I. Nistor, and A. Covic, *A systematic review regarding the association of illness perception and survival among end-stage renal disease patients*. Nephrology Dialysis Transplantation, 2013. **28**(10): p. 2407-2414.
4. Sawyer, A.T., S.L. Harris, and H.G. Koenig, *Illness perception and high readmission health outcomes*. Health Psychology Open, 2019. **6**(1): p. 2055102919844504.
5. Hospital, H. *Medicin - mens du er i behandling på hospitalet*. Accessed 23 april 2025]; Available from: <https://www.hvidovrehospital.dk/raad-og-rettigheder/Patientguiden/Undersoegelse-behandling-og-udskrivelse/Medicin-vaerd-at-vide/Sider/Medicin-mens-du-er-i-behandling-paa-hospitalet.aspx>.
6. Thrane, L. *Vederlagsfri udlevering af medicin*. 14 April 2025 Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://pro.medicin.dk/Artikler/Artikel/224>.
7. Regioner, D. *Vederlagsfri udlevering af medicin*. Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://www.regioner.dk/sundhed/medicin/vederlagsfri-udlevering-af-medicin>.
8. Regioner, D. *Vederlagsfri udlevering af medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling* Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://www.regioner.dk/media/kmq4w2s/vederlagsfri-liste-maj-2024.pdf>.
9. Pedersen, H.M., *Nyt forsøg i Thisted: Snup din medicin i boksen*, in TV2 Nord. 2020.
10. Sjælland, R. *Ny mulighed for at hente medicin er kommet godt fra start*. 2023 Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/2023/oktober-december/ny-mulighed-for-at-hente-medicin-er-kommet-godt-fra-start>.
11. Hovedstaden, R. *Hent din medicin, når det passer dig*. 2023 Accessed 28 March 2025]; Available from: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Hent-din-medicin,-naar-det-passar-dig.aspx>.
12. Hovedstaden, R. *Medicinboks - hent din medicin på hospitalet*. Accessed 23 April 2025]; Available from: <https://www.regionh.dk/Sundhed/Patientguiden/Undersoegelse-behandling-og-udskrivelse/Medicin-vaerd-at-vide/Sider/Medicinboks-hent-din-medicin-paa-hospitalet.aspx>.

13. Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977. **196**(4286): p. 129-36.
14. Ajzen, I., *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*, in *Action Control: From Cognition to Behavior*, J. Kuhl and J. Beckmann, Editors. 1985, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 11-39.
15. Leventhal, H. and D. Steele, *Illness Representations and Coping with Health Threats*. Handbook of psychology and health volume IV social psychology aspects of health, 1984. **4**.
16. Weinman, J., et al., *The Illness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing The Cognitive Representation Of Illness*. Psychology & Health - PSYCHOL HEALTH, 1996. **11**: p. 431-445.
17. Broadbent, E., et al., *The Brief Illness Perception Questionnaire*. Journal of Psychosomatic Research, 2006. **60**(6): p. 631-637.
18. Fakultet, I.f.F.D.S. *SFAK20021U Studieophold på apotek (30 ECTS)*. 2024 Accessed 31 March 2025]; Available from: <https://kurser.ku.dk/course/sfak20021u/2024-2025>.
19. McLeod, S., *Mixed Methods Research Guide With Examples*. 2024.
20. Nørgaard, L.S. and A.B. Blöndal, *Action Research in Pharmacy Practice*, in *Pharmacy Practice Research Methods*, Z. Ut-Din-Babar, Editor. 2020, Springer. p. 55-73.
21. Sørensen, E.W. and L.S. Haugbølle, *Using an action research process in pharmacy practice research—A cooperative project between university and internship pharmacies*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2008. **4**(4): p. 384-401.
22. Schytte-Hansen, A.-D.S.S., *Froskningsprojekt Vederlagsfri Medicin*. 2025: YouTube. p. <https://youtu.be/EMuYUNvrkrl?si=lyOa9Yg59PtbvZW0>.
23. Fischer, M., et al., *The dynamics of illness perceptions: testing assumptions of Leventhal's common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting*. Br J Health Psychol, 2010. **15**(Pt 4): p. 887-903.
24. Achstetter, L.I., et al., *Leventhal's common-sense model and asthma control: Do illness representations predict success of an asthma rehabilitation?* J Health Psychol, 2019. **24**(3): p. 327-336.
25. Xin, M., et al., *Using the common-sense model to explicate the role of illness representation in self-care behaviours and anxiety symptoms among patients with Type 2 diabetes*. Patient Educ Couns, 2023. **107**: p. 107581.
26. Rosenstock, I.M., *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*. Health Education Monographs, 1974. **2**(4): p. 354-386.

27. Jensen, H.I., *Telefoninterview som metode i brugerundersøgelser*. Sygeplejersken, 2008. **12**.
28. Abdelazeem, B.A.-O., et al., *Does usage of monetary incentive impact the involvement in surveys? A systematic review and meta-analysis of 46 randomized controlled trials*. 2023(1932-6203 (Electronic)).
29. Kalleitner, F., M. Mühlböck, and B. Kittel, *What's the Benefit of a Video? The Effect of Nonmaterial Incentives on Response Rate and Bias in Web Surveys*. Social Science Computer Review, 2022. **40**(3): p. 700-716.
30. Sokka, T., et al., *Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA Study*. Arthritis Research & Therapy, 2009. **11**(1): p. R7.
31. Neovius, M., J. Simard Jf Fau - Askling, and J. Askling, *Nationwide prevalence of rheumatoid arthritis and penetration of disease-modifying drugs in Sweden*. 2010(1468-2060 (Electronic)).
32. Skjødt, H. *Medicin til behandling af gigt – gigtmedicin*. 2025 Accessed 09 June 2025]; Available from: <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/behandlingsmuligheder/medicin/>.
33. Ramin, T., et al., *Age and sex differences in outpatient antipsychotic prescriptions for schizophrenia: a claims data study*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2024.
34. Tian, M., et al., *Chronic disease knowledge and its determinants among chronically ill adults in rural areas of Shanxi Province in China: a cross-sectional study*. (1471-2458 (Electronic)).
35. Berglund, M.M., *Learning turning points--in life with long-term illness--visualized with the help of the life-world philosophy*. (1748-2631 (Electronic)).
36. Choi, E.A.-O. and I.A.-O. Lee, *Relational continuity of care in community pharmacy: A systematic review*. (1365-2524 (Electronic)).
37. Meeuwesen, L., G. van den Brink-Muinen A Fau - Hofstede, and G. Hofstede, *Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication?* 2008(0738-3991 (Print)).
38. Line Hjøllund Pedersen, A.W., Morten Freil, Alexandra Brandt Ryborg Jönsson, *Patientinddragelse er endnu ikke fuldt implementeret i sundhedsvæsenet*. Ugeskrift for Læger, 2015.

39. Paschali, A.A., et al., *Changes in health perceptions after exposure to human suffering: using discrete emotions to understand underlying processes*. 2012(1932-6203 (Electronic)).
40. Narang, R., et al., *Impact of hospital atmosphere on perceived health care outcome*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2015. **28**(2): p. 129-140.
41. Läkemedelsverket, G.S., *Information til medicinudlevering, ärende 4.1.2-2025-011385*. 2025.
42. Mundell, R., et al., *Patient Experiences of Community Pharmacy Medication Supply and Medicines Reconciliation at Hospital Discharge: A Pilot Qualitative Study*. LID - 10.3390/pharmacy12020066 [doi] LID - 66. 2024(2226-4787 (Electronic)).

11. Bilag

Bilag 1:

National aftale om udlevering af vederlagsfri antipsykotika fra apoteker i primærsektoren

Aftale mellem Apoteksforeningen i Danmark og regionerne vedr. udlevering af antipsykotika til patientgrupper med specifikke diagnoser

December 2024

Baggrund

Regeringen indgik i maj 2022 et bredt politisk forlig ([sundhedsreform](#)), hvor partierne afsatte 20 mio. kr. årligt til at sikre vederlagsfri antipsykotisk medicin til patienter med skizofreni (skizofreni, skizotypisk sindslidelse og skizoaffektiv psykose) i 15 år. Ordningen er siden blevet konkretiseret og beskrevet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Ordningen vurderes at omfatte udlevering af antipsykotika til op til 20.000 borgere på landsplan og skal fungere frem til Sundhedsdatastyrelsen har færdigudviklet et CTR-baseret system, som kan sikre 100% tilskud til de af ordningen omfattede borgere.

Aftalen omfatter følgende lægemidler

Udlevering af antipsykotisk medicin indenfor ATC-gruppe N05A, som fremgår af aftalens bilag 1. Ved ændring af listen, skal Apotekerforeningen orienteres af Danske Regioner. Der kan ikke afviges fra listen.

Udleveringerne kan kun ske på baggrund af en gyldig recept. Recepten skal være udstedt af enten praktiserende læge i almen medicin eller praktiserende speciallæge i psykiatri eller en Psykiatrisk Afdeling på et regionalt hospital. Recepten skal yderligere være markeret med "Regional aftale psykiatri".

Recepter skal ekspederes i patientens CPR-nummer ved brug af regel 59, hvorved både ordinerende læges ydernummer/hospitalsafdeling og autorisations-id registreres på ekspeditionen, hvorved afregningen fremsendes til borgerens bopælsregion.

Lægemidlet skal ekspederes uden tilskud til pakningens fulde pris (uden tilskud) på regel 59, således at ekspeditionen af pakningen ikke indberettes til CTR. Apotekerne skal substituere efter gældende regler til billigste pakning (A-pris). Der er i lægemidlets pris inkluderet et ekspeditionsgebyr på 8 kr. ekskl. moms jf. [prisbekendtgørelsen](#).

Apotekerforeningen har ansvaret for at informere apotekerne om aftalen. Apotekerforeningen varetager IT-koordination med apotekernes systemleverandører.

Aftaleperiode

Aftalen er gældende fra den 1. januar 2025 til den 31. december 2025. Aftalen ophører automatisk i tilfælde af, at CTR-løsningen er klar til brug før den 31. december 2025.

Bilag 2:

Markedsførte Antipsykotika Marts 2025

Skema udarbejdet af Louise Stilling Rasmussen, lostra@rm.dk

	Lægemiddelstof	Markedsførte lægemidler i DK -lægemidler kan hedde:	Lægemiddelproducenter
N05AB03	Perphenazin	Trilafon Dekonoat	Abacus, Actavis, KRKA, Paranova Sandoz, Stada, Teva, Zentiva, Orifarm, Hexal, Otsuka Pharma, Medical Valley, Nordic Prime, Medartuum, Jansen-Cilag, Recordati AB
N05AE03	Sertindol	Serdolect	
N05AE04	Ziprasidon	Zeldox	
		Zipranova	
		Ziprasidon	
N05AE05	Lurasidon	Latuda	
N05AF01	Flupentixol	Fluanxol	
		Fluanxol Depot	
		Fluanxol Mite	
N05AF05	Zuclopenthixol	Cisordinol	
		Cisordinol Depot	
		Cisordinol - Acutard	
		Clopixol	
		Clopixol Depot	
		Clopixol-Acuphase	
N05AH02	Clozapin	Cloprinex	
		Clozapin	
		Froidir	
		Leponex	
		Prizapin	
N05AH03	Olanzapin	Olanzapin	
		Farpenta	
		Zalasta	
		Zypadhera	
		Zyprexa	
		Zyprexa velotab	
N05AH04	Quetiapin	Biquetan	
		Quetiapin	
		Seroquel	
		Seroquel Prolong	
		Stadaquel	
N05AL05	Amisulprid	Aktiprol	
		Amisulprid	
		Solian	
N05AX08	Risperidon	Moletuzar	
		Okedi	
		Rispemyl	
		Risperianne	
		Risperidal	
		Risperidal Consta	
		Risperidon	
		Rispolept Conta	
N05AX12	Aripiprazol	abilify	
		abilify maintena	
		aripiprazol	
N05AX13	Paliperidon	Invega	
		Paliperidon	
		Palmeux	
		Trevicta	
		Xeplion	
N05AX15	Cariprazin	Reaglia	
N05AX16	Brexiprazol	Rxulti	

Bilag 3:

Kære alle,

Som en del af mit speciale skal jeg interviewe patienter, der henter vederlagsfri medicin, og jeg har derfor brug for jeres hjælp.

På pakkerne vil der være en lille seddel, hvor kunden kan skrive sit telefonnummer og give samtykke til et interview. Når kunden har udfyldt sedlen, skal den lægges i bakken ved siden af "lagerfejl"-bakken ved skranke 4.

Hvad skal kunden vide?

Projektet undersøger, hvordan patienter oplever sygdom ved afhentning af medicin på apoteket sammenlignet med hospitalet. Derudover ønsker vi at forbedre servicen for disse patienter.

Når kunden har givet samtykke, vil jeg sammen med vores to farmaceutstuderende, Ava og Anja, kontakte dem for at aftale en telefonisk samtale og give flere oplysninger om projektet.

Tak for jeres hjælp!

Mange venlige hilsen,

Andrei

Bilag 4:

Vederlagsfri medicin-projektet

Kære alle,

Tusind tak for jeres indsats med at rekruttere deltagere til interviewdelen af Vederlagsfri medicin-projektet! Vi har nu gennemført 15 interviews – mere end nok til et speciale. Men i ægte Sønderbro-stil går jeg all-in og udvider projektet med en spørgeskemaundersøgelse.

Jeg har derfor brug for jeres hjælp igen. Jeg har designet informationssedler med QR-koder til både den danske og engelske version af spørgeskemaet. Disse skal – ligesom interview-lapperne – klipses til medicinpakkerne og udleveres sammen med medicinen. Det bliver dog lidt nemmere denne gang, da sedlerne ikke skal indsamles igen – kunderne må tage dem med hjem.

Ud over de kunder, der får vederlagsfri medicin fra hospitalet, kan også kunder, der får psykiatrisk medicin vederlagsfrit (efter den nye nationale lov), deltage i undersøgelsen. Hvis I møder sådanne kunder ved skranken, må I derfor meget gerne udlevere en informationsseddel sammen med medicinen.

Spørgeskemaundersøgelsen løber frem til midten af maj, og i alt deltager 10 primærapoteker og 2 sygehusapoteker i dataindsamlingen.

I kan se informationssedlerne nedenfor – eller finde dem på pakkerne med vederlagsfri medicin og ved skranke 4 (ved robotudtaget).

På forhånd tak for jeres hjælp! 😊

Kærlige hilsner,

Andrei

Hvad synes du om afhentning af vederlagsfri medicin?

Vi undersøger, hvordan afhentningsstedet for vederlagsfri medicin påvirker sygdomsopfattelsen.

- ✓ Din besvarelse hjælper os med at forbedre ordningen!
- ✓ Spørgeskemaet tager kun 5-10 minutter at udfylde.
- ✓ Dine svar er anonyme, og alle data behandles fortroligt.

🔗 Tilgå spørgeskemaet ved at scanne QR-koden eller ved at bruge følgende link:

<https://bit.ly/4kN5eN1>



REGION H Apoteket

What do you think about collecting free-of-charge medication?

We are studying how the place where free-of-charge medicine is collected affects the perception of illness.

- ✓ Your response will help us improve the system!
- ✓ The questionnaire takes only 5-10 minutes to complete.
- ✓ Your answers are anonymous, and all data is handled confidentially.

🔗 Access the questionnaire by scanning the QR code or using the following link:

<https://bit.ly/3DBUhx1>



REGION H Apoteket

Bilag 5:

Vederlagsfri medicin

Leventhal's Common-Sense Model of Self-Regulation¹ definerer 6 parametre som kan bruges til at vurdere sygdomsopfattelsen:

1. Identity (Identitet)
2. Cause (Årsag)
3. Timeline (Tidslinje)
4. Consequences (Konsekvenser)
5. Control/Cure (Kontrol/Behandling)
6. Emotional representation (Emotionel repræsentation)

Relateret til emnet:

1. Hvordan beskriver patienterne deres sygdom med egne ord? Er der sket ændringer i deres beskrivelse af sygdommen efter ”flytning”?
2. Har årsagen til deres sygdom ændret sig ifølge dem? Tillid til personale, Fejldiagnosticering, Selve hospitalet som bygning med mange syge osv.
3. Påvirker afhentningen selve sygdomsforløbet? Tager det længere tid at blive rask? Mindre tid? Kun hvis det er relevant.
4. Er der konsekvenser ved de forskellige afhentningssteder? Er sygdommen mindre alvorlig fordi de henter på apotek?
5. Synes patienterne at medicinen virker bedre/dårligere nu når de henter det på apoteket?
6. Har patienterne lige så meget tillid til apotekspersonalet som de har på sygehuspersonale? Hvordan har patienterne det med den nye udlevering?

Information til patienten:

Vores projekt undersøger, om det at hente medicin på apoteket i stedet for på hospitalet ændrer patienters opfattelse af deres sygdom. Samtidig ser vi på, hvordan medicinudleveringen kan forbedres for patienterne, uanset om de henter medicinen på apoteket eller hospitalet, så det bliver mere trygt, enkelt og tilgængeligt for alle.

¹<https://link-springer-com.ep.fjernadgang.kb.dk/article/10.1007/s10865-016-9782-2>

Interviewguide

Identity

1. Kan du kort beskrive din sygdom/ dine sygdomme med egne ord? I hvor høj grad påvirker det din hverdag?

Cause

2. Kender du til årsagen/ årsagerne bag din sygdom?

Timeline

3. Hvordan har det påvirket dit behandlingsforløb, det at du nu kan hente medicinen på apoteket i stedet for på hospitalet?

Consequences

4. I hvor høj grad oplever du din sygdom som mindre alvorligt, nu hvor du ikke længere skal på hospitalet og hente medicin?
5. Har du mærket nogle ændringer i din sygdom siden du begyndte at hente på apotek? Kan du give nogle eksempler?

Control/Cure

6. Synes du at medicinen virker bedre eller dårligere når du får det fra et apotek sammenlignet med hospitalet?

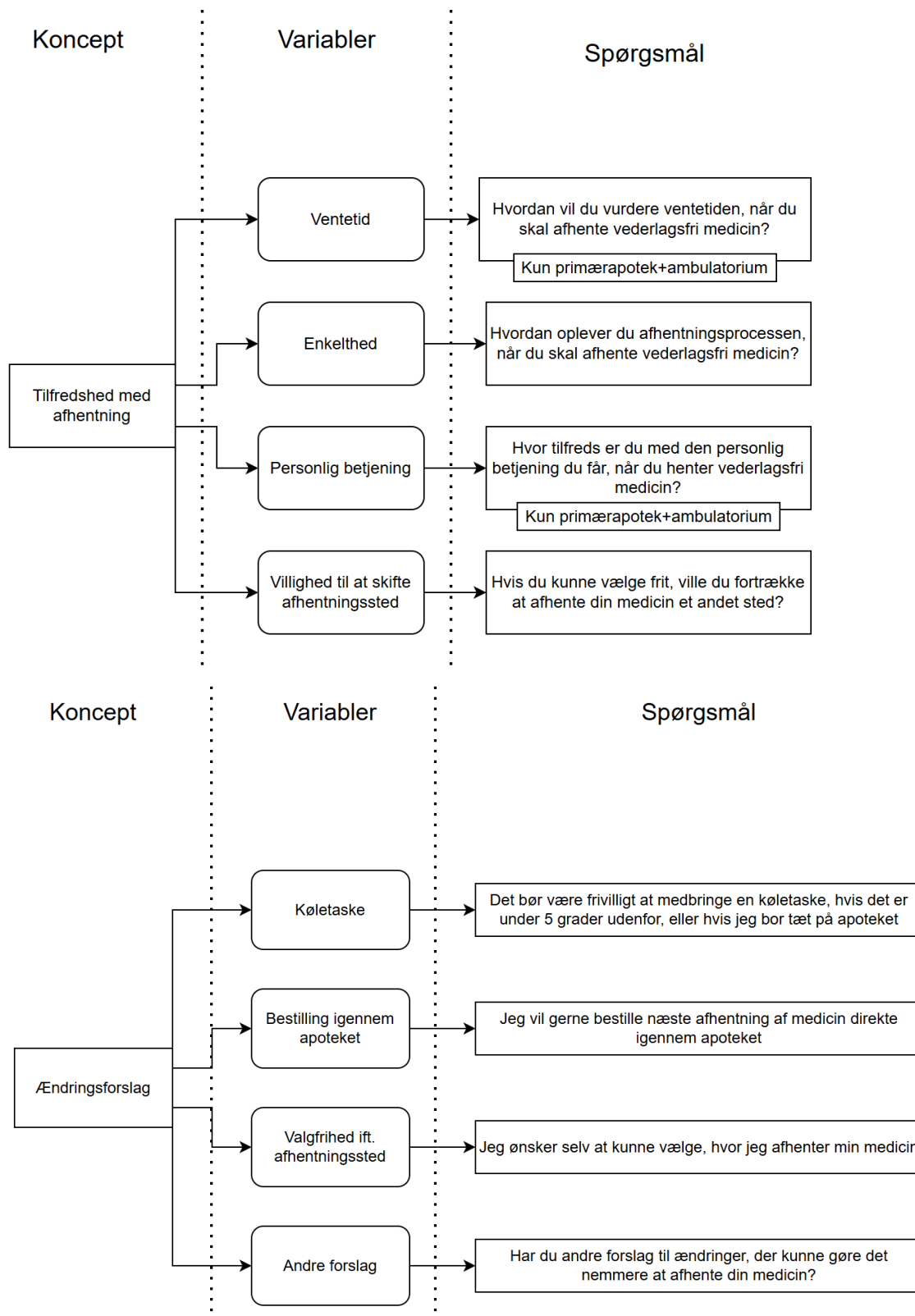
Emotional Representation

7. Har du nogensinde søgt hjælp til behandlingen på apoteket, enten når du har hentet medicinen eller ved at henvende dig til personalet?
Hvis nej: Kunne du overveje at gøre det? **og** Hvad skulle der til, for at du gjorde det?
8. Hvad synes du generelt om at hente medicinen på apoteket i stedet for hospitalet? Kan du give nogle eksempler på fordele og ulemper ved at hente på apoteket?

Individual

9. Udover de ting vi har snakket om, er der andet som har gjort at du ser anderledes på din sygdom, nu når du henter det fra apoteket? Kan du give nogle eksempler?
10. Hvad kan apoteket eller sygehuset gøre, for at medicinudleveringen bliver bedre for dig?

Bilag 6:



Bilag 7:

Sektion 1 ud af 9

Vederlagsfri medicin



Forskningsprojektet *Vederlagsfri medicin* undersøger, hvordan patienters sygdomsopfattelse påvirkes af stedet hvor medicinen bliver afhentet. Spørgeskemaet tager ca. 5-10 minutter at udfylde. Din besvarelse er særdeles værdifuld for vores forskning!

Hvor gammel er du? *

Kort svar tekst

Hvad er dit køn? *

- ☐ Mand
- ☐ Kvinde
- ☐ Andet
- ☐ Ønsker ikke at svare

Hvor længe har du været i behandling for din sygdom? *

Her bedes du tænke på hele perioden, hvor du har fået medicin uden at skulle betale for det, uanset hvor du har hentet det

- ☐ Under 1 år
- ☐ 1-5 år
- ☐ 5-10 år
- ☐ Over 10 år

Efter sektion 1 Fortsæt til næste sektion



Sygdomsopfattelse



De næste spørgsmål handler om hvordan du opfatter din sygdom på nuværende tidspunkt. Du bedes tage udgangspunkt i det sygdom/ sygdomme som du henter vederlagsfri medicin for

Hvor alvorligt vil du vurdere din sygdom til at være? *

	1	2	3	4	5	
Mild	☐	☐	☐	☐	☐	Meget alvorligt

Hvordan vil du beskrive udviklingen af din sygdom? *

- ☐ Den bliver værre
- ☐ Den er uændret
- ☐ Den bliver bedre
- ☐ Det går op og ned
- ☐ Ved ikke

Hvor meget fylder sygdommen i din hverdag? *

	1	2	3	4	5	
Meget lidt	☐	☐	☐	☐	☐	Virkelig meget

Hvor ofte opsøger du hjælp til sygdommen/ behandlingen fra sundhedsprofessionelle? *

- ☐ Aldrig
- ☐ Under en gang om året
- ☐ 1-6 gange om året
- ☐ Ca. hver måned
- ☐ Ca. hver uge

Hvor meget kontrol føler du at du har over din sygdom? *

Tænk over, i hvor høj grad du selv kan påvirke din sygdom - f.eks. gennem medicin, livsstil eller behandling

	1	2	3	4	5	
Ingen kontrol	☐	☐	☐	☐	☐	Fuld kontrol

Hvor meget kontrol føler du at du har over behandlingen af din sygdom? *

	1	2	3	4	5	
Ingen kontrol	☐	☐	☐	☐	☐	Fuld kontrol

Hvor stor af en risiko vurderer du at der er for at sygdommen forværres? *

	1	2	3	4	5	
Ingen risiko	☐	☐	☐	☐	☐	Stor risiko

⋮

Hvor afhenter du din vederlagsfri medicin?



Flere svarmuligheder



Med apotek forstås almindelige apoteker/ lokale apoteker;

Med hospital forstås ambulatoriet eller andet afdeling, hvor man skal i kontakt med en sygeplejerske;

Med medicinboks forstås pakkebokse på hospitalet, hvor du selv kan hente medicinen uden personlig betjening

- ☐ Apotek ✕ Fortsæt til næste sektion ▼
- ☐ Hospital ✕ Gå til sektion 7 (Afhentning af vede...cin på hospitalet) ▼
- ☐ Medicinboks ✕ Gå til sektion 8 (Medicinboks) ▼
- ☐ Tilføj mulighed eller [tilføj "Andet"](#)



Påkrævet



Efter sektion 2 Fortsæt til næste sektion ▼

Sektion 3 ud af 9

Apotek



Beskrivelse (valgfri)

Hvor længe har du hentet vederlagsfri på apoteket? *

- ☐ 1-5 måneder
- ☐ 6-11 måneder
- ☐ 1-2 år
- ☐ Over 2 år

Hvilket apotek henter du medicin fra? *

- ☐ Allerød/ Birkerød Apotek
- ☐ Espergærde Apotek
- ☐ Frederiksberg Godthåb Apotek
- ☐ Glostrup Apotek
- ☐ Hillerød Frederiksborg Apotek
- ☐ Hvidovre Friheden Apotek
- ☐ Hørsholm Apotek
- ☐ Kastrup Apotek
- ☐ Sønderbro Apotek
- ☐ Tårnby Apotek
- ☐ Andet...

Har du tidligere hentet vederlagsfri medicin på hospitalet?



☒ Flere svarmuligheder

- ☐ Ja × Fortsæt til næste sektion
- ☐ Nej × Gå til sektion 6 (Afhentning af vede...i på apoteket (2))
- ☐ Tilføj mulighed eller tilføj "Andet"



Påkrævet



Efter sektion 3 Fortsæt til næste sektion

Sektion 4 ud af 9

Afhentning af vederlagsfri medicin på apoteket



De næste spørgsmål undersøger din oplevelse med afhentning af vederlagsfri medicin på apoteket



Hvordan vil du vurdere ventetiden, når du skal afhente vederlagsfri medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget langt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget kort



Hvordan oplever du afhentningsprocessen for din vederlagsfri medicin? *

Her bedes du tage hele processen i betragtning, herunder bestilling af medicinen, transport, afhentning, tabt tid osv.

	1	2	3	4	5	
Meget besværligt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget nemt

Hvor tilfreds er du med den personlige betjening du får når du henter medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget utilfreds	☐	☐	☐	☐	☐	Meget tilfreds

Hvilken betydning har det for dig, at du ikke skal på hospitalet for at hente medicin lige så ofte som før?

Med hospital menes ambulatoriet, eller en anden afdeling, hvor du skal i kontakt med en sygeplejerske for at få udleveret din medicin.

Lang svartekst

Hvis du kunne vælge frit, ville du foretrække at afhente din medicin et andet sted? *

- ☐ Nej
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente fra hospitalet
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente fra medicinboks på sygehuset
- ☐ Ved ikke

Efter sektion 4 Fortsæt til næste sektion

Sektion 5 ud af 9

Ændringsforslag



For de næste spørgsmål skal du vurdere hvor enig du er med følgende ændringsforslag til afhentning af vederlagsfri medicin på apoteket

Det bør være frivilligt at medbringe en køletaske, hvis det er under 5 grader udenfor, eller hvis jeg bor tæt på apoteket. *

En stor del af vederlagsfri medicin skal transporteres i køletasker mellem afhentningssted og patientens hjem

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Ved ikke/ ikke relevant

Jeg vil gerne bestille næste afhentning af medicinen direkte gennem apoteket *

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Ved ikke/ ikke relevant

Jeg ønsker selv at kunne vælge, hvor jeg afhenter min medicin (f.eks. hospital/apotek/medicinboks på sygehuset) *

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Ved ikke/ ikke relevant

Har du andre forslag til ændringer, der kunne gøre det nemmere at afhente din medicin på apoteket?

Lang svartekst

Efter sektion 5 Gå til sektion 9 (Mange tak for din besvarelse)



Sektion 6 ud af 9

Afhentning af vederlagsfri på apoteket (2)



De næste spørgsmål undersøger din oplevelse med afhentning af vederlagsfri medicin på apoteket

Hvordan vil du vurdere ventetiden, når du skal afhente vederlagsfri medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget langt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget kort



Hvordan oplever du afhentningsprocessen for din vederlagsfri medicin? *

Her bedes du tage hele processen i betragtning, herunder bestilling af medicinen, transport, afhentning, tabt tid osv.

	1	2	3	4	5	
Meget besværligt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget nemt

Hvor tilfreds er du med den personlige betjening du får når du henter medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget utilfreds	☐	☐	☐	☐	☐	Meget tilfreds

Har du forslag til ændringer, der kunne gøre det nemmere at afhente din medicin på apoteket?

Lang svartekst

Efter sektion 6 Gå til sektion 9 (Mange tak for din besvarelse)



Afhentning af vederlagsfri medicin på hospitalet



De næste spørgsmål undersøger din oplevelse med afhentning af vederlagsfri medicin på sygehuset

Hvordan vil du vurdere ventetiden, når du skal afhente vederlagsfri medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget langt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget kort

Hvordan oplever du afhentningsprocessen for din vederlagsfri medicin? *

Her bedes du tage hele processen i betragtning, herunder bestilling af medicinen, transport, afhentning, tabt tid osv.

	1	2	3	4	5	
Meget besværligt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget nemt



Hvor tilfreds er du med den personlige betjening du får når du henter medicin? *

	1	2	3	4	5	
Meget utilfreds	☐	☐	☐	☐	☐	Meget tilfreds

Hvis du kunne vælge frit, ville du foretrække at afhente din medicin et andet sted? *

- ☐ Nej
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente fra et apotek
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente fra en medicinboks på hospitalet
- ☐ Ved ikke

Har du forslag til ændringer, der kunne gøre det nemmere at afhente din medicin på hospitalet?

Lang svar tekst

Efter sektion 7 Gå til sektion 9 (Mange tak for din besvarelse)

Sektion 8 ud af 9

Medicinboks



De næste spørgsmål undersøger din oplevelse med afhentning af vederlagsfri medicin fra medicinboks

Hvordan oplever du afhentningsprocessen for din vederlagsfri medicin? *

Her bedes du tage hele processen i betragtning, herunder bestilling af medicinen, transport, afhentning, tabt tid osv.

	1	2	3	4	5	
Meget besværligt	☐	☐	☐	☐	☐	Meget nemt

...

Hvilken betydning har det for dig, at du ikke skal på hospitalet lige så ofte som før?

Med hospital menes ambulatoriet, eller en anden afdeling, hvor du skal i kontakt med en sygeplejerske for at få udleveret din medicin.

Lang svar tekst

...

Hvis du kunne vælge frit, ville du foretrække at afhente din medicin et andet sted? *

- ☐ Nej
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente fra et apotek
- ☐ Ja, jeg vil hellere hente på hospitalet
- ☐ Ved ikke

Har du andre forslag til ændringer, der kunne gøre det nemmere at afhente din medicin fra medicinboks?

Lang svar tekst

Efter sektion 8 Gå til sektion 9 (Mange tak for din besvarelse)



Sektion 9 ud af 9

Mange tak for din besvarelse



Hvis du har spørgsmål eller kommentarer til spørgeskemaet, eller til hvordan data opbevares og bruges, er du velkommen til at kontakte Andrei-Daniel Staicu (dataansvarlig):

Mail: xtv562@alumni.ku.dk

Tlf.: 91 94 61 37

Bilag 8:

Er du glad for at hente medicin på apoteket?

Lige nu er vores farmaceutstuderende i gang med et projekt som har vederlagsfri medicin i fokus, med tanke på at gøre DIN medicinudlevering endnu bedre!

Må vi ringe til dig for at høre hvad du synes?

Telefonnummer: _____

Du vil forblive anonymt under hele processen.

Samtykke:

Jeg giver hermed samtykke til at blive interviewet samt til, at samtalen optages og opbevares elektronisk i 24 timer med henblik på transskribering og efterfølgende analyse ved hjælp af AI (kunstig intelligens).

Underskrift: _____

Bilag 9:

Hvad synes du om afhentning af vederlagsfri medicin?

Vi undersøger, hvordan afhentningsstedet for vederlagsfri medicin påvirker sygdomsopfattelsen.

- ✓ Din besvarelse hjælper os med at forbedre ordningen!
- ✓ Spørgeskemaet tager kun 5-10 minutter at udfylde.
- ✓ Dine svar er anonyme, og alle data behandles fortroligt.

 Tilgå spørgeskemaet ved at scanne QR-koden eller ved at bruge følgende link:

<https://bit.ly/4kN5eN1>



Apoteket

What do you think about collecting free-of-charge medication?

We are studying how the place where free-of-charge medicine is collected affects the perception of illness.

- ✓ Your response will help us improve the system!
- ✓ The questionnaire takes only 5-10 minutes to complete.
- ✓ Your answers are anonymous, and all data is handled confidentially.

 Access the questionnaire by scanning the QR code or using the following link:

<https://bit.ly/3DBUhxi>



Apoteket

Bilag 10:

Fra København Sønderbro Apotek:

Hej,

Vi undersøger, hvordan afhentningsstedet for vederlagsfri medicin påvirker sygdomsopfattelsen.

Vi vil sætte stor pris på, om du vil besvare følgende spørgeskema:

<https://forms.gle/UZqemDPeQruSCRU7>

På forhånd tak for hjælpen!

NB kan ikke besvares

Bilag 11:

Citater	Kode
<i>"Altså, den påvirker mig rigtig meget. Jeg har det skidt, og det gør mig trist. Sygdommen har sat sig i mine knogler, og det påvirker hele min hverdag fuldstændigt."; "Jeg har haft symptomer, siden jeg var syv år gammel, og desværre har det udviklet sig til at påvirke mine knogler."</i> [P] <i>"Ja, det påvirker mig så meget."; "Jeg kan ikke finde noget arbejde, fordi det kræver, at jeg kan være fysisk aktiv."; "Jeg har stadig nogle udfordringer."; "Min krop kan ikke det samme som før jeg fik konstateret gigt." [1]</i> <i>"Det værste, det er min mands hænder, så han har svært ved at holde fast nu."; "Det gør, at hele hverdagen... Det er min mand, han sidder herhjemme og hygger sig, og jeg må rende rundt og lave alt." [2]</i> <i>"Jeg har det egentlig rigtig godt, men der er nogle bivirkninger ved medicinen, som har en større påvirkning på mit liv."; "Jeg har været rigtig god til at håndtere dem (symptomerne) i min hverdag."; "Jeg får stadig ofte bakterielle infektioner, herpes og har endda haft svamp på tungen, som nærmest er umuligt at få, medmindre man er uheldig." [3]</i> <i>"Before I started taking the medication, it was very difficult. I wasn't able to walk, and the pain was intense [...] Since starting the medication, my functionality has improved significantly. I can do daily activities that I couldn't before." [4]</i> <i>"Før medicinen var sygdommen meget smertefuld og begrænsede daglige aktiviteter. Efter påbegyndelse af behandling er funktionsevnen forbedret betydeligt." [5]</i>	Sygdommens påvirkning på hverdagen

"Jeg oplever konstant træthed og har ofte smerter, hvilket påvirker min hverdag betydeligt."; "Jeg arbejder i fleksjob og har kun mulighed for at arbejde 10 timer om ugen på grund af min ledgigt." [6] "Jeg har XXXX og får biologisk medicin for det, hvilket betyder, at jeg ikke er særligt påvirket i min hverdag."; "Jeg har levet med sygdommen i 35 år." [7] "XXXX betyder, at jeg SKAL hente medicin."; "Når jeg får min medicin, er det minimalt, men hvis jeg ikke får den, er det moderat til maksimalt." [8] "Altså, det er jo XXXX og XXXX jeg har, som er XXXX. Det er noget, jeg har haft siden jeg var 11 år og det har sat sig mest i ryggen, hofter, knæ og skuldre." "Det er sådan mellem høj grad på grund af min XXXX, så jeg ser faktisk kun 20 procent på det ene øje." [9] "Jeg havde (før medicinering) meget ondt, og det påvirkede selvfølgelig alle mine gøremål." [10] "Det føles som en brændende fornemmelse, der gør, at jeg mister kræfterne i fingrene og hånden."; "Jeg kan ikke åbne sodavand, makreldåser eller skrue et låg af." [11] "Jeg har jo XXXX vil jeg tro. Jeg tror ikke, de kan komme meget nærmere ind på det."; "Ej, jeg har ikke nogen smerter, men det er mest de fodbledene, vil jeg tro."; "Jeg skal tage medicin en gang om ugen for at holde det i ro. Men jeg ved ikke hvordan det er, hvis ikke jeg får medicinen kan man sige." [12] "Jeg vil nok sige, at jeg generelt er mere træt, end jeg var, inden jeg fik konstateret min sygdom." [13] "Det påvirker selvfølgelig, når smerterne er der.";	
---	--

<i>"Jeg har gået rundt hernede, hvor jeg har været i dyb smerte, men er alligevel gået på arbejde."; "Jeg justerer mig lidt efter, hvordan jeg kan bevæge mig." [14]</i>	
---	--

Bilag 12:

Dette bilag indeholder et eksempel af analysen. Den fulde analyse er vedhæftet som separat dokument i forbindelse med aflevering.

Kode	Citater
Øget frihed på apoteket	Jeg synes, det er genialt, at der er flere muligheder for folk, der ikke kan komme rundt."; "Jeg modtager en SMS og kan hente det, når det passer." [5] "Det giver en stor frihed, da jeg blot skal skrive en mail og derefter kan hente medicinen på apoteket."; "Det [...] sparer tid og gør processen mere fleksibel."; "Derudover kan jeg selv vælge, hvor jeg vil hente medicinen, hvilket øger min frihed." [7] En fordel er jo også, at man selv kan vælge, hvilket apotek man vil hente det på, mere eller mindre. [9]

Bilag 13:

Dette bilag indeholder et eksempel af analysen. Den fulde analyse er vedhæftet som separat dokument i forbindelse med aflevering.

Hovedtema	Undertema	Kode
Sygdomsopfattelse og dens dynamik	Stabilitet og forandring i sygdomsopfattelsen	-Stabil syn på sygdommen -Ændret syn på sygdommen -Sygdomsopfattelse som komplekst emne
	Oplevet kontrol og forståelse af sygdom	-Kendt årsag til sygdommen -Usikkerhed om årsag til sygdom -”Tvunget” forbedret medicinhandling
	Sygdommens betydning i hverdagen	-Sygdommens påvirkning på hverdagen -Lettere psykisk at hente på apotek -Mindre ”seriøs” på apoteket

Bilag 14:

Dette bilag indeholder et eksempel af analysen. Den fulde analyse er vedhæftet som separat dokument i forbindelse med aflevering.

P1	Opfattet alvor			
	P2	P3	P4	
	4	2	1	5
	2	3	3	3
	2	1	5	1
	4	3	4	2
	2	1	4	5
	3	4		3
	3	5		3
	2	3		4
	3	4		4
	3	2		1
	4	3		
	2	4		
	2	2		
	4	3		
	2			
	1			
	2			
	5			
	2			
	5			
	4			
	1			
	2			
	5			
	3			
	4			
	2			
	3			
	4			
	2			
	4			
	2			
	3			
	4			
	4			

4
4
3
4
4
3

Opfattet alvor	Middel.	Std.
P1	3.073170732	1.081439871
P2	2.857142857	1.167320591
P3	3.4	1.516575089
P4	3.1	1.449137675

