

Utfordringer for farmasøyer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek

Karine Lees



Masteroppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

April 2012

Utfordringer for farmasøyer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek

Karine Lees



Masteroppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

Veiledere:

Professor Else-Lydia Toverud, Avdeling for farmasi, Universitetet i Oslo

Post doktor Helle Håkonsen, Avdeling for farmasi, Universitetet i Oslo

UNIVERSITETET I OSLO

April 2012

Forord

Arbeidet med masteroppgaven min går mot slutten. Det har vært en spennende og lærerik periode i mitt liv. Å rekruttere farmasøyter og gjennomføre fokusgruppene har vært en utfordring for meg.

Det ville ikke vært mulig å utføre dette arbeidet uten en kjempehjelp fra mine veiledere professor Else-Lydia Toverud og post doktor Helle Håkonsen. Dere har alltid vært rettferdige og tålmodige med meg. Tusen takk for deres faglig veiledning og at dere tok dere tid til å rett opp mine grammatiske feil.

En stor takk vil jeg rette til Apotek 1 Tveita for den støtten og hjelpen jeg fikk under arbeidet med masteroppgaven.

Jeg vil også takke alle farmasøyter som deltok i studien. Takk for at dere fant tid og krefter til å stille opp til fokusgruppeintervjuene etter en lang arbeidsdag.

Sist men ikke minst takk vil jeg si til min mann og beste venn, Richard, for all støtte og forståelse. Takk for at du alltid har vært til stedet. Det har betydd mye for meg.

Oslo, april 2012

Karine Lees

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	7
Figur/Tabell liste	8
1. Innledning	10
1.1 Innvandreneres situasjon i Norge	10
1.2 Innvandreneres helse.....	13
1.2.1 Kosthold blant innvandrere.....	16
1.2.2 Mosjon og trening	17
1.2.3 Diabetes.....	18
1.2.4 Psykiske lidelser.....	19
1.3 Religion.....	19
1.4 Språkbarrierer.....	21
1.5 Generisk bytte	22
1.6 Erfaringer fra andre land med legemiddelinformasjon til innvandrere.....	23
1.7 Norske helsetjenester	23
1.8 Norske apotek	24
1.8.1 Ansatte på norske apotek	25
2. Hensikt	27
3. Materiale og metode	28
3.1 Materiale	28
3.2 Metode	28
4. Resultater	31

4.1 Innvandrerkunder i norske apotek.....	31
4.2 Hvilke typer legemidler innvandrere kjøper på apotek.....	33
4.2.1 Reseptpliktige legemidler	33
4.2.2 Reseptfrie legemidler	34
4.3 Veiledning.....	35
4.4. Språkproblemer.....	37
4.4.1 Innvandrergupper som har kommunikasjonsproblemer	37
4.4.2 Analfabeter.....	40
4.4.3 Behov for tolk	41
4.5 Kultur	43
4.6 utfordringer relatert til religion	45
4.6.1 Svinegelatin.....	45
4.6.2 Fasten	47
4.6.3 Pilegrimsreise.....	49
4.7 Refusjonsordningen og generisk bytte.....	49
4.7.1 Egenbetaling.....	50
5. Diskusjon.....	54
5.1 Materiale og metode.....	54
5.2 Resultater	55
5.2.1 Innvandrerkunder i norske apotek.....	55
5.2.2 Hvilke typer legemidler innvandrere kjøper på apotek.....	55
5.2.3 Språkproblemer ved betjening av innvandrerkunder	57
5.2.4 Kulturelle utfordringer	59
5.2.5 utfordringer relatert til svinegelatininnholdet	60
5.2.6 utfordringer relatert til faste	61
5.2.7. utfordringer relatert til refusjonsordningen, inkludert generisk bytte.....	62

6. Konklusjon	64
Referanseliste	65
Vedlegg	70
Vedlegg № 1 “Informasjonen til apotekkjedene/apotekerne”	70
Vedlegg № 2 ”Invitasjon til deltagelse i fokusgruppe”	71
Vedlegg № 3 ” Samtykkeerklæring”	72
Vedlegg № 4 ” Presentasjonen før intervjuer”	73
Vedlegg № 5 ”Intervjuguiden”	75
Vedlegg № 6 ”Fokusgruppeintervju som en metode”	77

Sammendrag

Antall innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge er i stadig økning. Som farmasøyt på et norsk apotek, er man stadig i kontakt med innvandrere. Ulike forventninger til apotekpersonale som helsepersonell og ikke minst barrierer knyttet til variabel språkforståelse, bidrar til at kundekontakt og kommunikasjon kan bli en utfordrende del av jobben i møte med disse legemiddelbrukerne. Hvordan farmasøyter og annet apotekpersonell oppfatter utfordringene knyttet til betjening av innvandrere er ikke undersøkt tidligere i Norge.

Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke hvilke problemer som oppstår på apotek ved ekspedering av ikke-etniske nordmenn når det gjelder legemiddelbruk, språk, kultur og religion.

Studien ble gjennomført ved hjelp av en kvalitativ forskningsmetode, det vil si fokusgruppeintevjuer. Det var totalt 19 deltakere fra 13 apotek i Oslo i bydeler med høy andel innvandrere. Totalt ble det utført fire fokusgrupper.

Resultatene viser at farmasøytene i denne studien hevder at når det gjelder legemiddelbruk blant innvandrere, kjøper disse kundene mye paracetamol, fuktighets- eller kortisonkremer, og tabletter mot D-vitamin mangel. Det fremkommer også at farmasøytene føler at de ofte veileder innvandrere om bruk av legemidler mot diabetes. Den største utfordringen farmasøytene har ved ekspedering av disse legemiddelbrukerne er språket. Farmasøytene synes det ofte oppstår vanskeligheter med å gi tilstrekkelig informasjon til innvandrer kunder på grunn av språkbarriere. Det er en stor variasjon blant farmasøytene i forhold til hvor mye de vil legge i veiledningen av disse kundene når det oppstår kommunikasjonsproblemer. Mange farmasøyter fortalte at de fraskriver seg ansvar og håper at legen har gitt nok informasjon om legemiddelbruk.

Et annet viktig funn i studien er at selv om farmasøytene ofte ekspederte muslimske pasienter i apoteket, hadde de i liten grad tenkt på at medisiner under fasten kunne være et problem hos innvandrere med en sterk religiøs bakgrunn. Farmasøytene fortalte at de var mer opptatt av faglige, enn av religiøse spørsmål.

Det ble også funnet at refusjonsordningen – spesielt generisk substitusjon, er vanskelige temaer å forklare innvandrer kunder. Ofte er grunnen enten kommunikasjonsvansker eller kulturelle holdninger basert på erfaringer med helsesystemet i hjemlandet.

Figur/Tabell liste

Figur 1. Innvandrere og norskefødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Utvikling 1970-2011. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. De 15 største innvandregruppene i Norge. 1. januar 2011. Absolutte tall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel innvandrere og norskefødte med innvandrerforeldre av hele befolkningen, etter fylke. 1. januar 2011. Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Figur 4. Antall innvandrere og norskefødte med innvandrerforeldre, i alt og etter landgruppe, samt den øvrige befolkning. Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Figur 5. Dårlig helse, etter kjønn og alder (16-70 år). Gjennomsnitt på additiv helseindeks. Innvandrere (2005-2006) og hele befolkningen (2002). Kilde: Statistisk Sentralbyrå, Blom 2005/2006.

Figur 6. Risikofaktorer og selvrapporterte sykdommer for innvandrere med pakistansk bakgrunn og etniske nordmenn. basert på ”The Oslo Immigrant Health Profile”. Folkehelseinstituttet. Kilde: Helsedirektoratetsrapport ”Migrasjon og helse”, 2009

Figur 7. Endringer i matvaner etter migrasjon. Analytisk modell etter Kocktürk Runefors 1991. Kilde: T. Mellin-Olsen et al., 2005

Figur 8. Fysisk inaktivitet blant forskjellige etniske grupper. Kilde: ”The Oslo Immigrant Health Profile” 2008.

Figur 9. Medlemmer i tros- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirken, etter religion/livssyn. 1. januar 2011. Prosent. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 10. Rangering av hvor viktig religion er i livet ditt. Etter landbakgrunn og kjønn. Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, S. Blom.

Figur 11. Andel som vurderer sine norskferdigheter som dårlige eller svært dårlige, etter kjønn og landbakgrunn. Kilde: Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006.

Figur 12. Grunnstrukturen i helsetjenester. Kilde: Helse- og Omsorgsdepartementet

Figur 13. Apotekkjedenes eierstruktur. Kilde: Helse- og Omsorgsdepartementet

Figur 14. Andel studenter med ikke-vestlig opprinnelse fordelt etter fagfelt og utdanningsløp, 1990-2008. Kilde: Tidsskriftet Minerva, www.minervanett.no

Tabell 1. Antall apotek per 01.01.12. Kilde: Apotekforeningen

Tabell 2. Gjennomsnittstallene per fokusgruppe.

1. Innledning

1.1 Innvandrernes situasjon i Norge

Norge er et land med mange innvandrere, som kommer fra 215 ulike land [1]. Det er viktig å øke kunnskap om innvandreres bakgrunn og levekår. Dette kan gi oss større forståelse om forskjellen mellom innvandrere og etniske nordmenn.

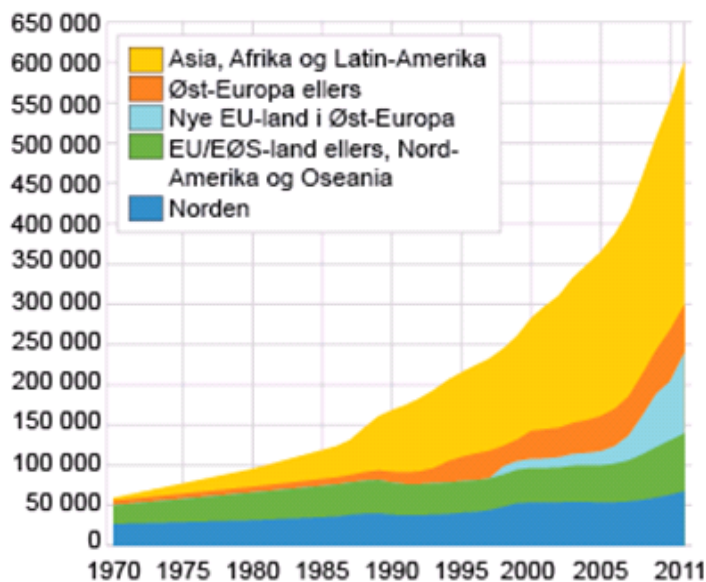
Noen bruker begrepet ”vestlige” og ”ikke-vestlige” innvandrere. Dette er et gammelt begrep. De vestlige land var landene i Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania. Resten var ikke-vestlige. Denne måten å dele verden på har vært mindre aktuell siden 2007, da en stor del av såkalte ikke-vestlige land gikk inn i EU.

I statistikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har derfor grupperinger etter verdensdeler eller opprinnelsesland overtatt. To nye landgrupperinger erstatter vestlig og ikke-vestlig :

1. EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand;
2. Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS [2].

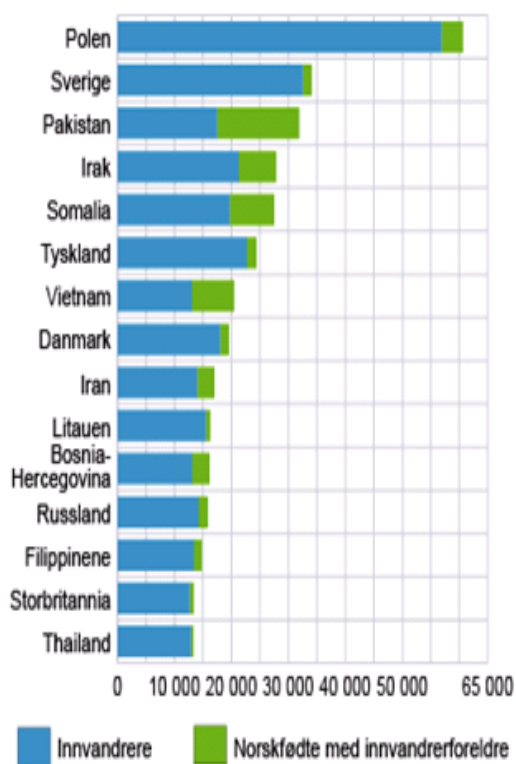
SSB har innført nye begreper for personer med innvandringsbakgrunn. Begreper ”førstegenerasjonsinnvandrere” og ”andregenerasjonsinnvandrere” ble brukt av SSB fram til 2001. Fra nå brukes betegnelsene ”innvandrere” og ”norskfødte med innvandrerforeldre”. Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge. Norskfødte med innvandrerforeldre er født i Norge, men har to foreldre som er innvandrere. Det vil si at det gamle begrepet ”førstegenerasjonsinnvandrere” ble ertattet med ”innvandrere”, mens ”andregenerasjonsinnvandrere” ble ertattet med ”personer født i Norge av to utenlandsfødte foreldre”. For personer med en annen innvandringsbakgrunn brukes følgende: norskfødte med en utenlandsfødte forelder, utenlandsfødte med en norskfødte forelder, eller utenlandsfødte med norskfødte foreldre (inkluderer utenlandsadopterte) [1].

I dag er det over 600 900 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør det 12,2 % av hele befolkningen. Som vist i figur 1 øker tallene hvert år. To av ti innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år og fire av ti har bodd her i fire år eller mindre [3].



Figur 1. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Utvikling 1970-2011. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

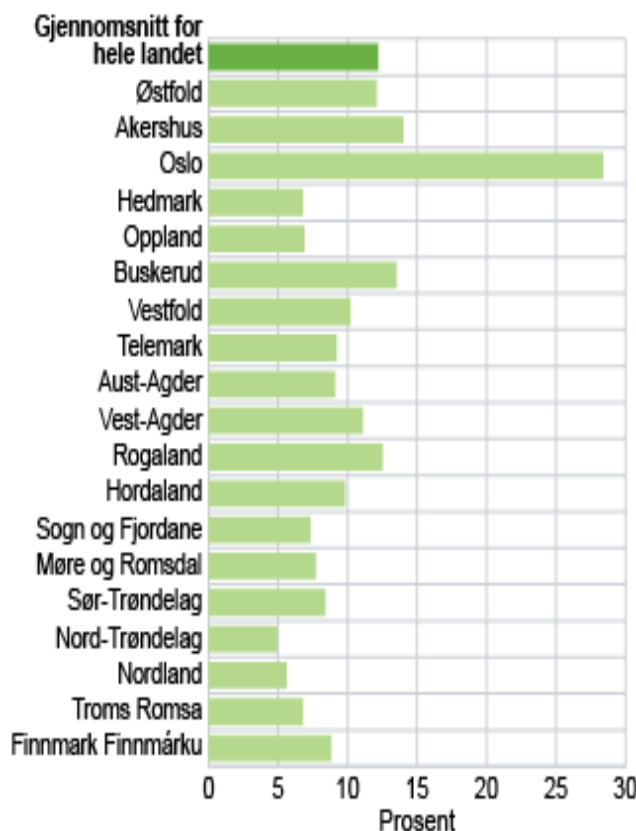
I følge figur 2 kommer flest innvandrere fra Polen (57 000), Sverige (33 000), Tyskland (23 000) og



Figur 2. De 15 største innvandrergruppene i Norge. 1. januar 2011. Absolutte tall. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Irak (21 000). Blant norskfødte med innvandrerforeldre var det per 1. januar 2011 flest som hadde bakgrunn fra Pakistan (14 400). Det var 7 800 norskfødte med somaliske foreldre, og nesten like mange hadde foreldre fra Vietnam. Norskfødte med foreldre fra Irak var 6 600 personer, mens 5 800 hadde bakgrunn fra Tyrkia. Norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde 14 % av alle barn født i Norge i 2010 [3].

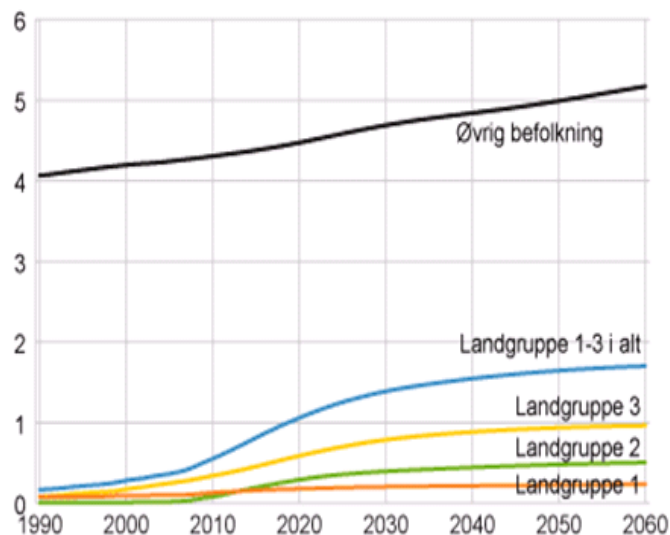
Det bor i dag innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn i alle fylker i Norge. Ved inngangen til 2011 hadde Oslo den største andelen, 170 000 personer som utgjorde 28,4 % av folketallet i hovedstaden (figur 3). Bydelene i Oslo med høyest andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre var Søndre Nordstrand med 48 %, mens Stovner og Alna begge hadde en andel på 46 % [3].



Figur 3. Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre av hele befolkningen, etter fylke. 1. januar 2011.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Innvandrerveksten vil trolig fortsette å øke i framtiden. SSB regnet at i 2060 vil det være 200 000 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra landgruppe 1 (vesteuropiske land samt USA, Canada, Australia og New Zealand), 500 000 fra landgruppe 2 (østeuropiske EU-land), og 1 million fra landgruppe 3 (resten av verden). Det vil si at alle tre gruppene vil utgjøre henholdsvis 3, 7 og 14 % av den samlede befolkningen i 2060 (se figur 4) [4].



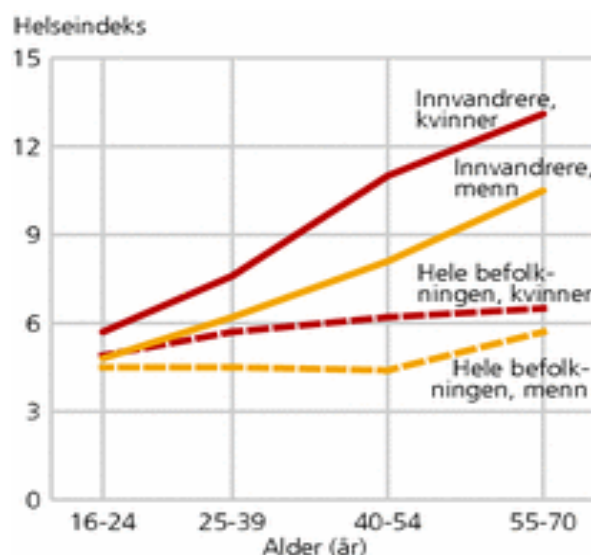
*Figur 4. Antall innvandrere og norskefødte med innvandrerforeldre, i alt og etter landgruppe, samt den øvrige befolkning.
Kilde: Statistisk Sentralbyrå*

1.2 Innvandreres helse

I sin tredje norske intervjuundersøkelse ”Levekår blant innvandrere 2005/2006 i Norge” har Blom tatt opp flere temaer om helse: betydning av helse, sykdommer etter kjønn og alder, psykosomatiske lidelser, psykiske helseproblemer, røyking og mosjon, bruk av tannlegetjenester og fastlege/allmennlege, og behov for tolk under legebesøk. Undersøkelsespopulasjonen var 3053 innvandrere i alder 16-70 år med minst to års oppholdstid i Norge med bakgrunn fra ti forskjellige “gamle” ikke-vestlige land: Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile.

I rapporten ble intervjupersonene bedt om å vurdere sin helsetilstand. Deretter ble resultatene sammenliknet med resultatene fra de ordinære levekårsundersøkelsene (2002 og 2005) blant hele befolkningen.

Det viste seg at innvandrere var mer syke enn befolkningen generelt og at en stor andel innvandrere vurderte helseproblemene sine som alvorlige. Kvinnene rammet hardere enn menn, og helsen sviktet relativt mer med alderen blant innvandrere (se figur 5) [5].



Figur 5. Dårlig helse, etter kjønn og alder (16-70 år).
Gjennomsnitt på additiv helseindeks.
Innvandrere (2005-2006) og hele befolkningen (2002).
Kilde: Statistisk Sentralbyrå, Blom 2005/2006.

Helseindeksen i figuren viser helsetilstand. Jo høyere verdier, desto dårligere er helsen [5]. Det er en betydelig stor helseforskjell mellom nordmenn og innvandrere. Etniske nordmenn har i større grad bedre helsetilstand [5, 6].

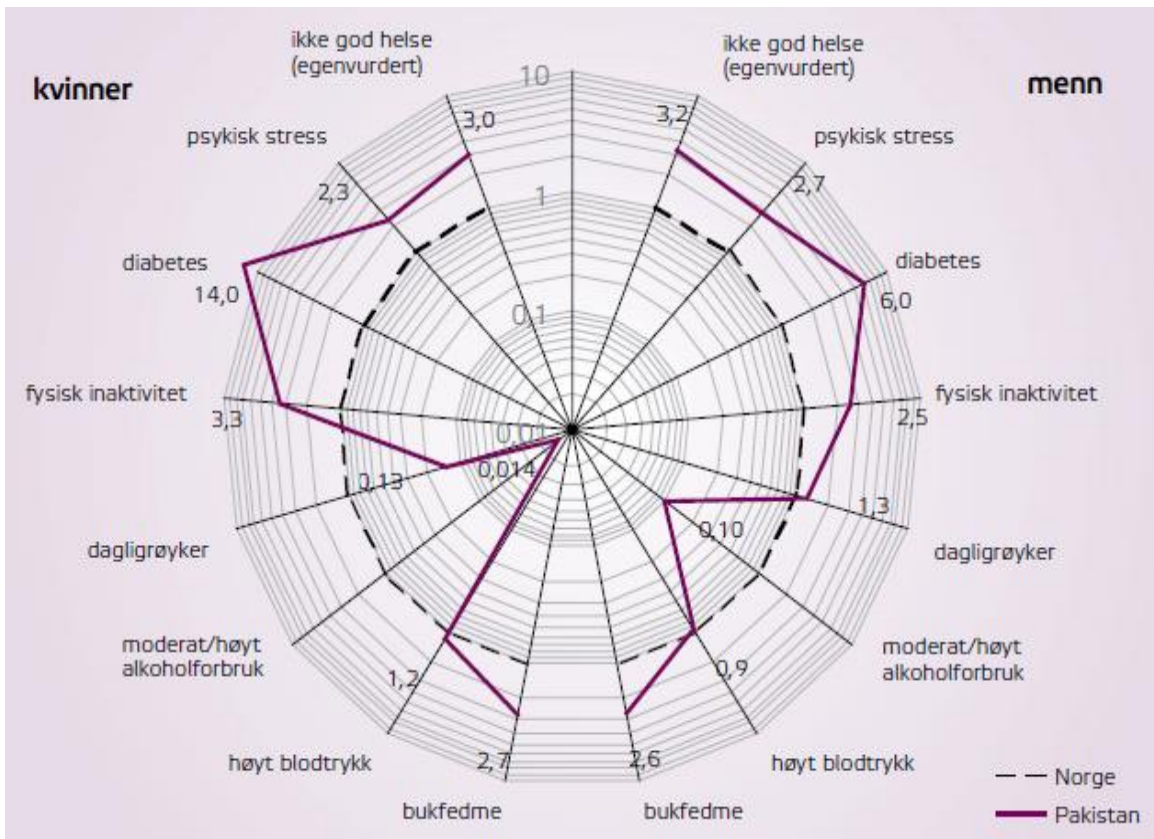
I den samme levekårsundersøkelsen (Blom 2008) var det også med et spørsmål som kartlegger hvilke sykdommer innvandrerne hadde. Navnet på 16 forskjellige sykdommer ble lest opp for intervjupersonene. Innvandrere måtte angi om de hadde eller hadde hatt sykdommen. Resultater viste at diabetes, stoffskiftesykdom, magesår, angina (hjertekramper), beinskjørhet og leddgikt er mer utbredt blant innvandrere enn blant norske befolkningen [5].

Kumar et al. har publisert en rapport "The Oslo Immigrant Health Profile" hvor hun også har undersøkt helse og livsstilfaktorer hos fem innvandrergrupper (Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka) og sammenlignet disse med den norske etniske befolkningen.

Profilen var basert på to studier:

1. Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), 2000-2001. Undersøkelsen rettet seg mot voksne norske befolkningen bosatt i Oslo (over 18 000 personer),
2. Innvandrerundersøkelsen i Oslo (Innvandrer-HUBRO), 2002. Undersøkelsen inkluderte over 3700 personer fra fem ulike innvandrergrupper (Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka)

Kumar fant blant annet at det var en stor variasjon når det gjelder risikofaktorer og selvrapporterte sykdommer både mellom etniske grupper og mellom kjønnene. Figur 6 viser et eksempel på forskjellen i helse og livsstilfaktorer mellom pakistanere og nordmenn. Overvekt, fedme, fysisk inaktivitet og psykisk stress forekommer hyppigere blant innvandrere fra Pakistan enn blant norske befolkningen i begge kjønn. Mens røyking og alkoholforbruk er høyere blant norske kvinner [7].



Figur 6. Risikofaktorer og selvrapporterte sykdommer for innvandrere med pakistansk bakgrunn og etniske nordmenn. basert på "The Oslo Immigrant Health Profile". Folkehelseinstituttet. Kilde: Helsedirektoratetsrapport "Migrasjon og helse", 2009

En studie av Tran et al. viser at forekomst av hjerte- og karsykdommer hos personer med og uten diabetes i Oslo var vanligere hos innvandrere enn hos etniske nordmenn. Studien omfattet 17 854 deltakere med bakgrunn fra Norge, Sri Lanka, Pakistan, Iran, Vietnam og Tyrkia. Resultatene fra studien viste at forekomst av hjerte- og karsykdom var 2,9 % for de etniske norske og 5,8 - 8,2 % for de

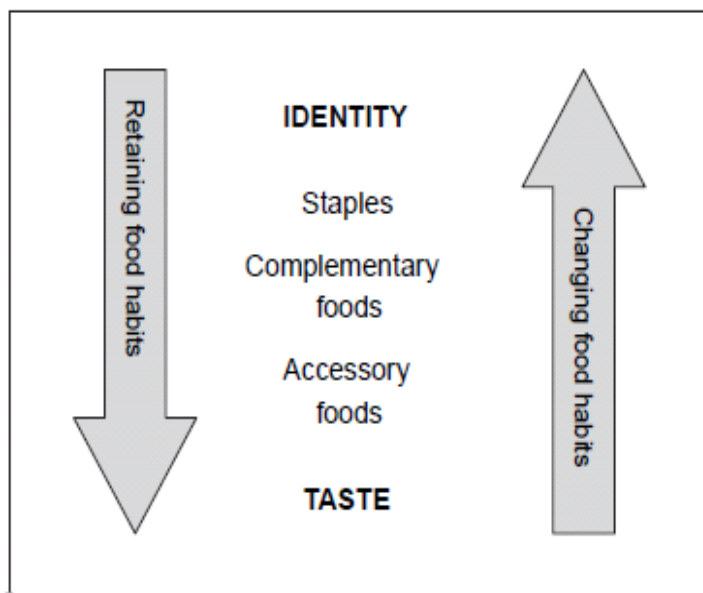
andre gruppene. I tillegg viste studien at forekomst av diabetes var høyere i alle innvandrergupper enn hos nordmenn (henholdsvis 3 - 15 % og 1,8 %) [8].

Den store helseforskjellen skyldes i stor grad lav utdanning blant innvandrere, lav inntekt eller mangler på sosial støtte og nettverk, og integrasjonsvansker [7, 9, 10]. Manglende kunnskaper om sunt kosthold, mosjon og sunn livsstil har en stor betydning når det gjelder innvandrerhelse [7, 11].

1.2.1 Kosthold blant innvandrere

Stor variasjon i kostholdsvanene mellom ulike etniske grupper og kjønn ble funnet i studien av Kumar og samarbeidspartnere [7]. Undersøkelsen viste at mange innvandrere har endret kostholdet sitt etter migrasjon til Norge. Det kom frem at de fleste spiste mer kjøtt enn tidligere og mindre grønnsaker enn i hjemlandet. Menn fra Pakistan og Vietnam hadde lavest forbruk av grønnsaker og frukt, og tyrkiske menn hadde det høyeste forbruket av brus. Kumar mente at forandringen i livsstil og kostholdsvaner er årsaken til flere kroniske sykdommer, som diabetes og/eller hjerte- og karsykdommer, og andre [7].

Koçtürk utarbeidet en modell (figur 7) som viser hvordan kostendringer skjer i en innvandrerbefolkning etter migrasjon til et annet land. Hun er utdannet ernæringsfysiolog og er opprinnelig fra Tyrkia, men har studert og arbeidet i USA og Sverige.



Denne modellen inneholder 3 grupper matvarer: basismatvarer - staples (ris, mais, potet og etc), kompletterende matvarer – complementary foods (kjøtt, fisk, bønner, grønnsaker) og tilleggsmatvarer – accessory foods (godteri, krydder, drikke).

Figur 7. Endringer i matvaner etter migrasjon.

Analytisk modell etter Koçtürk Runefors 1991. Kilde: T. Mellin-Olsen et al., 2005 [12]

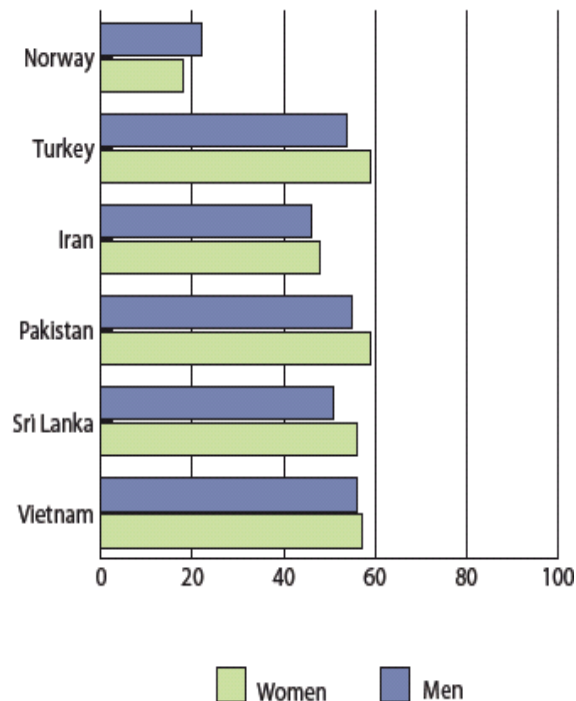
Når nye matvarer kommer inn i kostholdet er det smaken som prioriteres. Endringene begynner i tilleggsmatvarer som ofte er mer smakfulle og etter hvert utgjør en større andel av den daglige menyen. Kompletterende matvarer og basismatvarer tar lengre tid å bli forandret i kostholdet fordi kulturell identitet er mye sterkere knyttet til disse matvarer.

Et godt eksempel på endringer i kostvaner, er at pizza, hamburger og pasta har blitt favorittmaten blant innvandrerbarn og voksne. Kvinner serverer ofte coke eller juice med nøtter, chips eller godteri og deretter serverer de te. Mange innvandrere har større muligheter og frihet til å kjøpe godteri i Norge enn de hadde i sine hjemland [12].

1.2.2 Mosjon og trening

Det er påvist at trening har en positiv effekt på helse [13]. Når det gjelder forskjellige etniske grupper i Norge rapporterte Kumar i sin undersøkelse at en av to innvandrere var fysisk inaktive.

I figur 8 kan man se at innvandrere fra Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam er lite fysisk aktive.



Figur 8. Fysisk inaktivitet blant forskjellige etniske grupper.
Kilde: "The Oslo Immigrant Health Profile" 2008.

I Oslo, bydel Romsås, har Jenum og samarbeidere utført et stor forskningsprosjekt ”Mosjon på Romsås”. Romsås er en bydel i Oslo med høy andel innvandrere. Målet med det prosjektet var å mobilisere befolkningen (både etniske nordmenn og innvandrere) til fysisk aktivitet og redusere dermed risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, og diabetes. Undersøkelsen viste at mer enn 50 % av deltakerne med innvandrerbakgrunn hadde diabetes og var fysisk inaktive. Etter tre år med fysisk aktivitet på Romsås viste det seg at økningen i gjennomsnittlig kroppsvekt var betydelig mindre og blodsukker verdier var i gjennomsnitt bedre. Flere sluttet å røyke [13].

Det ble også holdt et foredrag for innvandrere på Grønland flerkulturelle eldresenter om nødvendigheten til å trene. I tillegg opplevdes det flere mosjonsgrupper for innvandrerkvinner i bydeler i Oslo med høy andel innvandrere [14].

1.2.3 Diabetes

Mather og Keen var de første som viste at diabetes i England forekom hyppigere blant asiater enn blant den engelske befolkningen. Dette ble gjort i Southhall vest i London, hvor de gikk fra hus til hus og spurte om de som bodde der hadde diabetes. På den tiden bodde det over 34 000 asiater og 27 000 engelskmenn i det området. Mather og Keen fant at diabetes var 3,8 ganger hyppigere i den asiatiske befolkningen og at risikoen for å få diabetes øker med alder [15].

En studie som ble utført i Oslo av Syed et al. blant 13581 etnisk norske og 339 pakistanere viste at innvandrere med bakgrunn fra Pakistan vurderer sin helse som dårlig og at forekomst av diabetes og psykiske lidelser er høyere blant den innvandrergruppen enn i den norske befolkningen (14 % vs. 2.6 % i diabetes, og 22 % vs. 9.9 % i psykiske lideleser) [16].

Jenum et al. viste i sin undersøkelse at diabetes har betydelig høyere forekomst blant minoriteter enn blant etniske nordmenn. Hun fant at 26,4 % av pakistanere og 22,5 % av innvandrere fra Sri Lanka hadde diabetes, og at innvandrerkvinner var mer utsatt enn menn [17].

I en doktorgradsavhandling ved UiO har stipendiat Hjellset vist at det nytter å forebygge type 2 diabetes ved hjelp av et kulturelt tilpasset program for livsstilsendring og mestring hos pakistanske innvandrerkvinner. I en randomisert kontrollert studie har hun og hennes kollegaer funnet at viktige risikofaktorer for diabetes (mangel på fysisk aktivitet, kostendringer, psykologiske faktorer) reduseres hos deltakere som gjennomfører en kulturelt tilpasset livsstilsintervensjon. Intervensjonen i studien

inkluderte undervisningstimer om kosthold og fysisk aktivitet for innvandrere med diabetes type 2 [11, 18].

Diabetes kan også utløses av genetiske faktorer. Det er funnet hvilke gener som påvirker risikoen for type 1 diabetes [19].

Flere studier viser at gravide kvinner fra Asia har større forekomst av diabetes enn gravide norske kvinner [20, 21]. Holan et al. viste i sin undersøkelse at andel gravide med diabetes var sju ganger større i gruppen fra Asia og Afrika sammenliknet med etnisk norske [20]. Dessuten fant Tran et al. at gjennomsnittsalderen på personer med diabetes var lavere hos etniske minoriteter enn hos etniske nordmenn [22].

1.2.4 Psykiske lidelser

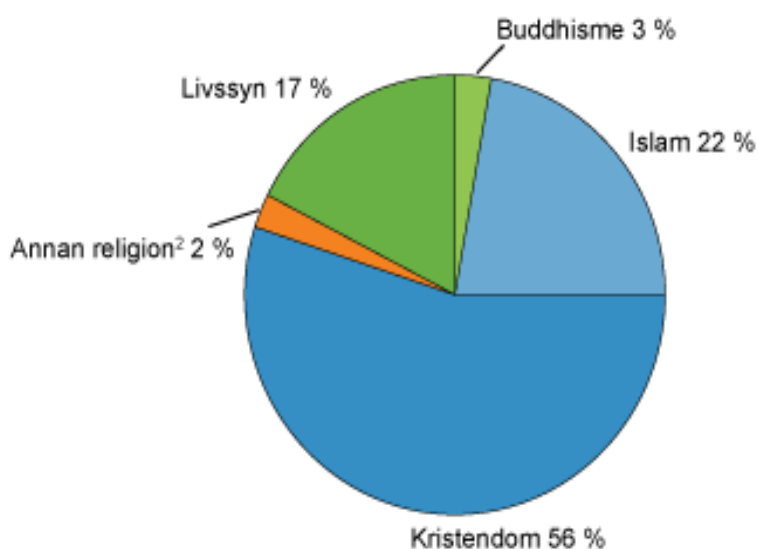
Funn fra Bloms levekårundersøkelse tydet på at forekomsten av psykiske helseproblemer blant de eldre innvandrere er omtrent tre ganger høyere enn i den norske befolkningen. Det er store forskjeller mellom de ulike nasjonaliteter og også mellom menn og kvinner. Høyeste andel med psykiske helseproblemer var blant personer med bakgrunn fra Iran og Irak [5].

Krigsbakgrunn og vansker ved migrasjon (isolasjon og lite sosialt nettverk) kan være årsaken til at mange innvandrere er utsatte for psykiske lidelser.

En kvalitativ undersøkelse blant leger i Oslo-området viste at fastleger opplever manglende kompetanse til å behandle pasienter med traumatiske opplevelser fra krig, vold og tortur [23].

1.3 Religion

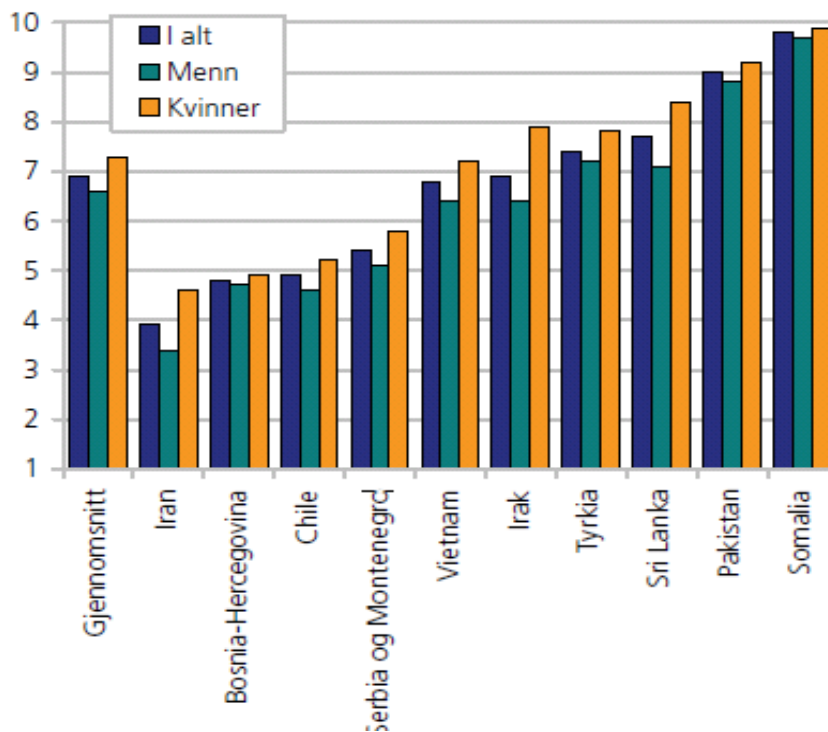
I dagens flerkulturelle norske samfunn møter man mange ulike religioner og livssyn. Det finnes ikke noe register i Norge over personer fordelt etter religion, tro eller livssyn. Dermed kan man ikke vite hvor mange i Norge som er buddhister, muslimer, katolikker og så videre. Det man kan vite, er antallet medlemmer i statskirken eller andre tros- og livssynssamfunn som mottar statlig støtte. SSB har publisert antall medlemmer i prosent per 1. januar 2011.



Figur 9 viser at islam står på andre plass etter statens offentlige religion, kristendom, og utgjør per 1. januar 2011 22 % av alle medlemmer i tros- og livssynssamfunn (106 700 personer) [24].

Figur 9. Medlemmer i tros- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirken, etter religion/livssyn. 1. januar 2011. Prosent. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

I den tredje levekårsundersøkelsen blant innvandrere ble deltakerne spurt om å vurdere hvor viktig religion var i deres liv. Innvandrere fra Somalia og Pakistan kom ut som de mest religiøse (figur 10). Verdien 1 i figur 10 står for "ingen betydning", mens 10 står for "svært viktig". [25].



Figur 10. Rangering av hvor viktig religion er i livet ditt. Etter landbakgrunn og kjønn. Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, S. Blom.

Religion kan i noen tilfeller være grunnen til kostholdsendringer. I islam er fasten en viktig del av religionen. Ramadan er den niende måneden i den islamske kalenderen når man faster fra soloppgang til solnedgang hele måneden. En person som faster er forpliktet til å avstå fra mat og drikke, røyking og seksuelt samleie. Formålet med fasten i islam er å stille alle individer likt, enten de er rike eller fattige. Gjennom opplevelsen av sult og tørst kan mennesket identifisere seg med de som opplever dette til daglig, og på denne måten utvikle sympati og medmenneskelighet [26].

Håkonsen og Toverud fant i sin undersøkelse at 46 % av deltakerne som var eldre pakistanere med kroniske sykdommer (blant annet diabetes) fastet under Ramadan. De tok sine medisiner etter solnedgang og/eller før soloppgang [10].

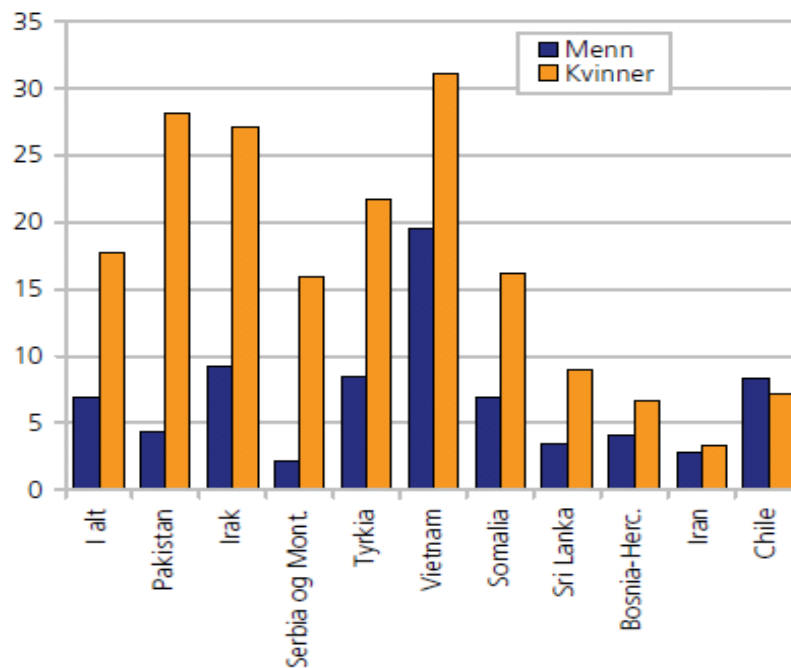
Aslam et al. har undersøkt hvordan fasten under Ramadan påvirker legemiddelbruk. Studien ble gjennomført i England og omfattet 81 pasienter med bakgrunn fra Asia. Han fant at 47 pasienter endret sine legemiddelregimer i fasteperioden ved enten å seponere legemidlene sine eller å endre tidspunkter for inntak av legemiddel [27].

En annen undersøkelse av 325 pasienter i Kuwait viste at mer enn 60 % endret legemiddelregimet sitt under Ramadan. En stor del av disse pasientene gikk på antibiotika kur under undersøkelsen. De tok medisiner sine enten før første måltid (etter solnedgang) eller rett etter siste måltid (før soloppgang). Forskeren mente at det var en høy risiko for terapeutiske feil i disse tilfellene [28].

1.4 Språkbarrierer

Språkferdigheter blant innvandrere er veldig varierende. SSB viste at flere kvinner enn menn anså sine norskkunnskaper som dårlige eller svært dårlige (se figur 11). Innvandrerkvinner fra Vietnam, Pakistan og Irak vurderte sine språkferdigheter som svært dårlige [25].

Håkonsen og Toverud fant at kulturelle, så vel som språklige barrierer har stor betydning for legemiddelbruk blant førstegenerasjons innvandrere fra Pakistan selv om de har bodd i Norge 10 år eller mer. Det viste seg at mange eldre pakistanere er avhengig av andre for eksempel familiemedlemmer med bedre norskkunnskaper, når de er i kontakt med helsepersonell, enten på apotek eller hos leger [10].



Figur 11. Andel som vurderer sine norskferdigheter som dårlige eller svært dårlige, etter kjønn og landbakgrunn. Kilde: Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006.

1.5 Generisk bytte

Generiske legemidler har siden ordningen ble innført forårsaket store bekymringer i den norske befolkningen [29-31].

Et generisk legemiddel er et nytt preparat som kommer på markedet i tillegg til et eksisterende legemiddel med samme virkestoff og styrke etter at patentet på det originale legemidlet går ut (vanligvis 15 til 20 år).

I sin studie har Håkonsen og Toverud sett på holdninger til og erfaringer med generiske legemidler i et utvalg av førstegenerasjons pakistanske innvandrere i Oslo. Alle deltakerne gikk på medisiner mot kroniske sykdommer, og 73 % av de brukte generika. Noen av deltakerne brukte dem uten selv å være klar over det. En fjerdedel av pasientene mente at ”kopimedisiner” var falske. De har opplevd bruk av falske medisiner fra hjemlandet og er redde for det samme kan skje i Norge. Under intervjuer fant forskere at 10 % av dem de snakket med, tok to generiske legemidler med samme virkning samtidig, uten å vite det. Disse pasientene fikk sine medisiner fra forskjellige apotek og de hadde vanskeligheter med å kommuniseres med apotekpersonell [32].

På grunn av språkbarriere og manglende skriftlig informasjon om legemidler på innvandreres eget språk kan det oppstå misforståelser om legemiddelbruk. For å unngå en del misforståelser om generiske substitusjoner i Norge og redusere feilbruk, kan det være aktuelt å pålegge legene til å forskrive legemidlets virkestoff (generisk navn) i stedet for merkenavn på reseptene [33].

1.6 Erfaringer fra andre land med legemiddelinformasjon til innvandrere

I USA bruker de fleste offentlige apotek og sykehus (over 3 000) to gratis databaser for helsepersonell: micromedex og lexi-comp, som presenterer informasjon om legemiddelbruk på pasientens eget språk. Micromedex har bruksanvisninger oversatt til arabisk, kinesisk, fransk, tysk, italiensk, japansk, koreansk, polsk, portugisisk, russisk, tyrkisk og vietnamesisk.

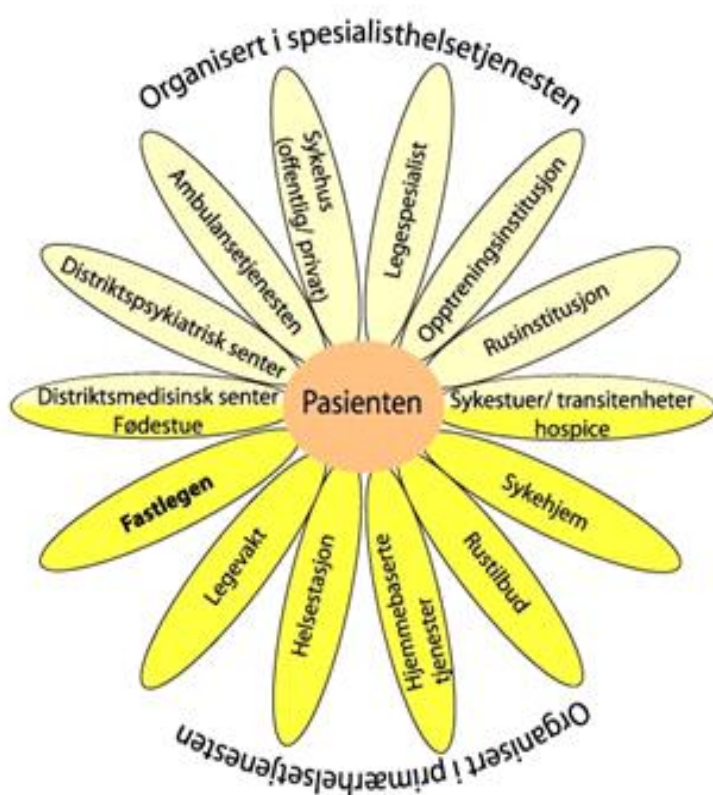
Mer enn 1200 apotek over hele Australia (25 % apotek) har fått gratis tilgang til telefoner koblet til tolker som hjelper farmasøyter å forklare viktig informasjon om legemiddelbruk til etniske minoriteter på deres eget språk [34].

I august 2009 i staten New York, USA kom det et bill 859-A ”Bestemmelsen om språktjenester på apotek”. Loven gjelder alle apotekkjeder med fire eller flere apotek i USA og pålegger kjedene å tilby både muntlig og skriftlig legemiddelinformasjon på de syv mest populære språkene blant innvandrere i New York City: spansk, kinesisk, italiensk, russisk, fransk, haitisk og bengali [35].

1.7 Norske helsetjenester

Det kan være vanskelig å integrere enkelte etniske minoriteter i norske samfunnet. Velfungerende helsetjenester er en av flere faktorer for bedre integrering for innvandrere. Befolkningen i Norge har mange muligheter for behandling og tilgang til gode tjenester når de har behov for dem (se figur 12).

Alle personer som har fast oppholdstillatelse i Norge har rett til å knytte seg til fast, navngitt lege (fastlege). Fastleger har ansvar for nødvendige allmennlegetjenester inkludert øyeblikkelig hjelp på dagtid. På kveldstid eller natt kontakter man legevakten hvis det gjelder akutt sykdom eller skade.



Figur 12. Grunnstrukturen i helsetjenester.
Kilde: Helse- og Omsorgsdepartementet.

Ved behov kan fastlege henvise pasienter til spesialist. Det kan være en privat spesialist eller en spesialist ved et distriktsmedisinsk senter eller poliklinikk.

For tilstander (både psykiske og somatiske) som krever innleggelse, henvises pasienten til sykehus, både offentlige og private. Pasienten kan selv velge hvilket sykehus han/hun foretrekker. Ved akutte tilstander ringer man ambulansetjenesten [36].

1.8 Norske apotek

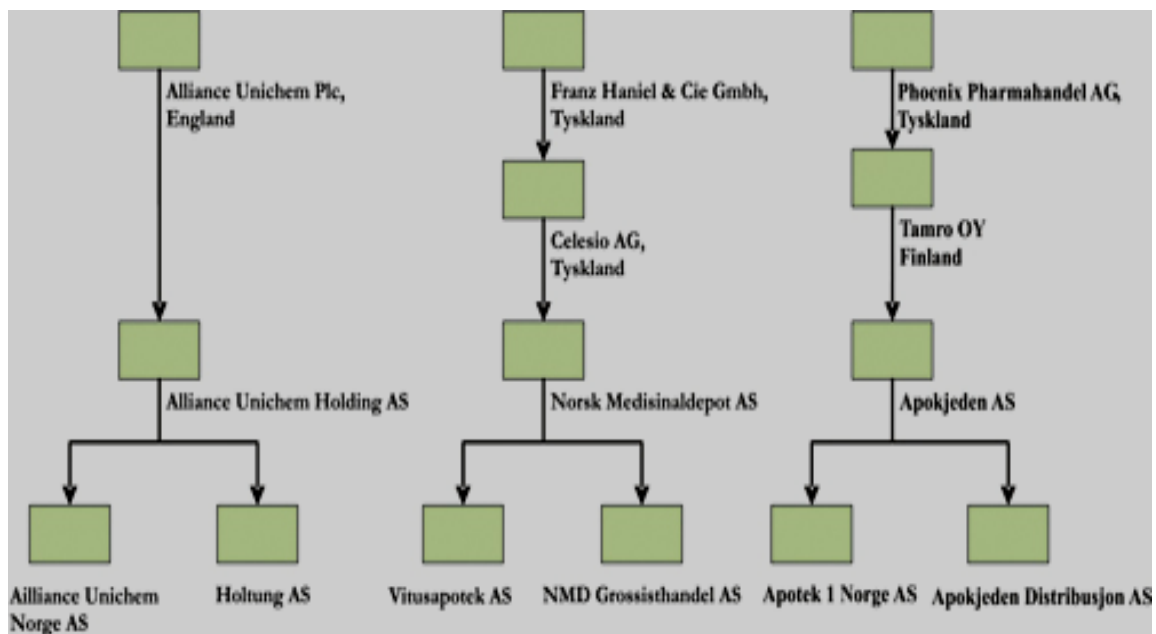
Apotek er en viktig ressurs i det norske helsevesenet for legemiddeldistribusjon og legemiddelbruk. Per 1. januar 2012 ble det registrert 707 apotek over hele landet [37].

Tabell 1. Antall apotek per 01.01.12. Kilde: Apotekforeningen

Apotekkjede	Antall apotek
Apotek 1	264
Vitusapotek/ Ditt apotek	243
Boots apotek	147
Sykehusapotek	32
Frittstående	21
Totalt	707

En høy prosent av de norske apotekene i dag er eid av tre grossistfirmaer (unntatt sykehusapotek):

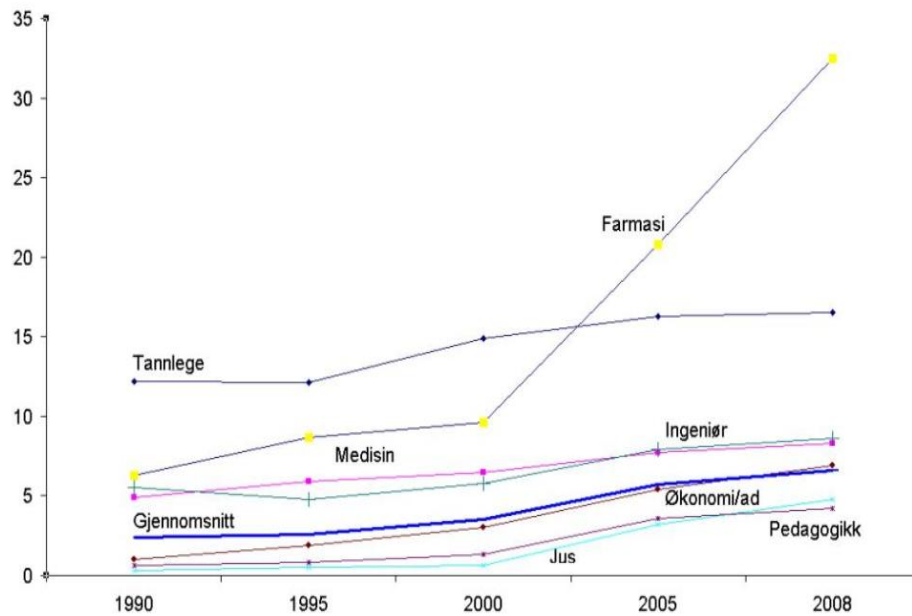
1. Apotek 1 eies av Apokjeden AS som også eier legemiddelgrossisten Apokjeden Distribusjon. Den finske legemiddelgrossisten Tamro eier Apokjeden AS.
2. Boots apotek eies av det britiske grossistfirmaet Alliance Unichem.
3. Vitusapotek med grossist NMD eies av det tyske grossistfirmaet Celesio. NMD har også utviklet et frivillig kjedekonsept under navnet Ditt Apotek [38].



Figur 13. Apotekkjedenes eierstruktur. Kilde: Helse- og Omsorgsdepartementet

1.8.1 Ansatte på norske apotek

Farmasi er svært populært blant minoritetsstudenter. I 2005 er det over 116 minoritetsstudenter som har valgt farmasi [39]. Som figur 14 viser, er innvandrерandelen også høy innen medisin og odontologi [40].



Figur 14. Andel studenter med ikke-vestlig opprinnelse fordelt etter fagfelt og utdanningsløp, 1990-2008. Kilde: Tidsskriftet Minerva, www.minervanett.no

Siden den nye apotekloven kom i 2001 var det en situasjon i apotekene der det var mange ledige farmasøytstillinger. I 2009 begynte Apotek 1 å rekruttere farmasøyter fra utlandet. Det ble benyttet et internasjonalt rekrutteringsbyrå som fant kvalifiserte kandidater fra EU/EØS-land og noen fra Balkan. Til sammen er det over 40 ulike språk som er behersket av medarbeidere på Apotek 1.

2. Hensikt

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvilke utfordringer farmasøyter i Osloapotek i områder med høy andel etniske minoriteter opplever i møte med innvandrer kunder.

Det ble blant annet undersøkt hvordan farmasøyter oppfatter sin rolle som informasjonsgiver til disse kundegruppene.

Studien vil belyse hvilke problemer som oppstår på apotek ved ekspedering av innvandrere.

Problemene som ble sett nærmere på var:

- Legemiddelbruk blant innvandrere;
- Språk, kultur og religion vedrørende legemiddelbruk;
- Problemer vedrørende generisk substitusjon.

3. Materiale og metode

3.1 Materiale

Farmasøyter fra 13 apotek som lå i områder i Oslo med høy andel innvandrere (Groruddalen, Gamle Oslo, et apotek fra Søndre Nordstrand og et apotek fra bydel Sagene) deltok i undersøkelsen. Alle tre apotekkjedene (Apokjeden AS, Vitusapotek og Boots apotek) var representert.

Det var totalt 19 deltakere (17 kvinner og to menn), av disse var den yngste 25 år og den eldste 66 år. Gjennomsnittlig alder var 40,6 år. Farmasøytene hadde jobbet i apotek fra ½ år til 45 år, i gjennomsnitt 14,2 år. To farmasøyter hadde jobbet på apotek i mer enn 40 år.

3.2 Metode

Apotekkjedene (Apokjeden AS, Vitusapotek og Boots apotek) ble kontaktet via mail for å få tillatelse til å bruke deres apotek til å rekruttere farmasøyter. Alle tre kjedene har gitt sitt samtykke til at undersøkelsen gjennomføres.

Til sammen ble det kontaktet 32 apotek. Syv apotek hadde ikke noen farmasøyter med etnisk norsk bakgrunn. Seks apotek hadde bare en farmasøyt med etnisk norsk bakgrunn. Farmasøyter fra fem apotek takket nei til deltakelse. En farmasøyt fra ett apotek frafalt.

Apotekerne til de aktuelle apotekene i Oslo ble kontaktet ved personlig møte på apotek. Det ble presentert informasjonsbrev om studien til apotekerne (se vedlegg 1). Der hvor jeg ikke fikk kontakt med apotekerne personlig ble det sendt en mail med vedlagte informasjonsbrev om studien. Etter at apotekerne ga sin tillatelse til å rekruttere deres ansatte, ble farmasøytene kontaktet enten personlig på apoteket, eller via mail hvor det ble avtalt tid og sted for fokusgruppeintervjuet. Farmasøytene fikk et ark med invitasjonsbrev (se vedlegg 2) hvor den aktuelle studien ble presentert.

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med gjennomsnittlig 4,7 deltakere i hver gruppe.

Tabell 2. Gjennomsnittstallene per fokusgruppe.

Gruppe	Antall deltakere	Gjennomsnittsalder	Arbeidserfaring i apotek (i år, gjennomsnitt)
Pilotgruppe № 1	5	52,8 år	23,2 år
Gruppe № 2	6	51,8 år	28 år
Gruppe № 3	5	28,6 år	2,4 år
Gruppe № 4	3	29,3 år	3,2 år

Alle fokusgruppeintervjuene ble utført i tidsrommet 16.01.12 til 13.02.12 på Tveita senter som ligger i bydel Alna.

Før hvert fokusgruppeintervju ble deltakerne bedt om å signere en samtykkeerklæring (vedlegg 3). Det ble ønsket velkommen etterfulgt av en kort introduksjon til oppgaven og problemstillingen (vedlegg 4). I introduksjonen ble det sagt at denne aktuelle undersøkelsen ikke inkluderer innvandrere fra nordiske land på grunn av likt språk og helsevesen. Deltakerne fikk beskjed om at de kunne trekke seg når som helst under intervjuet uten å oppgi grunn. Det ble også sagt at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven.

Det ble brukt en intervjuguide bestående av seks emner (vedlegg 5). Deltakerne ble bedt om å diskutere følgende emner: 1. hva de legger i begrepet ”innvandrere”; 2. legemiddelbruk blant innvandrere; 3. veiledning; 4. språkproblemer; 5. andre utfordringer; 6. generisk bytte.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og varte mellom 1 og 1 ½ time. Lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012. Alle fokusgruppeintervjuer ble transkribert til skriftlig form kort tid etter gjennomføring. Deretter ble resultatene sortert etter temaer.

Fokusgruppeintervju ble brukt som metode i denne undersøkelsen (vedlegg 6). Den første gruppen ble brukt som pilotgruppe. Det viste seg at det ikke var nødvendig å endre noe vesentlig. Pilotgruppen ble derfor inkludert i selve studien.

Det ble sørget for at alle deltakerne kom til orde og fortalte om sine erfaringer. Alle emnene i intervjuguiden ble diskutert. Assisterende moderator var til stede i hver fokusgruppediskusjon for å ta notater.

Forskningsprosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S

Studien fikk økonomisk støtte på 10.000 kr fra Norsk Farmasøytisk Selskap. Pengene ble bruk til å gi et Universalgavekort på 500 kr til hver deltaker og matsservering før hvert fokusgruppeintervju.

4. Resultater

4.1 Innvandrerkunder i norske apotek

Det første spørsmålet i intervjuet handlet om begrepet ”innvandrere” generelt, hva deltakere tenkte når de hørte ordet ”innvandrere”.

Farmasøytene som deltok i studien svarte at de først og fremst tenker på mennesker som er mørke i huden, ser annerledes ut og har eventuelt språkproblemer. De fleste nevnte Pakistan, Somalia, Iran, Irak som landene hvor innvandrere kommer fra.

”Vi tenker jo først og fremst de pakistanere fra tredje verden, da.”

”Veldig lett å ...umiddelbart tenke pakistanere for meg i hvert fall.”

”Utrolig omfattende betegnelse, men jeg tenker jo egentlig på de som er mørk i huden, gjerne litt problemer med språk...ja.”

De fleste farmasøytene assosierte ikke begrepet ”innvandrere” med folk som kommer fra europeiske land.

”Nei, ikke Europa i det hele tatt.”

”Jeg tenker på litt Asia området rundt, ikke europeerne liksom. Det er mer der at de som kommer fra hardere kår. Selv om teknisk er innvandrere alle som ikke kommer fra Norge, men sånn er det blitt når man sier innvandrere.”

Mens andre farmasøyter mente at innvandrere for dem er mennesker som ikke snakker norsk eller som snakker ukjent språk.

”Jeg tenker nokon ser veldig fremmed og veldig annerledes ut enn oss sjøl. Nokon har vanskelig å kommunisere.”

”Noe med språk også, når det er ukjent språk.”

”Det er så vanskelig å definere... Men aksenten, synes jeg... eller språket... er det nøkkelen... for meg...”

To farmasøyter definerte innvandrere som mennesker som kom fra fattige land.

”... kanskje det er noen som da søker bedre leveforhold enn det er der heimefra, at de er virkelig fra fattige land, krigsherjete land”

Alle farmasøytene fortalte at de har daglig kontakt med innvandrere på apotek og at hovedgruppen av innvandrere er fra Pakistan, Somalia, Vietnam og en del fra Sri Lanka. Farmasøytene fra tre apotek i Alnabru-området nevnte at de har mange russiske og polske kunder i tillegg til de overnevnte land.

”Pakistanere, somaliere, vi har veldig mange russiske, polske”

Mens farmasøytene fra sentrum fortalte at de ofte treffer innvandrere fra Afrika og Midtøsten, i tillegg til Pakistan, Somalia og Vietnam, og at mange apotek kunder er fra asylmottak.

”Vi har... de som er hyppigst inno er vel egentlig småbarns mødre... ja... fra... Pakistan eller... største andel derfra tror jeg. Ellers har vi en del... alt mulig fra.. en del mottak, afrikanere, vi kan liksom ikke gjette land, akkurat hvor de kommer fra, nei”

”Vi har ganske mange asylsøkere, for eksempel, som kanskje bor på asylmottak, som også ikke snakker norsk i det hele tatt. Vi har også pakistanske damer med unge barn, som er med som tolk.”

Mange farmasøyter mente at apotekansatte som selv har innvandrerbakgrunn trekker mange innvandrer kunder som snakker samme språk som dem selv. Farmasøytene la vekt på at det hjelper mye at de har kollegaer med utenlandsk bakgrunn fordi de kan få løst språkproblemer.

”Det tror jeg at det har mye å si hvem som jobber på apoteket. Når de vet at det er en vietnamesisk, så tror jeg, det trekker... Og det er helt naturlig. De vet at de blir forstått. Vi også har mange kollegaer fra forskjellige land. Jeg synes det er veldig godt. Jeg synes hvis det kommer en som ikke prater norsk, så henter vi en av våre kollegaer.”

”Gull verdt å ha folk som kan språket på jobb også.”

En farmasøyt mente at apotekere som driver apotek i en bydel med høy andel innvandrere, bør være klar over det og ansette farmasøyter med innvandrerbakgrunn som gjenspeiler hvor innvandrer kunder kommer fra.

”Jeg tenker at apotek som har høy grad av ulike innvandrergrupper... at apotekeren kan være litt mer bevisst på hvem som er ansatte. At man ansetter betjening som kan flere språk. Det utdannes jo både

vietnamesiske og pakistanske og somaliske farmasøyter. Hvis de kunne bli brukt mer...At apoteket bruker dem som rekruttering også for personalet som kan språket. Det hadde hjulpet mye.”

4.2 Hvilke typer legemidler innvandrere kjøper på apotek

I denne studien er det interessant å se på hva som er mest etterspurt av innvandrere både på og uten resept i apoteket.

4.2.1 Reseptpliktige legemidler

Det første som kom fram i alle fokusgruppene var at enkelte innvandrergrupper ofte har diabetes og hjertekarsykdommer. Farmasøytene opplevde at de selger mye antidiabetika til innvandrere.

”Veldig mye. Alle de overvektige damer er med diabetes og hjertekar. Det er standard. Jeg synes vi har enormt mye av det. Og veldig unge også.”

”Jeg synes det er veldig masse diabeteskunder. Det er jo... det er flere enn... fleste har jo en resept på en type diabetes medisin i hvert fall.(...)”

Det oppfattes også at innvandrere vanligvis har med seg omfattende resepter, såkalte ”reseptbunker”.

”Men jeg føler mer at det er... innvandrekunde jeg har at de kanskje har mer omfattende resepter at de har så masse... (...) Ja, vi har reseptbunkekunder, som jeg kaller dem. ”

”Jeg føler at de diabetesreseptene til innvandrere er mer omfattende enn til de norske. (...) De, som kommer, henter to, tre poser med legemidler liksom for diabetes, så er det ingen nordmenn som jeg kjenner til, tror jeg.”

I en av de fire fokusgruppene kom det fram at farmasøytene selger veldig mye Cialis eller Viagra. Det oppfattes som om det er mange unge, friske, utenlandske menn rundt 30-40 år som kjøper disse legemidlene. En farmasøyt ser på det som på et mulig resultat av arrangerte ekteskap i noen kulturer.

”Ja, utenlandske menn bruker mer av det enn norske...Fordi norske er det kanskje mer...at de har et handikap eller et eller annet, at de veit at dem er syk på en måte...Men de utenlandske mennene er liksom på best alder som egentlig... som jeg tenker burde ikke ha noe problemet med det...Og da

tenker jeg bestandig at det er fordi at det er arrangert ekteskap. At de egentlig ikke bryr seg om sin kone, at det ikke er så lett å ligge med, tenker jeg... Noen ganger syns jeg at det er påfallende at de kjøper så mye av det. Som jeg tenker, som friske menn, 30 år, 40 år, ikke sant, skulle ikke ha problemer sånn sett... ”

4.2.2 Reseptfrie legemidler

Halvparten av farmasøytene følte at de selger veldig mye Paracet til innvandrere, spesielt til barn.

”Noen ganger så syns jeg at vi selger eller at de skal ha vanvittig mye Paracet. Spesielt pakistanere.”

”(...) 80% av kundene er innvandrere hos oss. (...) Vi selger nesten bare Paracet og graviditetstester, føler jeg.”

”... Den Paraceten er veldig spesielt, de bruker den mot alt. Alltid. Hvor gammel ungen er, hvor høy feber han har. Også ser du at de ikke har målt feber. Også prøver du å forklare det..., og så sier de, men barnet gråter, sier de.”

I de tre fokusgruppene ble det sagt at innvandrere bruker mye fuktighets- og kortisonsalver og at mange kommer med en lapp fra lege om D-vitaminmangel. Det gjaldt spesielt de som er litt mørke i huden.

”D vitamin. Det er faktisk vår bestselger på apoteket.”

”Det er mange som har veldig, veldig tørr hud. De smører inn sine små unge med Locobase, Apobase, litt sånn fra topp til tå. ”

”De får så tørr hud, vet du... Det tror jeg de ikke tåler vinteren her. Tenkt på det mange ganger...”

I alle fokusgruppene kom det fram at innvandrer kunder har en annen holdning til bruk av reseptfrie legemidler enn etniske nordmenn. Farmasøytene mente at innvandrere forventer å finne større utvalg av legemidler uten resept på norske apotek og at de i tillegg gjerne vil bruke medisiner mot sykdommer som ikke nødvendigvis trenger medisiner.

”Akkurat som at det er normalt å være litt forkjølet, litt kvalm, hva som helst, men de skal ha noe for alt.”

En farmasøyt beskrev det på følgende måte:

”Jeg merker at de ofte kommer og spør etter ting som... det virker som de er vant til at hvis det er fra hjemlandet sitt, så går de bare ”jeg skal ha et eller annet å helle i øret, fordi jeg har vondt i øret.” ”Ja, men, ta 1 Paracet”. ”Nei, jeg skal ha noe som skal helles i øret”. Jeg tror litt sånn i en del land... at de kan gå og kjøpe alt mulige greier, som ikke finnes i Norge eller sånn. Du skal kjøpe et eller annet for alt mulig... Så kommer de med den flasken de har kjøpt i utlandet. Har du noe sånn, liksom? Så er det merkelig urte (...).”

Det virket for farmasøytene som om menneskene fra andre land ofte har høyre forventninger til legemidlets effekt enn etniske nordmenn. Det opplevdes slik:

”De gir ikke nok tid nå hvor det er så mange små barn som får utslettet, så kommer de og sier: ”jeg har prøvd den i to dager og den hjelper ikke, og jeg har prøvd den i to dager og den hjelper heller ikke”. De forstår ikke det der at det tar litt tid. ”

”Når de skal ha en krem, også er de veldig opptatt av at effekt skal komme veldig fort, har jeg inntrykk av. Hvis de kjøper en krem mot rynker, så skal rynker gjerne blir borte dagen etterpå. Det syns jeg er litt sånn... uff... veldig utfordrende noen ganger å forklarer at vi ikke har noen ting som...(knipser med to fingre)”

”Så de forventer at det skal finnes en sånn mirakelpille for det.”

4.3 Veiledning

Det var viktig i denne studien å se på hvordan farmasøytene oppfatter sin rolle som informasjonsgivere til innvandrere.

Alle farmasøytene mente at de finner det vanskelig å gi tilstrekkelig informasjon til innvandrer kunder på grunn av språkbarrierer. De fleste fortalte at de rett og slett gir opp når det gjelder å gi informasjon til innvandrere der det oppstår kommunikasjonsproblemer. En del farmasøyter legger skriftlig informasjon i posen i håp at noen kan oversette den for vedkommende. De andre håper at legen har informert pasienten om legemiddelbruk, spesielt hvis man kan anta at legen og pasienter snakker samme språk.

”Jeg tenker mer på å prøve at det blir riktig bruk framfor å begynne å gå inn i problemstillinger som er knyttet til bivirkninger og sånt nå. Jeg tror jeg gir opp litt før det. Også bare håper jeg at legen har gått gjennom ting.”

”Jeg føler at det er bare om å få overstått liksom ekspedisjon. Også kan man jo prøve seg fram litt med tegnspråk, men... Ofte så blir det sånn... jeg håper at legen har forstått at de ikke kan komme til oss og forvente å få informasjon.”

En del farmasøyter var mer bevisst på at innvandrer kunder sannsynligvis heller ikke får nok informasjon hos legen.

”Legene informerer nesten ingenting. De fleste spør dem... De har kanskje knapt vært hos legen 10 minutter, får en resept. Jeg tror at det er veldig, veldig mange trenger informasjon fra legen selv det er eget språk eller jeg tror at det er veldig mange som trenger informasjon. (...)”

En farmasøyt fortalte at hun ofte får besøk av et eldre kinesisk ektepar, som ikke snakker norsk. De har brukt apoteket i mange år og har kommunikasjonsproblemet hver gang de er på apoteket. Farmasøyten opplevde følgende:

”Vi har et par hos oss, som jeg syns er veldig tungt å kommunisere med, kinesisk ektepar... De snakker altså ingenting, opplever jeg... de kinesisk ektepar, eldre... Og da tenker jeg at det får være grenser. Da tenker jeg at det får være legen sin ansvar... Og da lukker jeg øyer og ører omtrent. Hva skal jeg gjøre? Da tenker jeg at da må de ha snakket med legen. Han må jo ha forklart bruk og hva det er alt mulig. Da bare ekspederer jeg alt og sier ingenting. Jeg kan ikke snakke med dem, jeg kan ikke kinesisk. Når da de ikke kan norsk som er i Norge, da vet ikke jeg. Da føler jeg at det ikke er mitt ansvar”

Selv om mange av farmasøyten følte at det er deres plikt til å gi informasjon, er det mange som fraskriver seg ansvar fordi de ikke finner løsning.

”De vanskeligste syns jeg, når de står og sier ”Ja, jeg forstår”. Også ser de ikke ut som om de forstår noen ting i det hele tatt. I hvert fall min utfordring sånn personlig er det å ikke gi opp. Noen ganger blir jeg så frustrert...(...) Da er det så lett noen ganger å tenke ”Ok, det blir liksom ditt ansvar når du kommer hjem på en måte. (...)”

”Hvis det andre som gjør deg stresset på jobben og så kommer noen sånn... Da tenker man liksom ”å, du kan ikke språk. Det er ditt problem. Vær så god. Ha det”. Jeg har ikke tid å holde... Jeg tenker det liksom...”

Fem farmasøyter fra tre forskjellige fokusgrupper fortalte at de ofte opplever at innvandrere ikke vet hvorfor de bruker medisinene sine. De går til apotek og kjøper et legemiddel uten å vite hvorfor legen

har forskrevet det. Det kan enten skyldes manglende informasjon fra legen eller manglende norskkunnskap eller begge deler. I tillegg kan det være vanskelig å kontakte legen hvis det oppstår et problem hvor farmasøyten må ringe lege for å bekrefte en eller annen informasjon, mest på grunn av forskjeller i åpningstider mellom legekantor og apotek.

”Det jeg ofte opplever er også at legen som da ikkje er av samme språk, at de ikke har forstått der heller og så kjem de til oss og spør ”hvorfør, ka er den medisinen for?” Og da hender at vi spør ”hvorfør gikk du til legen?”, ”Jeg vet ikke”. ”Hva skal det hjelpe for?”, ”Jeg vet ikke”. Det er medisinen som ikkje nødvendigvis er bare en indikasjon, ikkje sant. Jeg kan ikkje nødvendigvis svare kvorfør du har fått dette. Da er det helt håpløst. Men da kan jeg svare, det brukes vanligvis for det og det. Også at noen leger skriver brukes som avtalt... Og da er det å ringe legen selvfølgelig. Men åpningstider til leger samsvarer ikkje med oss i det hele tatt. Så det er ganske vanskelig. Ofte får vi... vi får mest kunder etter klokka tre. Men kvorfør gikk du til legen hvis du ikkje... hun ikkje helt veit kvorfør hun gikk til lege heller. Hun veit det selvfølgelig regner jeg med, men greier ikkje å si det. Så det hendte at jeg ringte kollegaen og tatt telefon ”Kan du prøve å få noe ut av det?” Så jeg slipper her... For hun vil jo gjerne ha med seg medisinen, så jeg slipper å ekspedere noko som er helt i blinde.”

En annen farmasøyt ønsket å ha legemiddelsinformasjonstelefon til innvandrere og ble støttet av alle farmasøytene i samme fokusgruppe:

”Det skulle ha vært en legemiddelsinformasjonstelefon hvor du kunne taste det språket du kan kommunisere på. Det er jo egen telefon for gravide... Kunne også vært sånn innvandretelefon.”

Tre farmasøyter nevnte at de savnet de gamle brosjyrene på forskjellige språk som ble publisert tidligere.

”Vi hadde... på det apoteket jeg var først... vi hadde på alle språk... veldig mye sånn arabisk... at vi kunne ta fram brosjyre. Vi har det egentlig ikke det så mye her. Men det burde man egentlig hatt.”

4.4. Språkproblemer

4.4.1 Innvandrergupper som har kommunikasjonsproblemer

Det kom tydelig fram i alle fokusgruppene at den største utfordringen farmasøyten har i sin hverdag på apoteket er språket.

”Jeg syns språket er alle det verste. (...)

De fleste farmasøytene mente at eldre innvandrere har ganske store problemer med å kommunisere på norsk selv om mange har bodd i landet i flere år.

”Første generasjon kan ikke noe mer språk selv om mange har bodd her kanskje 20-30 år, men de som er født i Norge i hvert fall...”

”...det kjem ikkje an på hvor lenge de har bodd i Norge. Jeg blir litt nysgjerrig, går tilbake og ser på historikken hvor lenge de har faktisk hentet medisiner på apoteket. Det kan være 10 år tilbake, men det er jo faktisk... jeg ser at de har henta medisiner i 10 år og kan fortsatt ikkje norsk. De kan ikke formidle et ord på norsk. Det blir jo litt både trist og opprørt...”

Noen farmasøyer mente at norskkunnskapene blant innvandrere er svært varierende. Mens noen har problemer med å forstå og formidle enkle beskjeder, snakker andre språket flytende. Noen ganger blir man overrasket hvis eldre innvandrere snakker veldig bra norsk. To farmasøyer beskrev det slik:

”Men jeg har mange ganger tenkt: ”Å Gud, her får jeg et problem med en eldre dame som kommer”, ikke sant, som tydelig ikke har vokst opp her, så går det bra allikevel også.”

”Jeg klarer ikke å skille, det er veldig forskjell. Jeg kan være litt sånn... for eksempel, et godt eksempel, når du merker at du får liksom fordommer når... spesielt eldre innvandrere, de som ikke er født her antakelig, snakker ofte veldig, veldig dårlig norsk. Så kommer de ofte inn, noen av dem snakker plutselig kjempebra norsk. Du tror, ”å nei, nå kommer de... det blir...”, så kommer de ”Halla”, liksom, også snakker han perfekt norsk. Men noen kan ikke et ord. Det er så forskjell, så jeg klarer ikke å skille at de fra Pakistan snakker dårligere norsk. Det varierer fra person...”

Det ansees at en nasjonalitet skiller seg spesielt ut når det gjelder språkvansker blant eldre innvandrere. I alle fokusgruppene kom det fram at nesten alle farmasøytene opplever store kommunikasjonsproblemer med de eldre vietnamesere som snakker veldig dårlig norsk eller ikke snakker norsk i det hele tatt.

”De verste er vietnamesere, de gamle vietnamesere. De står bare og ser på deg. De kan ingenting. Vi har heldigvis noen vietnamesere på jobb som kan hjelpe de litt, men ... De gir ikke noe respons tilbake heller.”

De fleste farmasøytene opplever at vietnamesiske kunder ofte nikker og sier seg enige uten å forstå hva de blir spurt om.

”Jeg synes at vietnamesere hvis dem kommer i dag så forstår du at de nikker og smiler, sier ja hele tiden. Uansett hva du sier, uansett hva du spør så er de ja, ja, ja, ja. Trenger du hjelp? Ja, ja. Da vet du med en gang at det er kulturelt. Da vet du at dem ikke har forstått det du prøver å si. Da må du prøve å gå via andre veier.”

”Det folkeslaget er så høflig, at de sier veldig ofte Ja. Forstår du hvordan du skal bruke det legemidlet? Ja, ja. Også vet du at de ikke forstår det. Du kan liksom ikke si Nei. Jeg synes det er det verste egentlig.”

Innvandrere fra Europa ble lite nevnt i fokusgruppene, men en farmasøyt syntes at det også kan være et stort språkproblem blant østeuropeerne. Grunnen til det er at de fleste kommer til Norge som arbeidstakere, jobber i grupper og har ikke behov for å lære seg et nytt språk. Mange er i landet for en kort periode for å jobbe og reise hjem etter hvert.

”Jeg synes mange ganger det kan være verre med en del av de øst europeerne som er kommet. Særlig har vi mye arbeidsfolk der fra. Og de jobber i grupper så de har ikke behov for å lære seg norsk (...)”

En annen farmasøyt opplever at de eldre pakistanske innvandrere behersker norsk språk mye bedre enn de andre innvandrere.

”Jeg tenker at de eldre fra Pakistan er de som snakker best norsk av... Minst kommunikasjonsproblemer av alle de eldre, så klart, så er det Pakistan som er best.”

Mens en farmasøyt fra en annen fokusgruppe mente motsatt, at eldre pakistanske innvandrere snakker dårligst norsk og er mer problematisk i forhold til språkkommunikasjon.

”De som er fra Pakistan, det er de for meg som er største problemet, blant annet kvinner.”

Når det ikke er noen alternativer for å oppnå forståelse med vedkommende, bruker en del farmasøytter tegnspråk.

”(...)Fordi det er like stort problem hvis de ikke kan norsk, og dårlig engelsk. Da sliter vi litt. Da blir det mer fingerspråk...”

”Jeg har stått noen ganger liksom med tegnspråk og tegnet klokka. (...)”

En farmasøyt fortalte følgende:

”Det verste er egentlig å komme fram til produktet. For mange av dem, vondt i magen og gjør sånn (peker på magen).. Men hvor skal vi begynne? Om det er luft i magen eller forstoppelse eller er det veldig vondt eller det er grad med forskjellige ting. Bare peker man på kroppsdelen og så skal du på en måte stille en diagnose og så skal du hjelpe dem. Mange sier bare: ”gå til legen”, fordi det er mye enklere.”

Farmasøytene fra tre apotek hadde erfaring ved bruk av Google translate som et verktøy under ekspedisjon. Google translate er en kostnadsfri, nettbasert oversettelsestjeneste som umiddelbart oversetter ord, tekster eller hele nettsider.

” (...) vi er veldig gode på Google translator. Veldig kjekt verktøy du har.(...) Også skriver de, også skriver jeg på norsk... også kommer det på polsk... Også snur vi skjermen.(...)”

”Vi gjør av og til, vi googler. Det er mulig å få oversettelse fra engelsk... ja... da får du oversettelse, da kan vi vise de som kan lese... Ja, de skriver på engelsk, det er mulig enklere, ikke på norsk, da får du et annet språk, kinesisk og russisk, og... Det er stor hjelp egentlig.”

En farmasøyt fra et fjerde apotek hadde også prøvd Google translate, men syntes den tjenesten ofte er uaktuell fordi noen heller ikke kan lese.

4.4.2 Analfabeter

Et annet problem som ble tatt frem i fokusgruppene var at noen innvandrere er analfabeter. Dette er vanskelig å oppdage fordi de prøver å skjule det og det er veldig lett for farmasøyten å glemme det.

”Hos oss er det vanskeligere med de somaliske. Og det er fordi jeg ofte oppfatter eller føler på meg at de heller ikke kan lese. Det vil ikke de avsløre. Så det blir veldig mykje sånn opp igjen og opp igjen i gjentakelse. Også er det veldig mykje spørring om pris, går og henter en var ”pris?”, en annen vare ”pris?” Også står jo prisen på hylla. Og da blir jeg sånn... Hadde der vært en vanlig kunde, da hadde jeg litt sånn.... ”Les da!” Men det kan jeg ikke forde jeg vet ikke...”

Hvis noen kunder ikke kan lese, er det vanligvis vanskelig for farmasøyten å oppdage dette og derfor kan det ikke forventes at informasjonen som står på etiketten er nok og heller ikke skriftlig informasjon som legges i posen er til stor hjelp.

”Også er det litt sånn med skriftlig informasjon... Hvis vedkommende ikke leser norsk... Det er litt skummelt å tenke at ”Åh ja, da gir vi bare ut brosjyrer”... også har de ikke lyst å si til oss at de ikke forstår det som vi har skrevet. Det gjør de ikke. Det har jeg nesten aldri opplevd det at noen har sagt at de ikke kan lese.”

4.4.3 Behov for tolk

Det var mange eksempler i alle fokusgruppene på at mindreårige barn opptrer som tolk for en mor eller far, som ikke kan kommunisere på norsk. De fleste farmasøyter synes at det er ille når barn blir brukt som tolk. De føler at det er veldig begrenset informasjon som kan formidles gjennom barn. Farmasøytene prøver å snakke forståelig, bruke enkelt språk og gir bare den nødvendige informasjonen.

”Det med barn som tolker... Det synes jeg er litt ekkelt (...) Du får ikke gitt mer info rundt det legemidlet. Eller det er i hver fall vanskelig. Mer av hensyn til barn.”

”(...) jeg merker det på meg selv at jeg gjør litt forskjell. Nå tenker jeg på midler mot urinveisinfeksjon. Der er det (...), minner om at det er viktig å late vannet når du går til sengs, late vannet etter samleie. Står de med tolk, et barn eller en mann som tolker for dem så klarer ikke jeg å si de generelle rådene der. Da kan du si at det er kanskje ikke det viktig akkurat i forbindelse med den legemiddelutleveringen, men jeg synes det er så pass viktige generelle råd, at man burde ha sagt det. Jeg synes det er litt vanskelig å si det.”

Flere farmasøyter opplevde at innvandrere ofte sender barna alene for å hente reseptpålagte legemidler. En farmasøyt mente at å sende barna alene er verre enn å bruke barna som tolk på stedet. Det skjer noen ganger at hun har behov for å klargjøre noe på resepten og derfor må hun snakke med personen som har fått resepten fra legen.

”Men det synes jeg er verre at de sender barna alene uten voksen i det hele tatt. Så kommer det tre, fire små barn for å hente medisiner og har med resept og skal kjøpe medisiner på resept og noen ganger ting som jeg virkelig føler jeg hadde tenkt å snakke med den som skal ha det for å forklare bruksområdet, eller kanskje det er feil med resept eller noe som er uklart. Det er helt... Det er mye... det synes jeg er verre enn de som eventuelt bruker barna sine som tolk fordi der er det i hvert fall mulig

å få forklart hva og hvordan... Men det er ikke greit når det er uklarheter og barna kommer alene. Og det syns jeg er veldig... Jeg vet ikke. Det er ikke vant til fra Norge. Det gjør ikke norske foreldre.”

Mange farmasøyter syns at de ikke kan bli sikre på at den informasjonen de gir til barn formidles videre til foreldrene på en riktig måte. En farmasøyt fortalte om hennes kollega som hørte at barna oversetter feil til sine foreldre.

”Men også de som bruker barn som tolk, som også litt skummelt. Vi har jo flere tilfeller... For eksempel kurdisk... Vi har en som snakker kurdisk og hun sa at det hender... Ho ser ikke kurdisk ut da. Så ikkje nødvendigvis dem veit åssen... Så forteller hun til barnet og så oversetter barnet feil. Så hun veit at de oversetter feil fordi hun ikke har ordforråd til å si det... Da fanger hun ordet opp, det gjør selvfølgelig ikkje jeg da.”

Farmasøytene fra to fokusgrupper fortalte at de ofte opplever telefontolking på deres apotek. Hvis det oppstår behov for akutt tolkehjelp ringer innvandrere ofte til noen som kan tolke for dem mens de står på apoteket. Noen farmasøyter mente at det hjelper mye.

”Det blir liksom med sånn telefon... hvem vi snakker med, vet jeg ikke, men noen de kjenner som kan språket...(...) En eldre dame som ikke kunne noen ting så snakket jeg med noen som kunne forklare liksom, da skjønnte hun, da gikk det greit. Uten det så hadde det ikke vært mulig.”

Derimot opplevde en farmasøyt noen ganger at personen på den andre siden av røret heller ikke er så god i norsk.

”Vi får ofte tolking over telefon. At de står i skranken og ikke skjønner noen ting, og så ”vent litt”, og så ringer de, og så ”snakk med den”. Også kan jo kanskje den ikkje så bra norsk heller. Det er ikkje noe bedre situasjon egentlig.”

4.5 Kultur

Noen farmasøyter mente at ikke-verbal kommunikasjon kan skape en del misforståelser, som følge av kulturelle forskjeller på hvordan man bruker kroppsspråk.

”Vi prater jo uansett ikke om en ensartet gruppe. Det er forskjellige bakgrunn på alle forskjellige kultur. Det spiller ganske stor rolle når det gjelder språk og forståelse. Det er ikke bare verbale språkutfordringer. Det er ganske mye non verbale...”

To farmasøyter fortalte at de føler at innvandrere ofte blir sinte og aggressive og har vanskelig adferd. Derimot en annen farmasøyt mente at mange apotekansatte misforstår innvandreres kroppsspråk, at menneskene høres sinte uten å bli det.

”Vi har veldig mange afrikanske kunder, som er fra vest Afrika, også Nigeria, Uganda og eller der, som ikke sikkert er her på lovlig grunnlag og som snakker engelsk og som jeg tror ofte er... forventer å bli dårlig behandlet ikkje minst på en måte. Så det er litt sånn kroppsspråket er på hugget i utgangspunktet. ”Jeg vil ikkje at noken kommer foran meg i køen. Jeg skal kreve min rett”, litt sånn har jeg følelsen av. Vi veit jo at de har litt annet stemmeleie og kroppsspråk enn oss. Men vi har så mange at det blir nesten vanlig. Man høres sint ut når man ikkje er det. Jeg tror det er veldig mange misforståelser ut av det som oppstår fordi de misforstår vårt kroppsspråk sannsynligvis. Vi er mer reserverte.”

En mannlig farmasøyt fortalte at han noen ganger tenker at innvandrerkvinner kan misforstå hans kroppsspråk og hans hyggelighet. Han finner det av og til vanskelig å finne riktig kroppsspråk ved ekspedering en utenlandsk kvinne av den grunnen.

”Jeg føler også som mann at det er litt vanskelig å vite hvordan jeg skal forholde med til innvandrerkvinner for at de kan mistolke hyggelighet man ofte har med norske, at de kan ta det litt feil opp. Jeg vet ikke. Man blir kanskje litt reservert av den grunnen og litt mer forsiktig kanskje.”

I tillegg til forskjell i kroppsspråk mente en farmasøyt at tradisjonelle muslimske klesplagg kan hemme kommunikasjonen. Hun fortalte at hun ikke kunne kommunisere med en dame som hadde på seg burka. Det var vanskelig å snakke med damen fordi man ikke kunne se verken ansiktet eller mimikken. Farmasøyten måtte be henne å vise ansiktet for å holde en samtale.

”For det første fikk jeg ikke kommunisert så mye fordi hun hadde bare...(Peker på øynene). Det var ikke noe mimikk heller. Også snakket hun veldig dårlig norsk, men det endte at hun måtte løfte opp burka sånn du på en måte... at vi fikk prate litt.”

Fire farmasøyter fra to forskjellige fokusgrupper opplevde at noen ganger er det slik at farmasøyten ofte må holde samtale med mannen og ikke med kona selv om medisinene er til kvinnen.

”Vi har en del som... der det er tydelig at mannen som tar seg over businessen på en måte, uansett om medisinen er til kona, så er det tydelig at vi skal snakke med mannen. Hvis vi snakker til kona så griper nesten mannen inn og snakker til oss. Og det er litt... jeg blir litt sånn nesten provosert av det, fordi det er ikke sånn. Ja..nei... Det er vanskelig å liksom skulle akseptere det. Og når kona da viker unna med blikket når du snakker til henne, så... ok, da tar vi det med mannen da.”

Arabere ble brukt som eksempel på dette.

”(...) Jeg føler ofte at de som levere... Mannen som snakker er arabere. Stort sett. Ikkje pakistanere, men arabere. Men det er veldig sant, damene holder seg i bakgrunnen.”

Fem farmasøyter fra to fokusgrupper syntes at innvandrere har større respekt for apotekansatte enn nordmenn. Farmasøytene følte at det kunne skyldes at apotekene i noen land har større funksjoner enn norske apotek. De fortalte at de har en følelse at farmasøyt og lege i utlandet har samme rolle.

”Jeg hadde kanskje nevnt at noen enkelte innvandrere har på en måte litt mer respekt for farmasøyt, enn nordmenn, tror jeg noen ganger. Det er sånn at du er sjef eller du er lege liksom..., mens nordmenn er litt sånn, legen er sjefen. (...) Jeg tror at noen er sånn... Jeg tror at noe sted i utlandet er jo nesten at apoteket er jo... de er ikke leger, men de driver med på å levere ut til folk på apoteket i utlandet. Alt i ett funksjon. Det er litt annerledes enn Norge. Vi er mer sånn begrenset. Vi kan liksom ikke skrive ting.”

”Jeg tror det er Midtøsten som kjem inn og skal snakke med doktor. Fordi, jeg tror i Iran, er doktor, altså lege og farmasøyt er samme ordet. Så de gjør det samme grei. Eller... du kan gå på et apotek og så får du... fungerer han som lege. Og det er noko som du slipper med de europeiske innvandrere fordi de skjønner det samme helsesystemet... Så de kjem inn og skal snakke med doktor. De kan ikkje forstå hvorfor ikkje jeg kan stille diagnose for det meste, ikkje sant, eller hvorfor jeg må til lege for å få..., det er jo bare blodtryksmedisin. Vi har han apoteker som ikkje er daglig i reseptur, som er bare bak da eller sitter på kontoret, og hvis jeg henter fram han... ”Doktor! Doktor!” Da blir de glad. For da kan

han fikse for det meste... De stoler ikkje på oss når han kjem. Han er fra Iran. Så han er en doktor. (Ler) Han er ikkje det. Så folk tror at han er en doktor. ”

4.6 Utfordringer relatert til religion

4.6.1 Svinegelatin

Alle farmasøytene fortalte at de hadde fått spørsmål om gelatininnholdet i kapsler, og om det eventuelt kommer fra svin. Det ble sagt at det har vært en aktuell problemstilling på apotekene for en stund siden før produsentene begynte å merke på boksene hvor gelatinet kommer fra. Noen farmasøyter mente at det fortsatt er noen produsenter som ikke merker sine produkter og derfor må farmasøytene bruke tid på å finne ut om dette. De fleste sa at de måtte ringe produsentene i slike situasjoner.

En farmasøyt syntes at produsentene som lager kapslene med gelatin i Norge ikke ser på dette som på en aktuell problemstilling. Hun mente at det virker veldig arrogant og at det kunne være mulig å lage andre former hvor det ikke var behov for å bruke gelatin.

”Men noe av produsenter er liksom ”Nei det anser vi ikke som en problemstilling”. (...) Akkurat som du sier at det er halv million innvandrere, en god del av dem er muslimer, og da kan de ikke si at det ikke er et problem. Det syns jeg er arrogant i hvert fall. Det finnes så mange ting vi kan bruke i stedet... Det må gå an å lage for eksempel tablett”

I et apotek i sentrum begynte farmasøytene å merke på hyllene i selvvalget ”halal godkjent” på produktene fra Nycoplus. Det hjelper dem å spare tid på å slå opp hver gang spørsmålet dukker opp.

”Før vi fant ut hvilken gelatin inneholder enkelt produkt, så gjorde vi en kjempe jobb med å slå opp på, men nå har vi bare merka på hylla rett og slett.”

De fleste farmasøytene fortalte at de ikke pleier å informere vedkommende om svinegelatin i legemidler hvis de ikke bli spurt om dette direkte. En farmasøyt mente at det ikke var faglig spørsmål, og at hun ikke trenger å vite hvor gelatinen kommer fra:

”Mange ganger så lurer jeg på er det et faglig spørsmål? For meg er det religiøs spørsmål. Må jeg vite at det er svin eller ikke? Vi undersøker, men jeg føler på en måte at det ikke er noe med farmasi (...)”

En farmasøyt fra et apotek i sentrum fortalte at hun en gang hadde en kunde som holdte på å kjøpe noe som hadde gelatin i seg. Kunden så muslimsk ut og hun advarte ham at det var gelatin fra svin. Hun beskrev det slik:

”Det sa jeg en gang... ”Unnskyld, men er du muslim?”- spurte jeg. Fordi han holdte på å kjøpe noe som var gelatinkapsler fra svin. Og han har vært kjempeglad fordi jeg hadde spurt, tipset at ”da ville du ikke ha den her.”

En annen farmasøyt mente at det er en stor forskjell på hva muslimer oppfatter som er viktig og hva som ikke er viktig for dem. Derfor mente hun at hvis farmasøyten påpeker at det er svinegelatin i kapslene uten å bli spurt om det, så skaper han eller hun en skyldfølelse og legger en visst press på vedkommende som kanskje har en annen religiøs bakgrunn og ikke er opptatt av gelatin.

”Muslimer har jo alle sin oppfatning på ka som er viktig, ka som gjør ham til muslim og nokon syns at det med gelatin er helt forferdelig og andre syns at gelatin i medisinen er greit. Jeg informerer ikkje kva som er i den hvis de ikkje spør meg. Spør de meg, så svarer jeg. Men alle mine muslimske kollegaer har et ansvar for det... for muslim så skal du advare kvarandre. Og da er jeg dårlig muslim hvis jeg ikkje sier fra til en som en tydeligvis er muslim og ikkje sier fra at den inneholder ikkje halal fra storfe. (...) Jeg er uenig med mine kollegaer, fordi jeg mener det at... Du kjenner ikkje vedkommende. Vedkommende kan ha helt annen bakgrunn enn deg, dog har en felles religion og da legger du en slags press på henne, ”du, den inneholder svin”, til en kunde som bør kunne bestemme om seg sjøl.”

Denne farmasøyten fikk god støtte fra de andre i sin fokusgruppe. De var enige om at det er en stor forskjell på muslimer.

Noen muslimer har veldig sterk religiøs bakgrunn og derfor kan de ikke spise noe som inneholder svin, selv om det er medisiner. En farmasøyt opplevde følgende:

”Jeg har hatt flere som har sagt at heller sykt barn enn å ta en tablett med gelatin.”

En farmasøyt fortalte at på hennes apotek opplevde hun at noen muslimer kommer tilbake på apoteket og leverer inn varer som inneholder gelatin. En dame ble frarådet å bruke et bestemt preparat. Farmasøyten fortalte følgende:

”Så blir det sånn: ”Ååå, så var det dama i moskeen som sa at vitaminene Nycoplus multi, den har ikkje du lov til å ta”. Også har de nettopp kjøpt den, og så kjem de tilbake og bytter fordi den damen i moskeen sa at den kan ikkje jeg bruke.”

En farmasøyt nevnte at hun en gang ble spurt om alkoholinnholdet i hostesaft. De andre farmasøytene sa at de aldri har fått spørsmålet om alkohol. Farmasøyten fortalte følgende:

”Jeg hadde en i dag, skulle hostesaft uten alkohol. Det har jeg aldri hatt før. (...) Han hadde kjøpt noskapin og kom for å returnere den fordi han så at det var sprit i den. Da hadde vi bisolvon... Den er faktisk uten...”

4.6.2 Fasten

Farmasøytene ble spurt om å fortelle om erfaringene sine ved ekspedering av innvandrere under religiøse høytider.

To farmasøyer fra forskjellige apotek merket at det blir mindre kunder på apoteket under Ramadan måneden.

”Det er stillere på apoteket når det er Ramadan i hvert fall. Veldig rolig måned.”

To farmasøyer fra to forskjellige fokusgrupper fortalte at de har opplevd en gang at vedkommende ikke ville ta sin antibiotikadose på dagtid på grunn av Ramadan. Det ble oppdaget plutselig under ekspedisjon. En farmasøyt fortalte følgende:

”Jeg tenkte på at vi sikkert må huske på det. Jeg hadde en som da fikk, på legevakta, har fått antibiotika som skulle tas tre eller fire ganger per dag, og når vi på en måte hadde avsluttet handel og sagt det som ... vi kommuniserte om det som jeg trodde vi trengte å kommunisere om, så spurte om hun skulle hatt den midt på dagen dosen eller hva det var, ”Nei, takk”, hun skulle ikke ta det for det var jo Ramadan. Det er klart at det er litt synd at ikke legene tenker på det. Da burde de kanskje sett og gitt dem et middel som kunne tas to ganger per dag. Eller presiserte overfor vedkommende at det var kjempe viktig at det ble tatt.”

En annen farmasøyt mente at hun hørte fra muslimske kolleger at hvis man er syk skal man ikke faste. Allikevel har hun opplevd en gang at en muslimsk kvinne ville endre sitt legemiddelregime mens hun faster. Vedkommende lurte på om hun kunne ta alle tablettene på kvelden når hun har lov til å drikke.

”Men det er egentlig sånn at hvis man er syk, det sier i hvert fall de som er muslimske hos oss at da kommer de under kravet. (...) Det var antibiotika mot urinveisinfeksjon, men det var midt i fasen og hun fikk ikke tatt hele dagen, så lurte på hvordan hun skulle ta tablettene. At hun kunne ta alle samtidig

på kvelden når hun kunne drikke eller... Fordi hun kunne ikke ta på dagen fordi da kunne hun ikke drikke..."

Alle de andre farmasøytene i fire fokusgrupper påsto at de aldri har fått noe spørsmål om medisiner under Ramadan og de fleste heller ikke har tenkt på at det kan være et problem.

"Nei, men det er ingen problemstilling. Det er ingen som kjem og spør "kor skal jeg gjøre når det er Ramadan". I hvert fall ingen som kom og spurt meg."

"Jeg er litt sånn... prøver ikkje bruke så mye energi på de der religiøse tingene. Ok, medisinsk - så er det sånn, sånn og sånn. Hvis du har religiøse problemer med det så må du snakke med din Imam. Det kan jeg ikkje svare på"

En farmasøyt fortalte at han hadde trodd medisiner var et unntak i løpet av Ramadan måneden før han begynte å jobbe på et apotek med stor andel innvandrere.

"Men jeg visste ikke inntil jeg begynte å jobbe i fjor at de ikke kunne ta medisiner heller. Jeg trodde det var bare med mat da. (...) Medisiner liksom, det trodde jeg var greit. Trodde det var snakk om mat, jeg teller ikke medisiner som mat."

De fleste farmasøytene var sikre på at hvis vedkommende er på apoteket og kjøper legemidler så har han eller hun hensikt til å bruke disse legemidlene. Farmasøytene trodde at hvis man er syk så gjør man en pause med å faste.

"Komme de på apoteket for å hente medisin så regner jeg med at de skal ha ta det. Jeg har egentlig... Som vi snakket... er man syk, så får man pause... Så jeg faktisk ikke tenkt på det er noe... Når de først da kommer for å hente medisiner, så har jeg tenkt at da vet de at "nå er jeg syk også får jeg ta den seinere". Jeg har ikke opplevd at noen har sagt det. Så jeg vet ikke om det er vanlig... Kanskje vi burde vært mer... mmm"

En farmasøyt var litt mer bevisst på at noen muslimer kan være veldig strenge med seg selv under Ramadan uavhengig av om det frarådes av helsepersonell.

"Og det er ofte mine kollegaer prøver å si at hvis du er syk, så må du ta medisinen, og det er unntak i koranen. Men de er ikkje enige. Fordi mindre du svelger den perioden jo flinkere muslim føler de at de er. De vil heller være syke og flinke muslimer enn friske, og ikkje så flinke. Til tross for at mange sa til dem "du er fritatt når du er syk"..."

4.6.3 Pilegrimsreise

En farmasøyt opplevde ofte at i slutten av sommeren planlegger en del muslimske kvinner reise til Mekka. Kvinner som reiser dit bør være rene og ikke ha noen menstruasjonsblødninger. Derfor får de fleste resept på Primolut, et legemiddel som utsetter menstruasjonen. Farmasøyten opplevde at hun noen ganger solgte opp til fem pakker av Primolut til muslimske damer.

”Sånn på slutten av sommeren, så er det pilegrimsreise til Mekka, juli-august. Så har vi en del som skal hente tre, fire, fem pakker med primolut for å utsette menstruasjonen, og det er jo... skal liksom ikke bruke mer enn 10 dager om gangen. Men da kan jeg gi informasjon, så må de jo... Jeg kan ikke helt nekte å selge tre pakker primolut heller, så det kan jo være til bruk over lenge periode eller... flere perioder. Jeg tror ikke det er så lett. Det er ikke et nytt problem. Jeg vet ikke hvordan de har gjort det før, for å si det sånn...”

4.7 Refusjonsordningen og generisk bytte

En stor utfordring som oppstår i farmasøytens hverdag er å forklare ordningen om generisk bytte, refusjonsregler og frikortordningen. Alle farmasøytene mente at det skaper mye frustrasjon både blant farmasøytene og kundene.

”Det er vanskelig med generisk bytte. Med bytte og trinnpriser, hvorfor betaler jeg ekstra på Apotek 1 for voltaren, ikke her og sånn... Det tok lang tid før jeg skjønnte det systemet selv. Jeg skjønner det ikke helt ennå...”

”Det er kjempevanskelig å forklare refusjonsreglene. For det første er det språkbarriere, og så skjønner de ikke hvorfor de ikke får den, ikke sant?”

”Det er vanskeligere å forklare bakgrunnen for frikortordningen og at de faktisk ikke sparer noe på ta alt av året når de på en måte... går lenge tid for å få frikort neste år. Det er ikke lett å kommunisere når det liksom er dårlig språk.(...) Vi hadde en som ble kjempesint. Jeg tror det var Lyrica han hadde. Han hadde frikort. Og så når han plutselig ikke fikk det på frikortet, og så var det ”nei, jeg bor i Norge gratis, medisin gratis”. Det er liksom gratis, gratis, gratis... Vi ble så sinte tilbake. Det skaper en del frustrasjon”

Det var enighet i alle fokusgruppene at generisk bytte står på andre plass som et av de vanskeligste temaer på apoteket etter språkutfordringen.

”Og det er i forfold til generisk bytte med tillegg når de ikkje vil bytte... det er egentlig det som er... tror jeg største utfordringen. Når det ikkje er språk tilstedet nok.”

De fleste farmasøytene sa at mangel på språk skaper enda større vanskeligheter å formidle tilstrekkelig informasjon om generisk substitusjon. I to fokusgrupper fortalte farmasøytene at de pleier å hente fram begge pakningene, både original og generisk legemiddel, og viser dem fram til kunden.

”Men så er det det igjen kor trygt de syns de har blitt med språket. Da er det å ta fram begge pakka og så peke på og si ”innholdsstoffet, innholdsstoffet” og peke. Men da er det med lesing igjen da...”

”Nei, det er jo å plukke fram og så vise det samme innholdsstoff og si ”samme, samme”. Det er veldig internasjonalt ”samme”. De fleste skjønner det.”

Et annet problem som oppstår er at det kan finnes forskjellige produsenter på generiske legemidler. Generika kan ha ulike utseende fra apotekkjede til apotekkjede samt variere i løpet av året på samme apotekkjede - grunnet gunstige innkjøpsavtaler. Alle tre apotekkjedene har for eksempel forskjellige leverandører på Simvastatin.

”Det ser vi også på pakka som blir levert inn, når legen skal skifte medisin. Liksom fire forskjellige uåpnet simvastatin, som ble levert inn til destruksjon fordi de går til et annet.”

”Det er et annet problem for noen som har fått simvastatin fra forskjellige sånn generisk bytte. Det som er dumt at det inngår i navnet, ikke sant. Så de tror at de har fått en annen type..”

4.7.1 Egenbetaling

Noen farmasøyter opplevde at innvandrer kunder av og til kan bli veldig sinte når de er nødt til å bytte legemidlene sine mot de billigste hvis de ikke vil betale ekstra. En farmasøyt fortalte at noen gråter fordi de ikke kan få det de vil uten å betale.

”(...)Har forskjellig bakgrunn til å tro men de... noen ganger er prisforskjell så stor, at de tror at de må nesten ta det, men folk kan bli sinte. Folk kan gråte for at de ikke få medisinen sin. Så klarer du liksom ikke forklare dette her. For de fleste så går det greit, men...”

De fleste farmasøytene mente at det er vanskelig å overtale innvandrer kunder til å bytte til generika. Veldig mange innvandrere er villige til å betale ekstra for å få det som legen har forskrevet for dem. Farmasøytene opplevde at mange velger det dyreste legemidlet fordi de tror at dyrest betyr bedre og at generiske legemidler er av dårlig kvalitet eller falske derfor er de billigere.

”Da jeg forklarer at det legemidlet er billigere så er det veldig ofte negativt hos mange fordi billig legemidler betyr dårlige legemidler. Det har jeg på en måte inntrykk at der er det veldig mange vil ha det dyreste. Fordi dyrest er automatisk det beste. Og det er kanskje at de er vant i sine land med kopipreparater...”

”(...) Vi har jo faktisk noen som bestiller originalpreparater og de betaler tusenvis som de ikke trenger.”

To farmasøyter opplevde at manglende informasjon fra apoteket og staten gjør at innvandrere tror at det er apoteket som tjener penger på generisk bytte.

”(...) Men det er klart at det brenner seg inn en oppfatning at det er apoteket som gjør det for å putte pengene i sine lommer”

I tillegg er det noen farmasøyter som opplevde at innvandrere stoler mest på legen i forhold til generisk bytte. Det som legen har skrevet er det som er riktig.

”Det er veldig vanskelig å bytte. (...) Legen har veldig stor autoritet. Så hvis legen har skrevet et navn så vil de ha det navnet, fordi legen skrevet det. I tillegg til det at det er billigere, billigere – dårligere. Ofte så... noen ganger hender det at de spør etter dyreste. ”Hvem er dyreste? Jeg vil ha dyreste”. De sier ikke navnet.”

Det kom fram at innvandrere som bor i bydel Alna har bra jobb og bra økonomi, derfor er det vanskelig å overtale dem til å bytte til generika, fordi folk har penger. Argumentet at generiske legemidler er billigere virker sjelden, mente farmasøytene fra den bydelen.

”Jeg har inntrykk av at ikke... Pengene betyr ikke noe. Du kan ikke spille på det uten at det skal være nødvendig.”

”Jeg føler at dem har mange penger da, at det ikke er noe problem, at jeg er forutinntatt som jeg tror at de ikke har råd til å betale det ekstra fordi det er mange som blir det også ”Nei, jeg betaler, jeg kan betale”.

Fem farmasøyter fra tre forskjellige fokusgrupper opplevde at innvandrere misforstår deres spørsmål om generisk bytte og tolker det som at farmasøyten tror at de ikke har penger.

” ... noen føler at de tror som at vi skal pakke på noe billig fordi vi tror at de ikke har penger. (...) Det opplever jeg at de kommer og legger tusen lapp”

De fleste farmasøyter opplevde at innvandrere ofte ikke ønsker generiske legemidler, og at innvandrere er mer bestemte på at de ikke skal bytte.

”Jeg synes det er mange flere som er helt fast bestemt på NEI, de vil ikke og de blir ... Jeg synes ikke det har blitt noe bedre i det hele tatt jeg synes nesten det har blitt verre”

Noen farmasøyter mente at innvandrere i sentrumsområdet vanligvis har dårligere råd og derfor er det noen ganger lettere å bytte. Fire farmasøyter med erfaring fra apotek i sentrum fortalte at der opplevde de at kundene har mer fokus på pris.

”Hos våre kunder så er det... det økonomiske er viktig. (...) Jeg synes de fleste synes det er greit egentlig det med generisk bytte så lenge de forstår kva det er.”

”Min erfaring egentlig er at hvis det ender opp med at de må betale, så tar de det billigste ofte. De er ikke så glade i å betale ekstra.”

En farmasøyt fortalte at hun opplever at hennes kollegaer som har pakistansk bakgrunn er veldig flinke til å informere kundene om generiske legemidler ute i reseptur, men når det kommer til deres foreldre så tar de gjerne original preparater.

”(...) jeg har kollegaer som er de dyktigste på apoteket for å formidle budskapet sånn at de får høy byttegrad, men dem bytter ikke til foreldrene sine.(...) jeg er ikke helt sikker, men jeg tenker at det er søsken... at det er stor familie som bestemmer hva... det er litt sånn at andre i familien mener at... Også det tillegges vekt hvis det er... eh... fire søsken som har ulike meninger hvilke medisiner mor skal ha, da teller det... Da teller ikke det hva en apotekansatt selv om det er dattera... eh... om likeverdigheter med mindre at det er like god kvalitet.”

Alt i alt to farmasøyter mente at forståelse for ordningen om generisk bytte har blitt bedre og blir stadig bedre etter at mange innvandrere ble kjent med systemet.

”Men jeg synes det blir bedre etter hvert. Det er ikke så mange som protesterer mot generisk bytte som før...”

”Jeg synes at nå er de mer kjent med systemet, at det er gått bedre og enklere nå. Det er bare noen som ikke vil ha...”

I alle fokusgruppene kom det tydelig fram at innvandrer kunder ”hamstrer” medisiner på blå resept når de får frikort. Tanken bak dette er at jo mer medisiner de får nå jo mer penger de sparer i framtiden. Salget av reseptbelagte medisiner økes voldsomt på slutten av året. Både nordmenn og innvandrere vil gjerne slippe å betale egenandel og få medisiner gratis, men farmasøytene føler at innvandrer kunder gjør dette i større grad.

”Det er jo flere av innvandrerne som skal ha ut mest mulig på frikort.”

”- Noen ganger sier jeg at jeg tror det første norske ordet de lærer er frikort.

- Eller gratis... Nei... ”Jeg ikke betaler.”

Farmasøytene i tre fokusgrupper fortalte at det er veldig vanlig at innvandrere kjøper medisiner eller annet medisinsk utstyr som blodsukkeapparater for å sende det til familien i utlandet.

”Det er klart at vi holder livet i rundt omkring..”

To farmasøyter fra to forskjellige apotek fortalte at de får mange innvandrer kunder som vil kjøpe reseptpliktige legemidler til sine syke familiemedlemmer i utlandet.

”Også veldig mange som kjem og skal ha medisin til sin syke mor i Somalia eller syke mor i Bagdad, men har ikkje resept. Kor skal jeg få en lege som kan få skrive resept til min syke mor i... Det er veldig mange...”

”Fordi de spør jo ofte etter det fordi de tror at det er reseptfritt. Også må vi ofte sende dem til lege. Fordi de stoler mye mer på medisiner her i Norge enn medisiner de får i hjemlandet.”

5. Diskusjon

5.1 Materiale og metode

Apotekene ble rekruttert ut fra hvilke deler av Oslo som har høy andel innvandrere ifølge Statistisk Sentralbyrå. Det betyr imidlertid at ikke alle innvandrergupper er like godt representert i de ulike bydelene.

Med tanke på de temaene vi ønsket å se nærmere på i vår undersøkelse, var det viktig å velge en metode hvor deltakerne kunne fortelle sine erfaringer og oppfatninger rundt et emne og komme med egne innspill. Det ble bestemt å bruke kvalitative fokusgruppeintervjuer som metode i denne undersøkelsen (vedlegg 6).

Det viste seg at å invitere farmasøytene personlig på apotek en kort tid før fokusgruppeintervju var en god måte å rekruttere deltakerne på. For det første var det lettere for deltakerne å huske datoen. For det andre hjalp det å unngå misforståelser og oppklare noe spørsmål på stedet. En ulempe ved et personlig møte var at det var veldig tidskrevende.

Det viste seg at det kom like mye informasjon fra fokusgruppen på tre som fra den på seks deltakere. Det var ingen farmasøyter som trakk seg fra studien under intervjuet. Deltakerne hadde ikke fått noe informasjon på forhånd om hva som skulle bli diskutert i fokusgruppene. Dette ble gjort for å skape en fri diskusjon mellom deltakerne og å unngå forberedelser til intervju. Det var viktig at deltakerne kunne fortelle sine synspunkter, erfaringer og opplevelser og forholde seg til hverandres meninger.

Forberedelsene til fokusgruppene i forhold til å lage intervjuguiden tok mindre tid enn etterarbeidet. Data fra fokusgruppeintervjuene ble gjennomgått ved å lytte på opptakene mange ganger og transkribere ord for ord av det som ble sagt. Deretter ble teksten sortert og strukturert i syv hovedkategorier: hvem er innvandrere på apotek, hvilke typer legemidler innvandrere kjøper på apotek, veiledning, språkproblemer, økonomi, kultur og religion.

5.2 Resultater

5.2.1 Innvandrerkunder i norske apotek

Det var interessant å se på hvordan farmasøyter i fokusgruppen oppfatter begrepet ”innvandrere”.

I denne studien ble farmasøytene bedt om å ikke fokusere på innvandrere som kommer fra Norden. Derfor var det ikke naturlig for dem å snakke om svensker som om innvandrere, selv om de er blant de største innvandringsgruppene i Norge. Det som deltakerne la inn i begrepet ”innvandrere” var mennesker som kommer fra fattige eller krigsherjete land som Somalia, Pakistan, Iran eller Irak. For de fleste farmasøytene var innvandrere mennesker som snakker et ukjent språk og som har problemer med å kommunisere på norsk. Europeerne generelt ble i lite grad nevnt. Dessuten ble østeuropeiske innvandrere ikke snakket mye om fordi mange er i Norge i korte perioder, og er unge, voksne mennesker som naturlig nok bruker apotek lite.

Spørsmålet om hvordan farmasøyter kan løse språkproblemer på apotek i bydeler med mange innvandrere er veldig aktuelt. Apotekansatte som selv har utenlandsk bakgrunn er derfor til stor hjelp. I mange tilfeller kan det hindre misforståelser og forenkle farmasøytens oppgave som informasjonsgiver. Som det ble nevnt i en av fokusgruppene, burde apotekere være mer bevisst på hvem de ansetter og at ansatte med minoritetsbakgrunn bør gjenspeile hvor innvandrerkundene kommer fra. Innen utgangen av 2011 hadde apotekkjedene til sammen 73 apotek i Oslo. Hvor mange av de ansatte på disse apotekene som har minoritetsbakgrunn, har ikke kjedene oversikt over.

I dag er det mange innvandrere fra forskjellige land som tar høyere utdanning i Norge [41]. Det kan derfor være et stort potensial for fremtidens arbeidskraft.

5.2.2 Hvilke typer legemidler innvandrere kjøper på apotek

Flere studier viser at en del innvandrergupper bruker mange legemidler [5, 32]. Som beskrevet innledningsvis, rapporterer enkelte etniske minoritetsgrupper at de har dårligere helse enn etniske nordmenn. Tran et al. viste at forekomst av diabetes og hjertekarsykdommer er høyere i alle innvandrergupper som deltok i undersøkelsen enn hos etniske nordmenn. Studien viste at selvrapporterte hjertekarsykdommer forekom oftere blant innvandrere fra Vietnam og Pakistan, mens forekomst av diabetes var høyere i innvandrergupper fra Pakistan og Sri Lanka [8]. Dessuten er

gjennomsnittsalderen på de som har diabetes 8-15 år lavere hos etniske minoriteter enn hos nordmenn [22].

Høy forekomst av foreskjellige sykdommer og høyt forbruk av legemidler blant innvandrere forklarer hvorfor de fleste farmasøytene i vår studie opplevde at resepter til innvandrer kunder vanligvis er store og omfattende.

Det kom tydelig fram i alle fokusgruppene at farmasøytene følte at når de er i kontakt med innvandrer kunder i reseptur, er det ofte legemidler til diabetesbehandling de selger til disse. Dette stemmer med de studiene som ble nevnt tidligere.

Når det gjelder reseptfrie legemidler ble det nevnt i tre av fire fokusgrupper at innvandrere bruker veldig mye fuktighets- og kortisonkremer. Farmasøytene opplevde at de som bruker fuktighetskremer mest er innvandrere med mørk og veldig tørr hud. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 viser at høyest andel innvandrere med eksem kom fra Chile (13 %), Tyrkia (10 %), Pakistan og Iran (9 %) [5].

I tre av fire fokusgrupper ble det nevnt at farmasøytene opplevde at innvandrere ofte kommer på apotek med en lapp fra legen om D-vitaminmangel. Farmasøytene følte at de selger mye Nycoplus D-vitamin til innvandrere. Det er påvist at mørkere hud trenger lengre tid til å danne vitamin D fra sollys. I flere undersøkelser er det sett en svært høy forekomst av vitamin D-mangel blant innvandrere, spesielt fra Pakistan [42, 43]. I tillegg tyder forskning på at vitamin D-mangel kan være en risikofaktor for en rekke sykdommer som for eksempel diabetes, muskel/skjelettlidelser, depresjon, og så videre [44-47].

Det ble også nevnt i en av fire fokusgrupper at innvandrere bruker midler mot erektil dysfunksjon oftere enn nordmenn. Det finnes ingen data som bekrefter denne påstanden, men dette kan ha en sammenheng med at diabetes er en av flere sykdommer som kan være årsaken til ereksjonsproblemer. En amerikansk studie viste at omtrent halvparten av menn med diabetes har problemer med ereksjonen [48].

Et annet tema som kom tydelig fram i alle fokusgruppene, er høyt bruk av paracetamol til barn av innvandrere. Mange av farmasøytene mente at mennesker fra såkalte ikke-vestlige land, spesielt fra Pakistan, kjøper store mengder Paracet til barna sine. Dette var også underbygget en annen forskning fra Norge som tyder på at foreldre med ikke-vestlig kulturbakgrunn velger å bruke paracetamol til barn på indikasjoner som helsepersonell vurderer som usikre eller uegnede for bruk, som for eksempel mot kvalme, oppkast, diaré, allergi eller hoste. Det viste seg også at paracetamol er brukt hyppigere og i

større mengder blant ikke-vestlige innvandrere enn foreldre med vestlig kulturbakgrunn [49]. Ruud et al. viste i sin undersøkelse fra Sør-Afrika at helsepersonell gir mye smertestillende legemidler til sine pasienter som klager på forskjellige symptomer uten å tenke nøye over hva som ligger bak disse klagen [50].

Ulike holdninger til legemiddelbruk blant innvandrere og nordmenn kan skyldes forskjellig kulturbakgrunn. Det finnes få studier på dette. Derimot kom det fram i alle fokusgruppene at farmasøytene opplevde at innvandrere tror at de finner et større utvalg av reseptfrie legemidler på norske apotek og har høyere forventninger til legemidlets effekt enn etniske nordmenn.

5.2.3 Språkproblemer ved betjening av innvandrere

Norsk-kunnskapene blant innvandrere er svært varierende. Noen innvandrere som har kommet til Norge som analfabeter, har lært seg språket skriftlig og muntlig på svært kort tid, mens andre som har vært her i mange år, sliter fremdeles med å lære språket.

I 2005 innførte Arbeiderpartiet obligatorisk norsk- og samfunnsfagskurs for personer som kommer til Norge gjennom familiegjennforening. I tillegg må alle asylsøkere og flyktninger som får oppholdstillatelse, gå gjennom et obligatorisk introduksjonsprogram. Innvandrere som kom til landet før dette programmet ble innført, har ganske store problemer med å kommunisere på norsk selv om mange har bodd her i flere år. Det kommer an på kulturbakgrunn, interesse og mulighet til å snakke språket.

Noen av farmasøytene i fokusgruppene fortalte at de noen ganger undervurderer språkkunnskapene til innvandrere. Disse farmasøytene mente at de ofte forventer at eldre innvandrere ikke behersker språket. Derfor ble farmasøytene overrasket over hvor godt norsk noen eldre innvandrere snakket. Likevel hadde de fleste farmasøytene opplevd at gamle mennesker med utenlandsk bakgrunn stort sett snakket dårlig norsk.

En ting er å kunne gjøre seg forstått i daglige situasjoner. Noe annet er å holde samtaler om sykdommer og legemidler. Man bør kunne forstå hva som blir sagt på apoteket.

Halvparten av farmasøytene som deltok i vår studie hadde store kommunikasjonsproblemer med eldre vietnamesere. De fleste farmasøytene opplevde at vietnamesiske kunder ofte nikker og samtykker uten å forstå hva de ble spurt om.

En prosjektoppgave som ble gjennomført i 2005 (Than, Profesjonsstudiet Medisin) viste at mer enn halvparten av vietnamesere som deltok i undersøkelsen manglet språkkunnskaper selv om de alle hadde vært i Norge i mer enn ti år. De fleste hadde fått norskopplæring i ett år, mens noen hadde fått den i to år. Flere kunne enkle korte setninger, mens 20 % kunne ikke norsk i det hele tatt. Det er mange grunner til at eldre vietnamesere kan så dårlig norsk. Than nevnte flere årsaker til det. Noen vietnamesere har dårlig skolegang, de bor i bydeler med stor tetthet av folk med samme bakgrunn som dem selv, og ikke alle møter opp til alle norskundervisningstimene. I tillegg er det vanskelig å lære seg et nytt språk jo eldre man blir, og norsk er et vanskelig språk for vietnamesere [51].

Analfabeter og personer med lite utdanning og dårlige norskkunnskaper opplever en stor grad av «informasjonshemming». UNESCO legger til grunn at seks til åtte års skolegang er minimum for å kunne fungere i et moderne samfunn. Som det vises i Bloms rapport 2005/2006 "Levekår blant innvandrere", hadde 17 % av dem som kom til Norge som voksne ingen utdanning [25]. Studien til Håkonsen og Toverud viste at 20 % av de 83 intervjuede pakistanske innvandrere hadde ingen utdanning. Mer enn halvparten (65 %) av intervjuene ble gjennomført med tolk tilgjengelig siden deltakerne i varierende grad snakket norsk [32].

Problemer som oppstår i apotekene er at noen innvandrere ikke vil avsløre at de ikke kan lese. Derfor er det veldig lett for apotekansatte å glemme at noen innvandrere egentlig kan være analfabeter selv om de kan snakke norsk. Det ble sagt i fokusgruppene at apotekansatte må huske at informasjonen som står på etiketten ikke er til hjelp hvis en person ikke kan lese, og at skriftlig informasjon som legges i posen heller ikke er tilstrekkelig. Det viser seg at det er behov for mer og bedre informasjon rettet til den gruppen, for eksempel med piktogrammer.

En del farmasøyter i fokusgruppene fortalte at de håper at legen informerer pasienter om hvordan de skal bruke legemidlene sine, særlig hvis man tror at legen og pasienten snakker samme språk. Mens de fleste farmasøyter gir opp når de ser at de ikke kommer noen vei med kommunikasjon og at personen foran disken kan verken norsk eller engelsk.

På den annen side viste studien til Håkonsen og Toverud at eldre pakistanere i Oslo mente at de ikke fikk og heller ikke forventet å få informasjon fra apotekpersonale ved ekspedering av resepter. De trodde derimot at de skulle få alt de trengte å vite fra sin lege. I praksis opplevdes legekonsultasjonen som altfor kort for å få med alle de nødvendige opplysningene [10]. En amerikansk studie av Tarn et al. har vist at gjennomsnittlig konsultasjonslengde hos allmennleger er litt under 16 minutter. Tiden som

brukes på å snakke om forskrivning av nye legemiddel utgjør 5 % av de 16 minuttene, det vil si omtrent 49 sekunder [52]. Hutton et al. beskriver i sin studie konsultasjonslengden i flere Europeiske land. Tyskland og Spania har de korteste konsultasjonstidene (7-8 minutter), mens Sverige har de lengste (20 minutter) [53]. Norge deltok ikke i denne undersøkelsen, men legekonsultasjon i det norske offentlige helsevesen varer lenge tid på hver pasient enn i noe annet kjent land [54].

Det ble nevnt i fokusgruppene at farmasøytene ofte får spørsmål fra innvandrere om hva medisinen de har fått resept på brukes mot. Det kan skyldes sannsynligvis at en del innvandrere ikke får nok informasjon ved legebisøk på grunn av manglende norskkunnskap og derfor må henvende seg til apoteket.

Det var mange eksempler i alle fokusgruppene på at familiemedlemmer eller mindreårige barn opptrer som tolk for sine foreldre som ikke kan kommunisere på norsk. Ekspedering av innvandrer kunder i slike situasjoner er i større grad preget av at farmasøyter snakker til, enn at de snakker med, familiemedlemmer eller barn. Flere av farmasøytene opplevde at innvandrere ofte sender sine barn alene med resept på sine legemidler. Dette stemmer med det Håkonsen og Toverud fant i sin studie, hvor det viste seg at yngre familiemedlemmer med bedre norskkunnskaper henter legemidler på apoteket for foreldre eller besteforeldre som ikke snakker norsk selv, eller var med som tolk på apoteket [32].

5.2.4 Kulturelle utfordringer

Kommunikasjon består ikke bare av å kunne snakke samme språk, men også av non-verbale signaler som mennesker sender hverandre. Ulike kulturer kan ha forskjellig kroppsspråk. Det kan bli vanskelig når kulturer med ulikt kroppsspråk møtes. Det er ikke et internasjonalt språk, og det kan derfor oppfattes feil. Dette kan medføre at man blir usikker og misforstått. I verste fall kan det oppstå en konflikt. I flere fokusgrupper ble det diskutert hvordan farmasøytene opplevde innvanderens kroppsspråk

Noen av farmasøytene mente at enkelte innvandrere i større grad har en tendens til å bli sinte og ha vanskelig atferd. Noen ganger kan man høres sint ut uten å være det. Det er avhengig av tonefall og ordbruk i ens morsmål.

En farmasøyt påpekte at som mann var det en ekstra utfordring i møte med innvandrerkvinner. Han trodde at de kunne mistolke hans kroppsspråk og hyggelighet og følte at dette gjorde han mer reservert.

Tradisjonelle klesplagg som burka eller niqab skaper noen ganger en del misforståelser og hemmer kommunikasjonen. En farmasøyt i vår studie mente at det er veldig vanskelig å snakke med en person når man ikke kan se ansiktet og mimikken. Farmasøyten fortalte at hun en gang måtte be en dame i burka å løfte den opp fra ansiktet for å kunne ha bedre kontakt med henne.

I noen kulturer pleier kvinner å holde seg i bakgrunnen og la mannen snakke for dem. Kvinner er undertrykket i en del kulturer i verden og kan derfor representere en antilikestillingskultur som kolliderer med den norske. Denne kulturforskjellen kan være utfordrende for noen farmasøyter. Ut fra diskusjonen i fokusgruppene ser det ut som at farmasøyter oppfatter en slik antilikestillingskultur til å være vanlig blant arabere.

Videre ble det diskutert at en del innvandrere har en tendens til å ha større respekt for apotekansatte enn nordmenn har. Dette kan skyldes at apoteker/farmasøyt har høyere status i mange land enn i Norge.

5.2.5 utfordringer relatert til svinegelatininnholdet

Noen muslimer har veldig sterke religiøse prinsipper, mens andre er nesten ikke-troende. Hvis en muslim er troende, er det ofte viktig for ham eller henne å vite hva kapslene inneholder. Noen vurderer at svinegelatin er en ingrediens som er strengt religiøst forbudt og kan derfor ikke brukes [55]. Ifølge World Islamic Mission i Norge kan muslimer bruke medisiner som inneholder gelatin fremstilt av svin så lenge tre kriterier er oppfylt. For det første må sykdommen bedømmes som kritisk. Dernest må det bli påvist i stor grad at medisinen gir ønsket effekt. Og for det tredje må medisinen bli anbefalt av en oppriktig muslimsk lege som kan bekrefte at de to første kriteriene er oppfylt [56].

Helsepersonell bør være bevisst på at noen muslimske innvandrere kan endre på legemiddelbruken sin dersom de har grunn til å tro at innholdet i medisinen kan være i strid med deres religiøse syn.

Sattar et al. i USA så på fire sykejournaler til pasienter som seponerte sine foreskrevne legemidler på grunn av mistanke til svinegelatininnholdet. En sykejournal beskrev følgende:

"A 65-year-old Muslim woman presented with upper respiratory infection. She was prescribed antibiotic therapy with amoxicillin. Three days later, she presented to the emergency department with

symptoms of severe nausea and diarrhea. On further questioning, she stated that, due to her concern that the amoxicillin capsules were packaged in pork-derived gelatin capsules, she was removing and ingesting the powdered medication while discarding the capsules. She was asked to take gelatin-free amoxicillin suspension with her meals. She tried this without adverse effects and was able to complete treatment. “[55]

Det kan være en etisk utfordring for apotekansatte ved utlevering av medikamenter med svinegelatin til slike pasienter. Det kan tenkes at en alternativ behandling bør vurderes når det er mulig. Hvis ingen alternativer kan benyttes, bør pasienter, familiemedlemmer eller religiøse ledere involveres i beslutningsprosessen.

5.2.6 utfordringer relatert til faste

Markering av religiøse høytidsdager er ofte knyttet til bestemt religiøs praksis. Dette innebærer at man må avstå fra noe (for eksempel, mat og drikke), eller blir bundet til å utføre bestemte religiøse ritualer på et helligsted (moské, synagoge).

Flere studier har vist at man kan faste under Ramadan hvis man har velregulert diabetes uten komplikasjoner og følger kostholdsråd [57, 58]. Imidlertid har personer med insulinavhengighet eller dårlig regulert diabetes høyere risiko for å utvikle alvorlig hypoglykemi under fasten. Eldre mennesker bør også frarådes å faste på grunn av fare for komplikasjoner som for eksempel diabetisk ketoacidose eller hypo/hyperglykemi [58, 59].

Håkonsen og Toverud fant i sin studie at 46 % av pakistanske innvandrere i Oslo som deltok i undersøkelsen, fastet under Ramadan selv om de ofte ble frarådet det av legen sin. Nesten halvparten av deltakerne endret sitt legemiddelregime på grunn av fasten [10]. Dette kan i noen tilfeller føre til at legemidler ikke virker som de skal [60].

De fleste farmasøytene i vår studie påsto at de aldri hadde fått noe spørsmål om medisiner under Ramadan og at de ikke hadde tenkt på at medisiner under fasten kunne være et problem hos muslimske innvandrere med en sterk religiøs bakgrunn.

5.2.7. utfordringer relatert til refusjonsordningen, inkludert generisk bytte

I alle fokusgrupper ble det snakket veldig mye om tema generisk bytte.

Ifølge Lov om apotek (apotekloven) skal apotekpersonelle informere kunden om de billigste alternative legemidlene, med mindre prisforskjellen er ubetydelig. De fleste apotekkjedene setter i tillegg et mål for såkalt ”byttegrad” for hvert apotek som legger et stort press både på farmasøytene og på kundene. Det kan bli vanskelig for farmasøyten å overtale en utenlandsk person til å bytte sitt rekvirerte legemiddel med et likeverdig legemiddel når man har et språkproblem. Det kan naturligvis skape mye frustrasjon både blant farmasøytene og kundene. Gunstige innkjøpsavtaler for apotekkjedene gjør at man kan finne ulike generiske legemidler i de forskjellige apotekkjedene i Norge samt at generika varierer i løpet av året i samme apotekkjede. Legemidler med samme navn kan ha forskjellige utseende på pakninger, størrelse og farge på tablettene. Farmasøytene i vår studie opplevde at dette skaper mange misforståelser blant kunder.

Studien til Håkonsen og Toverud viste at det var stor skepsis mot generiske legemidler blant førstegenerasjons pakistanske innvandrere i Oslo [32]. Dette er mer uttalt enn i det har funnet blant majoritetsbefolkningen [29, 30]. De fleste deltakerne mente at effekten av ”kopimedisin” var dårlig og at de fikk flere bivirkninger enn av originalpreparatet. I tillegg hadde disse pasientene erfaringer fra sitt opprinnelsesland med at generiske legemidler kan være falske [32]. Det er vist at i Pakistan og Nigeria er forekomsten av forfalskede legemidler opptil 50 % [61]. Den pakistanske regjeringen prøver å ta kontroll over situasjon ved å regulere kvaliteten på legemidler som selges i landet [62].

En del av farmasøytene som deltok i vår studie merket også at innvandrere ikke vil bytte sine medisiner fordi de tror at generiske legemidler er av dårlig kvalitet eller falske. Noen innvandrere spurte etter de dyreste medisinene, fordi dyrest betyr best for dem.

Farmasøytene i fokusgruppene mente at innvandrere som bor i bydel Alna har bedre jobb og bedre økonomi enn innvandrere som befinner seg i Oslo sentrum. Grunnen kan ligge i at i sentrum vises det seg at det er mange asylsøkere, som nylig er kommet til landet. Det er to asylmottak i Oslo sentrum. Asylsøker som bor der har ofte ikke noen jobb, er ikke kjent med det norske systemet og kan i tillegg ikke språket. Farmasøyter i vår studie som jobber på apotek i sentrum følte at det er lettere å overtale innvandrere til å bytte til billigere preparater fordi disse kundene har lite penger.

I tillegg mente noen av farmasøytene at det er vanskelig å gi informasjon om refusjonsordningen. Grunnen for dette er først og fremst språkproblemer blant innvandrere. For det andre er

refusjonsordningen nokså komplisert i seg selv. For innvandrerer kunder er det vanskelig å forstå hvorfor en del legemidler er godkjent for refusjon, mens andre ikke er det. I tillegg kan noen legemidler miste refusjonsretten og da må man betale full pris.

Å gi informasjon om frikortordningen er en annen utfordring for farmasøyter. I alle fokusgruppene kom det tydelig fram at farmasøytene syntes at innvandrerer kunder ”hamstrer” medisiner på blå resept når de får frikort. Årsaken er at frikort går ut ved årsskiftet og deretter må man betale en egenandel på nytt. Noen ganger opplevdes det at innvandrere kjøper medisiner eller annet medisinsk utstyr til sine familier som bor i utlandet.

6. Konklusjon

Denne studien viser at farmasøyter i apotek i områder i Oslo med høy andel innvandrere hadde inntrykk av at innvandrer kundene brukte mange legemidler, og at bruken av legemidler mot diabetes skilte seg særlig ut. I tillegg mente farmasøytene at de solgte veldig mye paracetamol, fuktighets- og kortisonkremer til innvandrere. Det ble også sagt at mange kom med en beskjed fra lege om å kjøpe D-vitamin.

Farmasøytene i fokusgruppene var i stor grad enige om hva de la i begrepet ”innvandrere”. Det er mennesker som kommer fra fattige eller krigsherjete land. Innvandrere som farmasøytene oftest møtet i apoteket var fra Pakistan, Somalia, Vietnam og/eller Midtøsten.

Det viste seg at det ofte var vanskelig å gi tilstrekkelig informasjon til innvandrer kunder på grunn av språkbarrierer. Ett av hovedfunnene i denne studien var at det var en stor variasjon blant farmasøytene i forhold til hvor mye de ville legge i veiledningen av innvandrer kunder når det oppsto kommunikasjonsproblemer. Flere oppga at de informerte om det som var mest nødvendig og ofte kun det som sto på etiketten. Andre la skriftlig informasjon i posen i håp om at noen kunne oversette det for vedkommende. Det var dessuten mange farmasøyter som fraskrev seg ansvar og håpet at legen hadde gitt nok informasjon om legemidlene.

Et annet viktig funn i studien var at selv om farmasøytene ofte ekspederte muslimske pasienter i apoteket, hadde de i liten grad tenkt på at medisiner under fasten kunne være et problem hos innvandrere med en sterk religiøs bakgrunn. Farmasøytene var ikke klare over at noen av disse kundene kunne gjøre noe endringer i sitt legemiddelregime på grunn av Ramadan. De fortalte at de var mer opptatt av faglige, enn av religiøse spørsmål.

Det ble også funnet at refusjonsordningen – spesielt generisk substitusjon, var vanskelige temaer å forklare innvandrer kunder. Ofte var grunnen enten kommunikasjonsvansker eller kulturelle holdninger basert på erfaringer med helsesystemet i hjemlandet.

Referanseliste

1. Statistisk, Sentralbyrå. *Innvandring og innvandrere*. 2011 [cited 2012 02.04]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/00/00/10/innvandring/>.
2. Statistisk, Sentralbyrå. *Ny innvandregruppering*. 2008 [cited 2012 15.04]; Available from: <http://www.ssb.no/vis/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>.
3. Statistisk, Sentralbyrå. *Mange nye innvandrere fra Europa*. 2011 [cited 2012 02.04]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>.
4. Statistisk, Sentralbyrå. *Økende befolkningsvekst noen år til*. 2011 [cited 2012 22.03]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/>.
5. Blom, S. *Innvandrerens helse 2005/2006*. 2008 [cited 2011 05.04]; Available from: http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf.
6. Blom, S. *Dårligere helse blant innvandrerne* 2010 [cited 2012 02.04]; Available from: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/12/>.
7. Kumar, B.N., *The Oslo Immigrant Health Profile*. Diabetes, 2008. **3**: p. 8.
8. Tran, A.T., Straand, J., et al., *Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians*. BMC Public Health, 2011. **11**(1): p. 554.
9. Dalgard, O.S., Thapa, S.B., et al., *Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study*. Scand J Psychol, 2006. **47**(6): p. 551-8.
10. Hakonsen, H., Toverud, E.L., *Cultural influences on medicine use among first-generation Pakistani immigrants in Norway*. Eur J Clin Pharmacol, 2011. **DOI: 10.1007/s00228-011-1111-7**.
11. Johansen, K.S., Bjorge, B., et al., *Changes in food habits and motivation for healthy eating among Pakistani women living in Norway: results from the InnvaDiab-DEPLAN study*. Public Health Nutr, 2010. **13**(6): p. 858-67.
12. Mellin-Olsen, T., Wandel, M., *Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway*. Ethnicity and Health, 2005. **10**(4): p. 311-339.
13. Jenum, A.K., Lorentzen, C., et al., *Kan lokalbaserte strategier bidra til å redusere sosiale helseforskjeller? MoRo-prosjektet—bakgrunn, hovedresultater og erfaringer*. Norsk epidemiologi, 2007. **17**(1).
14. Toverud, E.L., Hakonsen, H., *Personlig meddelelse*. 2011.

15. Mather, H.M., Keen, H., *The Southall Diabetes Survey: prevalence of known diabetes in Asians and Europeans*. British Medical Journal (Clinical research ed.), 1985. **291**(6502): p. 1081.
16. Syed, H.R., Dalgard, O.S., et al., *Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway*. International Journal for Equity in Health, 2006. **5**(1): p. 7.
17. Jennum, A.K., Diep, L.M., et al., *Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians - the association with adiposity is strongest for ethnic minority women*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 150.
18. Hjellset, V.T., Bjørge, B., et al., *Risk factors for type 2 diabetes among female Pakistani immigrants: The InvaDiab-DEPLAN study on Pakistani immigrant women living in Oslo, Norway*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2011. **13**(1): p. 101-110.
19. Folkehelseinstituttet. *Om geners betydning for type 1 diabetes*. 2008 [cited 2012 24.04]; Available from: <http://www.fhi.no>.
20. Holan, S., Vangen, S., et al., *[Pregnancy in diabetes among Asian, African and Norwegian women]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2008. **128**(11): p. 1289-92.
21. Vangen, S., Stoltenberg, C., Stray-Pedersen, B., *Complaints and complications in pregnancy: a study of ethnic Norwegian and ethnic Pakistani women in Oslo*. Ethn Health, 1999. **4**(1-2): p. 19-28.
22. Tran, A.T., Diep, L.M., et al., *Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 145.
23. Grut, L., Tingvold, L., Hauff, E., *Fastlegens møte med flyktninger*. TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING, 2006. **126**(10): p. 1318.
24. Statistisk, Sentralbyrå. *Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja*. 2011 [cited 2012 17.04]; Available from: <http://www.ssb.no/trosamf/>.
25. Blom, S., Henriksen, K. *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. 2008; Available from: www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/rapp_200805.pdf.
26. MKA, Majlis Khuddamul, Ahmadiyya. *Ramadan - Fastemåned*. 2011 [cited 2012 17.04]; Available from: <http://www.khuddam.no/avdelinger/tabligh-forkynnelse/133-ramadan-fastemåned.html>.
27. Aslam, M., Healy, M., *Compliance and drug therapy in fasting Moslem patients*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 1986. **11**(5): p. 321-325.

28. Aslam, M., Assad, A., *Drug regimens and fasting during Ramadan: A survey in Kuwait*. Public health, 1986. **100**(1): p. 49-53.
29. Hakonsen, H., Eilertsen, M., et al., *Generic substitution: additional challenge for adherence in hypertensive patients?* Curr Med Res Opin, 2009. **25**(10): p. 2515-21.
30. Toverud, E.L., Roise, A.K., et al., *Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: a qualitative study of their own experiences*. Eur J Clin Pharmacol, 2011. **67**(1): p. 33-8.
31. Kjonniksen, I., Lindbaek, M., Granas, A.G., *[Patients' experiences with and attitudes to generic substitution]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2005. **125**(12): p. 1682-4.
32. Hakonsen, H., Toverud, E.L., *Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway*. Eur J Clin Pharmacol, 2010(67): p. 193-201.
33. Nelson, S., Slordal, L., Spigset, O., *Forskrivning av virkestoff i stedet for preparat - på høy tid*. Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 2006. **126**(4): p. 441-443.
34. Australian, Government. *Annual Report 2008-09, "2.1.5. Free translating and interpreting services"*. 2008-2009; Available from: <http://www.immi.gov.au/about/reports/annual/2008-09/html/outcome2/output2-1-5.htm>.
35. Quinn, C.C. *Bill 859-A "Provision of language assistance services in pharmacies"*. 2009; Available from: <http://www.rxtran.com/Pharmacy-Translation-Law-New-York-City-2009.pdf>.
36. Helse- og, Omsorgsdepartementet. *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Grunnstrukturen-i-helsetjenesten.html?id=227440>.
37. Apotekforeningen. *Utvalgte nøkkeltall*. 2012 [cited 2012 18.04]; Available from: <http://www.apotek.no/fakta-og-tall/utvalgte-nøkkeltall.aspx>.
38. Helse- og, Omsorgsdepartementet. *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. 2004-2005; Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-/8.html?id=406594>.
39. Statistisk, Sentralbyrå. *Bak apotekdisken, ikke foran tavla*. 2006; Available from: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200604/09/index.html>.
40. Snoen, J.A. *Leger, ingeniører – og snart også lærere* Minerva Online 2009; Available from: <http://www.minervanett.no>.
41. Nygård, G. *Innvandring og innvandrere, utdanning*. 2010 [cited 2012 28.03]; Available from: http://www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/sa119/kap3.pdf.

42. Karim, S.A., Nusrat, U., Aziz, S., *Vitamin D deficiency in pregnant women and their newborns as seen at a tertiary-care center in Karachi, Pakistan*. Int J Gynaecol Obstet, 2011. **112**(1): p. 59-62.
43. Brunvand, L., Haug, E., *Vitamin D deficiency amongst Pakistani women in Oslo*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1993. **72**(4): p. 264-8.
44. Grimnes, G., Emaus, N., et al., *Baseline serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in the Tromso Study 1994-95 and risk of developing type 2 diabetes mellitus during 11 years of follow-up*. Diabet Med, 2010. **27**(10): p. 1107-15.
45. Nikooyeh, B., Neyestani, T.R., et al., *Daily consumption of vitamin D- or vitamin D + calcium-fortified yogurt drink improved glycemic control in patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial*. Am J Clin Nutr, 2011. **93**(4): p. 764-71.
46. Kjaergaard, M., Joakimsen, R., Jorde, R., *Low serum 25-hydroxyvitamin D levels are associated with depression in an adult Norwegian population*. Psychiatry Res, 2011. **190**(2-3): p. 221-5.
47. Hurst, P.V. *NZ study highlights Vitamin D-diabetes link*. 2009; Available from: <http://www.massey.ac.nz/massey/about-massey/news/article.cfm?mnarticle=nz-study-highlights-vitamin-d-diabetes-link-01-12-2009>.
48. Boulton, A.J.M., *Erectile Dysfunction in Diabetes*. Type 2 Diabetes Mellitus, 2008: p. 391-398.
49. Lagerlov, P., Holager, T., et al., *[Paracetamol to preschool children--indications and cultural background]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2004. **124**(16): p. 2080-3.
50. Ruud, K.W., Srinivas, S.C., Toverud, E.L., *Addressing gaps in pharmacovigilance practices in the antiretroviral therapy program in the Eastern Cape Province, South Africa*. Res Social Adm Pharm, 2010. **6**(4): p. 345-53.
51. Than, K.T. *Eldre vietnamesere i Norge – Helse og sosiale forhold*. Prosjektoppgave 2006; Digitale utgivelser ved UiO:[Available from: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-12417>].
52. Tarn, D.M., Paterniti, D.A., et al., *How much time does it take to prescribe a new medication?* Patient Educ Couns, 2008. **72**(2): p. 311-9.
53. Hutton, C., Gunn, J., *Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review*. BMC Health Serv Res, 2007. **7**: p. 71.
54. Toverud, E.L., *Personlig meddelelse*. 2012.
55. Sattar, S.P., Shakeel Ahmed, M., et al., *Inert medication ingredients causing nonadherence due to religious beliefs*. Ann Pharmacother, 2004. **38**(4): p. 621-4.

56. Juned, M. *Kan jeg ta tabletter som inneholder svine-gelatin?* . 2008 [cited 2012 04.03]; World Islamic Mission; Godkjent av Imam Najeeb ur Rehman Naz:[Available from: <http://www.wim.no/>.
57. Bonakdaran, S.H., Khajeh-Dalouie, M., *The effects of fasting during Ramadan on glycemic excursions detected by continuous glucose monitoring system (CGMS) in patients with type 2 diabetes*. Med J Malaysia, 2011. **66**(5): p. 447-50.
58. Jaleel, M.A., Raza, S.A., et al., *Ramadan and diabetes: As-Saum (The fasting)*. Indian J Endocrinol Metab, 2011. **15**(4): p. 268-73.
59. Al-Arouj, M., Assaad-Khalil, S., et al., *Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2010*. Diabetes Care, 2010. **33**(8): p. 1895-902.
60. Aadil, N., Houti, I., Moussamih, S., *Drug intake during Ramadan*. BMJ, 2004. **329**(7469): p. 778.
61. Gibson, L., *Drug regulators study global treaty to tackle counterfeit drugs*. BMJ: British Medical Journal, 2004. **328**(7438): p. 486.
62. Babar, Z.U., Jamshed, S., *Social pharmacy strengthening clinical pharmacy: why pharmaceutical policy research is needed in Pakistan?* Pharm World Sci, 2008. **30**(5): p. 617-9.
63. Wibeck, V., *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. 2000: Studentlitteratur. 178.
64. Wikipedia. *Focus group* 2012 [cited 2012 23.03]; Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Focus_group.
65. Krueger, R.A., *Focus group kit (volume 3): Developing questions for focus groups*. 1998, Thousand Oaks, CA: Sage.

Vedlegg

Vedlegg № 1 “Informasjonen til apotekkjedene/apotekerne”

Hei,

Jeg er masterstudent ved Avdeling for Samfunnsfarmasi, Farmasøytisk institutt, Universitet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven ”*Legemiddelbruk blant etniske minoriteter: utfordringer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek*” under veiledning av professor Else-Lydia Toverud og post doktor Helle Håkonsen.

I forbindelse med dette ber jeg dere om tillatelse til gjennomføre fokusgruppeintervjuer blant farmasøyter fra apotek i område i Oslo med høy andel innvandrere (Søndre Nordstrand, Groruddalen og Gamle Oslo). Jeg har planlagt å rekruttere farmasøyter fra apotek mest mulig jevnt fordelt mellom kjedene Apotek 1, Boots apotek og Vitus apotek/Ditt apotek. **Omfanget av undersøkelsen vil være cirka 30 farmasøyter ved cirka 15-20 apotek i Oslo.** Dersom jeg får tillatelse fra dere, vil jeg selv ta kontakt med apotekene og dele ut et invitasjonsbrev til farmasøyter. Intervjuet vil foregå som fokusgruppeintervjuet **utenom arbeidstid** og ta cirka 1-2 timer. Deltakere vil få kompensasjonen.

Det blir ikke gjort noe sammenligning mellom kjedene. Datamaterialet blir anonymisert og ingen enkeltpersoner og apotekkjedene vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Jeg ønsker å undersøke hvilke utfordringer farmasøyter opplever ved betjening av innvandrere på norske apotek. På grunn av ulike forventninger til apotekpersonale og ikke minst barrierer knyttet til variabel språkforståelse, kan kundekontakt og kommunikasjon bli en utfordrende del av jobben i møte med disse legemiddelbrukerne. Det er viktig å få mer kunnskap om hvilke utfordringer som kan oppstå og diskutere på hvordan man kan møte disse på en god måte.

Spørsmålene i intervjuet går for det meste ut på hva farmasøytene tror er vanskelig i møte med innvandrer kundene og hvordan de håndterer disse utfordringene.

Forskningsprosjektet vil bli som vanlig ved slike studier søkt godkjennelse av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vedlegg № 2 ”Invitasjon til deltagelse i fokusgruppe”

Jeg er masterstudent ved Avdeling for Farmasi, Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven *”Legemiddelbruk blant etniske minoriteter: utfordringer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek”* under veiledning av professor Else-Lydia Toverud og post doktor Helle Håkonsen.

Som farmasøyt i en bydel i Oslo med mange innvandrere, kommer man i stadig kontakt med kunder fra mange forskjellige land. Ulike forventninger til apotekpersonale og ikke minst barrierer knyttet til variabel språkforståelse, bidrar til at kundekontakt og kommunikasjon kan bli en utfordrende del av hverdagen på apotek.

I forbindelse med dette skal jeg gjennomføre fokusgruppeintervjuer blant norske farmasøyter fra apotek i områder i Oslo med høy andel innvandrere. Det er viktig å få mer kunnskap om hvilke utfordringer som kan oppstå ved betjening av innvandrer kunder, og man vil diskutere i gruppen hvordan man kan møte disse på en god måte.

Det er frivillig for deg å delta i undersøkelsen, og du kan trekke deg når som helst underveis uten å oppgi grunn. Datamaterialet vil bli anonymisert og opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner eller apotekkjeder vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater underveis i intervjuet. Hvis ønsket, kan du bruke fiktivt navn. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen mai 2012.

Intervjuet vil foregå i perioden januar-februar 2012 fra 18:00. Det vil ta halvannen til to timer.

Det vil bli enkel matservering fra kl 17:30.

Som takk for din deltagelse vil du motta et Universal Presentkort på 500 kr.

Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Kjedekontorene er innforstått med at undersøkelse skal gjennomføres.

Med vennlig hilsen

Signatur

Vedlegg № 3 ” Samtykkeerklæring”

Jeg har mottatt informasjon om studien av *legemiddelbruk blant etniske minoriteter: utfordringer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek* og ønsker å stille på intervju.

- Alder.....

- Kjønn.....

- Antall år på apotek i Norge

- Signatur

Vedlegg № 4 ” Presentasjonen før intervjuer”

Jeg ønsker dere velkommen til dette samtalemøtet.

Først vil jeg presentere meg selv og introdusere prosjektet mitt. Jeg heter Karine og jeg er provisorfarmasøyt med farmasiutdannelse fra Russland. For å bli jevn god med norsk Master i farmasi måtte jeg gjennomføre den siste delen av masterstudiet på Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt. Det er det jeg holder på nå.

Min masteroppgave heter ”Utfordringer for farmasøyer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek”. Med denne studien ønsker vi å sette fokus på hvilke utfordringer farmasøyer i apotek opplever i møte med innvandrere.

For å gjøre dette ble det bestemt å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Poenget med å samle en gruppe - i stedet for å intervju deltagerne enkeltvis, er at det gir mulighet for å komme dypere i problemstillinger. Det er en felles samtale hvor dere er veldig velkomne til å dele deres erfaringer og meninger om betjening av innvandrer kunder. Jeg har noen emner jeg vil at dere diskuterer sammen. Det er viktig for meg at dette intervjuet har uformell form og at dere snakker med og til hverandre. Siden noen av dere kjenner hverandre fra før, så er det allikevel viktig at dere tørrer å si hva dere mener og snakker ærlig.

Jeg vil også minne at dere kan trekke dere når som helst underveis uten å oppgi grunn. Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater underveis i intervjuet. Men ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opptakene skal slettes når oppgaven er ferdig, innen mai 2012. Jeg har Helle Håkonsen med meg i dag for å ta noen notater.

Nå vil jeg introdusere problemstillingen.

Antall innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge er økende. I dag er det over 600 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Det er totalt med svenske og danske. I denne undersøkelsen regner vi ikke med etniske nordiske mennesker fordi kultur og helsevesen er så pass lik.

Min oppgave er en del av et stort prosjekt som holdes av mine veiledere Else-Lydia Toverud og Helle Håkonsen. De har allerede gjort forskning på innvandrere i Oslo og har funnet ut at denne gruppen av apotek kunder har mange og store problemer. For eksempel, det vises at førstegenerasjons pakistanske

innvandrere bosatt i Oslo har manglende kunnskap om egne legemidler (hvordan de virker og hvorfor de blir brukt). Ofte er grunnen språkbarrierer. Tidligere funn viser også at mange av pasientene med pakistansk bakgrunn var skeptisk til og /eller forvirret av ordningen med generisk substitusjon. Ti prosent av deltakerne viste seg å bruke både kopi- og originalpreparat med samme virkestoff samtidig. Helle og Else-Lydia fant dessuten at yngre familiemedlemmer med bedre norskkunnskaper ofte hentet legemidler på apoteket for foreldre/besteforeldre som ikke snakket norsk selv eller at de var med som tolker i apoteket.

Min masteroppgave har til hensikt å undersøke hvordan farmasøyter oppfatter utfordringene ved betjening av innvandrere.

Vedlegg № 5 ”Intervjuguiden”

Åpningsspørsmål:

Man starter med å presentere seg selv til hverandre.

- Kan dere si litt om hvem dere er?
- Hvilket apotek kommer dere fra?
- Hvor mange år har dere jobbet på apotek?
- Hvor mange ansatte er det på deres apotek?

Introduksjonsspørsmål:

- Hva tenker dere når dere hører begrepet ”innvandrere” generelt (eventuelt begrepet ”innvandrere fra ikke-vestlige land”)?
- Er det noe forskjell for dere hvor innvandrere kommer fra (i forhold til språk, klær, hudfarge, holdning etc)?

Nøkkelsspørsmål:

- Hvor ofte har dere kontakt med kunder med innvandrerbakgrunn?
- Hvilke land kommer de oftest fra?
- Kommer de ofte alene eller med andre fra familie eller venner?
- Er det noen grupper dere syns mer utsatt i forhold til alder eller kjønn?
- Hvilke typer legemidler bruker de mest? Er det legemidler mot diabetes, fedme, legemidler mot depresjon eller ved uro, eller noe annet?

- Hva syns dere er spesielt vanskelig i møte med disse kundene?:
 - Hva slags informasjon, syns dere, kan være vanskelig å gi ut til kunden? (for eksempel legemiddelbruk, bivirkningsrisiko etc.)
 - Hvordan håndterer dere språkvansker?

- Får dere noen ganger spørsmål om innholde i kapsler, for eksempel gelatin fra svin?
- Er det noe dere syns er enklere å snakke om med etniske nordmenn enn med innvandrere? For eksempel kan det være lettere å snakke om p-piller med en etnisk norsk kvinne enn med en kvinne med innvandrerbakgrunn?
- Syns dere at det er vanskelig å snakke om generisk bytte med disse kundene og hvorfor?
- Opplever dere noe spesielt eller merker dere noe forskjell under Ramadan måned? I 2011 startet Ramadan den 1. august og varte til den 30. august.

➤ Syns dere selv mangler noe informasjon som dere ville gjerne dele ut til disse kundene?

Avsluttende spørsmål:

- Kan dere oppsummere deres syn på saken?
- Av alt vi har tatt opp i dag, hva syns dere er viktigst?

Sluttspørsmål:

- Er det noen som vil tilføye noe?
- Har assistentmoderatoren noen tilleggsspørsmål?

Vedlegg № 6 ”Fokusgruppeintervju som en metode”

Fokusgruppeintervjuer har dype røtter i verdens historia. Ulike former av gruppeintervjuer ble først brukt rundt 1920-tallene [63]. Den første fokusgruppen ble dannet rett før 2. verdens krig på “Bureau of Applied Social Research”, USA, av sosiolog Robert K. Merton [64]. Siden ble metoden brukt mye innenfor markedsføring for å se på brukeres nytte av nye produkter og tjenester.

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode som går ut på å samle sammen en gruppe mennesker til en diskusjon om et tema eller problemfelt man ønsker å kartlegge eller studere.

Planlegging

For at fokusgrupper skal gi den informasjonen forskeren ønsker seg, er det viktig at det legges ned mye arbeid i planlegging av fokusgrupper. Man må tenke gjennom hvor mange grupper behøves og hvem skal delta. Det er også arbeidet med å utvikle en intervjuguide og rekruttere deltakere [63].

Hvor mange grupper kommer forskeren til å trenge i sin undersøkelse er avhengig av hvor kompliserte emner er. Jo mer omfattende emnene er, desto flere grupper kreves. Det finnes ulike teorier om hvor stor en fokusgruppe bør være. V. Wibeck mente at det ideelle antallet i en fokusgruppe bør ikke være færre enn fire og ikke flere enn seks personer [63].

Kjennetegn på et fokusgruppeintervju er at undersøkelsen er basert på en intervjuguide. Ifølge Richard A. Krueger bør en intervjuguide for fokusgrupper bestå av fem hovedspørsmål: åpning-, introduksjon-, overgang-, nøkkel- og avslutningsspørsmål [65].

Gjennomføring

Fokusgruppeintervjuer ledes av en moderator som ofte er en forsker. I tillegg deltar ofte en person som har funksjon som assisterende moderator for å ta notater. Moderators oppgave er å introdusere emner og styre diskusjonen slik at deltakerne forholde seg til de temaene som er viktige. Det finnes strukturerte og ustrukturerte fokusgruppeintervjuer. Jo mer moderator styrer samtale i grupper, desto

mer strukturert en fokusgruppe er. Et ustrukturert fokusgruppeintervju innebærer at deltakerne i stor grad snakker fritt og med og til hverandre og ikke med moderator [63].

Fokusgruppeintervjuer dokumenteres ved hjelp av enten lydopptak eller videokamera. Alle fokusgruppeintervjuer transkriberes til skriftlig form kort tid etter gruppene møtet. Det finnes ingen bestemte analysemetoder for fokusgruppeintervjuer. Forskere har frihet ved valg av analysemetoder [63].