

Forside

Eksamensinformation

SFAK00S01E - Specialeopgave - Kontrakt:138147
(Katrine Athones Grønquist)

Besvarelsen afleveres af

Katrine Athones Grønquist
fmw169@alumni.ku.dk

Rikke Møller Andersen
dnv751@alumni.ku.dk

Eksamensadministratorer

SUND Studieinformation
eksamen@sund.ku.dk

Bedømmere

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

Bjarke Abrahamsen
Censor
b.abrahamsen@gmail.com

Besvarelsesinformationer

Titel: Kræftoverleveres perspektiver på en mulig apoteksintervention for senfølger efter kræft

Titel, engelsk: Cancer survivors' perspectives on a potential community pharmacy based intervention for late effects of cancer

Tro og love-erklæring: Ja

Indeholder besvarelsen fortroligt materiale: Nej



Kræftoverleveres perspektiver på en mulig apoteksintervention for senfølger efter kræft

Specialeprojekt

Katrine Athones Grønquist (fmw169)

Rikke Møller Andersen (dnv751)

Vejleder: Lotte Stig Nørgaard

Bivejleder: Nadia Lund Olsen

Afleveret den: 12. juni 2023

Forord

Dette speciale er udført i perioden 1. februar til 12. juni 2023 delvist i gruppen Social and Clinical Pharmacy på Københavns Universitet og delvist hos Kræftens Bekæmpelse. Specialet udgør 30 ECTS-point for hver specialestuderende og dermed samlet 60 ECTS-point.

Der skal lyde en stor tak til vores hovedvejleder, Lotte Stig Nørgaard, for ekstraordinær vejledning og faglig sparring gennem hele specialeperioden. Tak for altid at give os opmuntrende vejledning, og for at have vist os på rette vej. Vi har haft stort udbytte af vejledningen inden for kvalitativ forskning, og der skal lyde en stor tak for at have udvidet vores perspektiv på denne del af samfundsfarmaci.

Ligeledes skal der lyde en stor tak til vores bivejleder, Nadia Lund Olsen, der gjorde det muligt for os at blive en del af et større forskningsprojekt gennem Kræftens Bekæmpelse. Vi har også her fået fremragende vejledning, som har været altafgørende for specialets udformning.

Derudover tak til forskningsbibliotekar, Annemette Møller Hansen, for hjælp og råd til at udarbejde litteratursøgningen.

Til slut skal der lyde en tak til familiemedlemmer for god og kritisk brug af deres grammatiske færdigheder i den afsluttende korrekturlæsning.

Begge specialestuderende har bidraget ligeligt til udførelsen af specialet.

Københavns Universitet

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

København, d. 12. juni 2023



Katrine Athones Grønquist



Rikke Møller Andersen

Resume

Baggrund: Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark, og antallet af nye kræfttilfælde stiger hvert år. Over halvdelen af alle kræftoverlevende oplever senfølger efter sygdom eller behandling, og mange får ikke den nødvendige hjælp gennem de eksisterende rehabiliteringstilbud. De danske apoteker tilbyder forskellige sundhedsydelser, men ingen af disse er målrettet kræftoverlevende.

Formål: Baseret på kræftoverlevendes perspektiv er formålet med dette speciale at 1) komme med input til en apoteksintervention for kræftoverlevende med senfølger og 2) belyse, hvilke muligheder og begrænsninger kræftoverlevende ser i apoteket som aktør i håndteringen af senfølger efter kræft.

Metode: Studiedesignet er bygget på en kvalitativ metode i form af to fokusgruppeinterviews med i alt 13 kræftoverlevende. Deltagerne blev rekrutteret gennem Kræftens Bekæmpelse, og data blev optaget, transskriberet og analyseret ved brug af tematisk analyse. Derudover blev der udført en sekundær analyse af data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Kræftens Bekæmpelse omhandlende kræftoverlevendes oplevelser med senfølger og deres brug af apoteket.

Resultat: Analysen viste, at der er flere mangler i den nuværende håndtering af senfølger efter kræft. Der blev udtrykt ønsker til diskretion, mulighed for tidsbestilling og til at apoteket kan facilitere netværksgrupper for kræftoverlevende med senfølger. Apotekspersonalet skal have de rette kompetencer til at rådgive om senfølger, og rådgivningen skal tilpasses den enkelte kræftoverlevende. Derudover skal apoteket kunne videreformidle hvor i lokalområdet, der findes relevante tilbud for kræftoverlevende med senfølger. Flere af deltagerne betragtede dog ikke apoteket som en del af sundhedsvæsenet og derfor ikke som et naturligt sted at modtage sundhedsfaglig rådgivning.

Konklusion: Det blev konkluderet, at deltagerne er åbne for at bruge apoteket til rådgivning om visse typer senfølger. Apoteksinterventionen skal have fokus på at sikre diskretion og bør indeholde mulighed for tidsbestilling, ligesom der skal være øget fokus på udvikling af apotekspersonalets kompetencer og viden. Yderligere blev det konkluderet, at der bør udvikles mere informationsmateriale om senfølger efter kræft. Slutteligt blev det fundet, at der bør være mere fokus på samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet med henblik på at gøre det lettere for kræftoverlevende at navigere i de nuværende rehabiliteringstilbud.

Abstract

Background: Cancer is the leading cause of death in Denmark and the incidence increases every year. More than half of all cancer survivors experience late effects after cancer or cancer treatment, and many do not get the necessary help they need through the existing rehabilitation services. The Danish community pharmacies offer several health services, but none of these are made to target cancer survivors.

Objective: Based on the perspective of cancer survivors, the aim of this thesis is to 1) provide input for a community pharmacy intervention for cancer survivors with late effects and 2) explore cancer survivors view on community pharmacies' opportunities and limitations when dealing with late effects of cancer.

Methods: A qualitative study design using focus group interviews was chosen. Participants were recruited through the Danish Cancer Society and a total of 13 cancer survivors participated in two focus group interviews. Data were recorded, transcribed, and analyzed using thematic analysis. In addition, a secondary analysis of data from a questionnaire survey carried out by the Danish Cancer Society was carried out.

Results: The results showed that there are several shortcomings in the current management of late effects of cancer. The participants expressed a need for discretion, the possibility of making an appointment in advance and for the community pharmacy to facilitate support groups for cancer survivors with late effects. The community pharmacy staff must have the right knowledge to advise on late effects, and the counseling must be adapted to the individual cancer survivor. In addition, community pharmacies must be able to communicate where relevant offers for cancer survivors with late effects are located in the local community. However, several participants did not consider community pharmacies as part of the healthcare system and not as a natural place to receive healthcare advice.

Conclusion: It was concluded that the participants are open to use community pharmacies for certain types of late effects. The pharmacy intervention must ensure discretion and should include the possibility of making an appointment. Further, there should be focus on the development of the pharmacy staff's competences and knowledge. There should be more focus on developing more information material on late effects of cancer. Finally, there should be more focus on collaboration across the healthcare system to make it easier for cancer survivors to navigate in the current rehabilitation services.

Indholdsfortegnelse

Forord	I
Resume	II
Abstract	III
1 Introduktion	1
2 Formål og problemformulering	2
3 Baggrund	3
3.1 Kræft i Danmark	3
3.1.1 Kræftpakker og rehabilitering.....	3
3.2 Senfølger efter kræft.....	4
3.2.1 Håndtering af senfølger efter kræft i Danmark.....	5
3.2.2 Udfordringer ved senfølger efter kræft.....	6
3.3 De danske apoteker.....	7
3.3.1 Sundhedsydelse på apoteket.....	8
4 Rehabilitering af senfølger efter kræft - tidligere resultater	9
5 Litteratursøgning	10
6 Metode	13
6.1 Mixed methods	13
6.2 Fokusgruppeinterviews.....	13
6.2.1 Rekruttering af deltagere	13
6.2.2 Design af fokusgruppeinterview	14
6.2.3 Observationer.....	16
6.2.4 Transskription	16
6.3 Tematisk analyse.....	17
6.4 Sekundær analyse af brugerpanelundersøgelse	18
6.5 Ethiske overvejelser.....	19
7 Resultater	20
7.1 Demografiske oplysninger.....	20
7.2 Resultater fra tematisk analyse	21
7.3 Kræftoverleveres opfattelse af håndtering af senfølger efter kræft	22

7.4	Kræftoverleveres behov og ønsker til interventionen.....	24
7.5	Ønsker til samtalen	29
7.6	Opmærksomhed på interventionen	32
7.7	Skepsis mod apoteket	34
7.8	Opsamling på de vigtigste resultater.....	36
7.9	Interaktion mellem deltagere og dataproducenter	36
8	Diskussion.....	39
8.1	Resultatdiskussion	39
8.1.1	Hvad ønsker kræftoverleverne af apoteket?	39
8.1.2	Kræftoverleveres opfattelse af apoteket og personalets kompetencer.....	45
8.1.3	Patient empowerment af kræftoverleverne	47
8.2	Metodediskussion	49
8.2.1	Fokusgruppeinterviews.....	49
8.2.2	Observationer.....	52
8.2.3	Sekundær analyse	52
8.2.4	Kvalitet i kvalitativ forskning.....	53
8.2.5	Brug af mixed methods.....	55
9	Konklusion.....	56
10	Perspektivering	57
	Referencer	58
	Bilagsoversigt	64

1 Introduktion

En ud af tre danskere får konstateret kræft inden de fylder 75 år, og kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark [1, 2]. Antallet af nye kræfttilfælde stiger hvert år, hvilket især skyldes den stigende levealder i befolkningen, eftersom risikoen for kræft stiger med alderen [3, 4]. Grundet bedre opsporing og behandlingsmuligheder overlever flere danskere kræft end tidligere, men mere end halvdelen af alle kræftoverlevende oplever en eller flere senfølger efter sygdom eller behandling [5]. Senfølger omfatter en lang række fysiske og psykiske helbredsproblemer, og kan påvirke livskvaliteten negativt [6]. Selvom rehabilitering er en del af alle kræftpakkeforløb, savner kræftoverlevende hjælp til at håndtere såvel deres senfølger som bedre sammenhæng i forløbet efter deres kræftsygdom [4].

Kræftoverlevende har som udgangspunkt selv ansvar for at finde frem til den rette hjælp til senfølger, men næsten halvdelen har svært ved at finde relevante tilbud i sundhedssystemet [7]. Undersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse angiver, at 35 % ikke har modtaget den hjælp, de har behov for [4, 8]. På trods af at der var fokus på øget kvalitet og forbedret overlevelse, herunder et godt liv efter kræft, i Kræftplan IV fra 2016, oplever mange kræftoverlevende således stadig mangel på hjælp.

Det danske sundhedsvæsen er presset på tid og ressourcer, og forskning viser, at der er et uudnyttet potentiale i at inddrage apotekerne i arbejdet med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse [9]. Apotekerne er fordelt i hele Danmark, og over halvdelen af alle kræftoverlevende har andre kroniske sygdomme og henter i den sammenhæng regelmæssigt medicin på apoteket [10]. I flere andre lande har man haft succes med at tilbyde sundhedsydelser på apoteket, der er relateret til kræft – både opsporing af kræft og opfølgning efter kræftforløb [11-13]. På nuværende tidspunkt findes der ingen sundhedsydelser specifikt relateret til kræft på de danske apoteker [14].

Det er derfor relevant at undersøge, hvordan danske apoteker kan udvide de eksisterende sundhedsydelser til at inkludere rådgivning af kræftoverlevende med senfølger, der er mulige for apoteket at rådgive i. Dette kræver en forståelse af, hvad kræftoverlevende ønsker fra apoteker, og hvilke elementer i en eventuel apoteksintervention, de ville finde brugbare. Dermed er det nødvendigt at udforske kræftoverleveres perspektiv på, hvordan apoteket bedst kan inddrages i håndtering af senfølger efter kræft.

2 Formål og problemformulering

Formålet med dette speciale er at komme med input til en apoteksintervention for kræftoverlevende med senfølger, som kan bidrage til håndteringen af senfølger efter kræftsygdom eller behandling heraf i Danmark. Desuden har specialet til formål at belyse, hvilke muligheder og begrænsninger kræftoverlevende ser i apoteket som aktør i håndteringen af senfølger efter kræft.

Resultaterne har til formål at bidrage med viden om patientperspektivet til det videre arbejde om senfølger efter kræft hos Kræftens Bekæmpelse. På sigt kan resultaterne gavne kræftoverlevende i det danske samfund ved en potentiel apoteksintervention.

Problemformulering:

Hvordan bør en apoteksintervention for kræftoverlevende med senfølger udformes baseret på ønsker og holdninger fra kræftoverlevende?

For at besvare problemformuleringen vil der blive arbejdet med følgende problemstillinger:

- Hvad er kræftoverlevernes nuværende opfattelse af håndteringen af senfølger efter kræft i sundhedsvæsenet?
- Hvad skal apoteket kunne tilbyde, for at kræftoverlevende vil benytte apoteket i forbindelse med senfølger efter kræft?
- Hvilke ønsker har kræftoverlevende til samtalen i en rådgivningsintervention på apoteket om senfølger efter kræft?
- Hvordan vil kræftoverlevende gøres opmærksomme på en potentiel intervention for senfølger efter kræft på apoteket?
- Hvilke udfordringer ser kræftoverlevende i apoteket som aktør i håndtering af senfølger efter kræft?
- Hvordan interagerer deltagerne med hinanden og med dataproducenterne under fokusgruppe-interviews?

3 Baggrund

Indledningsvis gives en overordnet introduktion til kræft i Danmark samt indsigt i behandlings- og rehabiliteringsforløb efter kræft. Efterfølgende vil senfølger efter kræft blive beskrevet – herunder den nuværende håndtering af senfølger efter kræft i Danmark og udfordringer herved. Afsnittet beskriver endvidere de danske apoteker herunder sundhedsydelse på apotekerne.

3.1 Kræft i Danmark

Kræft er en samlet betegnelse for sygdomme, der er karakteriseret ved ukontrolleret celledeling med potentiel spredning til andre dele af kroppen [15]. Flere danskere overlever kræftsygdom end tidligere, og statistikker fra Kræftens Bekæmpelse viser således, at 70 % overlever deres kræftsygdom i mindst 5 år [4]. I alt fik 46.997 danskere en kræftdiagnose i 2021, og ved udgangen af 2021 levede 374.286 danskere med eller efter kræft [2]. I samme år døde 15.885 danskere af kræft.

Tabel 1 viser forekomsten af nye tilfælde af de hyppigste kræftformer hos henholdsvis kvinder og mænd i 2021 [16].

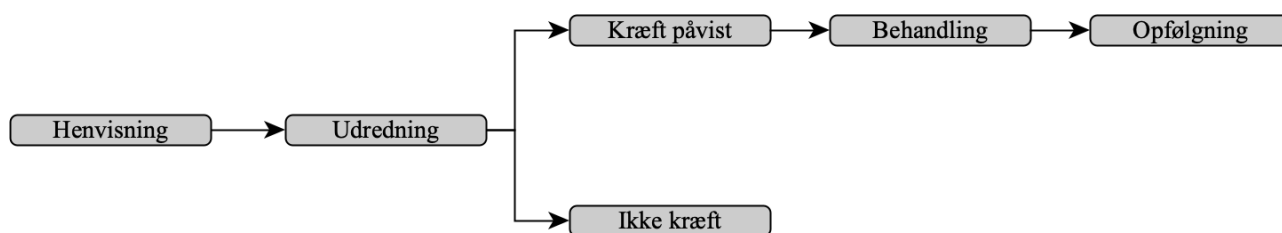
Tabel 1: Oversigt over forekomsten af nye tilfælde for de hyppigst kræftformer hos hhv. kvinder og mænd i 2021 [16].

	Forekomst af kræftform i 2021	
	Kvinder	Mænd
Lunge, bronkier og luftrør	2.692	2.504
Modermærke	1.510	1.399
Anden hudkræft	2.229	2.795
Tyktarm	1.698	1.627
Bryst	5.042	-
Prostata	-	4.620

3.1.1 Kræftpakker og rehabilitering

I Danmark er behandling af kræft organiseret i såkaldte kræftpakkeforløb, der udarbejdes af Sundhedsstyrelsen [17]. Der findes i alt 26 forskellige kræftpakkeforløb, der dækker i alt 40 kræftsygdomme. Kræftpakkerne består af standardiserede retningslinjer for patientforløbet – lige fra patienten henvender sig til den praktiserende læge, til behandlingen er afsluttet. Kræftpakkeforløbene inkluderer også indsatser til senfølger, rehabilitering og palliation.

Et eksempel på et standardiseret forløb ses i figur 1.



Figur 1: Overblik over kræftpakkeforløb med inspiration fra SST [17].

Formålet med kræftpakkerne er at sikre ensartet kvalitet i kræftforløb over hele landet, samtidig med at patienten opnår hurtig afklaring omkring diagnose og dermed undgår unødigt ventetid [17]. Forløbet starter, når patienten henvender sig til egen praktiserende læge, og lægen opretter en henvisning ved mistanke om kræft. Herefter bliver patienten indkaldt til undersøgelser på hospitalet, og i forløbspakkerne for de enkelte kræftsygdomme er der defineret standardforløbstider for både henvisnings- og udredningsforløbet frem til at diagnosen stilles [18]. Når en diagnose er stillet, bliver behandlingen besluttet, og de mest almindelige typer af behandling inkluderer kemoterapi, stråler og operation, hvor mange kræftpatienter får en kombination af flere behandlingstyper [19].

Efter behandlingen er afsluttet, skal kræftoverlevende tilbydes rehabilitering. Rehabilitering defineres af World Health Organization (WHO) som ”en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med samfundet” [20, 21]. Kommuner og regioner over hele landet samarbejder om gratis rehabiliteringstilbud til kræftoverlevende, som skal være med til at fastholde livskvalitet under og efter et kræftforløb [22].

3.2 Senfølger efter kræft

Selvom flere danskere overlever kræft, oplever mange problemer under og efter deres sygdomsforløb [23]. Ifølge Kræftens Bekæmpelse oplever 58 % af kræftpatienter gener eller udfordringer 2,5 år efter deres kræftdiagnose [3]. Disse gener og udfordringer omtales som senfølger efter kræft. Under selve kræftbehandlingen oplever mange også bivirkninger, men disse er ofte forbigående, mens senfølger kan være varige mén [6]. I 2017 udgav Sundhedsstyrelsen ”Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne”, som belyste kompleksiteten ved senfølger efter kræft [24]. Der findes ikke en officiel dansk definition, men Sundhedsstyrelsen definerer i rapporten senfølger som ”helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psy-

kiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne.” [24]. Definitionen er baseret på den amerikanske definition fra National Cancer Institute [25]. Begrebet senfølger dækker over en lang række symptomer, som inddeles i følgende kategorier [24]:

- Ny primær kræftsygdom, hvor en øget risiko for en bestemt type kræft forbindes med den primære kræft, eller ny kræftsygdom som følge af kemoterapi eller stråleterapi
- Fysiske senfølger, såsom skader, fejl eller for tidlig aldring af organer, immunsuppression eller kompromitteret immunforsvar og endokrine skader
- Funktionelle fysiologisk baserede ændringer, såsom lymfødem, inkontinens, smerter, neuropatier, seksuel dysfunktion og træthed
- Associeret komorbiditet såsom osteoporose, arthritis og hypertension, der ofte er knyttet til funktionstab
- Universelle kroniske senfølger såsom psykologisk og psykosocial påvirkning.

Senfølger efter kræft kan variere alt efter kræftform og behandling. De hyppigst forekommende senfølger er træthed og manglende energi, angst og bekymring, seksuelle problemer, smerter og afførings- og vandladningsproblemer. For mange kræftoverlevende har senfølger en negativ indvirkning på deres livskvalitet, og omkring en tredjedel vurderer, at de har brug for hjælp til at håndtere deres senfølger [3].

3.2.1 Håndtering af senfølger efter kræft i Danmark

Som en del af kræftpakkeforløbene skal der tilbydes rehabilitering til kræftoverlevende og dette omfatter også tilbud til senfølger efter kræft. Alle kommuner har forskellige rehabiliteringstilbud, men tilbuddene kræver henvisning fra enten en praktiserende læge eller fra sygehuset [6]. Det er også muligt at blive henvist til en senfølgeklinik, som dog på nuværende tidspunkt kun findes i Herlev (senfølger efter mave/tarmkræft), Roskilde (generelle senfølger), Århus og Ålborg (senfølger efter underlivskræft), samt Odense, Vejle, Sønderborg og Esbjerg (generelle senfølger og afklaring af symptomer) [6, 26].

Der findes ligeledes muligheder for hjælp, der ikke kræver en henvisning f.eks. hos Kræftens Bekæmpelse og Senfølgerforeningen. Kræftens Bekæmpelse har samlet information om en lang række senfølger på deres hjemmeside, hvor kræftoverlevende kan søge råd og vejledning, ligesom Kræftens Bekæmpelse har etableret et online-forum, Cancerforum.dk, hvor kræftoverlevende kan dele

erfaringer og tanker med andre kræftoverlevende. Senfølgerforeningen er en patientforening, hvor kræftoverlevende tilsvarende kan søge råd og vejledning [6].

På trods af at der eksisterer forskellige tilbud til kræftoverlevende, er der ingen ensretning i, hvilke patienter der får tilbudt hjælp, og om de overhovedet får tilbudt hjælp [8]. Der er på nuværende tidspunkt ingen nationale retningslinjer for behandlingen af senfølger efter kræft og det udfordres yderligere af, at ansvaret for behandlingen er delt mellem kommunerne, hospitalerne og de praktiserende læger [24].

3.2.2 Udfordringer ved senfølger efter kræft

Der opstår forskellige udfordringer, når kræftoverlevende oplever senfølger efter kræft. En af de væsentligste udfordringer er, at visse senfølger først opstår flere måneder eller år efter behandlingen er overstået, og i takt med at der udvikles nye kræftbehandlinger, bliver nuværende viden om senfølger hurtigere forældet. Ifølge Sundhedsstyrelsen vil senfølger af nuværende kræftbehandlinger ikke være fuldt kendt før om 10-30 år [24].

En anden udfordring er, at mange fysiske og psykiske senfølger ikke kun optræder hos kræftoverlevende men også i baggrundsbefolkningen. En yderligere udfordring ved dette er, at størstedelen af kræftoverlevende er ældre personer, og flere sygdomme optræder oftere blandt ældre. Det kan derfor være svært at skelne, om et symptom er en senfølge efter kræft eller behandling, eller om det vil være opstået uden kræftsygdommen eller behandlingen [24]. Problemer som seksuel dysfunktion, kardiovaskulære sygdomme, depression og angst er alle prævalente i den danske befolkning, men ses også hyppigt blandt kræftoverlevende. Derudover ses komorbiditet generelt i større grad hos kræftoverlevende end i resten af befolkningen [27].

Endnu en udfordring er, at der ikke findes en klar definition af, hvad senfølger dækker over, da forskere, onkologer og klinikere ikke er enige om, hvordan senfølger efter kræft skal defineres [24]. Ligeledes findes der ikke en klar definition af, hvornår et symptom kan siges at være en senfølge, hvilket besværliggør arbejdet med at stille en diagnose og få anerkendt et symptom som en senfølge.

Onkologers og andre lægers arbejde vanskeliggøres yderligere af, at der findes mange forskellige kræftformer, som kræver forskellig behandling. Kræftoverlevendes senfølger kan dermed optræde meget forskelligt alt efter sygdom og behandling, ligesom det spiller ind, at mennesker ikke reagerer ens på sygdom, hvorfor det samme symptom vil kunne optræde forskelligt hos kræftoverlevende [24].

3.3 De danske apoteker

WHO anerkender apotekerne som det lettest tilgængelige sted, hvor borgere kan få hjælp fra en sundhedsprofessionel [28]. Undersøgelser har vist, at 96 % af den voksne danske befolkning kommer på apoteket i løbet af et år, mens kun 78 % besøger deres praktiserende læge årligt [29]. Pr. 9. juni 2023 er der 520 apoteker fordelt i Danmark, og i 2018 var borgernes gennemsnitlige afstand til et receptekspederende apotek 3,3 km [30, 31]. Borgerne kan komme på apoteket og få sundhedsfaglig rådgivning uden tidsbestilling, hvilket gør det nemt for dem at få hjælp. Apotekerne tilbyder forskellige sundhedsydelser, hvilket har medvirket til, at apotekets rolle i samfundet er undergået et paradigmeskift, hvor fokus er gået fra fremstilling af medicin til i dag at fokusere mere på rådgivning om medicin og sundhedsfremmende tiltag [32, 33].

De danske apoteker er privatejede af farmaceuter, der har fået tildelt en bevilling af Lægemiddelstyrelsen, og fordelingen af apoteker er statsreguleret med henblik på at sikre lige adgang til medicin i landet. I 2015 blev der gennemført en reform af apotekerne, som bl.a. skulle sikre tilgængeligheden af medicin og lave medicinpriser og derudover fokuserede reformen på øget patientsikkerhed og god rådgivning i skranken. Reformen har bl.a. medført en stigning i antallet af apoteker fra 312 til 520 på landsplan, hvilket yderligere har øget tilgængeligheden af apotekerne for borgerne [30, 34]. Apoteker i byen er forpligtet til at holde åbent minimum 47 timer om ugen, mens apoteker på landet skal holde åbent minimum 44,5 timer. Efter reformen er der flere apoteker, der holder længere åbent og dermed er der kommet øget tilgængelighed til apoteket for borgerne.

På apoteket er der ansat to faggrupper, som borgerne kan møde i skranken: farmaceuter og farmakonomer. Uddannelsen af farmaceuter kan variere fra land til land, men fælles for EU-medlemslandene er, at farmaceuters træning skal følge EU Direktivet 2005/36 [35]. EU Direktivet fastlægger, at farmaceuter skal have minimum fem års uddannelse, der skal inkludere 6 måneders praktik på et apotek. I Danmark har farmaceuter en fem-årig kandidatgrad fra et af de to universiteter, som uddanner farmaceuter (Københavns Universitet og Syddansk Universitet), mens farmakonomer har en tre-årig professionsgrad.

Farmaceuter er eksperter i medicin, og deres opgave er bl.a. at udlevere medicin, rådgive i korrekt brug af medicin og tjekke for eventuelle medicineringsfejl [32]. Derudover rådgiver farmaceuter i sundhedsfremmende og sygdomsforbyggende tiltag, og udfører en lang række sundhedsydelser på apotekerne [33]. Farmaceuter har i dag større indflydelse på befolkningens sundhed end tidligere, idet farmaceuter i større grad giver patientcentreret sundhedsrådgivning [33, 36, 37]. Farmakonomer yder

ligeledes sundhedsrådgivning til kunderne og udfører visse sundhedsydelser, men adskiller sig fra farmaceuter ved bl.a. at have en mere praktisk orienteret uddannelse. Farmakonomer har ikke lige så meget uddannelse i lægemidler som farmaceuter, men til gengæld har de mere uddannelse i at kommunikere viden om lægemidler til kunderne [38].

3.3.1 Sundhedsydelser på apoteket

Siden årtusindeskiftet er antallet af sundhedsydelser på de danske apoteker steget, og med sundhedsydelserne bidrager apotekerne i højere grad til den generelle sundhed i Danmark end tidligere [39, 40]. Danmarks Apotekerforening (DA) definerer sundhedsydelser som ”betalte sundhedsfremmende eller sygdomsforebyggende aktiviteter, som naturligt knytter sig til apotekets øvrige opgaver” [41]. Udviklingen af sundhedsydelserne er baseret på videnskabelig evidens, hvilket sikrer, at både modtageren af sundhedsydelsen og samfundet kan drage fordele af sundhedsydelsen [39, 40]. For at sikre høj og ens kvalitet af sundhedsydelserne i hele landet, har DA udviklet obligatoriske certificerings- og uddannelsesprogrammer for flere af ydelserne, heriblandt Tjek på inhalation (TPI) og genordination ved en behandlerfarmaceut [39, 42].

Fælles for alle sundhedsydelser er, at de er målrettet til den person, der skal administrere medicinen – om det er patienten selv eller en sundhedsprofessionel [39]. Nogle sundhedsydelser er målrettet kunderne på apoteket f.eks. TPI, medicin- og compliancesamtaler, og disse sundhedsydelser har apotekerne pligt til at tilbyde [39-41]. Sundhedsydelser kan også være målrettet sundhedsprofessionelle med det formål at øge patientsikkerheden ved at styrke kvaliteten af deres arbejde og eksempler på dette er: undervisning af personale og kvalitetssikring af medicinbehandling for det personale, der håndterer medicin til borgere [40].

Sundhedsydelser kan enten være finansieret af staten, kommunen, apotekerne eller kunden selv [40, 41]. Der er også eksempler på, at sundhedsydelser er delvist finansieret af flere parter, f.eks. når en kunde får genordineret et lægemiddel af en behandlerfarmaceut, som er delvist finansieret af staten og delvist af kunden [40]. Det kan dermed indebære en direkte økonomisk fordel for apotekerne at udføre sundhedsydelser [40, 41].

Kunderne har let adgang til apotekerne, og en af sundhedsydelsernes styrker er, at kunderne kan modtage dem når som helst uden planlægning og tidsbestilling [11]. Derudover øger apotekerne deres egen synlighed som et sted at modtage sundhedsrådgivning, og apotekerne er de senere år blevet inkorporeret i sundhedsvæsenet i større grad end tidligere, som følge af sundhedsydelserne [40].

4 Rehabilitering af senfølger efter kræft - tidligere resultater

Dette speciale er en del af et større paraplyprojekt ”Viden om kvalitet i kræftpatientforløb” som ledes af Kræftens Bekæmpelse. Under dette paraplyprojekt hører projektet ” Viden om kvalitet - samarbejde om senfølgeindsatser efter kræft”, som omhandler rehabilitering af senfølger efter kræft og har til formål at udvikle en lokal apoteksbaseret intervention til kræftoverleverne, der oplever senfølger efter kræft og/eller behandlingen heraf. Bivejleder på dette speciale er ansvarlig for projektet i samarbejde med Københavns Universitet. Nærværende speciale fokuserer kun på en mindre del af projektet, og bygger videre på den viden, der er opnået tidligere i projektet. Fremadrettet vil ”projektet” referere til ”Viden om kvalitet - samarbejde om senfølgeindsatser efter kræft”, mens ”specialet” refererer til denne opgave. De tidligere delresultater opnået fra undersøgelser i projektet vil blive opsummeret i det følgende.

Brugerpanelundersøgelse: Der blev udført en spørgeskemaundersøgelse blandt Kræftens Bekæmpelses brugerpanel [43]. Brugerpanelundersøgelsen havde til formål at undersøge interessen blandt kræftoverleverne for at benytte en intervention for senfølger efter kræft på apoteket, og her svarede halvdelen af de 354 respondenter, at de var interesseret i at benytte en sådan intervention.

Spørgeskemaundersøgelse blandt apotekspersonale: Der blev efterfølgende lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt 134 apoteksmedarbejdere med det formål at afdække deres nuværende viden og uddannelsesbehov vedrørende kræft, samt om der var interesse for at deltage i undervisning om kræft. Desuden blev det undersøgt, hvilke barrierer apotekspersonalet oplever i rådgivningen af kræftpatienter. Det blev konkluderet, at der er behov for mere viden og uddannelse hos apotekspersonalet, for at gøre dem i stand til at yde god rådgivning til kræftpatienter, og at der var en interesse blandt apotekspersonalet i at opbygge den nødvendige viden.

Aktøranalyse: For at undersøge den nuværende håndtering af senfølger efter kræft i Danmark blev der udført 13 semistrukturerede interviews af bl.a. praktiserende læger, senfølgeklinikker og kommuner. Analysen konkluderede, at aktørerne ser et behov for, at der kommer mere fokus på senfølger, og at det er essentielt at få flere forskellige faggrupper og sundhedsprofessionelle i spil og samtidig øge samarbejdet om håndtering af senfølger efter kræft.

Resultaterne i de tidligere undersøgelser danner grundlaget for dette speciale, hvor det vil blive undersøgt, hvordan apoteket bedst muligt inkluderes i håndteringen af senfølger efter kræft.

5 Litteratursøgning

En systematisk litteratursøgning blev udført med det formål at afdække viden om kræftoverleveres brug af apoteker, samt apoteksinterventioner og screeningsprocesser relateret til kræft. Formålet var ligeledes at undersøge funktionaliteten og vigtigheden af apoteket som en del af sundhedsvæsenet.

Litteratursøgningen til specialet blev udført i februar 2023 i databasen *PubMed*, som indeholder biomedicinske og sundhedsvidenskabelige artikler. Forud for litteratursøgningen gennemførte begge specialestuderende et kursus i litteratursøgning udbudt af Københavns Universitet, samt afholdt et møde med en forskningsbibliotekar fra Københavns Universitetsbibliotek. Udover artikler, fundet ved systematisk litteratursøgning i PubMed, blev referencer fra relevante artikler inkluderet ved håndsøgning, samt referencer, der tidligere er fundet af bivejleder.

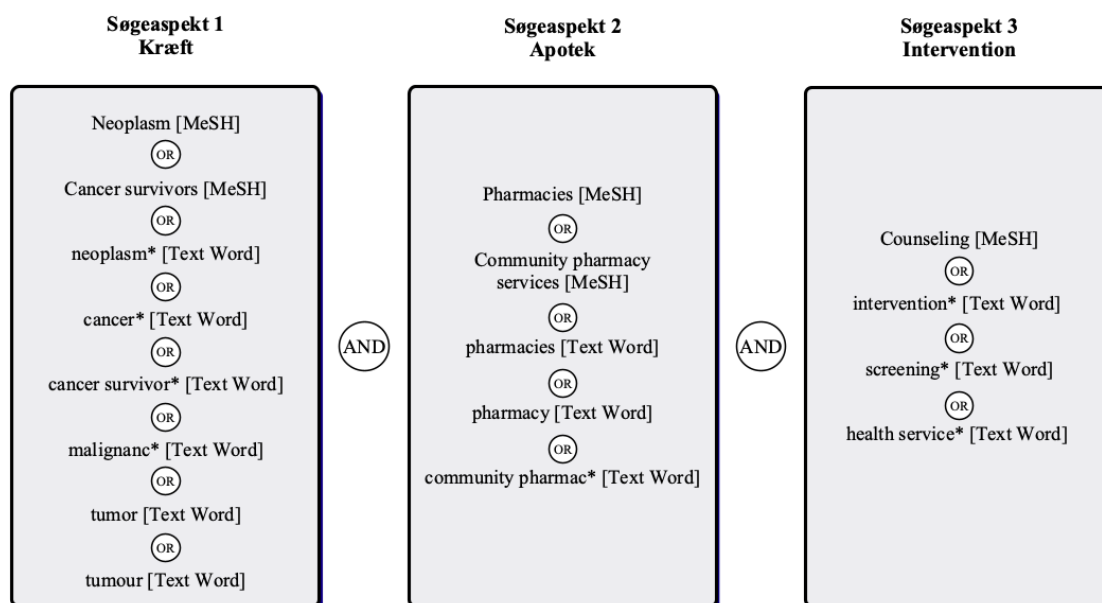
Litteratursøgningen er udført med inspiration fra PRISMA-guidelinen, og under forberedelsen til litteratursøgningen blev udvalgte emneord undersøgt for kontrollerede søgeord (Medical Subject Headings, *MeSH-termer*), der er knyttet til artikler i PubMed.

De anvendte emneord dækker over tre forskellige aspekter: kræft, apotek og intervention. De valgte MeSH-termer, der knyttede sig til kræft, var ”*neoplasms*” og ”*cancer survivors*”. For apotek blev MeSH-terminerne ”*pharmacies*” og ”*community pharmacy services*” valgt, og for intervention blev MeSH-terminen ”*counseling*” benyttet.

Idet emneordene kan udtrykkes på forskellig vis, er der ligeledes foretaget en fritekstsøgning (*TextWord*, PubMed) indenfor alle tre aspekter for at sikre bedst mulig afdækning af det enkelte aspekt. Ved at foretage en fritekstsøgning vil alle artikler, der indeholder de valgte ord, således blive inkluderet i søgningsresultaterne.

Det blev forsøgt at inkludere et aspekt omhandlende ”sensfølger” i litteratursøgningen, men der var ingen MeSH-termer, der dækkede over begrebet sensfølger, hvorfor der udelukkende blev lavet en fritekstsøgning for dette aspekt. Dette gav dog få resultater og derfor blev det besluttet at udelukke dette aspekt i den endelige søgning.

I bilag 1 findes en detaljeret oversigt over opbygningen og sammensætningen af de forskellige aspekter. Den endelige søgning er illustreret i figur 2.



Figur 2: Illustration over søgeaspekterne med tilhørende søgeord angivet som MeSH eller Text Word. Søgeordene i hvert søgeaspekt er adskilt med "OR" og søgeaspekterne er adskilt med "AND". * angiver at søgeordet kan have flere endelser.

I forbindelse med søgningen fremkom i første omgang 691 artikler, og der blev efterfølgende påsat et filter i PubMed, så kun artikler fra og med år 2000 til d. 24/2 2023 blev inkluderet. Begrundelsen for dette er, at man siden år 2000 er blevet bedre til at behandle kræft og har øget opmærksomheden på senfølger [44]. Af den endelige søgning fremkom dermed 653 artikler.

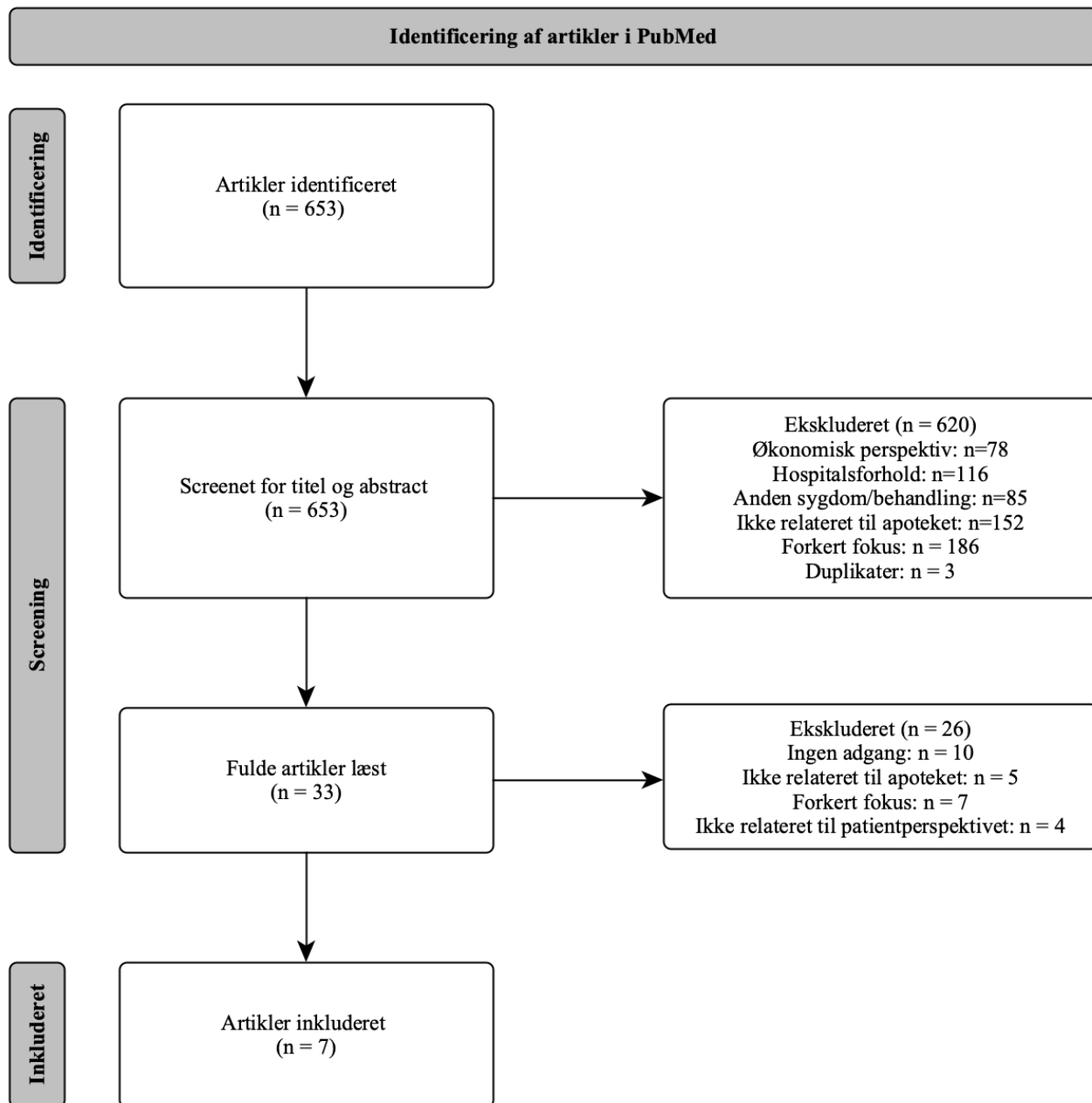
Først blev duplikater fjernet, og efterfølgende blev artiklerne screenet for relevans baseret på titel og abstract – hvor de to specialestuderende hver især forestod halvdelen. Med henblik på at vurdere relevans for det videre arbejde blev følgende eksklusionskriterier opstillet: økonomisk perspektiv på kræftbehandling, fokus på hospitalsforhold, fokus på anden sygdom/behandling, ikke relateret til apoteket og forkert fokus.

Efter screening af titel og abstract blev 82 artikler vurderet til at have relevans for specialet. Af tidsmæssige årsager blev det besluttet at reducere antallet yderligere, ved at screene artiklernes titel og abstract af den specialestuderende, der ikke havde foretaget vurderingen i første omgang. Artiklernes relevans blev dermed vurderet af to personer og dette resulterede i, at 33 artikler blev på baggrund af titel og abstract vurderet relevant for specialet. Begge specialestuderende noterede uafhængigt af hinanden hvilke artikler, der skulle inkluderes og ekskluderes og sammenlignede til sidst svar, hvilket resulterede i uoverensstemmelse ved tre artikler, som det blev besluttet at inkludere. I alt blev 7

artikler inkluderet i litteratursøgningen, mens 16 artikler blev vurderet til ikke at have relevans for specialet, og ved 10 artikler var det ikke muligt at få adgang til den fulde artikel.

Hovedpointerne fra de 7 inkluderede artikler i litteratursøgningen er kort sammenfattet i bilag 2.

Litteratursøgningsprocessen er illustreret i figur 3.



Figur 3: PRISMA forløbsdiagram over udvælgelsen af relevant litteratur.

6 Metode

For at belyse emnet er der arbejdet med flere metoder – herunder fokusgruppeinterview (FGI) efterfulgt af tematisk analyse og observationer af deltagerne under FGIs. Derudover blev der foretaget en sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen, der blev udført af bivejleder tidligere i projektet. I det følgende afsnit vil de anvendte metoder blive beskrevet.

6.1 Mixed methods

Der anvendes flere metoder til at undersøge samme emne og derfor er der arbejdet med *mixed methods*, som er en kendt metodisk tilgang. I projektet blev brugerpanelundersøgelsen udført med henblik på at afdække kræftoverlevernes åbenhed overfor at bruge en apoteksintervention for senfølger efter kræft, og dermed afgøre, om det ville være interessant, at få nærmere input til interventionen ved anvendelse af FGI.

I dette speciale bliver der udelukkende arbejdet med kvalitative metoder, da det kun er fritekstsvarene fra brugerpanelundersøgelsen, og ikke de kvantitative svar herfra, der bliver brugt. Derudover inddrages observationer som metode under afholdelsen af begge FGIs, og anvendes som supplement til resultaterne fra FGI. Fritekstsvarene fra brugerpanelundersøgelsen fungerer ligeledes som supplement til resultaterne fra FGI.

6.2 Fokusgruppeinterviews

Studiedesignet er bygget på en kvalitativ metode i form af semistrukturerede FGIs. FGIs er valgt som dataindsamlingsmetode på grund af det samspil, der skabes mellem deltagere i en fokusgruppe, der kan bidrage med rig og nuanceret data. Det følgende afsnit vil gennemgå de centrale elementer i metoden.

6.2.1 Rekruttering af deltagere

Rekrutteringen af deltagere skete bl.a. gennem Kræftens Bekæmpelses brugerpanel, der består af 611 kræftoverleverne, heraf 225 bosiddende i Region Hovedstaden [43]. Det var udelukkende deltagere fra Region Hovedstaden, der blev inviteret herigennem, da der ikke var mulighed for økonomisk godtgørelse af transport. Det blev derfor vurderet af bivejleder, at der ville være større tilslutning ved kun at invitere medlemmer fra Region Hovedstaden. Bivejleder fra Kræftens Bekæmpelse inviterede medlemmerne i brugerpanelet til at deltage i FGI via e-mail.

Sideløbende blev invitationen delt hos Center For Kræft og Sundhed i København, hvor en seddel blev hængt op på en informationstavle. Derudover blev invitationen delt i Facebook grupperne “Senfølger Efter Kræft” og “Senfølger Efter Kræftbehandling” med henholdsvis 1.600 og 3.800 medlemmer. Dermed var tilmeldingen ikke udelukkende afgrænset til Region Hovedstaden.

Indsamlingsstrategien har ikke været tilfældig, da specifikke grupper blev kontaktet ud fra deres relevans, og dermed er der tale om formålssampling [45].

Der var opstillet følgende inklusionskriterier for deltagerne:

- Skal komme/kunne komme på apoteket
- Skal have personlig erfaring med senfølger efter kræft
- Skal kunne deltage i et FGI.

Deltagerne behøvede ikke at være kræftfrie eller være uden komorbiditeter.

Der blev planlagt to FGIs, der sigtede efter en fordeling med 2/5 mænd, eftersom dette svarer til kønsfordelingen blandt kræftoverlevende [4]. Samtidig blev det efterstræbt, at der skulle være mindst én kræftoverlevende i den samlede patientgruppe fra de fire mest forekommende kræfttyper blandt kræftoverlevende, som er: brystkræft, prostatakræft, tarmkræft og modermærkekræft, samt mindst én anden type kræft i hver fokusgruppe for diversitet [4].

6.2.2 Design af fokusgruppeinterview

På basis af antal tilmeldte blev der etableret to FGIs med henholdsvis syv og ni deltagere. Det første FGI fik to afbud, mens det andet fik et enkelt afbud og dermed endte deltagerantallet på henholdsvis fem og otte. Begge FGIs fandt sted på Kræftens Bekæmpelses hovedkontor i København, og der var afsat to timer til hvert FGI. Begge FGIs blev optaget på en lydoptager, som var stillet til rådighed af Kræftens Bekæmpelse. Begge FGIs blev afholdt i store mødelokaler, og der var sørget for let forplejning til deltagerne. Borde og stole blev opsat i en firkant, så deltagere, interviewer og moderator sad med front mod hinanden.

Begge FGIs blev udført af en interviewer og en moderator. Intervieweren er farmaceut, og ansat som sundhedsfaglig konsulent på Kræftens Bekæmpelse i projektet “Viden om kvalitet i kræftpatientforløb”. Intervieweren er desuden bivejleder for dette speciale. Moderatoren er antropolog og havde til opgave at sikre, at intervieweren kom rundt om alle spørgsmål i interviewguiden. Moderatoren

kunne supplere med spørgsmål undervejs og give deltagerne mulighed for at tale ud, hvis de blev afbrudt undervejs.

Derudover deltog begge specialestuderende under begge FGIs, som henholdsvis observatør og referent. Rollerne blev fastholdt under begge FGIs, så det var den samme observatør og referent under begge FGIs.

Inden hvert FGI gik i gang, blev der uddelt samtykkeerklæringer, som blev underskrevet af alle deltagere. Deltagerne havde også tidligere fået samtykkeerklæringen tilsendt via e-mail – denne kan findes i bilag 3. Derudover blev deltagerne bedt om at udfylde et skema med informationer om deres køn, region, alder og kræfttype, som findes i bilag 4.

Efter første FGI blev der afholdt en evaluering mellem interviewer, moderator, observatør og referent, hvor det blev diskuteret, hvordan det var forløbet, og hvad der kunne forbedres til næste FGI. Det blev aftalt at forkorte introen i interviewguiden, da det blev bemærket under det første FGI, at deltagerne blev ufokuserede under introen. Efter det andet FGI blev der afholdt en evaluering mellem interviewer, observatør og referent, hvor det ligeledes blev diskuteret, hvordan det var forløbet, og vigtige pointer blev vendt.

Interviewguide

Der blev lavet en interviewguide for at sikre, at interviewene kom rundt om de planlagte emner. Interviewguiden var baseret på tidligere undersøgelser indenfor projektet og blev udviklet af bivejleder og var dermed fastlagt, inden de specialestuderende blev en del af projektet. Formen på FGI var semistruktureret med henblik på at tillade afvigelser fra de på forhånd fastlagte interviewspørgsmål, samtidig med at der var fokus på at opnå svar på de ønskede spørgsmål [46].

I begyndelsen af begge FGIs præsenterede intervieweren, moderatoren, observatøren og referenten dem selv, efterfulgt af en præsentationsrunde af deltagerne, hvor de kunne dele så meget om dem selv, som de følte sig komfortable med. Deltagerne blev præsenteret for projektet, hvorefter de fik baggrundsinformation omkring apotekerne i Danmark, apotekspersonalets uddannelse og de sundhedsydelser, der findes på apotekerne i dag. Efter introduktionen fik deltagerne mulighed for at skrive tanker om og ideer til interventionen ned, som en hjælp til dem selv, så de havde ord på, hvad deres første tanker var omkring interventionen.

Interviewet fokuserede på fem hovedtemaer:

- Deltagernes ønsker og ideer til tilbuddet
- Oplysninger om tilbud
- Muligheder i lokalsamfundet
- Senfølger
- Apotekets kompetencer.

Den fulde interviewguide findes i bilag 5.

6.2.3 Observationer

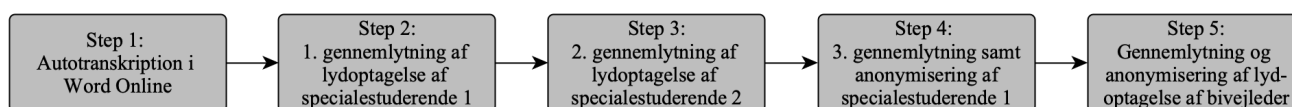
Der blev lavet ikke-deltagende observationer af deltagerne af en observatør under begge FGIs. Observatøren sad bagved interviewer og moderatoren, hvorved alle deltagerne bedst muligt kunne iagttages fra observatørens vinkel. Der var ingen interaktion mellem observatøren og deltagerne under begge FGIs.

Observationerne blev indført i en observationsguide, som kan findes i bilag 6. Den anvendte observationsguide blev foreslået af hovedvejleder, der tidligere har haft erfaring med denne. Det blev observeret, hvordan interaktionen var mellem deltagerne, herunder om de supplerede hinanden eller afbrød hinanden, og hvordan de brugte deres kropssprog under samtalen.

Derudover blev stemningen mellem deltagerne observeret ved en vurdering af gruppedynamikken, herunder hvilke deltagere, der virkede dominerende eller tilbageholdende. Deltagerne blev også observeret på individuelt niveau, hvor bl.a. øjenkontakt, kropssprog og stemmeføring blev observeret. Observationerne blev anvendt til at supplere resultaterne fra den tematiske analyse af FGI.

6.2.4 Transskription

Efter afholdelse af begge FGIs, blev lydoptagelserne overført til Microsoft365 Online Word, hvor transskriberingsfunktionen blev benyttet til at lave første udkast af transskriptionerne. Transskriberingsprocessen bestod af fem overordnede trin, som er illustreret i figur 4.



Figur 4: Oversigt over transskriberingsprocessen for et FGI.

Efter autotranskriptionen (step 1) blev hver lydoptagelse lyttet igennem af en specialestuderende, mens transskriptionen blev rettet til og manglende ord, som autotransskriberingen ikke havde opfanget, blev tilføjet (step 2). Ikke-sproglige ytringer, som “mmh”, er tilføjet, hvis det indikerer, at deltageren tilkendegav enighed med det sagte. Fyldord, som f.eks. gentagelser af samme ord, er udeladt i transskriptionerne for overskuelighedens skyld, hvis det virker forstyrrende for læseren og ikke påvirker sætningens mening [46].

Derefter blev lydoptagelsen for hvert FGI lyttet igennem af den anden specialestuderende (step 3), mens transskriptionen blev læst igennem, så eventuelle fejl eller mangler blev udbedret. Der blev derved lavet en dobbelt validering af transskriptionerne fra begge FGIs, da transskriptionerne blev kontrolleret af den modsatte specialestuderende. Dette blev gjort med henblik på at øge kvaliteten af transskriptionerne og for at sikre ensartethed i måden transskriptionerne er nedskrevet på. Efterfølgende blev hver lydoptagelse lyttet igennem yderligere en gang (step 4), samtidig med at transskriptionen blev læst igennem og anonymiseret for navne og andre persondata som alder, hjemby, behandlingssteder og unikke udsagn som potentielt kunne henføres til deltageren. Som sidste led i transskriberingsprocessen blev begge transskriptioner læst igennem af bivejleder for at sikre, at der ikke var oversete persondata, som ikke var blevet anonymiseret (step 5). De fulde transskriptioner kan findes i bilag 7 og 8.

6.3 Tematisk analyse

Data fra begge FGIs blev analyseret ved brug af tematisk analyse ved anvendelse af en 6-fase guide beskrevet af Braun og Clark [47]. Den tematiske analyse blev lavet deduktivt, idet der blev søgt efter følgende temaer:

- 1) Kræftoverleveres behov til interventionen
- 2) Kræftoverleveres udfordringer ved interventionen
- 3) Kræftoverleveres ønsker til interventionen.

De undertemaer, der fremkom ved kodning under den deduktive del af den tematiske analyse, blev inddelt i disse tre prædefinerede temaer. Som supplement til den deduktive analyse blev der samtidig udført en induktiv tematisk analyse af begge FGIs. Dette blev gjort for at sikre, at alle relevante temaer blev udforsket og ikke kun dem, som var defineret på forhånd ud fra tidligere studier i projektet [48].

Den tematiske analyse omfattede følgende faser:

- Fase 1: Lydoptagelserne blev hørt igennem, mens der blev transskriberet, og transskriptionerne blev læst igennem flere gange af begge specialestuderende. Desuden blev udvalgte citater markeret til senere opfølgning, hvis de havde særlig relevans.
- Fase 2: Data blev gennemgået af begge specialestuderende, mens der i fællesskab blev dannet koder for relevante citater. Der blev udarbejdet en tabel over koderne med tilhørende eksempler på citater.
- Fase 3: Koderne blev anskuet fra et større perspektiv, idet det blev besluttet hvilke koder, der kunne slås sammen til temaer.
- Fase 4: Alle temaerne blev genovervejet, og temaer, der overlappede hinanden, blev lagt sammen til større temaer.
- Fase 5: Temaernes navne blev taget op til revision for at være sikker på, at navnet var dækkende for temaet. Derudover blev der lavet korte beskrivelser af temaerne.
- Fase 6: Citater blev udvalgt til resultater og viderefortolkning indenfor de forskellige temaer.

6.4 Sekundær analyse af brugerpanelundersøgelse

Udover begge FGIs blev der arbejdet med data fra en tidligere undersøgelse udført af bivejleder i august 2021. Undersøgelsen omfattede en spørgeskemaundersøgelse, der blev udsendt til Kræftens Bekæmpelses brugerpanel, og benævnes dermed ”brugerpanelundersøgelsen”. Fritekstsvarene fra brugerpanelundersøgelsen kan findes i bilag 9.

I dette speciale blev der lavet en sekundær analyse af fritekstsvarene fra brugerpanelundersøgelsen, og dermed arbejdes der udelukkende med kvalitative data. Det blev besluttet, at brugerpanelundersøgelsen var det rette supplerende data at inddrage i specialet, da dette ligesom FGIs fokuserer på patientperspektivet, og derfor kan bidrage til et bredere og mere nuanceret resultatgrundlag. Den sekundære analyse havde dermed til formål at supplere resultaterne fra FGIs, og derved bidrage til at øge validiteten af disse.

Baseret på Heatons anskuelse af kvalitativ sekundær analyse er der arbejdet med typen *supplementary analysis* [49]. Denne type dækker over en undersøgelse af emner, der ikke tidligere er blevet bearbejdet i et datasæt. Dette er frembragt ved at søge efter specifikke resultater i relation til kræftoverleveres

udsagn om apoteket som potentiel aktør i håndtering af senfølger efter kræft. Ved tidligere analyse af brugerpanelundersøgelsen var der udarbejdet en meningskondensering af alle fritekstsvar af primærforskeren, som også er bivejleder på dette speciale.

Ud fra denne meningskondensering blev relevante koder udvalgt til nærmere analyse i dette speciale, hvor der ved deduktiv analyse blev undersøgt for følgende temaer:

- 1) Kræftoverleveres ønsker og behov til interventionen
- 2) Kræftoverleveres udfordringer ved interventionen
- 3) Samarbejde mellem sundhedsaktører
- 4) Kræftoverleveres opfattelse af senfølger efter kræft
- 5) Rådgivning på apoteket.

Temaerne blev identificeret ved tematisk analyse af FGIs. Alle fritekstsvar fra brugerpanelundersøgelsen, der hørte under de relevante koder, blev læst og relevante svar blev udvalgt til videre analyse.

6.5 Ethiske overvejelser

I arbejdet med fastlæggelse af FGIs, hvor der arbejdes med personfølsomme oplysninger, indgik en række etiske overvejelser med henblik på at sikre deltageres rettigheder og autonomi i overensstemmelse med FIP - *Codes of ethics for pharmacists* [50]. Alle deltagere i projektet har meldt sig frivilligt som deltagere og har givet skriftligt samtykke før deltagelse, og deltagerne blev oplyst om muligheden for at trække deres samtykke tilbage når som helst.

Alt data med personfølsomme oplysninger opbevares fortroligt af Kræftens Bekæmpelse i overensstemmelse med gældende lovgivning om GDPR [51]. Alt data brugt i dette speciale er anonymiseret i en sådan grad, at data ikke kan spores tilbage til deltagerne. Navne eller andre personhenførbare oplysninger, såsom behandlingssted, er derfor fjernet fra den endelige transskription.

7 Resultater

Der blev udført to FGIs hhv. d. 9. marts 2023 (herefter kaldt FGI-1) og d. 14. marts 2023 (herefter kaldt FGI-2). Begge FGIs varede 1 time og 57 minutter og blev afholdt på Kræftens Bekæmpelses hovedkontor i København. Indledningsvis fremgår de demografiske oplysninger på deltagerne fra begge FGIs. Efterfølgende vil resultaterne fra FGIs og brugerpanelundersøgelsen blive gennemgået og til slut vil resultaterne fra observationerne under FGIs blive gennemgået.

7.1 Demografiske oplysninger

De 13 deltagere bestod af 2 mænd og 11 kvinder, som alle havde eller havde haft kræft. De to mandlige deltagere var fordelt på hver deres FGI, hvorved den tilsigtede kønsfordeling på 2/5 mænd ikke blev opnået, eftersom der kun var 1/5 i FGI-1 og 1/8 i FGI-2. Målsætningen om repræsentation af mindst én deltager fra de fire mest forekommende kræftformer i den samlede patientgruppe blev ikke opfyldt, da der ikke var nogen kræftoverlevere med modernærkekræft til stede. Det lykkedes dog at have én anden kræftform repræsenteret i hver gruppe. Deltagernes alder er angivet i intervaller, og vil ikke yderligere blive kommenteret, da dette ikke var beskrevet som et inklusionskriterie. Demografiske oplysninger om deltagerne kan ses i tabel 2.

Tabel 2: Demografiske oplysninger om deltagerne fra begge FGIs. Bemærk: Antallet af kræftformer overstiger deltagerantallet, hvilket skyldes, at nogen deltagere har/har haft flere kræftformer. FGI = fokusgruppeinterview.

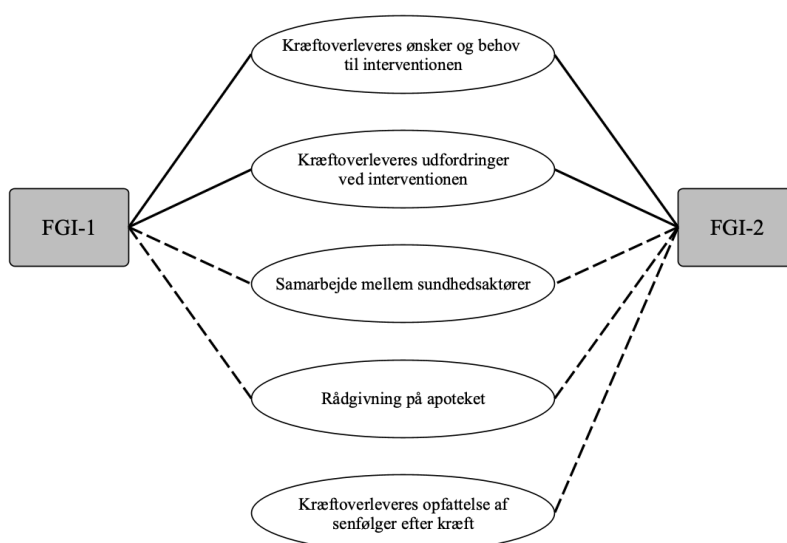
	FGI-1 (n)	FGI-2 (n)	Total (n)
Køn			
Kvinde	4	7	11
Mand	1	1	2
Aldersgruppe			
40-49	1	-	1
50-59	-	2	2
60-69	3	1	4
70-79	1	4	5
80+	-	1	1
Region			
Region Hovedstaden	4	8	12
Region Midtjylland	1	-	1
Kræftform			
Blod- eller lymfekræft	1	1	2
Brystkræft	2	3	5

Blærehalskirtelkræft (prostata)	1	-	1
Bugspytkirtelkræft	-	1	1
Hoved-/halskræft (herunder kræft i strube, svælg og skjoldbruskkirtel)	-	1	1
Kræft i hjernen eller nervesystemet	-	1	1
Kræft i luftveje (herunder lunger og lungehinde)	-	1	1
Kræft i mave-tarm-systemet (herunder spiserør, lever og galdeveje)	1	2	3
Kræft i underlivet, kvinder (herunder ydre køns-organer, livmoder, livmoderhalskræft og æggestok)	-	1	1
Anden kræftsygdom	1	-	1

7.2 Resultater fra tematisk analyse

Under den tematiske analyse blev de tre deduktive temaer genovervejet, og det blev besluttet at slå de to temaer ”kræftoverleveres ønsker til interventionen” og ”kræftoverleveres behov til interventionen” sammen. Dermed resulterede den tematiske analyse i to deduktivt bestemte temaer, som ses i figur 5: ”kræftoverleveres ønsker og behov til interventionen” og ”kræftoverleveres udfordringer ved interventionen”.

Udover de deduktivt forudbestemte temaer blev der under den tematiske analyse af FGI-1 yderligere identificeret to temaer induktivt: ”samarbejde mellem sundhedsaktører” og ”rådgivning på apoteket”. Fra FGI-2 blev de samme to temaer og yderligere et tredje tema ”kræftoverleveres opfattelse af senfølger efter kræft” induktivt identificeret. De induktivt bestemte temaer ses i figur 5 og er angivet med stiplede linjer.



Figur 5: Oversigt over temaer for begge FGIs fra den tematiske analyse. Hele linjer angiver deduktivt bestemte temaer, og stiplede linjer angiver induktivt bestemte temaer. FGI = fokusgruppeinterview.

Bilag 10 og 11 viser alle relevante citater med tilhørende koder, som blev fundet under fase 2 i den tematiske analyse. Derudover viser bilag 12 og 13 alle koder, og hvilke temaer de er koblet sammen med, som svarer til fase 3 i den tematiske analyse. I bilag 14 og 15 findes en detaljeret illustration over alle identificerede temaer fra begge FGIs, som er resultatet af fase 4. Temaerne er illustreret i et flowchart, der indikerer hvilke temaer, der er lagt sammen eller omdøbt. Derudover viser bilag 16 beskrivelser af alle identificerede temaer fra begge FGIs, som er resultatet af fase 5 i den tematiske analyse.

7.3 Kræftoverleveres opfattelse af håndtering af senfølger efter kræft

Første problemstilling undersøger kræftoverleveres nuværende opfattelse af håndteringen af senfølger efter kræft i sundhedsvæsenet, og under begge FGIs blev det tydeligt, at der er forskellige mangler i den nuværende håndtering af senfølger efter kræft set fra kræftoverlevernes perspektiv. Det blev bl.a. beskrevet af flere deltagere, at de i starten af deres kræftforløb blev informeret om risikoen for at få senfølger, men slet ikke i det omfang, som de efterfølgende oplevede. De fortalte, at deres senfølger var flere og værre, end de var blevet oplyst om. De beskrev ligeledes, at den manglende information og opmærksomhed på senfølger også påvirker privatlivet, da deres netværk har svært ved at forstå, at der kan være noget galt, når nu de var blevet erklæret kræftfrie.

Flere af deltagerne havde en oplevelse af, at lægerne ikke i tilstrækkelig grad tog deres senfølger i betragtning, når de kom til kontrol for deres kræftsygdom, men at lægerne i stedet fokuserede på f.eks. testsvar og om kræften var vendt tilbage. En af deltagerne beskrev problemet som:

”Men det er jo nemlig det, der er problemet, tænker jeg, fordi når man er til kontrol på sygehuset, jamen, så fokuserer de på, jamen er der tilbagefald, og det skal de selvfølgelig også, men de fokuserer ikke på det hele menneske. De fokuserer ikke på, de spørger ikke engang ind til ”hvordan har du det?”, om der er nogle senfølger og jeg synes ikke de er særligt flittige til at oplyse om, hvad er der af tilbud” (FGI-2, K5, l. 349-353)

Denne tendens blev også beskrevet af en anden deltager fra FGI-2, som fortalte hvordan vedkommende havde haft fysiske gener over en længere periode, men hverken havde kontaktet egen læge eller sygehus. Deltageren troede, at det var gener, som vedkommende blot måtte leve med og udtrykte ligeledes frustration over lægernes og sygeplejerskernes manglende anerkendelse af senfølger:

”Men, men stadigvæk, så er det dem, man møder først - det er lægerne og sygeplejerskerne på hospitalet. De burde gøre mere altså, og de gør ikke nok.” (FGI-2, K4, l. 657-658)

Den manglende anerkendelse af senfølger blev bakket op af flere deltagere fra begge FGIs, som oplevede, at deres gener blev kategoriseret som naturlig aldring. Deltagerne udtrykte helt generelt et behov for, at senfølger efter kræft bør anerkendes i større grad både i sundhedsvæsenet og i samfundet. I FGI-1 blev det beskrevet af en deltager, hvordan den manglende anerkendelse af senfølger efter kræft har haft betydning for, hvordan vedkommende er blevet hjulpet videre i forløbet – eller nærmere ikke hjulpet videre:

”Jamen så, bare det at få en henvisning til at få nogle støttestrømper, det er næsten svært. Og det er ikke engang... Jo det er selvfølgelig en senfølge også, at man har ødemer, men der kunne det være mega rart, at man... Øh, altså, fordi de siger for eksempel til mig med støttestrømperne: “Du skal snakke med kommunen”, så ringer jeg til kommunen, så siger de “du skal snakke med din egen læge”, så siger lægen “jamen det skal du slet ikke, du skal snakke med sygehuset”. Så der er ligesom, jeg ved godt, det kun var et par støttestrømper, men det kunne være hvad som helst.”
(FGI-1, K5, l. 262-268)

Blandt de øvrige deltagere i begge FGIs var der lignende oplevelser med at blive sendt rundt i systemet. Flere deltagere beskrev dog også, at de har fået god hjælp, men at de selv har måtte opsøge hjælpen og selv finde ud af hvilke tilbud, der er i deres egen kommune. I begge FGIs blev der udtrykt ønsker om at kunne kontakte nogen, der kan hjælpe dem med at overskue de eksisterende tilbud og deltagerne gav generelt udtryk for, at den nuværende organisering af tilbuddene er mangelfuld. Deltagerne udtrykte et behov for hjælp til at komme videre i sundhedssystemet og hjælp med at navigere i de tilbud, der findes både i lokalsamfundet og på nationalt plan. Nogle deltagere havde svært ved at se, hvordan apoteket direkte skulle kunne hjælpe dem med deres senfølger, men var åbne for at opsøge apoteket for at få hjælp til at få overblik over forskellige tilbud, der findes, hvis apoteket kunne tilbyde dette. Enkelte deltagere udtrykte, at de ville gå til lægen, hvis de oplevede nogen senfølger, og så dermed ikke behovet for at inddrage apoteket. En deltager udtrykte dog, at *”Så længe de [lægerne] ikke selv kan opfylde det, så gør det jo ikke noget, at der kommer flere på banen.”* (FGI-2, K4, l. 895-896)

Sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen

I brugerpanelundersøgelsen beskrev flere respondenter, at de har henvendt sig hos en praktiserende læge angående senfølger, som enten henviser kræftoverleveren til hospitalet eller ikke ved hvad han/hun skal stille op. En respondent beskrev, at vedkommende har savnet at kunne henvende sig ét sted:

”Jeg har savnet en samlet indsats, et sted hvor jeg kunne henvende mig med de følger jeg har. I stedet skulle jeg flere forskellige steder hen og blev ofte afvist eller sendt videre til andre der sendte mig videre osv... Jeg fik et indtryk af, at de sundhedsprofessionelle gerne ville hjælpe, men at der var økonomiske grunde til, at de ikke måtte.”

Andre respondenter lagde vægt på, at de følte sig meget alene, efter de var blevet kræftfrie. Som kræftoverlever skal man have tilbudt rehabilitering, men det er ofte op til den enkelte at gennemskue hvilke tilbud, der findes i de forskellige kommuner. Nogle respondenter gav udtryk for at de savnede at blive informeret om, hvilke muligheder der findes for kræftoverlever. Flere andre gav udtryk for, at de ligeledes har manglet at få information om de mulige senfølger, de kunne få:

”Jeg har mest savnet, at der var nogen til at hjælpe, efter kræften var væk. Man står utrolig meget alene efter behandlingen er afsluttet. Og mere info omkring, at man ren faktisk ender ud med en masse senfølger. Det er ikke nok at kurere kræften, man skal også kunne leve videre i det nye liv bagefter. Jeg vidste fx slet ikke noget om at jeg kunne ende med alle de senfølger jeg har... Det bliver lidt glemt.”

7.4 Kræftoverleveres behov og ønsker til interventionen

I forbindelse med anden problemstilling omhandlende hvad apoteket skal kunne tilbyde, blev der identificeret en række elementer, der var vigtige for deltagerne i en rådgivningssituation på apoteket. Blandt deltagerne i begge FGIs blev der udtrykt ønsker til diskretion, de fysiske rammer på apoteket, og at apoteket er godt forberedt til samtalen, således at kræftoverleveren vil få mest muligt ud af rådgivningen. Desuden blev det diskuteret i begge FGIs, om apoteket kunne fungere som bindeled til andre tilbud for kræftoverlever. Flere deltagere i begge FGIs beskrev, at apoteket kunne fungere som facilitator for netværksgrupper og afholde senfølger-aftener for kræftoverlever.

Diskretion og fysiske rammer

I begge FGIs blev de fysiske rammer på apoteket drøftet, og vigtigheden af diskretion under samtalen blev berørt. I FGI-1 havde deltagerne ikke personligt et behov for diskretion, men de anerkendte, at det kunne være anderledes for andre:

“Altså jeg er ligeglad. Efter det har været igennem, der er jeg faktisk ligeglad. Men der kunne sagtens være nogle som synes det er mega grænseoverskridende det, jeg skal hente her.” (FGI-1, K5, l. 1205-1206)

Dette blev ligeledes understøttet af en anden deltager i FGI-1, som argumenterede for, at der bør være diskretion til de sårbare borgere:

“Der skulle være diskretion. Altså jeg tænker på sårbare borgere. Jeg skulle nok komme buldrende, men der kan være svage og sårbare borgere, som virkelig skal holdes i hånden og hjælpes på vej. Så ja, jeg kan næsten ikke finde på andre ord end den der diskretion.” (FGI-1, K4, l. 401-403)

I FGI-2 blev diskretion derimod fremhævet som værende meget vigtigt for deltagerne, idet de ikke ønskede at snakke om senfølger, hvor andre kunder på apoteket kunne høre dem:

“Der skal skabes et rum på apoteket, hvor man kan tale ugeneret som det første, fordi ellers vil jeg aldrig stå og underholde resten af patienterne, borgerne eller hvad jeg skal kalde dem om mine senfølger.” (FGI-2, K3, l. 149-151)

I begge FGIs blev der udtrykt ønsker om, at samtalen blev udført i et separat lokale af hensyn til fortroligheden og den nødvendige diskretion. I FGI-2 blev der givet et konkret eksempel på, at det kan være svært at tage samtalen op om andre problemer, når man f.eks. kommer på apoteket for at indløse en recept, og andre kunder kan høre alt, man siger:

“Men det er bare det, når man så går hen for eksempel og skal have fornyet eller hente en ny omgang Vagifem eller hvad det kunne være, så er det jo ikke lige der, tænker jeg, at jeg ville have lyst til at stå og snakke, men så det kræver, at man så har noget tid og noget rum til netop at få hjælp til at “jamen der findes nogle andre præparater” eller “skal det være hormonfri eller med hormoner” og sådan noget. Det synes jeg ville være genialt, altså at man kunne have en samtale om det.” (FGI-2, K5, l. 477-482)

Forberedelse til samtalen

Der blev i begge FGIs argumenteret for, at samtalen med fordel kan være bestilt på forhånd, hvorved apotekspersonalet og kræftoverleveren har mulighed for at forberede sig. I FGI-2 var der en deltager, der direkte gav udtryk for, at vedkommende ikke ville benytte interventionen uden tidsbestilling: *“og jeg ville jo ikke gå ind og bede om det. Jeg ville ringe og få en tid.”* (FGI-2, K7, l. 792-793). Der var dog ikke andre i FGI-2, der gav udtryk for samme holdning.

I FGI-1 var flere af deltagerne enige i, at tidsbestilling bør være en mulighed og sammenlignede det med at bestille en tid til frisøren. Der blev argumenteret for, at det var vigtigt at bruge hinandens tid fornuftigt:

“Ja, og det kan selvfølgelig være svært, hvis man kommer ind fra gaden, men så kunne det være sådan et eller andet med at man ligesom, når man bestiller en frisørtid, (...) hvor det er, at jeg som borger har gjort opmærksom på: jeg har de her problematikker, jeg gerne vil snakke med nogen om. (...) så er der en eller anden form for forberedelse, og så bruger vi tiden fornuftigt.” (FGI-1, K4, l. 674-680)

Det var dog ikke alle, der kunne se fordelene i at bestille tid. En deltager fra FGI-2 fremhævede fordelene ved, at interventionen ikke kræver tidsbestilling:

“Jeg er stadigvæk henne på, at alt det der du har stående og alle de brochurer der, og det var sådan en man manglede at man kunne gå ned et sted på apoteket, hvor man ikke skulle stå til regnskab for nogen og man skal ikke bestille en tid så man kan få tid om tre uger.” (FGI-2, K2, l. 500-503)

Et andet forslag til forberedelse til samtalen fra en deltager i FGI-1 var, at kræftoverleveren kan udfylde et spørgeskema og indsende det forud for samtalen. På den måde vil apotekspersonalet på forhånd vide, hvad der skal snakkes om, og hvilke emner, der er vigtige for kræftoverleveren at få diskuteret:

“Ja, så måske skulle man udfylde et eller andet, øh, spørgeskema et eller andet? Som farmaceuterne eller farmakonomerne kunne få inden samtalen, så de ligesom kunne sætte sig lidt ind i, hvad er det egentlig lige, at du gerne vil have hjælp til.” (FGI-1, K5, l. 659-661)

Viderehenvisning fra apoteket

Det var vigtigt for deltagerne i FGI-2, at apotekspersonalet kender deres faglige grænser, og i den forbindelse blev muligheden for at blive viderehenvist fra apoteket diskuteret. Med viderehenvisning fra apoteket menes der oplysning om, hvor kræftoverleveren kan søge mere hjælp både i lokalsamfundet og sundhedsvæsenet. I FGI-1 var der enighed blandt flere af deltagerne om, at det ville være at betragte som god rådgivning, hvis apoteket kan fortælle, hvor de ellers kan søge hjælp, hvis apoteket ikke selv kan hjælpe i den pågældende situation. Ligeledes i FGI-2 var der tilkendegivelser blandt flere deltagere om, at det vil være fint, hvis apoteket kan sende dem videre i sundhedssystemet:

“Jeg tænker jo ikke, de skal ikke behandle ens senfølger, men det vil være en videregivning. Hvem er det man skal til, så I skal have det, de skal have et kæmpe hvad skal man sige? Viden om hvem er det, man kan blive henvist til? (...) Altså har du fået den viden, som du gerne vil, og man føler

sig hjulpet, også fordi man får jo ikke løst problemet på apoteket, men altså, at man så bliver henvist videre til de steder, som er relevant for en, ikke også.” (FGI-2, K5, l. 817-825)

Deltagerne i begge FGIs beskriver apoteket som et oplagt sted at samle information om de tilbud, der findes både i lokalsamfundet og nationalt. Flere af deltagerne ser et potentiale i, at de kan blive henvist til et lokalt tilbud, og at apoteket ikke behøver at komme med konkrete forslag, der kan afhjælpe deres senfølger med det samme:

”I virkeligheden er det jo et kæmpe leksikon at apoteket skal være - “Google, fortæl mig, hvor jeg skal gå hen!” Nå, det er det her? Altså de behøver ikke at kunne løse det hele, (...) men det kan måske være hjælpsomt, at man ved man kan gå ned et sted og få hjælp til at komme videre” (FGI-2, K3, l. 934-937)

Netværksgrupper og senfølger-aftener

I begge FGIs var der bred enighed om, at netværksgrupper er et vigtigt redskab i forbindelse med håndtering af senfølger efter kræft. Der eksisterer allerede netværksgrupper i Kræftens Bekæmpelses regi, men disse blev af en deltager beskrevet som vanskelige at blive en del af:

“Og jeg ved godt, at der også findes grupper og i Kræftens Bekæmpelse, men der findes ikke så mange grupper, altså nogle gange, så skal man stå på venteliste fordi der er ingen plads eller nogen ting, så det kunne være, at de kunne virkelig bidrage med indenfor hvor man var og lave nogle grupper.” (FGI-2, K2, l. 1131-1134)

Flere deltagere fra begge FGIs foreslog derfor, at apoteket kan være en facilitator for netværksgrupper for kræftoverleverne med senfølger. Inddragelse af apoteket kan blandt andet sikre en bedre lokal forankring af netværksgruppen og være tættere på deltagerens bopæl, da Kræftens Bekæmpelse ikke er repræsenteret i alle byer. På den måde vil det være mere overskueligt for deltagerne at deltage i netværksmøder.

En af deltagerne i FGI-1 beskrev, at vedkommende havde kognitive senfølger og derfor ikke kunne forestille sig, hvordan apoteket skulle kunne hjælpe andet end ved at oprette netværksgrupper. Vedkommende så en stor hjælp i at kunne snakke med andre, som oplever de samme kognitive senfølger, og der var bred opbakning til dette forslag blandt flere af deltagerne i FGI-1. Tilsvarende blev oprettelsen diskuteret i FGI-2, hvor flere deltagere gav udtryk for, at det ville være et tilbud, de ville benytte. En enkelt deltager fra FGI-2 foreslog, at apoteket kunne afholde senfølger-aftener, hvor kræft-

overlevere med senfølger kan snakke sammen og dele deres oplevelser med hinanden, hvilket der var bred opbakning til:

“Jeg sidder pludselig og tænker på, at det kunne være, at apotekerne skulle holde nogle, indbyde til nogle senfølger-aftener. Hvor, for eksempel, ligesom vi sidder her, at vi kunne, der sad, vi sad og snakkede sammen.” (FGI-2, K2, l. 1122-1124)

Sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen

I brugerpanelundersøgelsen blev der givet udtryk for mange af de samme holdninger til diskretion, tidsbestilling og netværksgrupper, som fremkom i begge FGIs. Det blev bl.a. foreslået af en respondent, at der bør være mulighed for at ringe og bestille tid til en samtale, ligesom flere respondenter lagde vægt på at diskretion under samtalen vil være vigtigt for dem, bl.a. fordi senfølgerne kan være intime problemer:

”Der er et stort behov for hjælp til impotens, det hjælper kommunen ikke med, men det skal være i et diskret rum [på apoteket], hvor man kan tale ugenert med en ekspert, uden at risikere at naboen lytter med. Der findes mange muligheder med forskellig virkning, og der er brug for grundig instruktion i anvendelsen af midlerne.”

En anden respondent fremhævede vigtigheden i at indtænke diskretion på apoteket, da vedkommende generelt ikke bryder sig om at modtage rådgivning på apoteket, hvor andre kunder kan overheøre samtalen:

”Generelt er det virkelig ikke rart at hente medicin på apoteker. Der er stor mangel på diskretion, når der vejledes på medicin. Dette medfører ofte at jeg f.eks. frasiger rådgivning, da alle kan høre mine udsagn om min sygdom.”

Netværksgrupper blev ligeledes nævnt af flere respondenter som en god mulighed til at få drøftet sine problemer med senfølger efter kræft med andre i samme situation. En respondent udtrykte ønske om netværksgrupper i nærområdet således:

”Netværksgrupper i nærområdet for senfølger - bedre mulighed for opfølgning, selv når man bliver afsluttet alt for hurtigt på onkologisk.”

Flere respondenter gav udtryk for, at de har modtaget god hjælp i lokale netværksgrupper, der er etableret af kommunen eller af Kræftens Bekæmpelse.

7.5 Ønsker til samtalen

Til at besvare tredje problemstilling blev kræftoverlevernes ønsker til samtalen i en rådgivningsintervention på apoteket undersøgt. Deltagerne fremsatte forskellige forslag og ønsker til samtaleindhold, der kan opdeles i følgende hovedpunkter: målrettet rådgivning, grænsen mellem rådgivning og mersalg og apotekets kompetencer.

Målrettet rådgivning

Flere af deltagerne i FGI-2 fremhævede, at rådgivningen under samtalen skulle være målrettet den enkelte kræftoverlever:

“Jeg synes, det er meget vigtigt, at man ikke har en standardpakke, at det man får, er målrettet den kræftform man selv har (...) Jeg tror man kan blive overoplyst. Jeg tror, det er vigtigt, som jeg siger: målrettet oplysning.” (FGI-2, K6, l. 466-470)

Desuden var det vigtigt for flere deltagere i begge FGIs, at de følte sig set og hørt og ikke blot som et ”nummer i køen”.

Blandt deltagerne var der uenighed om, hvorvidt apotekspersonalet måtte bringe emner på tale, som kræftoverleveren ikke selv har nævnt, at de ønsker rådgivning om. Flere deltagere opfattede det som et forsøg på mersalg, hvis andre emner blev taget op, mens en enkelt deltager modsagde dette:

“Jeg er modsat. Jeg ville ikke have noget imod at vide [hvis der var noget andet relevant information]. (...) Altså ikke fordi de skulle tjene penge apoteket, men hvis de kunne hjælpe mig med noget, hvis jeg for eksempel havde noget med huden og så de sagde om “jamen har du nogle problemer med dine negle eller med at det klør i din hovedbund?”. Ja, det har jeg forresten. “Jamen så har vi altså noget, som du kan bruge”. Jeg ville ikke have noget imod at blive hjulpet på den måde.” (FGI-2, K2, l. 855-860)

Efter denne kommentar blev der åbnet mere op for diskussion blandt deltagerne i FGI-2 og flere deltagere erklærede sig enige i, at så længe det er relevant for samtaleindhold, er det i orden, at der bliver bragt andre emner op.

Grænser mellem mersalg og rådgivning

I begge FGIs blev det diskuteret blandt deltagerne, hvor grænsen mellem mersalg og rådgivning går. Nogle deltagere følte, at hver gang de gik på apoteket, blev de forsøgt overtalt til at købe ekstra produkter, hvilket de ikke brød sig om. En af deltagerne i FGI-1 beskrev, hvordan der var en bestemt

medarbejder på det lokale apotek, som vedkommende ikke vil handle med:

”Og der [på apoteket] har vi så en, vi kalder pusheren, fordi når man så kommer med en recept eller uden recept, og køber noget, så siger han: ”Er der ikke andet, du skal have?” Og jeg tænkte øh tja skulle jeg have mig nogen hovedpinepiller eller sådan noget. Og det kom ligesom frem på nethinden, når du sidder der og siger, hvad kan apoteket tilbyde. Altså, i hvert fald ikke på den måde som han gør vel.” (FGI-1, K3, l. 992-997)

En deltager i FGI-2 beskrev vigtigheden i, at man ikke føler, at en medarbejder forsøger at sælge nogle ekstra produkter, men oprigtigt gerne vil hjælpe. For deltageren var det vigtigt, at rådgivningen er sammenhængende og troværdig, da det ellers vil føles som et mersalg:

”Det der med at man så ikke bare føler at man får påduttet et eller andet produkt, man kan købe på apoteket. Altså fordi det så ville jeg ikke føle, at det var særligt. Altså så kan jeg gå i Matas skulle jeg til at sige altså og der bliver man jo virkelig påduttet altså ja. Prøv at se det her, så skal du købe det der, det der, det der kan helbrede kræft og alt det her, ikke? (...) det ville jeg ikke føle var troværdigt overhovedet.” (FGI-2, K5, 828-833)

Da deltagerne i FGI-2 blev spurgt til hvor grænsen mellem mersalg og rådgivning går for dem, fremhævede en deltager, at *”det, som jeg gerne vil have at vide, det er i forhold til det jeg spørger om”* (FGI-2, K3, l. 838). Deltageren ønsker ikke, at der spørges yderligere ind til andre potentielle problemer, som vedkommende måtte have, da dette af vedkommende vil blive opfattet som et forsøg på mersalg fra medarbejderens side. Flere deltagere i dette FGI erklærede sig enige, men flere af deltagerne påpegede ligeledes, at apotekerne er gode til at identificere andre problemer og hjælpe ved at stille spørgsmål i en rådgivningssituation.

Apotekspersonalets kompetencer

I begge FGIs blev der givet udtryk for en række krav til personalets kompetencer. Der var bred enighed blandt deltagerne om, at den rådgiver, der foretager samtalen, skal have personlige kompetencer, såsom empati og evnen til at lytte, for at de ville benytte interventionen.

Der blev fremhævet forskellige aspekter ved, at en farmaceut eller farmakonom skal varetage en samtale, der af en deltager blev beskrevet som en svær samtale, hvor *”de [apotekspersonalet] skal være halvvejs psykologer!”* (FGI-2, K7, l. 799). Flere af deltagerne pointerede, at apotekerne bør sikre den nødvendige efteruddannelse af de medarbejdere, der skal varetage opgaven. Flere deltagere argu-

menterede desuden for, at man bør blive tilknyttet en bestemt medarbejder på apoteket, som har den rette efteruddannelse, så der er mulighed for at opbygge et tillidsforhold:

”K6: Ja, en del af tilbuddet kunne være, at det er en bestemt person, man har tilknytning til, fordi hvis man skal opbygge et tillidsforhold, så er det ikke en den ene gang og en anden den anden gang, så er det én person.

Interviewer: Ja.

K4: Ja, og den person kan jo, kan jo ligesom nogle af de andre blive specialuddannet. Så at de kan imødegå, fordi når man er i den der situation især i starten, man lærer jo at leve med, men i starten er det meget svært, ikke? Og der kan man også være meget følsom, og man kan også være meget, måske lidt temperamentsfuld eller, eller sådan lidt ude af den, ikke? Og det skal de ligesom være uddannet i.” (FGI-2, K6 og K4, l. 571-579)

Flere af deltagerne i FGI-2 gav udtryk for, at rådgiveren skal kende sin egen faglige grænse. Det var vigtigt for disse deltagere, at de kan stole på, at vedkommende vil sende dem videre i sundhedssystemet, hvis der er en senfølge, som bør undersøges nærmere. Det var herunder vigtigt for dem, at apotekspersonalet ikke forsøger at fungere som deres praktiserende læge eller onkolog, men derimod kender deres egne grænser i forhold til rådgivningen omkring senfølger:

”Jamen, det er jo også vigtigt, at de kender deres, altså hvor langt de kan gå, synes jeg. Fordi jeg synes, vi er jo lige ved at læne os opad af lægen og psykologen og onkologen. Altså de skal, de skal også vide, hvor langt de må gå.” (FGI-2, K2, l. 807-809)

Sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen

I brugerpanelundersøgelsen gav flere respondenter udtryk for, at apoteket er et salgssted, hvor personalet blot er sælgere med noget sundhedsfaglig viden. For dem vil apoteket ikke være det rette sted at modtage rådgivning om deres senfølger efter kræft: *”Apoteket er et salgssted og ansatte på apoteket er sælgere med sundhedsfaglig viden.”* En anden respondent udtrykte, at *”når apoteket ”rådgiver” er det for det meste for at få et mersalg”*. Denne holdning blev suppleret af en anden respondent, som skrev, at vedkommende aldrig ville modtage rådgivning eller vejledning fra virksomheder, der opnår øget indtjening på at sælge produkter til vedkommende.

Apotekspersonalets kompetencer blev også fremhævet af flere respondenter og en respondent skrev følgende: *”Jeg har ikke fornemmelsen af at apoteket er så kompetente til at vejlede som læger eller fysioterapeuter”*. En respondent beskrev ligeledes, at vedkommende ikke ønskede at benytte sit

lokale apotek til at få rådgivning, da ”de enten er gamle eller udlændinge som jeg ikke har tillid til og fordi de med garanti ikke kender noget til min kræft”.

7.6 Opmærksomhed på interventionen

Den fjerde problemstilling undersøger kræftoverleveres ønsker i forhold til at blive gjort opmærksom på interventionen, og her havde deltagerne flere forslag til, hvordan budskabet kan udbredes. Deltagerne kom både med konkrete forslag til synlighed af interventionen, og det blev også diskuteret, hvordan oplysning om interventionen kunne ske via andre sundhedsaktører.

Deltagerne i begge FGIs havde forskellige ideer til, hvordan apoteket kan annoncere med, at der eksisterer et tilbud på apoteket til kræftoverleverer med senfølger. I begge FGIs blev det foreslået at lave en brochure med informationer om, at apoteket tilbyder en samtale om senfølger efter kræft. Det blev fremhævet, at brochuren bør være tilgængelig både på apotekerne, hospitalerne og hos lægen, da ikke alle kræftoverleverer kommer på apoteket:

“Så kunne man måske ligesom gå igennem hospitalet. Og så sige ”jamen altså, når vi går igennem alle de her behandlinger, så ved vi alle sammen, der kommer nogle bivirkninger, der kommer nogle senfølger”. Så kunne hospitalerne måske give nogle brochurer fra starten af (...) Fordi jeg vil slet ikke have fantasi til at det [apoteket] var et sted jeg kunne få hjælp til noget som helst.” (FGI-2, K4, l. 288-294)

Det blev foreslået af en deltager i FGI-1, at brochuren skal laves på flere sprog med henblik på at inkludere flest mulige borgere. Deltageren havde tidligere været aktiv i lokalsamfundet, og her havde vedkommende oplevet stor tilslutning blandt borgerne til HPV-vaccinen, efter der var delt materiale ud på flere forskellige sprog.

For at skabe synlighed på interventionen blev det i begge FGIs foreslået at lave plakater på apoteket og derudover blev visitkort foreslået som en måde at udbrede budskabet om interventionen. Begge grupper foreslog at reklamere for interventionen via elektroniske kanaler, hvor der konkret blev nævnt følgende: min sundhedsplatform, sundhed.dk, TV2 News, Twitter, Facebook og Instagram. Derudover foreslog deltagere fra begge FGIs at annoncere med tilbuddet i lokalavisen eller foreningsblade for at nå en specifik målgruppe:

“K3: Jamen, det [brochurer] kunne stå hos lægen, og de kunne også lave sådan nogle - de var rigtig gode til det med corona - de lavede store posters. Og ja, på apoteket kunne det også godt stå, ligesom når I reklamerer for et eller andet (...) Så kunne det være det her.

K2: De fleste kommuner, tror jeg, også har sådan nogle små lokalblade, hvor der står alt muligt. Der kunne man også have en side (...) ja en annonce om at nu, nu kan man få hjælp nede på apotekerne med både kræft og senfølger.” (FGI-2, K3 og K2, l. 735-744)

Udover synlighed af interventionen på apoteket, hos lægen eller på hospitalet foreslog en deltager fra FGI-1, at man bliver informeret mundtligt af en sygeplejerske efter endt behandling om, at der findes et tilbud til senfølger efter kræft på apoteket:

“At der var en form for senfølgersygeplejerske eller et eller andet, der havde fokus på det. Og sige, vi har faktisk det her tilbud på apoteket. Du kan blive henvist, eller du kan selv gå ned og få en aftale med en farmaceut/farmakonom og tale om, hvad er det for nogen, selvfølgelig ved man ikke lige præcis en uge efter man er blevet kræftfri, hvad det er for nogle senfølger man har; men i hvert fald så ved man, at man har muligheden, hvis der skulle komme nogen senfølger.” (FGI-1, K5, l. 207-212)

Et lignende forslag kom fra en deltager fra FGI-2, som foreslog, at sygehuset kunne udlevere en pose med alle relevante informationer om senfølger og rehabiliteringstilbud, allerede når patienten får kræftdiagnosen. Dette var noget, deltageren havde god erfaring med fra lokalsamfundet, hvor man allerede praktiserede dette. Forslaget førte dog til diskussion i gruppen, da flere deltagere var imod at udlevere informationerne så tidligt i kræftforløbet:

“Det er alt for tidligt. Så ville jeg hellere have det [informationerne om tilbud], når jeg var igennem mit behandlingsforløb og måske var til den første kontrol eller et eller andet, men det kræver selvfølgelig at det, det er slet ikke fordi det ikke er et godt tilbud, men jeg tænker bare, det skal udleveres på et meget senere tidspunkt, men det, men det er jo så, hvem er det, der skal uddele det og spørgsmålet er om lægen udleverer det? Det synes jeg er genialt, hvis de gør det.” (FGI-2, K5, l. 401-406)

Sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen

Spørgsmålene i brugerpanelundersøgelsen gav ikke anledning til, at respondenterne kunne kommentere på, hvordan de gerne vil oplyses om en eventuel intervention, da undersøgelsen fokuserede på, om der var interesse for at bruge apoteket til at modtage rådgivning om senfølger. På den baggrund er der ikke inkluderet svar herfra til at besvare denne problemstilling.

7.7 Skepsis mod apoteket

I forbindelse med den femte problemstilling forsøges det at afdække, hvilke overordnede udfordringer kræftoverleverne ser i forhold til apoteket som en potentiel aktør i arbejdet med senfølger efter kræft.

I begge FGIs kom samtalen ind på deltagernes udfordringer og bekymringer i forhold til at benytte en rådgivningsintervention på apoteket om senfølger efter kræft. Flere deltagere i begge FGIs udtrykte en generel skepsis til apoteket som et sted at søge rådgivning om senfølger, og særligt i begyndelsen af FGI-2 havde flere deltagere en negativ holdning. Skepsissen bundede bl.a. i, at deltagerne havde svært ved at forestille sig, hvilke typer senfølger apoteket skulle kunne hjælpe med:

“Og der er jo enormt mange forskellige senfølger, alt efter du har strålebehandling, brystkræft, kemo. Der er utrolig mange altså. Ja, ja undskyld. Jeg kan ikke rigtig se det.” (FGI-2, K1, l. 814-815)

I samme stil udtrykte en anden deltager skepsis mod, at apoteket skulle kunne hjælpe med den type senfølger, deltageren oplever:

“Og omkring senfølger, der har jeg fået at vide, at jeg har en form for nervebetændelse i mine fødder, at det ved man ikke noget om, det kan man ikke rigtig gøre noget ved. Ved apoteket så noget om det? Jeg tvivler.” (FGI-2, K6, l. 204-206)

En lignende kommentar kom fra en deltager i FGI-1, som havde svært ved at se at apoteket skulle kunne hjælpe med vedkommendes kognitive senfølger. En anden deltager fremhævede, at mængden af senfølger virker for overvældende til at kunne varetages af apoteket:

“Altså jeg synes det er så, det er så stort og det er så bredt, så jeg, jeg kan næsten slet ikke forestille mig de stakkels apoteker, altså skal de gå ind og lege læger og hvor skal man begynde? Jeg kunne sidde dernede i 12 timer, tror jeg, med mine ting” (FGI-2, K2, l. 253-256)

Ud over omfanget af senfølger bunder deltagernes skepsis også i, at de har svært ved at se, hvordan apoteket skulle kunne hjælpe dem, fordi de opfatter apoteket som en butik snarere end et sted at modtage sundhedsrådgivning: *“Men man forventer da ikke på apotek, at man får råd og vejledning? Der henter man jo medicin, og så går man igen.”* (FGI-1, K2, l. 32-33), hvilket blev understøttet af en deltager fra FGI-2, der havde samme holdning. Flere af deltagerne i FGI-2 gav dog også udtryk for, at de ikke var bevidste om apotekspersonalets kompetencer. Kun én deltager på tværs af begge

FGIs fremhævede, at det er uddannet personale med stor viden, som står bag skranken, men deltageren pointerede også, at denne viden stammede fra et nært venskab:

“Jeg tror faktisk også at de fleste, det er fordi en af mine bedste veninder er faktisk farmakonom og hun har faktisk en oplevelse af, at når der kommer folk, størstedelen på apoteket, og køber de her medicin, som de har fået ordineret, jamen så tror de egentlig bare det er en kassedame, der står bag ved disken. At folk simpelthen ikke ved, at de har en kæmpe lang uddannelse og virkelig er specialiseret inden for medicin så. Så også det, skal der måske gøres opmærksom på.” (FGI-1, K5, l. 223-228)

En deltager fra FGI-2 understregede vigtigheden i at oplyse folk om apotekspersonalets kompetencer:

”Og så synes jeg, at det er vigtigt at få gjort opmærksom på, hvilke kompetencer man har på apoteket i forhold til ens læge, øh ens hospital” (FGI-2, K6, l. 202-204)

På trods af der var mange skeptiske holdninger til apoteket som aktør i senfølger efter kræft, skete der undervejs en holdningsændring i FGI-2, hvor flere af deltagerne blev mere positivt indstillet. En deltager beskrev det på følgende måde ved interviewets afslutning:

”Jamen, jeg vil da sige, at jeg er blevet mere åben overfor det end jeg var, da jeg kom. Fordi da jeg kom, så tænkte jeg “hvad i alverden går det ud på. Hvad skal de vide om noget som helst? Det var da mærkeligt noget!”, men okay. Man bruger fantasien lidt, så kan man da godt finde et formål med det, ikke? Alt efter hvordan det bliver lavet.” (FGI-2, K4, l. 1193-1196)

Sekundær analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen

Blandt respondenterne i brugerpanelundersøgelsen blev der udtrykt en generel skepsis mod apoteket som aktør i håndtering af senfølger efter kræft. Der var flere markante holdninger til, hvorfor apoteket ikke bør bevæge sig ind på kræftområdet:

”Som nævnt, er det en farlig vej, og forkert vej at søge råd om senfølger på et apotek. (...) Det eneste de kan hjælpe med er vitaminpiller eller et støttebind til en øm skulder, og sagt helt uden at forkleine apotekerne, men lad fagfolk, sundhedspersonale på området om noget så vigtigt som alvorlige senfølger efter et kræftforløb. Tænk at Kræftens Bekæmpelse i ramme alvor mener at apotekerne kan hjælpe med seriøse senfølger?”

Det blev desuden fremhævet af en respondent, at det kræver en holdningsændring generelt i samfundet til apotekspersonalets arbejde, hvis apoteket skal blive et sted, man kan få rådgivning om senfølger:

”Jeg har meget svært ved at se apotekets rolle ifm rådgivning af diverse senfølger, som kunder måtte have vedr mange forskellige kræftformer OG fordi i mit tilfælde A) benyttes forskellige apoteker B) det vil kræve holdningsændring hos mig /i befolkningen til, hvad apotekere og ansatte (både cand.pharm ’ere og øvrige personalegrupper) udfører af arbejde/ har som hovedopgave”

7.8 Opsamling på de vigtigste resultater

Under begge de gennemførte FGIs kom der forskellige input til, hvordan en mulig apoteksintervention kan udformes. Deltagerne fremhævede forskellige elementer, som skal indtænkes i udviklingen af interventionen, da de ellers ville have svært ved at se, at interventionen bliver noget, som de vil benytte.

Hovedpointerne fra de gennemførte FGIs er opsummeret i det følgende:

- Der er helt generelt et behov for større fokus på diskretion på de danske apoteker, hvor lokalerne ikke altid er indrettet til, at der kan føres en privat samtale.
- Tidsbestilling er fremhævet som en mulighed for interventionen.
- Deltagerne savner netværksgrupper, hvor de kan snakke med andre kræftoverleverne, der oplever de samme senfølger som dem selv.
- Deltagerne savner ligeledes, at der bliver udviklet og udgivet mere informationsmateriale om senfølger efter kræft.
- Den generelle opfattelse af apoteket blandt deltagerne er, at det er en butik og ikke et passende sted at modtage sundhedsrådgivning.

7.9 Interaktion mellem deltagere og dataproducenter

Under begge FGIs blev der foretaget observationer af deltagerne, som blev brugt til at besvare den sidste problemstilling. Observationerne blev indført i et observationsskema, og de udfyldte observationsskemaer fra begge FGIs kan findes i bilag 17 og 18. Observationerne blev inddelt i seks kategorier som følger:

Interaktion mellem deltagerne

Generelt interagerede deltagerne godt og aktivt med hinanden under begge FGIs. Begge FGIs startede med en introduktion af projektet, hvor det blev observeret, at deltagerne i FGI-1 mistede koncentra-

tionen. Som følge heraf blev introduktionen i FGI-2 gjort kortere med det resultat, at deltagerne her lyttede aktivt under hele introduktionen. I præsentationsrunden var deltagerne i begge FGIs gode til at vise interesse for hinanden og spørge aktivt ind til hinandens sygdomsforløb. FGI-1 var deltagerne gode til at række hånden op, når de ønskede at komme med inputs, og de gav generelt meget plads til hinanden. I FGI-2 modsagde deltagerne ofte hinanden og nogle deltagere blev indimellem afbrudt.

Stemning mellem deltagerne

Under begge FGIs var der generelt en god stemning, hvor der var plads til, at deltagerne kunne udtrykke deres holdninger frit. Dog var der en deltager i FGI-2, der tydeligvis havde stor erfaring med senfølger efter kræft og rehabilitering og havde markante holdninger til emnet, hvilket medførte, at vedkommende flere gange kom til at udtrykke sig på en måde, der provokerede flere af de andre deltagere. Det medførte, at stemningen mellem denne deltager og de resterende deltagere blev anstrengt, efterhånden som FGI-2 skred frem.

Undervejs i begge FGIs var der plads til sjove bemærkninger, hvilket gjorde stemningen mellem deltagerne venskabelig. I pausen var der plads til fri snak og dette havde god effekt, idet deltagerne fik mulighed for at interagere frit.

Deltagerne observeret på individuelt niveau

Alle deltagere var meget forskellige og havde forskelligt grundlag for at deltage. Nogle deltagere var meget nysgerrige og interesserede i at benytte apoteket, mens andre var mere skeptiske og negativt indstillet allerede fra starten, hvilket særligt gjorde sig gældende for de to mandlige deltagere. I begge FGIs var det de mandlige deltagere, der delte færrest personlige detaljer. I K5 fra FGI-1 var meget løsningsorienteret og var god til at koble apoteket til vedkommendes egne oplevelser med senfølger efter kræft. K1 fra FGI-1 var meget opmuntrende overfor de andre deltagere og bidrog flere gange undervejs med positive tilkendegivelser om projektet og til de andre deltagere. K7 fra FGI-2 var meget passioneret omkring kræftrehabilitering, men det blev undervejs tydeligt, at vedkommende havde sin egen agenda med at deltage, hvorfor det ofte fremstod som om deltageren svarede på noget helt andet end det, der blev spurgt om.

Gruppedynamik

Under FGI-1 var deltagerne gode til at lytte til hinanden og give hinanden plads til at snakke. I starten afbrød K2 dog et par gange, men lærte hurtigt at række hånden op. Pausen fungerede godt under FGI-1, som deltagerne bl.a. brugte på at erfaringsudveksle informationer om hjælp til senfølger. K1 fra

FGI-1, der sad mellem interviewer og den mere dominerende K2, startede med at være snakkesalig, men blev mere stille undervejs. Omvendt kom K3 mere og mere på banen.

Under FGI-2 var deltagerne ligeledes gode til at lytte til hinanden og give hinanden plads til at snakke ud. Gruppedynamikken under FGI-2 blev påvirket af, at deltagerne var meget passionerede, og det satte ofte gang i livlige diskussioner. Dog blev gruppedynamikken til tider påvirket af, at K7 gentagende gange kom med kommentarer, som ikke blev modtaget godt af gruppen. K7 var dog hurtig til at undskylde.

Overordnede observationer

Alle deltagere var meget nysgerrige på projektet, selvom nogle deltagere generelt var mere negativt indstillet til at benytte apoteket end andre. Deltagerne i FGI-1 virkede ikke lige så forberedte, som deltagerne i FGI-2, hvor flere deltagere havde medbragt noter og forskelligt materiale omkring senfølger i deres bopælskommune.

Under FGI-1 svarede deltagerne ikke altid på spørgsmålene, men kom i stedet ind på andre emner – det fremstod derfor til tider som om, de ikke havde forstået ideen med at deltage og i stedet fulgte deres egen agenda. Omvendt var deltagerne i FGI-2 meget ivrige efter at svare på spørgsmålene og var gode til at komme med forskellige inputs til interventionen, selvom nogle også gav udtryk for, at de ikke helt kunne se meningen med at inddrage apoteket.

Observation af interviewer og moderator

Under FGI-1 blev det observeret, at intervieweren var hurtig til at komme med forslag til svar på spørgsmålene, og deltagerne fik derfor ikke tid til at tænke over egne svar. Det gjorde også, at det indimellem blev utydeligt, hvad spørgsmålet var, da det forsvandt i mængden af svarmuligheder. Under FGI-2 var intervieweren blevet mere opmærksom på at give deltagerne tid til at svare, og der var derfor oftere stilhed og tid til at deltagerne kunne overveje deres holdning og svar. Deltagerne i FGI-2 kom med mange forskellige holdninger, og derfor har stilheden muligvis haft en positiv indvirkning på resultaterne. Moderatoren bidrog med et enkelt spørgsmål under FGI-1, men havde ingen yderligere spørgsmål under FGI-2.

8 Diskussion

Resultaterne fra FGIs bekræfter tidligere fund fra Kræftens Bekæmpelse vedrørende manglende fokus på senfølger i Danmark [4]. Resultaterne viser, at deltagerne og respondenterne savner mere fokus på senfølger. De nyeste tal fra Kræftens Bekæmpelse viser, at hele 35 % af kræftoverlevere ikke får den hjælp til håndtering af senfølger efter kræft, som de har behov for [52].

Deltagerne i begge FGIs mente, at det ikke nødvendigvis behøver at være apoteket, der skal være ”frontløberen”, men erkendte ligeledes, at der er et basalt behov for mere fokus og informationer om senfølger i samfundet. Dette understøttes af et debatindlæg fra maj 2023 af Kræftens Bekæmpelse, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper og Danish Comprehensive Cancer Center, som kalder på en national indsats og anbefaler, at der bør tages initiativ til at alle med senfølger efter kræft – ligegyldigt hvor i landet de bor – har adgang til et relevant tilbud uanset type af senfølge, og at der er tydelige henvisningskriterier [8].

I de følgende afsnit vil det blive diskuteret hvordan apoteket kan inddrages i håndteringen af senfølger efter kræft, og udvalgte resultater fra begge FGIs samt den sekundære analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen vil blive diskuteret og sammenholdt med relevante studier. Derudover vil begrebet *patient empowerment* blive diskuteret i lyset af specialets resultater. Efterfølgende vil kvaliteten af de anvendte metoder blive diskuteret.

8.1 Resultatdiskussion

8.1.1 Hvad ønsker kræftoverlevere af apoteket?

Interventionen var fra projektets begyndelse tiltænkt at skulle indeholde en rådgivningsintervention på apoteket, hvor kræftoverlevere kunne komme på apoteket til en samtale om deres senfølger – i stil med de nuværende sundhedsydelse, der tilbydes på apoteket. I løbet af begge FGIs blev der dog frembragt andre forslag til, hvordan interventionen på apoteket kan sammensættes. Der blev bl.a. foreslået, at interventionen kan indeholde en brochure med information om senfølger efter kræft, samt et overblik over, hvor man kan få hjælp til disse. Brochuren skal være tilgængelig på apoteket, så kræftoverlevere kan hente den uden besvær og uden nødvendigvis at skulle indgå i en samtale med personalet. Derudover kan brochuren med fordel udleveres til kræftoverleveren på sygehuset eller hos lægen.

Deltagerne bragte også den mulighed på banen, at netværksgrupper og senfølger-aftener for kræftoverlevere kan indgå i interventionen. Flere af deltagerne beskrev, at de havde haft glæde af kurser

både fra Senfølgerforeningen og fra Kræftens Bekæmpelse, men at det kunne være svært at deltage i disse pga. lange ventelister og manglende muligheder i lokalsamfundet.

Der er altså flere muligheder for, hvordan interventionen kan ende med at se ud. I de følgende afsnit bliver der taget udgangspunkt i, at interventionen indeholder en samtale, hvor kræftoverleverne kan komme på apoteket og få rådgivning, da dette som tidligere nævnt var udgangspunktet for interventionen.

Fysiske rammer på apoteket

Under begge FGIs blev de fysiske rammer på apotekerne diskuteret. I FGI-1 var det ikke afgørende for deltagerne personligt, at der er mulighed for diskretion på apoteket. Ifølge dem har deres sygdomsforløb medført, at de ville være ligeglade med om andre overhørte, at de snakkede om deres problemer. Deltagerne anerkendte dog samtidig, at det kunne være vigtigt for andre grupper, som f.eks. sårbare borgere. I FGI-2 var der et større ønske om diskretion, da deltagerne her ikke ønskede at udstille deres symptomer på et apotek, hvis andre mennesker kunne overheøre samtalen. For deltagerne i dette FGI var det afgørende, at der var mulighed for, at rådgivningen kunne foregå helt privat i et lukket rum, hvis de skulle benytte sig af en rådgivningsintervention om senfølger.

Ifølge Apotekerlovens kapitel 5 § 18 stk. 6, der omhandler indretningen af apoteker, skal apoteket være indrettet således at ”uvedkommende ikke kan få indblik i personoplysninger, og at der er mulighed for diskretion ved rådgivning om lægemidler” [53]. Der findes dog ingen retningslinjer, der beskriver hvor meget plads, der skal være mellem kunderne for at sikre diskretion, og det er dermed op til de enkelte apoteker at finde en måde at overholde loven på. I andre lande er der defineret mere tydelige grænser for, hvornår der er etableret tilstrækkelig diskretion under en rådgivning. I bl.a. Australien defineres det ved, at ingen andre kunder med rimelighed kan overheøre samtalen under rådgivningen [54]. Det kan derfor diskuteres, om skranken på et apotek er det bedste sted at have en privat samtale.

Deltagere fra begge FGIs drøftede muligheden for, at samtalen kan foregå i et privat rum. Fordelen ved et privat rum er, at det giver kræftoverleveren mulighed for at snakke frit uden at skulle bekymre sig, om nogen kan høre, hvad der bliver sagt. Det gør det også nemmere at skabe et trygt rum, da det kun vil være en farmaceut eller farmakonom samt kræftoverleveren, der vil være til stede. På den måde kan der åbnes for nogle mere intime samtaler, som kan være ubehagelige for kræftoverleveren at have i skranken. I et dansk studie, der undersøgte hvad diabetespatienter forventer af apoteket, blev

det fremhævet, at omgivelserne ikke inviterer til private samtaler med apotekspersonalet, samt at patienterne ønsker separate rum til samtaler for at sikre diskretion [55]. Det er dermed ikke kun kræft-overleverere, der udtrykker ønske om større diskretion på de danske apoteker. Et andet dansk studie viste, at apotekerne helt generelt skal forbedre diskretionen for at øge trygheden i at handle på apoteket [56].

Diskretion på apoteket handler dog ikke kun om de fysiske rammer, som lokalerne giver, men også om apotekspersonalets evne til at læse den enkelte kundes behov for diskretion, deres stemmeføring, væremåde og håndtering af produkter. I et studie blev 25 farmaceuter og 55 apotekskunder interviewet omkring deres oplevelse af diskretion på apoteker i Australien. Her blev det påpeget, at skranker ofte er så tæt på hinanden, at selvom apotekspersonalet forsøger at holde diskret stemmeføring, så kan andre kunder ofte se pakkerne af medicin, der bliver fundet frem [57].

Der er generelt et behov fra forskellige patientgrupper for diskretion, når de henter deres medicin på apoteket og derfor skal diskretion på apoteket indtænkes i udviklingen af interventionen for kræft-overleverere.

Tidsbestilling eller ej?

I begge FGIs blev det diskuteret, hvordan kræftoverleverere kan blive tilbudt rådgivning, og om interventionen skal være med eller uden tidsbestilling. Flere deltagere argumenterede for, at det skulle være muligt med tidsbestilling. Fordelene ved tidsbestilling er, at både apotekspersonalet og kræft-overlevereren har mulighed for at forberede sig inden samtalen. På den måde kan kræftoverlevereren på forhånd give samtykke til at apoteket f.eks. må slå op i Fælles Medicinkort (FMK), hvis de tager medicin, som er relevant for samtalen. Det blev desuden foreslået, at kræftoverlevereren på forhånd udfylder et spørgeskema. Spørgeskemaet kan indeholde få spørgsmål, hvor kræftoverlevereren har mulighed for at beskrive sine senfølger, hvad de ønsker at samtalen skal omhandle og lignende. Et sådant spørgeskema vil hjælpe apotekspersonalet med at målrette rådgivningen til den enkelte kræft-overleverer, og det var netop vigtigt for flere deltagere, at samtalen ikke kom ud af en standardpakke. Tidsbestilling blev også fremhævet som en mulighed i et andet dansk studie, da patienterne i dette studie ofte oplever travlhed på apotekerne og derfor ikke mente, det var realistisk, at de kan stå i skranken i 15 minutter og snakke med en farmaceut uden at have bestilt tid forinden [55].

Omvendt kan det også diskuteres om tidsbestilling vil besværliggøre interventionen for kræftoverlevereren. Et af argumenterne for at udvikle en rådgivningsintervention uden tidsbestilling på apoteket

er, at det kan være vanskeligt at få tid hos ens praktiserende læge. Hvis interventionen på apoteket er uden tidsbestilling, vil det gøre det nemt for kræftoverleverne at komme til, når de har behov for det og overskud til det. Desuden vil interventionen læne sig op ad de sundhedsydelse som allerede findes på apotekerne i dag, hvor styrken bl.a. er, at kunderne kan få sundhedsrådgivning ved behov [11, 58]. Der kan derfor argumenteres for, at det vil være hensigtsmæssigt at fortsætte med sundhedsydelser uden tidsbestilling.

Interventionen skal henvende sig til kræftoverleverne med senfølger, som er relevante for apotekerne at rådgive om – symptomer som apotekerne allerede er vant til at håndtere, og derfor kan der argumenteres for, at det fra apotekets side ikke er nødvendigt med forberedelse. Dog vil tidsbestilling kunne være med til at øge kvaliteten af samtalen, idet personalet vil have mulighed for at være forberedt til den specifikke samtale. Det er desuden vigtigt, at der er afsat tid til, at apotekspersonalet kan tage samtalen i et ordentligt tempo, hvor kræftoverleveren stadig føler sig set og hørt. Deltagere i begge FGIs samt respondenterne i brugerpanelundersøgelsen beskrev, at de savnede, at der blev set på det hele menneske og ikke kun på sygdommen og de fysiologiske symptomer, der kan indikere tilbagefald af kræftsygdom.

En mulig løsning er, at der skal være mulighed for at komme til en samtale både med og uden tidsbestilling. På den måde vil man ramme kræftoverleverne bredt og give dem mulighed for selv at vælge, hvad der passer dem bedst. Det vil også åbne for muligheden for, at læger kan henvise kræftoverleveren til apoteket på samme måde, som det er muligt med apotekets medicinsamtale [59].

Netværksgrupper og senfølger-aftener

I begge FGIs blev forskellige, eksisterende tilbud fra bl.a. Kræftens Bekæmpelse, REHPA (Videncenter for Rehabilitering og Palliation) og Senfølgerforeningen fremhævet, og det overordnede billede var, at deltagere, der havde været til et eller flere arrangementer, havde været glade for disse og fået et stort udbytte af arrangementerne. En deltager havde været til flere online-møder med Senfølgerforeningen og deltageren fremhævede det store udbytte, vedkommende havde fået. Til møderne havde der bl.a. været en læge, en fysioterapeut og kun få deltagere til stede, og der havde derfor været god mulighed for at få svar på spørgsmål om senfølger.

De senere år, som følge af Covid-19-pandemien, er der blevet åbnet op for flere online-møder hos Kræftens Bekæmpelse [60]. Deltagerne i disse online-møder beskriver, at det giver en følelse af fællesskab og en forståelse, som der er svær at opnå med pårørende, der ikke har kræft. Flere studier har

vist, at kræftpatienter har stor glæde af at deltage i samtalegrupper med andre kræftpatienter med samme kræftform som dem selv [61, 62].

Hverken Kræftens Bekæmpelse, REHPA eller Senfølgerforeningen er fysisk til stede i hele landet på samme måde, som apotekerne er. Det blev foreslået i begge FGIs, at apoteket kunne stille lokaler til rådighed for netværksgrupper i lokalsamfundet. En deltager fra FGI-2 foreslog, at apoteket kan arrangere senfølger-aftener, hvor der med fordel kan være en farmaceut til stede, som f.eks. kan fortælle kræftoverleverne, hvordan apoteket kan hjælpe dem.

Deltagerne i FGI-2 var meget positive overfor denne ide, og flere deltagere udtrykte, at de havde savnet nogen at snakke med både under og efter deres kræftforløb. Flere deltagere i begge FGIs beskrev, at familie og venner havde svært ved at forstå, at selvom kræften er væk, kan de stadig opleve senfølger af forskellig grad. En deltager fra FGI-1 pointerede fordelene i at mødes med personer, der oplever de samme symptomer, og dele erfaringer med at håndtere disse. På den måde vil apoteket også kunne hjælpe kræftoverleverne med andre senfølger end kun milde senfølger – f.eks. kognitive symptomer eller træthed.

Et studie har beskrevet, hvordan kognitive funktioner kan blive påvirket efter kræft og kræftbehandling, og hvordan støtte fra andre kræftpatienter med samme symptomer kan hjælpe [63]. Et andet studie har opstillet en model, der beskriver sammenhængen mellem forskellige sociale forhold for kræftpatienter [64]. I modellen bliver støttegrupper for kræftpatienter fremhævet som noget, der giver positiv støtte. Desuden kan støttegrupper ifølge modellen bidrage med information, en følelse af at høre til og empati fra andre i samme situation. Alt dette kan medføre mindre stress under og efter en kræftsygdom og dermed forbedre kræftoverleverens syn på sig selv og sygdommen. Denne model understøtter udtalelser, der kom fra de deltagere, der havde deltaget i gruppearrangementer enten fysisk eller online.

Der blev generelt set positivt på netværksgrupper i begge FGIs, herunder at apoteket potentielt kan bidrage med at facilitere netværksgrupper lokalt for kræftoverleverne med senfølger. På trods af, at interventionen er tænkt som en samtale mellem kræftoverlever og apotekspersonale, kunne det derfor være en fordel at inkludere muligheden for at etablere netværksgrupper.

Informationsmateriale på apoteket

De forskellige symptomer på senfølger efter kræft kan være vanskelige at skelne fra almindelige symptomer på alderdom, hvilket besværliggør håndteringen for både kræftoverleverne og sundheds-

professionelle. Flere deltagere i begge FGIs oplevede forskellige symptomer meget længe uden at søge hjælp, fordi de ikke vidste, om det var noget, de kunne søge hjælp til.

Udgangspunktet for FGIs var at give kræftoverleverne mulighed for at komme med input til en apoteksintervention, og efter begge FGIs blev behovet for mere informationsmateriale tydeligt. Informationsmaterialet kan både dække over information om senfølger generelt og oplysning om, at apoteket er et sted, hvor kræftoverleverne kan søge rådgivning. I FGI-2 gav en deltager fra start udtryk for, at vedkommende troede, at interventionen skulle bestå af en brochure. Flere deltagere i dette FGI støttede op om, at skriftligt materiale er godt, da det giver dem mulighed for at kigge på det hjemme, når de har tid og overskud til det.

DA har allerede udviklet en række forskellige brochurer, der dækker over en række almindelige sygdomme, som f.eks. allergi, KOL og type 2 diabetes – brochurer, som står frit tilgængeligt på de fleste apoteker [65]. Det kunne derfor være oplagt, at der blev udviklet en brochure i samme serie omkring senfølger efter kræft. I brochuren kunne der inkluderes information om senfølger helt generelt, samtidig med at der kunne henvises til Kræftens Bekæmpelse og Senfølgerforeningen for mere information. I brochuren kan der også reklameres med, at apoteket kan rådgive om visse senfølger, og at man som kræftoverlever kan henvende sig til apotekspersonalet for at få mere information.

Kommunen har det primære ansvar for genoptræning og rehabilitering for kræftoverleverne, og de enkelte apoteker kan derfor indgå et samarbejde med kommunen, om at samle information om lokale tilbud [66]. En undersøgelse foretaget i Ikast-Brande, Slagelse og Gladsaxe Kommune har vist, at der er interesse fra kommunernes side i at have et større samarbejde med apotekerne, da de anerkender, at apotekerne har meget nær kontakt med mange forskellige patientgrupper [29]. Et samarbejde vil gøre, at apoteket kan opnå viden om tilbuddene i lokalområdet og dermed viden om, hvor de kan viderehenvise kræftpatienter til, hvis apoteket ikke selv kan hjælpe. I informationsmaterialet kunne apoteket dermed også beskrives som en vidensbank, hvor kræftoverleverne kan henvende sig for at få information om tilbud i lokalområdet. Dette understøttes af et lignende dansk studie af Husted et al., hvor diabetespatienter udtrykker ønske om, at apoteket kan være en informationskilde, hvor patienterne kan få information om lokale tilbud og få støtte [55].

Uanset udformningen på den endelige intervention er det vigtigt med noget informationsmateriale til at oplyse kræftoverleverne om de muligheder, der findes til senfølger. Resultaterne i nærværende speciale peger således på, at der bør udvikles og udgives mere informationsmateriale om senfølger efter kræft.

Oplysning om interventionen

For at rådgivningsinterventionen skal blive en succes, er det nødvendigt at få gjort kræftoverleverne opmærksomme på, at de har muligheden for at søge rådgivning på apoteket.

Der skal derfor gøres en række indsatser med henblik på at gøre kræftoverleverne opmærksomme på, at apoteket er et sted, hvor de kan henvende sig for at få rådgivning. Det blev under begge FGIs foreslået at ophænge plakater på apoteket og lave reklamer i tv og magasiner, der kunne skabe opmærksomhed omkring tilbuddet. I begge FGIs blev det også diskuteret, at hospitalet skal gøre kræftoverleverne opmærksom på, at apoteket kan hjælpe med senfølger. Det kunne f.eks. gøres ved, at apotekets tilbud blev skrevet ind i noget af det informationsmateriale, som kræftoverleverne allerede får udleveret på sygehuset, eller at der bliver udviklet en brochure om apotekets tilbud, som man kan tage med hjem. Dette er i stil med studiet af Husted et al., hvor en af hovedkonklusionerne er, at apoteket skal være bedre til at gøre opmærksom på deres kompetencer, og på at det er en del af sundhedsvæsenet. Derudover fremhæver studiet, at de praktiserende læger skal være med til at oplyse patienter om, at de kan henvende sig på apoteket for at få svar på nogle spørgsmål [55]. Deltagerne fra begge FGIs udtrykte ligeledes ønsker om et bedre samarbejde mellem sundhedsaktørerne. Et større samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet kan dermed resultere i bedre oplysning til kræftoverleverne og mindske forvirringen over, hvor i sundhedssystemet de skal henvende sig.

8.1.2 Kræftoverleveres opfattelse af apoteket og personalets kompetencer

I begge FGIs og i brugerpanelundersøgelsen blev det tydeligt, at mange kræftoverleverne ikke i tilstrækkelig grad er klar over, at de kan søge råd og vejledning på apoteket – dette på trods af, at apoteket er anerkendt af WHO, som det lettest tilgængelige sted at modtage sundhedsrådgivning [28]. Et meget centralt problem er den generelle opfattelse af apoteket i samfundet. Ikke alle deltagere og respondenter ser apoteket som et passende sted at modtage sundhedsrådgivning, hvilket især skyldes de fysiske rammer, som ikke altid inviterer til en privat samtale, men også en manglende viden om hvad apoteket kan hjælpe med. Husted et al. observerede under deres studie med diabetespatienter, at deltagerne under FGIs faktisk havde svært ved at udtrykke, hvad de ønskede fra apoteket, fordi de ikke så apoteket, som del af sundhedsvæsenet, men nærmere som et sted at hente sin medicin. Derudover konkluderede studiet, at deltagerne ikke er bevidste om de sundhedsydelse, der tilbydes på apoteket, samt graden af apotekspersonalets kompetencer [55].

Resultaterne fra studiet læner sig meget op ad, hvad der blev fundet i dette speciale. Der var flere deltagere i FGIs, der udtrykte, at for dem er apoteket blot et sted man henter sin medicin, hvilket tyder

på, at der er behov for en generel holdningsændring i samfundet til, hvad apoteket kan tilbyde. Samme resultater er fundet i et studie af Notman et al., hvor kundernes manglende viden om farmaceuters kompetencer fremhæves som den hovedsagelige barriere for, at kunder ikke bruger apoteket i større grad til at søge sundhedsråd [67]. Også her nævnes vigtigheden i at øge befolkningens bevidsthed om farmaceuters kompetencer og muligheden for at modtage sundhedsrådgivning af dem [67].

I begge FGIs og i den sekundære analyse af data fra brugerpanelundersøgelsen blev der sat spørgsmålstegn ved apotekspersonalets kompetencer. Flere af deltagerne og respondenterne mente ikke, at personalets kompetencer er gode nok til at kunne vejlede dem om senfølger efter kræft. Et amerikansk studie fra 2019 viste, at patienter fejlagtigt tror, at praktiserende læger har flere års undervisning i lægemidler og lægemiddelbrug end farmaceuter [68]. Andre studier har ligeledes fundet, at patienter ikke opfatter farmaceuter som sundhedsprofessionelle, der kan yde rådgivning om deres medicin, og beskrev farmaceuters rolle som værende udelukkende medicindispensering [69, 70].

Større inddragelse af apoteket

De seneste år er der i andre lande kommet større fokus på at inddrage apoteket i screening for kræft. Studier har vist positive holdninger til at inddrage apoteket i et kræftforløb – især indenfor screening for kræft [12, 71, 72]. Flere af disse studier konkluderer således, at kunderne er positivt indstillet overfor screeningsinterventioner på apoteket. Et studie fra Norge konkluderede, at 99 % af deltagerne i en screeningsintervention for hudkræft vurderer at apoteket er et passende sted at udføre screeninger, og 95 % vil anbefale screeningsinterventionen til andre [73]. Desuden konkluderede studiet, at kunderne vurderer apotekspersonalets kompetencer som værende gode. I samme stil viser resultater fra et canadisk studie, at kunderne er modtagelige for farmaceuters involvering i kræftforløbet, og at kunderne i dette studie ligeledes vurderer apoteket som et passende sted at modtage screening grundet apotekernes høje tilgængelighed i samfundet [37]. Et engelsk studie med brystkræftoverlevende har vist, at de ligeledes var positivt indstillet overfor brugen af apoteket til at modtage personlig rådgivning efter deres kræftforløb. De udtrykte, at tidlig kontakt med farmaceuter på apoteket ville forbedre hele deres oplevelse i perioden efter kræftforløbet, hvor de havde følt sig overladt til sig selv [11].

Selvom begge FGIs i dette speciale bar præg af skepsis til apoteket, mente flere deltagere dog også, at apotekspersonalet var gode til at hjælpe med at finde løsninger, der ikke nødvendigvis krævede lægehjælp. Andre deltagere og respondenter opfatter dog i nogle tilfælde rådgivningen som et forsøg på mersalg mere end en rådgivning.

Efterspørgsel på ekstra uddannelse til apotekspersonale

Det er ikke kun kræftoverleverne, der har tvivl om apotekspersonalets kompetencer til at håndtere senfølger efter kræft. Et tidligere delstudie under dette projekt undersøgte det danske apotekspersonales selvopfattelse af viden om kræft, hvor det kom frem, at en stor del af det adspurgte personale, der både inkluderede farmaceuter, farmakonomer og studerende, vurderede deres egen viden om kræft og håndtering af kræft i Danmark til at være ”meget lav” eller ”nogen viden”. Der var imidlertid stor interesse hos det adspurgte personale for at opnå mere viden om kræft, kræftbehandling og senfølger, samt hvordan man bedst kommunikerer med kræftoverleverne på apoteket [14]. Respondenternes største barriere ved at skulle kommunikere med kræftoverleverne blev netop udtrykt ved den manglende viden om området. I begge FGIs udført under dette speciale blev der udtrykt ønsker fra deltagerne om, at apotekspersonalet får ekstra uddannelse, der forbereder dem på at håndtere både de fysiske og psykiske udfordringer hos kræftoverleveren.

Et studie af Kameda et al. har vist, at de største udfordringer, som farmaceuter oplever ved at kommunikere med kræftpatienter, er håndtering af de negative følelser, som patienterne måtte have, samt at svare på spørgsmål, der falder udenfor farmaceutens rolle og ekspertise [74]. Studiet påpegede hermed nogen af de samme udfordringer og bekymringer for farmaceuternes arbejde, som deltagerne i de to FGIs og respondenterne i brugerpanelundersøgelsen gjorde.

8.1.3 Patient empowerment af kræftoverleverne

Patient empowerment er en bred betegnelse for at styrke patienters handlefrihed og give dem større følelse af kontrol over deres livssituation [75, 76]. Begrebet har fået større indflydelse gennem tiden, da forskning har fundet belæg for, at øget patient empowerment kan give bedre kliniske resultater for mange patientgrupper, herunder kræftpatienter [76-78]. Derudover er der en sammenhæng mellem patient empowerment og begrebet *distress*, som dækker over oplevelser af psykologisk, social eller eksistentiel karakter, der kan forstyrre individets evne til at håndtere kræft og kræftbehandling [24]. Distress er associeret med angst for tilbagefald eller død, der typisk viser sig sekundært som fysiske, sociale eller praktiske problemer, og kan have stor indflydelse på livskvaliteten [24]. Psykologisk distress hos kræftoverleverne kan reduceres ved at øge patient empowerment, hvilket er et argument for at inddrage kræftoverleveren i højere grad, da kræftoverleverne med ubehandlet distress er mindre tilbøjelige til at efterleve sundhedsanbefalinger og engagere sig i sundhedsfremmende tiltag [24, 79].

Når man taler om kræftoverleverne, der oplever senfølger efter kræft, er der mulighed for at styrke deres patient empowerment i forhold til håndtering af senfølger. Nogle senfølger kan virke for uover-

skuelige for kræftoverleveren at håndtere selv, mens andre senfølger kan håndteres af kræftoverleveren selv, men det kræver stadig viden om hvordan. Selvom rehabilitering, herunder håndtering af senfølger, er en del af kræftpakkeforløbene, oplever kræftoverleverne i høj grad at være overladt til dem selv. Dette blev fremhævet af flere deltagere i begge FGIs, og det understøttes også af undersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse [8]. Flere af dem finder det uoverskueligt at få et overblik over, hvilke muligheder de har for at modtage hjælp og flere udtaler også, at de ikke orker at opsøge alt hjælpen selv. Derfor blev det diskuteret under begge FGIs, hvorvidt apoteket kan fungere som et informerende led, og derigennem hjælpe kræftoverleveren til at komme videre til det rette sted – om det så er en senfølgeklinik, en netværksgruppe eller noget tredje. Apoteket kunne på den måde fungere som en hjælp til selvhjælp for kræftoverleverne og dermed styrke kræftoverleverens handlefrihed.

Et dansk review studie over patient empowerment for kræftpatienter fra 2016 konkluderede, at patient empowerment er særdeles vigtig i opfølgingsperioden efter kræft [76]. Studiet viser, at interventioner, der styrker patient empowerment, resulterer i større tilfredshed og bedre sundhed for kræftoverleverne samt mindsker udgifterne for samfundet [76]. Der er altså gode argumenter for at indtænke patient empowerment i en intervention om senfølger efter kræft på apoteket.

Hvis interventionen skal opbygges med afsæt i patient empowerment, er det vigtigt også at tage højde for potentielle svagheder. Begrebet er gennem tiden blevet kritiseret på flere punkter – ikke alle patienter har nemlig overskud til at blive empowered [80]. Nogle patienter kan ikke overskue at skulle inddrages i beslutninger om deres sundhed, men ser hellere at en sundhedsprofessionel tager ansvaret og kontrollen. Dette var en interessant pointe, der også blev diskuteret i FGI-2, hvor flere deltagere fremhævede, at de ikke orkede at tage nogen beslutninger i starten af deres rehabiliteringsforløb. Det er dog vigtigt at understrege, at det var overskuddet og ikke viljen, der manglede.

På trods af kritikken i at lægge mere ansvar over på kræftoverleveren, viser andre studier, at det kan give positive resultater. Et studie fra Storbritannien undersøgte således, hvordan kræftoverleverne efter prostatakræft vurderede deres livskvalitet før og efter at have deltaget i en apoteksintervention, der tog udgangspunkt i at aktivere kræftoverleverne og give dem øget viden, færdigheder og selvtillid i at administrere deres sundhed. Studiet viste, at apoteksinterventionen førte til øget livskvalitet for kræftoverleverne, og konkluderede derfor, at apoteket kan spille en afgørende rolle for kræftoverleverne i rehabiliteringsforløbet og kan fungere som det første kontaktsted [12].

8.2 Metodediskussion

Den kvalitative tilgang blev anvendt til at undersøge emnet under dette speciale frem for den kvantitative, da projektet har til hensigt at undersøge, hvilke tanker og holdninger kræftoverleverere har til projektet. Den kvalitative tilgang var derfor oplagt at bruge til at undersøge dette nærmere, da metoden kan bringe værdifulde udsagn til projektet og belyse aspekter, som endnu ikke er kendt, ligesom tilgangen giver mulighed for uddybende svar.

Det følgende afsnit vil diskutere kvaliteten samt fordele og ulemper ved de tre anvendte metoder: FGIs, observationer og sekundær analyse.

8.2.1 Fokusgruppeinterviews

FGIs er en ofte anvendt metode inden for samfunds- og sundhedsforskning og FGIs er især brugbare, når man har at gøre med et projekt i udviklingsfasen, hvorfor FGI er et oplagt metodevalg i dette projekt [45, 81]. I dette speciale blev der arbejdet ud fra en socialkonstruktivistisk videnskabs-teoretisk tilgang til FGIs, da der både blev analyseret på det sagte og på interaktioner mellem deltagerne, hvor begge dele er med til at forme den viden, der opnås [46].

Anvendelsen af et FGI har andre styrker sammenlignet med individuelle interview. Ud over at producere store mængder data på relativt kort tid er en af de store fordele ved FGI det interessante samspil, der kan opstå mellem deltagerne. Data genereres på gruppeniveau, hvilket potentielt tillader mere nuancerede resultater, idet deltagerne påvirkes af hinanden [45, 46]. Omvendt har FGI den ulempe, at gruppen kan domineres af en eller to deltagere, som overskygger eller påvirker de øvrige deltageres holdninger [45]. Selvom der i begge FGIs blev observeret dominerende deltagere, var det dog ikke noget, der påvirkede gruppedynamikken i væsentlig grad, da alle deltagere var gode til at lade hinanden tale. FGI kan desuden være en krævende metode at udføre, da interviewer og moderatoren har en vigtig opgave i at facilitere samtalen i den rigtige retning.

Det blev besluttet at præsentere resultaterne fra de to FGIs samlet og i vilkårlig rækkefølge i nærværende speciale. Dette blev gjort med henblik på at samle resultaterne fra begge FGIs under de enkelte emner fremfor at præsentere resultater fra hvert FGI isoleret. Samtidig sikres det at de mest relevante citater udvælges på tværs af begge FGIs. Ulempen ved denne tilgang kan dog være, at der kan opstå en ubalance i hvor mange citater, der indgår fra hvert FGI, ligesom der er risiko for at resultaterne kommer til at afspejle det ene FGI mere end det andet. For at imødegå dette blev de udvalgte citater

fra den tematiske analyse sorteret efter tema og de enkelte temaer gennemgået for hvert FGI. Det er desuden tydeliggjort i resultaterne, hvilket FGI hvert enkelt citat stammer fra.

Gruppedynamik

Gruppedynamikken har i høj grad betydning for resultaterne i et FGI, hvor såvel antallet som homogeniteten af deltagerne kan påvirke resultaterne. Den optimale gruppestørrelse er ikke klart defineret, men ifølge Robson & McCartan bør gruppestørrelsen ligge mellem 6-12 deltagere [45]. Dette blev kun opfyldt i forbindelse med FGI-2, som havde otte deltagere, mens FGI-1 kun havde fem. I FGI-1 blev der skabt en behagelig atmosfære under samtalen, hvor der blev delt mange personlige historier og stillet mange spørgsmål, hvilket muligvis kan henføres til det lave deltagerantal, sammenlignet med FGI-2 som var karakteriseret af en mere seriøs og målrettet diskussion.

Gruppens grad af homogenitet, f.eks. i form af deltagernes baggrund, har tilsvarende betydning for resultaterne. I tilfælde af alt for homogene grupper kan det mindske graden af interessant interaktion, men omvendt kan det lette kommunikationen og øge følelsen af tryghed i at udtrykke bekymringer [45, 46]. Alt for heterogene grupper kan resultere i, at deltagerne kan have svært ved at relatere sig til hinanden eller har manglende respekt for hinanden, hvilket dog potentielt kan berige diskussionen eller inspirere gruppemedlemmerne til at se emnet fra et andet perspektiv. Selvom grupperne var sammensat af deltagere hovedsageligt fra Region Hovedstaden, havde deltagerne meget forskellige oplevelser med sundhedssystemet. Deltagerne havde i begge grupper udfordringer med at forstå hinanden, når der blev talt om oplevelser fra sundhedssystemet, idet der ikke altid er ensretning mellem de forskellige sygehuse, hvilket er et udtryk for en udfordring ved en heterogen gruppe. Deltagerne var til gengæld meget nysgerrige på at forstå hinandens forløb, hvilket havde en positiv effekt på samtalen.

De sociale interaktioner mellem deltagerne udformes ligeledes efter om deltagerne kender hinanden, og idet den sociale interaktion også er en kilde til data i FGIs, skal det overvejes, om de resultater man søger, opnås bedst hvis deltagerne kender hinanden, eller hvis det er en gruppe af fremmede mennesker [46]. Der kan være fordele ved begge valg. En gruppe af deltagere, der ikke kender hinanden, skal ikke stå til ansvar for deres udtalelser efterfølgende, på samme vis som en gruppe, der kender hinanden skal, og dette kan for nogen give større frihed til at udtrykke sin holdning. Omvendt kender de ikke hinandens reaktionsmønstre, som hvis det havde været en gruppe, der kendte hinanden [46]. Begge FGIs var sammensat af deltagere, der fra start var fremmede for hinanden, hvilket kan have været medvirkende til at få mange forskellige holdninger og perspektiver frem. I FGI-2 mod-

sagde deltagerne flere gange hinanden, når der var noget, de ikke var enige i, og dette får deres udtalelser til at fremstå mere troværdige, idet de viser, at de ikke er bange for at gå imod gruppen. I FGI-1 modsagde deltagerne ikke hinanden og gav ofte hinanden ret i deres udtalelser, hvilket kan gøre udtalelserne mere usikre, idet det kan være sværere at afgøre, om deltagerne reelt er enige med hinanden, eller om de er blevet påvirket af andres meninger.

Interviewguide

Begge FGIs fulgte den samme interviewguide, men efter FGI-1 blev interviewguiden evalueret, og det blev besluttet at redigere introduktionen i interviewguiden, for at undgå at deltagerne mistede fokus, hvilket blev observeret under FGI-1. Introduktionen var dermed kortere i FGI-2, hvilket havde en positiv effekt, og deltagerne virkede mere fokuserede. En forklaring på dette kan også skyldes, at deltagerne i FGI-2 virkede mere forberedte.

Interviewguiden, der er anvendt, er opbygget som en tragtmodel, hvor der i begyndelsen blev stillet forholdsvis brede spørgsmål for at aktivere deltagerens tanker og ikke lade dem begrænse [46]. Det havde en god effekt, og medførte at begge FGIs fik karakter af en brainstorm i starten, hvilket berigede samtalen med mange perspektiver. Undervejs blev spørgsmålene mere konkrete hvilket gjorde, at der kom konkrete input til interventionen fra deltagerne.

Interviewerens rolle

Det var interviewerens ansvar at sørge for, at deltagerne forholdt sig til emnet, og at samtalen fulgte interviewguiden. Hvis deltagerne bevægede sig væk fra emnet, fik interviewer dem tilbage til fokus, så tiden blev brugt optimalt. Interviewerens rolle i et FGI er at muliggøre den sociale interaktion mellem deltagerne – ikke at kontrollere den [46]. Intervieweren gjorde en stor indsats for at skabe et åbent, socialt rum, hvor alle kommentarer var velkomne. Hun var opmærksom på, at alle deltagere fik mulighed for at dele deres holdninger, og i de tilfælde hvor deltagerne modsagde hinanden, forholdt interviewer sig passivt og lod deltagerne udtrykke sig, hvilket er et eksempel på, at interviewer ikke forsøgte at kontrollere den sociale interaktion. Dermed havde deltagerne mulighed for at sige deres oprigtige mening, hvilket styrker kvaliteten.

En anden forudsætning for et veludført FGI er, at interviewer tillader stilhed under interviewet. Stilhed kan somme tider føre til nye perspektiver fra de deltagere, som ikke er gode eller hurtige til at tage ordet i en igangværende samtale. Intervieweren kom ofte med forslag til det netop stillede spørgsmål, hvis der ikke var nogen deltager, der greb ordet. Især under FGI-1 kom interviewer med

mange forslag til svar uden at give tid til refleksion blandt deltagerne. Det kan fungere som en hjælp for deltagerne at få præsenteret sådanne forslag, men det kan også resultere i, at deltageres svar påvirkes af forslagene fra interviewer, og dermed kan man ikke vide, om deltagerne selv var kommet med samme forslag. Dette blev diskuteret i den efterfølgende evaluering, og under FGI-2 blev der givet mere tid til refleksion.

8.2.2 Observationer

Observationerne fra de gennemførte FGIs blev brugt til at støtte op om resultaterne og til at give et større indblik i interaktionerne mellem deltagerne og dataproducenterne.

De ikke-deltagende observationer blev noteret i et observationsskema, hvor der på forhånd var udvalgte fokuspunkter, samtidig med at der var plads til øvrige, potentielle observationer. Tilgangen til observationerne var derfor en blanding mellem *formal* og *informal*, hvor *formal* er et rent afkrydsningsskema, hvor alle andre observationer anses som irrelevante, og *informal* er en ustruktureret tilgang, hvor alle observationer er velkomne. Den blandede tilgang gør det muligt at observere bredt, men sikrer samtidig et fokus, så observationerne bliver mere specifikke [46].

Under begge FGIs blev observatørens rolle fastholdt, dvs. det var den samme observatør til begge FGIs. Dette blev gjort dels for at sikre overensstemmelse i observationerne (*observer consistency*) mellem de to FGIs, og dels med henblik på at øge kvaliteten af observatørens arbejde, da udførelsen af FGI-1 gav brugbar erfaring og øvelse i at observere, som kunne bruges til at styrke kvaliteten af observationerne under FGI-2. For at øge validiteten af observationerne kunne begge specialestuderende have udfyldt et observationsskema, da man på den måde kunne sammenligne om begge observatører havde noteret de samme resultater (*inter-observer agreement*) [46]. Det blev fravalgt, da begge specialestuderende var til stede under begge FGIs, og derfor kunne observationerne diskuteres efterfølgende og sammenholdes med referatet.

8.2.3 Sekundær analyse

Data fra tidligere studier kan sædvanligvis med stor fordel inddrages i nye studier til at supplere resultater. Sekundær analyse er en effektiv metode til at opnå ny viden på kort tid, da data allerede er indsamlet ved tidligere studier [82]. Den sekundære analyse er med til at styrke kvaliteten og troværdigheden af resultaterne gennem triangulering [83].

Det, at man har en større afstand til det allerede indsamlede data end primærforskeren, kan være en fordel, fordi det giver mulighed for at anskue data med en mere objektiv tilgang, og det kan potentielt føre til en meningsudvidelse af data for primærforskeren. Dog kan den følelsesmæssige afstand til data resultere i, at data ikke får lige så stor opmærksomhed og fordybelse [84].

Adgang til data til den sekundære analyse er opnået gennem bivejleder, som også er primærforskeren på brugerpanelundersøgelsen, hvilket er en fordel, da spørgsmål eller uklarheder nemt kunne afklares. Hvis en sekundær analyse er baseret på data, hvor primærforskeren ikke er kontaktbar, kan det føre til misforståelser af data eller fejlagtige konklusioner.

En anden udfordring ved sekundær analyse er, at kvalitative data altid påvirkes til en vis grad af de sociale, kulturelle og politiske tilgange, som er gældende på indsamlingstidspunktet. Data kan dermed være ændret, når den sekundære analyse inddrages i et nyt studie, hvilket potentielt kan føre til misforståelse af data [84]. Dog vurderes dette aspekt ikke at have ført til misforståelse ved anvendelse af den sekundære analyse inddraget i dette speciale, da indsamlingen fandt sted mindre end to år før udførelsen af den sekundære analyse.

8.2.4 Kvalitet i kvalitativ forskning

Der har igennem tiden været kritik af troværdigheden af kvalitativ forskning, eftersom resultaterne stammer fra subjektive udsagn, og ikke fra statistik, som er nemmere at beskrive [85].

Kvalitativ forskning kan dog være lige så troværdig som kvantitativ forskning, men der lægges vægt på andre ting, og derfor er der opstillet særlige kvalitetskriterier for kvalitativ forskning. Dette speciale tager udgangspunkt i Lincoln & Gubas beskrivelse af kvalitetskriterier, der opstiller følgende kriterier for at etablere kvalitet i kvalitativ forskning: *Credibility*, *transferability*, *dependability*, og *confirmability*. De fire kriterier tager alle udgangspunkt i troværdighed som overordnet kvalitetskriterie.

Credibility

Begrebet dækker over, om studiets resultater fremstår sande og troværdige [86]. Med henblik på at øge tilliden til at resultaterne er sande og troværdige, findes en række teknikker som kan anvendes, bl.a. metodetriangulering og *member checking*.

Metodetriangulering er benyttet, idet fundene fra begge FGIs suppleres af fritekstsvar fra den sekundære analyse, som bakker resultaterne op og gør dem mere troværdige, eftersom flere personer har

udtrykt samme holdning. For at øge studiets troværdighed yderligere, kunne det suppleres med teknikken, member checking, hvor deltagerne får mulighed for at bekræfte deres udsagn, f.eks. ved at læse transskriptionen eller ved at læse analysen af studiet. Deltagerne i dette studie fik ikke mulighed for at bekræfte data, og dermed er der ikke udført member checking. Et af argumenterne mod denne teknik er, at deltagerne kan blive forvirrede over de mange udsagn fra et FGI og dermed have svært ved at bekræfte, om lige netop deres udsagn er korrekt. Ligeledes kan man risikere, at deltagerne trækker deres udtalelser tilbage, efter de har læst analysen af arbejdet, og dette vil stille forskeren i et nyt dilemma [87]. Derfor er der argumenter for, hvorfor member checking ikke er udført i dette speciale.

Transferability

Dette kvalitetskriterie dækker over om og i hvilken grad, et studies resultater kan overføres til en anden kontekst [86]. Det er op til læseren at vurdere, om resultaterne kan overføres til en ny kontekst, og derfor er det afgørende, at der er skabt et godt grundlag for, at læseren kan træffe en beslutning [83]. En teknik til at øge et studies overførbarhed inkluderer grundige og nøjagtige beskrivelser. Dette speciale fremlægger en nøje beskrivelse af anvendte metoder, hvilket opbygger troværdighed og validitet, og gør det klart for læseren, at der er en vis dybde i data. Det gør det også lettere for læseren at vurdere, hvorvidt resultaterne kan overføres til en anden situation.

Datamætning er en anden teknik til at vurdere om studiet har god transferability, idet datamætning sikrer at hele emnet er afdækket, og dermed om resultaterne kan overføres til en anden kontekst. I dette projekt er der kun udført to FGIs, og selvom der var temaer, som gik igen i begge FGI, opstod der også nye temaer hvilket indikerer, at der ikke er opnået datamætning [86]. Der kan derfor argumenteres for, at der skulle udføres yderligere et eller flere FGIs med henblik på at øge transferability.

Dependability

Dette kvalitetskriterie er en indikator for resultaternes indbyrdes overensstemmelse. Det er opstillet med det formål at indikere, om studiet ville give de samme resultater, hvis det blev udført igen på et senere tidspunkt. For at styrke dette kvalitetskriterie, er det vigtigt med en nøjagtig beskrivelse af, hvad der er foretaget undervejs i processen. Dette speciale fremlægger både processen op til og under begge FGIs, og beskriver også den analytiske proces, hvilket er med til at styrke speciale dependability. Ydermere fremhæver specialet, at et andet datasæt (sekundær analyse) giver lignende resultater som de gennemførte FGIs, hvilket tilsvarende er med til at øge studiets dependability [45].

Confirmability

Det sidste kvalitetskriterie bygger på, at resultaterne skal afspejle deltagernes udsagn, og derfor fremstå neutrale uden at være påvirket af forskerens eventuelle forudindtagelser. I dette speciale øges confirmability ved at beskrive analyseprocessen step for step. Confirmability øges desuden ved, at begge specialestuderende kun er koblet på projektet for en afgrænset periode, og dermed har en vis afstand til projektet. Det er altså underordnet, hvilke resultater der kommer ud af projektet, hvilket argumenterer for at bias for de specialestuderende er begrænset. Dog vil baggrunden – i de specialestuderendes tilfælde via apoteksarbejde – altid kunne præge den måde, forskeren ser resultaterne på i en vis grad, og derfor kan bias aldrig undgås helt [45].

8.2.5 Brug af mixed methods

Ved inddragelse af mere end en metode er det vigtigt at overveje, hvilke styrker og svagheder dette potentielt kan medføre. I nærværende speciale arbejdes der med patientnær forskning, hvorfor det kan være fordelagtigt at inddrage flere metoder, idet denne type forskning ofte undersøger komplekse emner, hvor det kræver at mange forskellige perspektiver bliver belyst, før man forstår emnet tilstrækkeligt [45].

I dette speciale anvendes flere metoder, der supplerer hinanden, hvilket øger kvaliteten gennem metodetriangulering [45, 86]. Ved at lave en sekundær analyse af fritekstsvarene fra brugerpanelundersøgelsen, er der kommet nye vinkler på disse data, som har kunnet bruges til at supplere data fra FGIs. Det har medført, at data fra FGIs er blevet mere troværdige, idet credibility og confirmability for studiet er øget gennem denne metodetriangulering.

Ulempen ved at inddrage flere metoder i samme studie er, at hver metode har sine egne svagheder og udfordringer [88]. Svagheden fra en metode kan dog "neutraliseres" ved at anvende en anden metode, som ikke har samme svaghed, og dermed vil det samlede resultat stå stærkere [45]. En af udfordringerne ved FGIs er, at deltagerne kan blive påvirkede af hinandens holdninger. Ved at inddrage fritekstsvare fra brugerpanelundersøgelsen, hvor respondenterne har været alene om at besvare spørgsmålene, kommer resultaterne fra FGI samlet set til at stå stærkere, idet der er ligheder mellem fritekstsvare og udtalelser under FGI.

9 Konklusion

Med baggrund i en undersøgelse af kræftoverleveres ønsker og holdninger har dette speciale undersøgt og frembragt, hvordan apoteket bedst muligt kan inddrages i håndteringen af senfølger efter kræft. Kræftoverleverne var generelt åbne overfor at benytte apoteket til at søge information om senfølger – på trods af, at flere af dem ikke opfattede apoteket som et sted at modtage sundhedsrådgivning.

Interventionen bør indeholde mulighed for både en rådgivningssamtale og udlevering af skriftligt informationsmateriale. I forbindelse med en rådgivningssamtale skal apoteket være opmærksomme på behovet for diskretion – det bør derfor indtænkes under udviklingen af interventionen, da mangel på diskretion vil afholde nogen kræftoverlever fra at indgå i en samtale. Interventionen bør indeholde mulighed for tidsbestilling, således at både kræftoverlever og apotekspersonalet kan være forberedte til samtalen. Tillid til apotekspersonalet var en anden vigtig pointe for kræftoverleverne. Apotekspersonalet skal besidde de nødvendige kompetencer til at føre en dialog om udfordringer ved senfølger efter kræft og kende grænsen for, hvornår kræftoverleveren bør henvises til andre steder i sundhedsvæsenet. Dialogen skal målrettes den enkelte kræftoverlevers behov, og fokus bør være på rådgivning fremfor salg. Kræftoverleverne mangler et samlet sted at modtage information, og for dem kan apoteket være et oplagt samlingspunkt for information om tilbud for senfølger i lokalområdet.

Kræftoverleverne udtrykte derudover et behov for skriftligt informationsmateriale om senfølger efter kræft. Konkret blev der foreslået en brochure i stil med de eksisterende brochurer, der står frit tilgængelig på apotekerne. Udover information om senfølger, kan brochuren indeholde information om, at apoteket kan rådgive om senfølger efter kræft samt henvide til andre relevante tilbud for kræftoverlever.

Yderligere kan det konkluderes, at apotekerne skal gøre en større indsats for at skabe opmærksomhed om de ydelser, der allerede findes på apoteket, samt personalets sundhedsfaglige kompetencer, som flere af kræftoverleverne ikke havde kendskab til. Det kan gøres ved at facilitere netværksgrupper eller senfølge-aftener, som ifølge kræftoverleverne selv vil være meget brugbart. Desuden efterspurgte kræftoverleverne et større samarbejde i sundhedssektoren med klare retningslinjer for håndteringen af senfølger efter kræft, for at gøre det mere overskueligt for kræftoverlever at navigere i de tilbud, der findes.

10 Perspektivering

Resultaterne i dette speciale har åbnet op for nye problemstillinger, som vil være relevante at udforske. I det videre arbejde vil det være relevant at undersøge, hvilke forslag og holdninger apotekspersonale har til implementering af en rådgivningsintervention for kræftoverlevende med senfølger efter kræft. Dette kunne f.eks. gøres ved at lave et FGI med apotekspersonale fra forskellige apoteker for at få input til, hvad der er realistisk. Emner som fysiske rammer på apotekerne, tidsbestilling til ydelsen og hvilken slags uddannelse apotekspersonalet mangler både fagligt og personligt, kunne blive belyst under et sådant FGI. Efterfølgende kunne der laves en workshop med forskellige sundhedsprofessionelle med henblik på at styrke interventionen og samarbejdet mellem forskellige faggrupper i håndteringen af senfølger efter kræft. Der skal defineres generelle retningslinjer for interventionen, bl.a. hvad apoteket med rimelighed må rådgive om, og derfor kan det være en fordel at inkludere andre faggrupper end apotekspersonale.

Det bør ligeledes undersøges yderligere, hvordan kræftoverlevende bliver informeret om risikoen for at få senfølger, hvilke symptomer de skal være opmærksomme på, og hvilke muligheder de har for at søge hjælp til håndtering af disse. Apotekerne kan bidrage til at oplyse kræftoverlevende og pårørende om senfølger efter kræft ved at udvikle en brochure gennem DA. Først og fremmest skal DA gøres opmærksom på, at der faktisk er et stort ønske fra kræftoverleverne, om noget let tilgængeligt informationsmateriale, hvor de kan læse mere om senfølger. Formålet med brochuren skal være at gøre befolkningen mere opmærksom på senfølger efter kræft, og beskrive hvor kræftoverlevende kan søge hjælp i samfundet, f.eks. hos egen læge, Senfølgerforeningen og Kræftens Bekæmpelse.

Der er et stigende pres på især kræftopsporing, -behandling og -opfølgning i det danske sundhedsvæsen, og apoteket er en oplagt ressource at inddrage for at lette presset på de andre dele af sundhedsvæsenet. I andre lande har studier vist lovende resultater med screening for forskellige typer af kræft på apotekerne [12, 37, 71-73]. Apotekerne har høj tilgængelighed og lokal forankring – så hvorfor ikke udnytte det til bedre opsporing af kræft i Danmark?

Referencer

1. Dødsfald [internet]. Danmarks Statistik; [cited 2023 maj 27]. [about 3 screens]. Available from: <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>
2. Bæk S. Nøgletal [internet]. Kræftens Bekæmpelse; [updated 2023 februar 03; cited 2023 april 26]. [about 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/presserum/statistik-om-kræft/>
3. Kræft i Danmark 2021. København: Kræftens Bekæmpelse; 2021.
4. Kræft i Danmark 2022. København: Kræftens Bekæmpelse; 2022.
5. Andersen CB. Kræftpolitisk Forum: Sådan sikrer vi god hjælp til alle kræftoverlevende med senfølger [internet]. København: Kræftens Bekæmpelse; [updated 2023 april 24; cited 2023 maj 27]. [About 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/kræftpolitisk-forum-saadan-sikrer-vi-god-hjaelp-til-alle-kræftoverlevende-med-senfoelger/>
6. Efter din kræftbehandling. København: Kræftens Bekæmpelse; 2021.
7. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. København: Kræftens Bekæmpelse; 2019.
8. Michael Borre AB, Helen Bernt Andersen. Kræfteksperter: Flere får senfølger efter kræft. Det kalder på en national indsats [internet]. Sundhedsmonitor; 2023 [updated 2023 maj 17; cited 2023 maj 19]. [about 7 screens]. Available from: <http://sundhedsmonitor.dk/9352984>
9. Burghle A, Husted GR, Hansen RN, Rossing C. Apoteket i Sundhedsfremme - evaluering af et australsk støtteprogram til strategisk beslutningstagning for levering af sundhedsydelse på de danske apoteker. Hillerød: Pharmakon; 2018.
10. Loepenthin K, Dalton SO, Johansen C, Andersen E, Christensen MB, Pappot H, et al. Total burden of disease in cancer patients at diagnosis—a Danish nationwide study of multimorbidity and redeemed medication. *Br J Cancer*. 2020;123(6):1033-40.
11. Tutt L. The Role of the Community Pharmacist in Breast Cancer Services [PhD]: University of Nottingham; 2020.
12. Lemanska A, Poole K, Manders R, Marshall J, Nazar Z, Noble K, et al. Patient activation and patient-reported outcomes of men from a community pharmacy lifestyle intervention after prostate cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2022;30(1):347-58.
13. Lindsey L, Husband A, Nazar H, Todd A. Promoting the early detection of cancer: a systematic review of community pharmacy-based education and screening interventions. *Cancer Epidemiol*. 2015;39(5):673-81.
14. Buhl C, Olsen NL, Nørgaard LS, Thomsen LA, Jacobsen R. Community Pharmacy Staff's Knowledge, Educational Needs, and Barriers Related to Counseling Cancer Patients and Cancer Survivors in Denmark. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
15. Cancer [internet]. World Health Organization; [cited 2023 maj 26]. [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

16. Engholm G, Mørch L, Skovlund CW. De hyppigste kræftformer [internet]. Kræftens Bekæmpelse; [updated 2023 februar 03; cited 2023 april 26]. [about 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/kræft-i-tal/de-hyppigste-kræftformer/>
17. Pakkeforløb for kræft [internet]. Sundhedsstyrelsen; [updated 2023 april 13; cited 2023 april 26]. [about 2 screens]. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/sygdomme/kræft/kræftpakkeforloeb>
18. Forløbstider og monitorering af kræftpakkeforløb [internet]. Sundhedsstyrelsen; [updated 2023 juni 02; cited 2023 maj 26]. [about 5 screens]. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/Sygdomme/Kræft/Kræftpakkeforloeb/Forloebstider-og-monitorering>
19. Ammundsen IN. Behandlingsformer [internet]. Kræftens Bekæmpelse; [updated 2019 oktober 22; cited 2023 april 26]. [about 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kræftbehandling/behandlingsformer/>
20. Rehabilitation [internet]. World Health Organization; [cited 2023 april 27]. [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1
21. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
22. Kræft Rehabilitering [internet]. Sundhed.dk; [updated 2022 april 29; cited 2023 april 27]. [about 8 screens]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-hovedstaden/fredensborg/kræft/cancer-rehabilitering/>
23. Jakobsen AS, Riiber NK. Hvad er senfølger efter kræft? [internet]. Kræftens Bekæmpelse; [updated 2021 juni 21; cited 2023 juni 02]. [about 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/bivirkninger-senfølger/hvad-er-senfølger/>
24. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen; 2017.
25. Late Effects of Cancer Treatment [internet]. National Cancer Institute; [updated 2021 august 06; cited 2023 april 26]. [about 11 screens]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/survivorship/late-effects>
26. Overblik over nuværende og kommende senfølgeklinikker [internet]. Bedre viden om senfølger: Kræftens Bekæmpelse; [cited 2023 maj 24]. [about 4 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/bedrevidenomsenfølger/senfølgeklinikker/>
27. Hovaldt HB, Suppli NP, Olsen MH, Steding-Jessen M, Hansen DG, Møller H, et al. Who are the cancer survivors? A nationwide study in Denmark, 1943–2010. Br J Cancer. 2015;112(9):1549-53.
28. Samarbejde mellem kommuner og apoteker om lokal forebyggelse og sundhedsfremme, en afdækning af muligheder. Hillerød: Pharmakon; 2017.
29. The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region. København: WHO Regional Office for Europe; 2019.

30. Analyser og fakta [internet]. Danmarks Apotekerforening; [cited 2023 maj 26]. [about 2 screens]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/publikationer/analyser-og-fakta>
31. Skærpet konkurrence, laveste ventetid og bedste tilgængelighed: Danmarks Apotekerforening; 2018 [cited 2023 april 03]. [about 15 screens]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/nyheder/nyhedsbreve/2018/19122018-konkurrence-laveste-ventetid-tilgaengelighed>
32. Nørgaard JD, Sporrøng SK. Views on the role of community pharmacy in local communities: a case study of stakeholders' attitudes. *Pharm Pract (Granada)*. 2019;17(2):1419.
33. Mensah KB, Oosthuizen F, Bonsu AB. Cancer awareness among community pharmacist: a systematic review. *BMC Cancer*. 2018;18(1):299.
34. Reform har sikret lettere adgang lavere priser og bedre service: Danmarks Apotekerforening; 2021 [updated 2021 november 09; cited 2023 april 04]. [about 1 screen]. Available from: <https://www.apotekerforeningen.dk/nyheder/nyhedsbreve/2021/16-11-2021-reform-har-sikret-lettere-adgang-lavere-priser-og-bedre-service>
35. DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of September 2005 on the recognition of professional qualifications, (2005).
36. Shawahna R, Awawdeh H. Pharmacists' knowledge, attitudes, beliefs, and barriers toward breast cancer health promotion: a cross-sectional study in the Palestinian territories. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):429.
37. Havlicek AJ, Mansell H. The community pharmacist's role in cancer screening and prevention. *Can Pharm J (Ott)*. 2016;149(5):274-82.
38. Druedahl LC, Mølby Hansen J, Freese EL, Almarsdóttir AB, Traulsen JM. Mandatory medication content in the curricula of six health care personnel types with patient contact in Denmark. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2019;124(4):431-8.
39. Abrahamsen B, Burghle AH, Rossing C. Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(2):315-20.
40. Hansen RN, Nørgaard LS, Hedegaard U, Søndergaard L, Servilieri K, Bendixen S, et al. Integration of and visions for community pharmacy in primary health care in Denmark. *Pharm Pract (Granada)*. 2021;19(1):2212.
41. Hansen RN. Apotekets sundhedsydelse og evidensen [Powerpoint on the internet]. *Pharmakon*; 2020 [updated 2020 juni; cited 2023 maj 26]. Available from: Absalon - studieophold på apotek.
42. Schiøtt LD. Behandlerfarmaceut - en helt ny uddannelse. *Farmaci*. 2019.
43. Riiber NK. Kræftens Bekæmpelses Brugerpanel [internet]. *Kræftens Bekæmpelse*; 2021 [updated 2021 november 17; cited 2023 maj 05]. [about 2 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/brugerpanel/om/>
44. Terada T. [Pharmaceutical Investigation for Individualized and Optimal Cancer Pharmacotherapy]. *Yakugaku Zasshi*. 2016;136(11):1469-76.

45. Robson C, McCartan K. Real World Research. 4th ed. United Kingdom: Wiley; 2011.
46. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder - en grundbog. 2nd ed: Hans Reitzels Forlag; 2015. 633 p.
47. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
48. Lech LVJ, Rossing C, Andersen TRH, Nørgaard LS, Almarsdóttir AB. Developing a pharmacist-led intervention to provide transitional pharmaceutical care for hospital discharged patients: A collaboration between hospital and community pharmacists. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2022;7:100177.
49. Heaton J. Reworking qualitative data. London: SAGE Publications Ltd; 2004. 176 p.
50. FIP Statement of Professional Standards - Codes of ethics for pharmacists: FIP; 2014 Available from: www.fip.org/statements
51. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation), (2016).
52. Bramming F. Nye tal: Flere end 370.000 lever med og efter kræft [internet]: Kræftens Bekæmpelse; 2021 [updated 2021 januar 27; cited 2023 maj 19. [about 3 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/nye-tal-flere-end-370000-lever-med-og-efter-kræft/>
53. Bekendtgørelse om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, BEK nr 1356 af 29/11/2017.
54. Hattingh L, Low J, Forrester K. Australian pharmacy law and practice. 2nd ed. Australien: Elsevier; 2013.
55. Husted GR, Hansen RN, El-Souri M, Lorenzen JK, Iversen PB, Rossing CV. What do persons with diabetes want from community pharmacies? A qualitative study. *Pharm Pract (Granada)*. 2022;20(2):2677.
56. Jacobsen SN, Møller-Jensen SE, Sporrøng SK. Rationales and arguments behind the adoption of self-selection of nonprescription medicines in Denmark. *J Pharm Policy Pract*. 2020;13:29.
57. Hattingh HL, Emmerton L, Ng Cheong Tin P, Green C. Utilization of community pharmacy space to enhance privacy: a qualitative study. *Health Expect*. 2016;19(5):1098-110.
58. Agergaard M, Rossing C, Herborg H. Evidens for Apotekets Rådgivning. Hillerød: Pharmakon; 2009.
59. Bekendtgørelse om medicinsamtale på apotek, BEK nr 924 af 21/07/2015.
60. Riiber NK. Online samtalegrupper forbinder kræftpatienter på tværs af landet [internet]. Kræftens Bekæmpelse; [updated 2020 juli 08; cited 2023 may 18]. [about 5 screens]. Available from: <https://www.cancer.dk/nyheder/online-samtalegrupper-forbinder-kræftpatienter-paa-tvaers-af-landet/>

61. Judd-Glossy L, Ariefdjohan M, Ketzer J, Matkins K, Schletker J, Krause A, et al. Considering the value of online support groups for colorectal conditions: perspectives from caregivers and adult patients. *Pediatr Surg Int.* 2022;38(1):31-42.
62. Ursavaş FE, Karayurt Ö. Experience With A Support Group Intervention Offered to Breast Cancer Women. *J Breast Health.* 2017;13(2):54-61.
63. Klaver KM, Duijts SFA, Engelhardt EG, Geusgens CAV, Aarts MJB, Ponds R, et al. Cancer-related cognitive problems at work: experiences of survivors and professionals. *J Cancer Surviv.* 2020;14(2):168-78.
64. Jones EC, Storksdieck M, Rangel ML. How Social Networks May Influence Cancer Patients' Situated Identity and Illness-Related Behaviors. *Front Public Health.* 2018;6:240.
65. Apotekets brochurer [internet]. Danmarks Apotekerforening; [cited 2023 maj 18]. [about 5 screens]. Available from: <https://www.apoteket.dk/raadgivning/paa-apoteket/brochurer>
66. Genoptræning og rehabilitering [internet]. Sundhedsstyrelsen; [updated 2022 november 23; cited 2023 maj 23]. [about 1 screen]. Available from: <https://sst.dk/da/viden/sygdomme/genoptraening-og-rehabilitering>
67. Notman F, Porteous T, Murchie P, Bond CM. Do pharmacists contribute to patients' management of symptoms suggestive of cancer: a qualitative study. *Int J Pharm Pract.* 2019;27(2):131-9.
68. Perrault EK, Newlon JL. Corrigendum to: Patients' knowledge about pharmacists, technicians, and physicians. *Am J Health Syst Pharm.* 2021;79(9):e103-e.
69. Majchrowska A, Bogusz R, Nowakowska L, Pawlikowski J, Piątkowski W, Wiechetek M. Public Perception of the Range of Roles Played by Professional Pharmacists. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(15).
70. Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P. How to enhance public health service utilization in community pharmacy?: General public and health providers' perspectives. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2014;10(2):272-84.
71. Egbewande OM, Abdulwasiiu MA, Yusuf RO, Durojaye AB, Ashimiyu-Abdulsalam ZI. Roles of Community Pharmacists in Cancer Management. *Innov Pharm.* 2022;13(3).
72. Beshir SA, Hanipah MA. Knowledge, perception, practice and barriers of breast cancer health promotion activities among community pharmacists in two Districts of Selangor state, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(9):4427-30.
73. Kjome RLS, Wright DJ, Bjaen AB, Garstad KW, Valeur M. Dermatological cancer screening: Evaluation of a new community pharmacy service. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(6):1214-7.
74. Kameda S, Kitamura Y, Masaoka Y, Fujimoto M, Ushio S, Sendo T. Investigation of the difficulties experienced by pharmacists in Japan when communicating with cancer patients. *J Clin Pharm Ther.* 2021;46(1):181-9.

75. Michelsen LP. Patient-empowerment [internet]. Ugeskrift for læger; 2014 [updated 2014 juli 28; cited 2023 maj 21]. [about 8 screens]. Available from: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/patient-empowerment>
76. Eskildsen NB, Joergensen CR, Thomsen TG, Ross L, Dietz SM, Groenvold M, et al. Patient empowerment: a systematic review of questionnaires measuring empowerment in cancer patients. *Acta Oncol.* 2017;56(2):156-65.
77. Scala D, Mucherino S, Wirth F, Orlando V, Polidori P, Faggiano ME, et al. Developing and piloting a communication assessment tool assessing patient perspectives on communication with pharmacists (CAT-Pharm). *Int J Clin Pharm.* 2022;44(4):1037-45.
78. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures. *PLoS One.* 2015;10(5):e0126553.
79. Bulsara C, Styles I, Ward AM, Bulsara M. The Psychometrics of Developing the Patient Empowerment Scale. *J Psychosoc Oncol.* 2006;24(2):1-16.
80. Nørgaard LS. Sårbare grupper, adherence og patientempowerment - fokus på etniske minoriteter [Powerpoint on the internet]. Københavns Universitet; 2019 [updated 2019; cited 2023 maj 21]. Available from: Absalon - studieophold på apotek.
81. Akram G, Bennie M, McKellar S, Michels S, Hudson S, Trundle J. Effective delivery of pharmaceutical palliative care: challenges in the community pharmacy setting. *J Palliat Med.* 2012;15(3):317-21.
82. Schlomer BJ, Copp HL. Secondary data analysis of large data sets in urology: successes and errors to avoid. *J Urol.* 2014;191(3):587-96.
83. Amin MEK, Nørgaard LS, Cavaco AM, Witry MJ, Hillman L, Cernasev A, et al. Establishing trustworthiness and authenticity in qualitative pharmacy research. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16(10):1472-82.
84. Ruggiano N, Perry TE. Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? *Qual Soc Work.* 2019;18(1):81-97.
85. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. *Naturalistic Inquiry*: Sage Publications; 1985.
86. Forero R, Nahidi S, De Costa J, Mohsin M, Fitzgerald G, Gibson N, et al. Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):120.
87. Morse JM. Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qual Health Res.* 2015;25(9):1212-22.
88. Wong CI, Vannatta K, Gilleland Marchak J, Quade EV, Rodgers IM, Reid CM, et al. Preventable harm because of outpatient medication errors among children with leukemia and lymphoma: A multisite longitudinal assessment. *Cancer.* 2023.