

Fra legemiddelinformant til legemiddelrådgiver

Informasjon om legemidler til legemiddelbrukere er en utfordring for farmasøyter og annet helsepersonell. Hvem skal informere, når skal det informeres, hvordan skal det informeres og hva skal det informeres om?

Hilde Frøyland, Kirsten K. Viktil og Ragnhild Holtskog
Diakonhjemmet Sykehusapotek
E-post: hilde.froyland@diakonsyk.no

HOVEDBUDSKAP

Svensk studie: Kun 25 sekunder av en reseptekspedisjon brukes på å snakke med legemiddelbrukeren om legemidler. Ingen liknende studie er gjort i Norge, men det er naturlig å trekke paralleller til norske forhold.

Et flertall av legemiddelbrukerne mener at farmasøyter skal gi informasjon om legemidler uten at legemiddelbrukeren etterspør det.

I virkeligheten er det ikke mangel på steder for legemiddelbrukeren å henvende seg med sine bekymringer og spørsmål om legemidler. Problemet er at det er liten tilgjengelighet på de aktuelle stedene.

Pakningsvedlegget skremmer, leger og farmasøyter bruker ofte for kort tid og mangler ofte viktige kommunikasjonsferdigheter i møte med legemiddelbrukere.

Klinisk kommunikasjon må få større plass i farmasi- og teknikerutdanningen.

PROBLEMSTILLING

I forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, § 8-2, står det: «Informasjon om legemidlet: Apoteket skal bidra til at den som mottar legemidlet har tilstrekkelig opplysninger om legemidlet til at det kan brukes riktig» (1). Likevel viser studier at 30–50 % av alle legemidler brukes feil (2). Farmasøytens samfunnsansvar som rådgivere og veiledere på legemiddelområdet er viktig. I denne artikkelen vil vi imidlertid ikke gå spesifikt inn på hvordan veiledningen og rådgivningen kan ivaretas, men i stedet henvise til boken «Legemid-

delsamtalen og klinisk kommunikasjon» (3). Ved hjelp av ulike studier ønsker vi i denne artikkelen å belyse problemstillinger knyttet til informasjonsformidling mellom farmasøyter og legemiddelbrukere.

BAKGRUNN

Det er mulig å tenke seg at apotekets tolkning av forskriftens § 8-2 (1), handler om å henvise til pakningsvedlegget som alle legemidler er utstyrt med. Pakningsvedlegget inneholder den viktigste informasjonen om legemidlet, slik myndighet og produsenter ser det. Studier viser imidlertid at en tredjedel av de som leser pakningsvedlegget, blir skremt på en slik måte at de lar være å ta medisinen (4). Til tross for at synonympreparater er tilnærmet identiske, er det stor variasjon i informasjonen i preparatenes pakningsvedlegg (5). Dette kan skape forvirring og usikkerhet hos pasientene og også bidra til at farmasøytene på apotek blir usikre på hva de skal/bør informere om.

Kan legemiddelbrukeren satse på at legen gir informasjon om legemidlet? Legene burde teoretisk sett være godt skolert for oppgaven. Men også her støtter legemiddelbrukeren på problemer. En studie gjort i 2008 så på hvor mye tid i løpet av en legekonsultasjon legen brukte på å informere pasienten (181 pasienter) om det nye legemidlet hun fikk. I gjennomsnitt brukte legene 49 sekunder på dette (6). Sett da at legen satser på at farmasøyten tar oppgaven med å informere legemiddelbrukeren. En svensk studie har sett på reseptekspedisjoner på svenske apotek (259 apotek) og studert både innholdet og tidsbruken i ekspedisjonene (7). Studien viser at i gjennomsnitt tar en reseptekspedisjon 3,8 minutter. 1,8 minutter av disse brukes i stillhet, og kun 25 sekunder

brukes på å snakke med legemiddelbrukeren om legemidlet. Mesteparten av denne tiden går med til å drøfte refusjon og økonomiske spørsmål knyttet til legemidlet.

KUNNSKAPSVURDERING

Dersom farmasøyter skal bli enda bedre til å formidle informasjon om legemidler til legemiddelbrukere, er det visse forhold farmasøyten bør ha reflektert over. For det første er ikke informasjonen til nytte i det øyeblikk den er gitt til legemiddelbrukeren, men først når den er forstått. Måten informasjonen formidles på er like viktig som faktaene i informasjonen. Det er viktig å huske at det er en ikke-lineær sammenheng mellom gitt informasjon og mottatt og forstått informasjon. Det viser seg at legemiddelbrukere har vanskeligst for å huske informasjon om hvor mye legemiddel de skal ta, samt informasjon om bivirkninger (8), dette til tross for at det nettopp er dette legemiddelbrukere er spesielt opptatt av (se lenger ned). Videre kan det være manglende samsvar mellom det informanten angir å ha informert om, og det mottakeren angir å ha fått informasjon om (9). En studie gjort blant leger og deres pasienter, viste at 72 % av legene i studien oppga at de pleide å be pasientene fortsette å ta antidepressiva i seks måneder etter oppstart. Men kun 34 % av pasientene opplyste om at legen hadde bedt dem om dette. Hele 56 % av pasientene oppga at legen aldri hadde nevnt noe om det (9). Dette viser viktigheten av å sikre seg, ikke bare om informasjonen som er gitt er mottatt, men også på hvilken måte den faktisk blir forstått, det vil si tolket av legemiddelbrukeren eller den som mottar informasjonen.

Hva ønsker legemiddelbrukeren informasjon om?

Det andre forholdet det er viktig at farma-

søyten har kunnskap om når det gjelder å gi informasjon om legemidler, er hva legemiddelbrukeren ønsker av informasjon. Studier gjort blant leger, farmasøyter og pasienter, viser at pasienter ofte ønsker mer informasjon enn leger og farmasøyter mener det er nødvendig å gi (10–11). Studiene viser også at legemiddelbrukeren ønsker utfyllende informasjon om bivirkninger og risiko, hvorfor legemiddelet er riktig for akkurat dem, behandlingsalternativer, hvor lenge legemidlet skal tas, hvordan den skal brukes, hvordan den virker og hva legemidlet koster (12–13). Ikke bare ønsker pasienter seg denne informasjonen, de har også rett til denne typen informasjon ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2: 4: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (14).

Skal farmasøyter informere legemiddelbrukere uoppfordret, uten at legemiddelbrukeren må be om det? Spør vi hva legemiddelbrukeren selv tenker om dette, slik Neame og medarbeidere har gjort, svarte 74 % av de spurte at de mente farmasøyter skulle gi informasjon uten at legemiddelbrukeren hadde etterspurt dette (15).

Hva da med kronikerne som har hentet ut samme legemiddel år ut og år inn på apoteket, skal også de få uoppfordret informasjon? Her er det best å spørre den enkelte kroniker selv hva hun ønsker. Spørsmålet «Har du brukt denne medisinen før?» er imidlertid lite egnet for å avklare om legemiddelbrukeren skal få informasjon eller ikke. Mange ønsker informasjon nettopp fordi de har stått på legemidlet en stund. En kroniker sa det slik: *Nei, altså jeg tenker at veldig ofte så er de jo lite flinke å informere på apotekene – det er noe av det jeg savner mest. Det er liksom sånn, at «å ja, du er kroniker, – så, okay du kan alt, her er medisinen din»* (16).

I 1996 ble 355 legemiddelbrukere på primærapotek spurt om hvilket spørsmål de aller helst ønsket at farmasøyten ga svar på når de hentet ut et nytt legemiddel på apoteket. 60 % ønsket informasjon om bivirkninger, 51 % ønsket informasjon om hvordan de skulle bruke medisinen og 25 % var mest opptatt av informasjon om interaksjoner. Den samme studien ble gjentatt ti år seinere, i 2006, svarene legemiddelbrukerne ga var imidlertid de samme som i 1996 (17).

Leger og farmasøyter er usikre på hvor mye informasjon om bivirkninger som bør formidles til pasienter. Mange pasienter mener derimot at åpenhet om bivirkninger er nødvendig for å kunne ta informerte beslutninger om behandlingen (11).

Når skal det informeres?

Legemiddelbrukeren ønsker svar på spørsmål i det øyeblikk hun selv har formulert spørsmålene, ikke før. Ofte får legemiddelbrukeren først tid til å formulere sine spørsmål etter at hun har kommet hjem fra apoteket, legekantoret eller sykehusoppholdet (18). En studie gjort på eldre pasienter viser at tidspunktet informasjonen ble gitt på, spiller inn på opplevelsen av pasienttilfredshet (19). Det ble blant annet funnet at det ikke alltid var bra å få informasjon om legemidlet under selve sykehusoppholdet, men at informasjon om nye legemidler bør gis på utreisedagen eller på tidlig etterkontroll på sykehuset, i fred og ro. De eldre legemiddelbrukerne i studien uttrykte også at de ønsket mer informasjon om indikasjoner og bivirkninger når de startet opp med nye legemidler. Apotekfarmasøyten har en viktig rolle her. Siden studier viser både at legemiddelbrukere ønsker at farmasøyten skal informere uoppfordret og samtidig ønsker svar på spørsmål i det øyeblikk de selv har formulert dem, vil det kanskje være en god vane for farmasøyten å innlede med å spørre om legemiddelbrukeren ønsker informasjon. Det vil også være en god vane å minne legemiddelbrukeren på at det alltid er mulig å ringe til farmasøyten når spørsmålene melder seg, for eksempel etter at man har kommet hjem.

Informasjonens form og innhold

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjon gis på følgende måte: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene» (20).

Den beste måten å sikre seg at legemiddelbrukeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene, er å spørre hvordan informasjonen blir oppfattet. Legemiddelbrukere forstår bedre instruksjoner som angir nøyaktige tidspunkt, for eksempel *morgen* eller *et klokkeslett*, enn instruksjoner som angir antall ganger per dag et legemiddel skal tas, for eksempel *to ganger daglig* eller *hver fjerde time* (21).

En undersøkelse av farmasøyters rådgivningsstil fant at farmasøyter kan være moraliserende (du må / du skal...), snakker mest i løpet av en pasientkonsultasjon, gir råd for tidlig samt at rådgivning foregår på tross av at legemiddelbrukeren ikke har etterspurt råd eller fått presentert sin problemstilling (22). Det er viktig at farmasøyter lytter til legemiddelbrukeren før eventuelle råd

gis. Farmasøyters informasjonsstil har vi imidlertid ikke funnet studier på. Men det er grunn til å tro at rådgivningsstilen og informasjonsstilen er ganske lik.

Legemiddelinformasjon til mennesker med psykiske lidelser

Psykisk helse er den største globale helseutfordringen. Alle legemiddelbrukere har rett til informasjon om legemidlet de bruker, og farmasøyter er lovpålagt å bidra til å gi informasjon slik at legemidlene kan brukes riktig. En studie gjennomført i 2010 viser imidlertid at farmasøyter opplever det som vanskeligere å gi informasjon til psykisk syke mennesker enn til mennesker med hjertesykdom, diabetes eller astma (23). Mange mennesker som har psykiske lidelser er misfornøyde både med kvantiteten og kvaliteten på informasjonen de får fra helsearbeidere om sine legemidler, viser studien. Aaltonen og medarbeidere viser at farmasøyter mangler kunnskap om denne legemiddelbrukergruppen. Det gir seg utslag gjennom farmasøyters fordommer og tenkning om at psykisk syke mennesker ikke er villige til å motta informasjon, at de ikke forstår informasjonen som blir gitt samt at informasjonen kan skape unnecessary engstelse. Dermed er mennesker med psykiske lidelser henvisst til å søke informasjon på egen hånd, eksempelvis fra internett.

Legemiddelinformasjon til innvandrere

I Norge bor det mange mennesker med ulike språk- og kulturbakgrunn. Også på dette området trenger farmasøyter å styrke sin kompetanse og utvikle verktøy til bruk i forbindelse med legemiddelinformasjon til mennesker med innvandrerbakgrunn. Dette området er spesielt utfordrende, blant annet fordi gruppen innvandrere er en heterogen gruppe. I en studie gjort i Sveits blant 498 farmasøyter, svarer over halvparten av farmasøytene at de minst én gang i uken opplever at de ikke kan gi god informasjon og veiledning til legemiddelbrukere med innvandrerbakgrunn (24). En norsk studie (25) viser at generisk substitusjon kan ha en negativ effekt på etterlevelse hos pakistanske innvandrere i Oslo. Noe av årsaken til dette er utilstrekkelig informasjon grunnet språkbarrierer, ifølge forfatterne.

KONKLUSJON – TIPS OG RÅD

Innledningsvis ble det påpekt at det er mange steder å henvende seg for legemiddelbrukeren med sine bekymringer og spørsmål om legemidler, men at det ofte er liten tilgjengelighet på de aktuelle stedene. Pakningsvedlegget skremmer, leger og farmasøyter bruker for kort tid og mangler ofte viktige kommunikasjonsferdigheter. ▶

Studiene det her er referert til, synliggjør at farmasøyter og annet helsepersonell fortsatt har en vei å gå når det gjelder å være i dialog og gi informasjon om legemidler til legemiddelbrukere. Informasjon som en monologisk aktivitet fra farmasøyt til legemiddelbruker har vist seg å fungere dårlig. Farmasøyter bør ta skrittet fullt ut fra informant til rådgiver. Måten man kommuniserer på er like viktig som innholdet.

Tips/råd

- Klinisk kommunikasjon må inn i større omfang allerede på grunnstudiet i farmasiutdanningen, og bør være en fast post alle årene av studiet frem til bachelor- eller mastergrad samt i videre- og etterutdanningen av farmasøyter.
- Farmasøyter bør øke sin kunnskap om mennesker med psykiske lidelser og innvandrerbakgrunn. Her er sykdoms- og kulturforståelse like viktig som farmakologisk forståelse.
- Lytt til legemiddelbrukeren, unngå å gi råd for tidlig og finn ut hvordan legemiddelbrukeren oppfatter og tolker informasjonen hun får. Dette ser ut til å være de viktigste forbedringspunktene for farmasøyter. Det er mulig å utvikle disse ferdighetene gjennom kursing og praktisk trening under veiledning.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. www.lovdato.no/for/sf/ho/ho-19980427-0455.html, Kap 8, § 8-2 (søkedato 3. mai 2013).
2. Lowe CJ, Raynor DK, Purvis J et al. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. *Br J Clin Pharmacol* 2000; 50: 172–5.
3. Frøyland H. Legemiddelsamtalen og klinisk kommunikasjon, Fagbokforlaget, 2011.
4. Horwitz A, Reuther L, Andersen SE. Patienters vurdering af medicinpakningernes indlægssedler. *Ugeskr Læger* 2009; 171: 599–602.
5. Storfor JG, Pettersen LC. Pakningsvedlegg for legemidler – til nytte eller til besvær for pasientene? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 955–9.
6. Tarn DM, Paterniti DA, Kravitz RL et al. How much time does it take to prescribe a new medication? *Patient Educ Couns* 2008; 72: 311–9.
7. Olsson E, Ingman P, Ahmed B et al. Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies. *Res Social Adm Pharm* 2013; S1551–7411. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.03.001. [Epub ahead of print].
8. Tarn DM, Flocke SF. New Prescriptions: How Well Do Patients Remember Important Information? *Fam Med* 2011; 43: 254–9.
9. Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM et al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA* 2002; 288: 1403–9.
10. Goodacre LJ, Goodacre JA. Factors influencing the beliefs of patients with rheumatoid arthritis regarding disease-modifying medication. *Rheumatology* 2004; 43: 583–6.
11. Bajramovic J, Emmerton L, Tett SE. Perceptions around concordance—focus groups and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Health Expect* 2004; 7: 221–34.
12. Nair K, Dolovich L, Cassels A et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician* 2002; 48: 104–10.
13. Berry DC, Gillie T, Banbury S. What do patients want to know: An empirical approach to explanation generation and validation. *Expert Syst Appl* 1995; 8: 419–28.
14. www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html, § 3-2 (søkedato 3. mai 2013).
15. Neame R, Hammond A, Deighton C. Need for information and for involvement in decision making among patients with rheumatoid arthritis: a questionnaire survey. *Arthritis Rheum* 2005; 53: 249–55.
16. Choat KO. Hvilke ønsker og behov har pasienter med revmatisme for legemiddelopplæringen? Masteroppgave, Bergen. Universitetet i Bergen, 2009.
17. Krueger JL, Hermansen-Kobulnicky CJ. Patient Perspective of Medication Information Desired and Barriers to Asking Pharmacists Questions. *J Am Pharm Assoc* 2011; 51: 510–19.
18. Tang P.C, Newcomb C, Gorden S et al. Meeting the information needs of patients: results from a patient focus group. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 1997: 672–6.
19. Modig S, Kristensson J, Troein M et al. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study; *BMC Geriatr* 2012; 12: 46.
20. www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html, § 3-5. (søkedato 3. mai 2013).
21. Davis TC, Federman AD, Bass PF 3rd et al. Improving patient understanding of prescription drug label instructions. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 57–62.
22. Salter C, Holland R, Harvey I et al. «I haven't even phoned my doctor yet.» The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *2007 BMJ* 2007; 26; 334.
23. Aaltonen ES, Laine NP, Volmer D et al. Barriers to medication counselling for people with mental health disorders: a six country study. *Pharmacy Practice*. 2010; 8: 122–31.
24. Schwappach DLB, Massetti CMM, Gehring K. Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety? *Int J Clin Pharm* 2012; 34: 765–72.
25. Håkonsen H, Toverud EL. Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *Eur J Clin Pharmacol* 2011 Feb; 67: 193–201.

Manuskriptet ble mottatt 12. mai 2013 og godkjent 22. august 2013.



Norges Farmaceutiske Forening
tildeler FEVU-poeng til arrangementet

**2. NASJONALE KONFERANSE
OM HJERTET OG HJERNEN**
Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2014

*Vi ønsker alle farmasøyter
velkommen til den andre
konferansen om hjertet og hjernen
i Oslo Kongressenter
13. og 14. februar 2014*



FOR FULLT PROGRAM OG
PÅMELDING:
www.hjertetoghjernen.no