

Bilag:
**Evaluering af Medicingennemgang
med compliancerettet rådgivning**
- En rådgivningsydelse til hjertepatienter

Forfattere: Charlotte Rossing, Marianne A Vammen, Mira El-Souri og Kirsten Pultz

Bilag 1

Interventionsregistrering

Bilag 2

Spørgeskema patient (start)

Bilag 3

Spørgeskema patient (slut)

Bilag 4

Spørgeskema farmaceut

Bilag 5

Spørgeskema læge

Bilag 6

Status rapporter

Interventionsregistrering

Apotek: _____

Tlf.: _____

Patient oplysninger		
Navn:	CPR:	Tlf.:
Adresse:		E-mail:
Ryger: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Tidligere <input type="checkbox"/>		
Allergier:		
Praktiserende læge:		
Navn:	Tlf.:	Fax:
Adresse:	e-mail:	

Sæt kryds:

Inkluderet på apotek: <input type="checkbox"/>	Henvist fra rådgivningscenter: <input type="checkbox"/>	Andet: <input type="checkbox"/>
--	---	---------------------------------

Identificerede problemer og problemløsninger

Problemtype	Beskrivelse <i>(angiv præparat)</i>	Apotekets rådgivning/forslag til løsning	Forelagt læge*	Accepteret af læge*
Problemer vedr. indikation <input type="checkbox"/> Patienten anvender ikke det lægemiddel han/hun har brug for				
<input type="checkbox"/> Patienten anvender et lægemiddel, han/hun ikke har brug for				
Problemer med manglende effekt af behandlingen <input type="checkbox"/> Patienten anvender et uhensigtsmæssigt valgt lægemiddel				

* Svar med et ja eller nej

Problemtype	Beskrivelse <i>(angiv præparat)</i>	Apotekets rådgivning/forslag til løsning	Forelagt læge*	Acce- teret af læge*
<input type="checkbox"/> Patienten anvender en dosering, et doseringsinterval eller en behandlingsvarighed mindre end det, der er behov for				
Problemer med sikkerhed og uønskede virkninger <input type="checkbox"/> Patienten anvender en dosering, et doseringsinterval eller en behandlingsvarighed ud over det, der er behov for				
<input type="checkbox"/> Patienten anvender et lægemiddel, som giver bivirkninger				

Problemtype	Beskrivelse <i>(angiv præparat)</i>	Apotekets rådgivning/forslag til løsning	Forelagt læge*	Accepteret af læge*
<input type="checkbox"/> Brug af ikke-rekommanderet lægemiddel				

Hvad blev resultatet af henvisningen til lægen? (Spørg ved telefonopfølgningen)

Identificerede problemer med lægemiddelbehandlingen

Kontakt dato (dag/måned, fx 21/12)		
Problemer med motivation for at bruge medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med viden om		
• medicinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sygdommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktiske problemer med medicinen		
• Besvær med at synke medicinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besvær med at åbne emballagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besvær med at få medicinen ud af emballagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besvær med at læse etiketten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besvær med at læse indlægssedlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ubehagelig smag af medicinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Usikkerhed om, hvornår medicinen skal tages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Usikkerhed om skiftende navn og pakning på medicin (substitution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andet (beskriv nedenfor):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvad vi har snakket om for at forsøge at løse problemerne (interventioner):

Kontakt dato (dag/måned, fx 27/11)		
Anbefalet husketeknikker (sæt kryds) - hvis ja, hvilken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anbefaling af dosisdispensering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anbefaling af doseringsæske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anbefaling af SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vejledning i brug af dagbog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vejledning i individuelle huskereglere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anbefaling af hjemmeblodtryksmåling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Støtte fra hjemmepleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejledning, rådgivning, information:		
• Introduceret/rådgivet om brug af Medicinprofilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Givet mundtlig information eller skriftligt materiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Introduceret relevante hjemmesider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gennemført motiverende samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Henvist til Hjerteforeningens rådgivningscenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbefalet kontakt til:		
• Egen læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Livsstilsrådgivning (fx rygestop, diætist, motion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Familie/netværk (med henblik på støtte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidsforbrug til ydelsen *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*

Medicingennemgangen med compliancerettet rådgivning	Telefonopfølgningen
Forberedelse: _____min	Forberedelse: _____min
Samtalen: _____min	Samtalen: _____min
Dokumentation: _____min	Dokumentation: _____min

Projektnummer: _____

Spørgeskema om medicinbrug

Deltagersamtykke

Vi beder dig udfylde dette deltagersamtykke, hvis du ønsker at deltage i projektet *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*.

Alle oplysninger, vi får fra dig i forbindelse med projektet, vil blive behandlet fortroligt. Kun forskergruppen vil få adgang til dine oplysninger, og der vil ikke blive offentliggjort oplysninger, som vil kunne føres tilbage til dig.

Deltagelsen i projektet er frivillig og sker, efter du har givet skriftligt samtykke til deltagelse i projektet, dvs. underskrevet nedenfor. Du vil primo 2010 modtage et evalueringsskema, som du vil blive bedt om at udfylde og returnere.

Du kan dog altid ved henvendelse til Mille Holst Thomsen mht@apotekerforeningen.dk tilbagetrække dit samtykke og dermed udtræde af undersøgelsen.

Jeg vil gerne deltage i projektet og giver hermed tilladelse til, at

_____ apotek må få adgang til min medicinprofil i projektperioden.

Dato: _____ Underskrift: _____

Mit cpr-nr.: _____

Jeg kan træffes på telefon: _____

Jeg kan træffes på e-mail: _____

Navn og adresse på min praktiserende læge som det fremgår af mit sundhedskort (sygesikringsbevis):

Hvem varetager din
medicinske behandling?

Min praktiserende læge

Anden: _____

En kopi af samtykkeerklæringen udleveres til borgeren.

Denne findes på sidste side i skemaet.

Læs venligst nedenstående vejledning igennem, inden du udfylder skemaet.

Spørgeskemaet har til formål at afdække, hvordan du bruger din medicin, og hvilke behov du har for information. Der vil være ekstra fokus på din brug af hjerte-kar-medicin.

Dine svar bliver anonymiseret og behandlet fortroligt.

- I spørgeskemaet bruger vi af praktiske grunde betegnelsen **hjerte-kar-medicin**. Betegnelsen dækker over: medicin, der tages for hjertet (for at forbedre hjertets funktion), for at sænke blodtrykket, for at sænke kolesterol, vanddrivende medicin samt medicin, som forebygger blodpropper.
- Brug venligst sort eller blå kuglepen.
- Hvis der er spørgsmål, hvor dit svar ikke helt passer til nogen af svarmulighederne, skal du sætte kryds ved det svar, der passer bedst.
- Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du går i stå ved besvarelsen af et enkelt spørgsmål, så gå hellere videre til det næste frem for helt at opgive at udfylde skemaet.
- Vi vil bede dig, så vidt muligt, besvare alle spørgsmål og aflevere eller sende spørgeskemaet til apoteket 1 uge inden du skal til samtale, så farmaceuten kan nå at forberede sig.
- Tal og kryds skal være nemme at læse, som vist i nedenstående eksempel:

	Rigtigt	Forkert
Sæt tydelige krydser	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	12/12 - 1912 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
Tal rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover.	² ² 1 2 - 1 2 - 1 9 1 2	1 2 - 1 2 - 1 9 1 2

I skemaet bliver du også bedt om at skrive noget, for eksempel:

Hvis ja, hvilket lægemiddel drejer det sig om? ORABET, SIMVASTATIN

Skriv tydeligt og gerne med blokbogstaver

Dine kliniske værdier

Vi vil gerne vide noget om dine kliniske værdier. Nedenfor er der nogle spørgsmål om dit blodtryk og dine kolesteroltal.

Blodtryk

Så godt som du husker det:

1. Hvornår fik du sidst målt dit blodtryk? (måned – år) -
2. Hvad var dit blodtryk, sidste gang du fik det målt hos lægen?..... /
 Ja Nej
3. Er din læge tilfreds med dit blodtryk?.....

Kolesterol

4. Har du fået målt dit kolesterol hos lægen?.....

Så godt som du husker det:

5. Hvornår fik du sidst målt kolesterol? (måned – år)..... -
6. Hvad var dit kolesteroltal, sidst du fik det målt?
 a. Totalkolesterol , mmol/l
 b. LDL-kolesterol , mmol/l
 c. HDL-kolesterol..... , mmol/l
 d. Triglycerider , mmol/l
 Ja Nej
7. Er din læge tilfreds med dine kolesteroltal?

Dine ønsker til information

Vi vil gerne vide, hvilke ønsker du har til information om din sygdom og medicin.

- | <i>(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)</i> | Meget enig | Enig | Hverken enig eller uenig | Uenig | Meget uenig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Jeg har brug for mest mulig information om min medicin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. For meget information er dårligt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Man kan aldrig vide for meget om medicin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jeg har ikke behov for mere information | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jeg læser så meget som muligt om min medicin og sygdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hvad man ikke ved, har man ikke ondt af..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Din medicin

Vi vil gerne vide, om du oplever problemer med din medicin, og hvordan du bruger din medicin netop nu.

Problemer med medicinen

14. Har du oplevet nogle af følgende problemer med din medicin?

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Ja	Nej
a. Besvær med at synke medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Besvær med at åbne emballagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Besvær med at få medicinen ud af emballagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ubehagelig smag af medicinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bivirkninger, der giver problemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Besvær med at læse etiketten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Besvær med at læse brugsvejledningen i pakken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Usikkerhed omkring, hvornår medicinen skal tages.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Usikkerhed omkring skiftende navn og pakning på medicin (substitution).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet _____

Din brug af medicin

Nedenfor er opstillet nogle tænkte situationer, vedrørende hvordan du bruger din hjerte-kar-medicin. Vi vil bede dig afkrydse, hvor sikker du er på, at du i de opstillede situationer vil tage din hjerte-kar-medicin, som det er aftalt med lægen.

15. Jeg er sikker på, at jeg ville tage min hjerte-kar-medicin* som aftalt med lægen, også ...

1 = Slet ikke sikker; 5 = Helt sikker

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
a. hvis det bekymrer mig at skulle tage hjerte-kar-medicin resten af livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. hvis hjerte-kar-medicinen giver bivirkninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hvis jeg er bekymret for at blive afhængig af hjerte-kar-medicinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hvis hjerte-kar-medicinen nogle gange gør mig træt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. hvis hjerte-kar-medicinen nogle gange gør mig svimmel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Med hjerte-kar-medicin menes der: medicin, der tages for hjertet (for at forbedre hjertets funktion), for at sænke blodtrykket, for at sænke kolesterol, vanddrivende medicin samt medicin, som forebygger blodpropper.

16. Jeg er sikker på, at jeg ville tage min hjerte-kar-medicin* som aftalt med lægen, også ...

1 = Slet ikke sikker; 5 = Helt sikker

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
a. hvis der ikke er nogen til at huske mig på det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. hvis hjerte-kar-medicinen er dyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hvis jeg er sammen med familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hvis jeg er på et offentligt sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. hvis hjerte-kar-medicinen skal tages mellem måltiderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hvis jeg skal tage hjerte-kar-medicinen mere end en gang daglig ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dine erfaringer med din medicin

Vi vil gerne vide noget om de erfaringer, du har med at bruge din hjerte-kar-medicin. Nedenfor er en række spørgsmål, der handler om den betydning dine erfaringer har, for den måde du bruger din hjerte-kar-medicin på.

Erfaringer med medicinen

17. Hvordan bruger du din hjerte-kar-medicin*?

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Altid	Ofte	Nogle gange	Sjældent	Aldrig
a. Jeg tager alt min hjerte-kar-medicin nøjagtigt, som aftalt med lægen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg glemmer generelt at tage min hjerte-kar-medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg glemmer at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg ikke er hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg glemmer at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg har travlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg holder pauser med min hjerte-kar-medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg tager mindre hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg tager mere hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Med hjerte-kar-medicin menes der: medicin, der tages for hjertet (for at forbedre hjertets funktion), for at sænke blodtrykket, for at sænke kolesterol, vanddrivende medicin samt medicin, som forebygger blodpropper.

- | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| h. | Jeg vælger at springe en dosis over ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Jeg har besvær med at huske at tage min hjerte-kar-medicin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg føler, at min sygdom er under kontrol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg gør noget andet for at forbedre mit blodtryk/kolesterol (fx rygestop, motion, vægttab, kostændring) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. | Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg oplever bivirkninger af medicinen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. | Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg ikke tror, den virker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Din(e) sygdom(me)

Lider du af en eller flere af følgende sygdomme?

Hvis ja, notér måneden og året for, hvornår du har fået konstateret sygdommen:

måned – år

- | | Ja | Nej | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------|
| 18. Forhøjet blodtryk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 19. Forhøjet kolesterol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 20. Rytmeforstyrrelser i hjertet (fx hjertearytmier)? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 21. Hjertekrampe (angina pectoris)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 22. Hjertesvigt (hjerteinsufficiens)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 23. Åreforkalkning i benene eller vindueskiggersyndrom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 24. Har du haft en blodprop/blødning i hjernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 25. Har du haft en blodprop i hjertet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UU-UUUUU |
| 26. Andet: _____ | | | UU-UUUUU |

Din receptpligtige medicin

27. Beskriv dine erfaringer med den receptpligtige medicin, som du bruger regelmæssigt (dvs. medicin udskrevet af lægen).

Hvad er navn og evt. styrke på medicinen?	Hvilken sygdom eller lidelse tager du medicinen for?	Hvor meget tager du af medicinen om dagen?	Hvordan synes du, medicinen virker for dig?			Volder din medicin dig problemer?		
			Meget godt	Rimeligt	Ikke godt	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
Eksempel: Enalapril 10 mg	For blodtrykket	1 tablet dagligt		X			X	

Din receptpligtige medicin

27. (fortsat) Beskriv dine erfaringer med den receptpligtige medicin, som du bruger regelmæssigt (dvs. medicin udskrevet af lægen).

Hvad er navn og evt. styrke på medicinen?	Hvilken sygdom eller lidelse tager du medicinen for?	Hvor meget tager du af medicinen om dagen?	Hvordan synes du, medicinen virker for dig?			Volder din medicin dig problemer?		
			Meget godt	Rimeligt	Ikke godt	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
Eksempel: Enalapril 10 mg	For blodtrykket	1 tablet dagligt		X			X	

Anden medicin

28. Hvilken anden medicin/kosttilskud anvender du, og hvor ofte anvender du den? (håndkøbsmedicin, vitaminpiller, mineraler, naturlægemidler, kosttilskud).

Hvad er navnet på medicinen?	Hvor tit anvender du medicinen?		
	Hver dag	Hver uge	Sjældnere
Eksempel: Ginseng	X		

Deltagersamtykke

Vi beder dig udfylde dette deltagersamtykke, hvis du ønsker at deltage i projektet *Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning*.

Alle oplysninger, vi får fra dig i forbindelse med projektet, vil blive behandlet fortroligt. Kun forskergruppen vil få adgang til dine oplysninger, og der vil ikke blive offentliggjort oplysninger, som vil kunne føres tilbage til dig.

Deltagelsen i projektet er frivillig og sker, efter du har givet skriftligt samtykke til deltagelse i projektet, dvs. underskrevet nedenfor. Du vil primo 2010 modtage et evalueringsskema, som du vil blive bedt om at udfylde og returnere.

Du kan dog altid ved henvendelse til Mille Holst Thomsen mht@apotekerforeningen.dk tilbagetrække dit samtykke og dermed udtræde af undersøgelsen.

Jeg vil gerne deltage i projektet og giver hermed tilladelse til, at

_____ apotek må få adgang til min medicinprofil i projektperioden.

Dato: _____ Underskrift: _____

Mit cpr-nr.: _____

Jeg kan træffes på telefon: _____

Jeg kan træffes på e-mail: _____

Navn og adresse på min praktiserende læge som det fremgår af mit sundhedskort (sygesikringsbevis):

Hvem varetager din medicinske behandling?

Min praktiserende læge

Anden: _____

En kopi af samtykkeerklæringen udleveres til borgeren.

Denne findes på sidste side i skemaet.

Projektnummer: _____

Spørgeskema om medicinbrug

Læs venligst nedenstående vejledning igennem, inden du udfylder skemaet:

Spørgeskemaet har til formål at afdække, hvordan du bruger din medicin, og hvilke behov du har for information. Dine svar bliver anonymiseret og fortroligt behandlet.

- I spørgeskemaet bruger vi af praktiske grunde betegnelsen **hjerter-kar-medicin**. Betegnelsen dækker over: medicin, der tages for at forbedre hjertets funktion, for at sænke blodtrykket, for at sænke kolesterol, vanddrivende medicin samt medicin, som forebygger blodpropper.
- Brug venligst sort eller blå kuglepen.
- Hvis der er spørgsmål, hvor dit svar ikke helt passer til nogen af svarmulighederne, skal du sætte kryds ved det svar, der passer bedst.
- Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du går i stå ved besvarelsen af et enkelt spørgsmål, så gå hellere videre til det næste frem for helt at opgive at udfylde skemaet.
- Tal og kryds skal være nemme at læse, som vist i nedenstående eksempel:

	Rigtigt	Forkert
Sæt tydelige krydser	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	12/12-1912 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tal rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover.	² ² 1 2 - 1 2 -1912	1 2 - 1 2 -1912
<p>I skemaet bliver du også bedt om at skrive noget, for eksempel:</p> <p>Hvis ja, hvilket lægemiddel drejer det sig om? <u>ORABET, SIMVASTATIN</u></p> <p><u>Skriv tydeligt og gerne med blokbogstaver</u></p>		

Spørgsmål vedrørende projektet rettes til:

Forsknings- og Udviklingsafdelingen, Pharmakon, Apotekernes Uddannelsescenter
 Att. Udviklingskonsulent Mira El-Souri, Milnersvej 42, 3400 Hillerød
 Telefon 4820 6162 eller e-mail: MSO@pharmakon.dk

Din medicin

Vi vil gerne vide, om du oplever problemer med din medicin, og hvordan du bruger din medicin netop nu.

Problemer med medicinen

1. Har du oplevet nogle af følgende problemer med din medicin?

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Ja	Nej
a. Besvær med at synke medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Besvær med at åbne emballagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Besvær med at få medicinen ud af emballagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ubehagelig smag af medicinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bivirkninger, der giver problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Besvær med at læse etiketten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Besvær med at læse brugsvejledningen i pakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Usikkerhed omkring, hvornår medicinen skal tages.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Usikkerhed omkring skiftende navn og pakning på medicin (substitution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet _____

Din tryghed

Vi vil gerne vide noget om din tryghed i forhold til håndteringen af din hjerte-kar-sygdom*. Nedenfor er en række spørgsmål om dette.

	Meget enig	Enig	Neutral	Uenig	Stærkt uenig
2. Jeg føler mig ...					
<i>(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst)</i>					
a. tryk ved min evne til at klare min hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. i stand til at håndtere min hjerte-kar-sygdom nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. i stand til at varetage den rutinemæssige pasning af min hjerte-kar-sygdom nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tryk ved at diskutere min hjerte-kar-sygdom med min læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. i stand til at møde den udfordring, det er at styre min hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Det kan være at du er en af de deltagere i projektet, som ikke har en diagnosticeret hjerte-kar-sygdom. Hvis ikke, tænk i stedet på den tilstand, du bruger medicin for. Det kan være forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol.

Din brug af medicin

Nedenfor er opstillet nogle tænkte situationer om, hvordan du bruger din hjerte-kar-medicin⁺.

3. Jeg er sikker på, at jeg ville tage min hjerte-kar-medicin som aftalt med lægen, også ...

1 = Slet ikke sikker; 5 = Helt sikker

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
a. hvis det bekymrer mig at skulle tage hjerte-kar-medicin resten af livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. hvis hjerte-kar-medicin giver bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hvis jeg er bekymret for at blive afhængig af hjerte-kar-medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hvis hjerte-kar-medicin nogle gange gør mig træt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. hvis hjerte-kar-medicin nogle gange gør mig svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jeg er sikker på, at jeg ville tage min hjerte-kar-medicin som aftalt med lægen, også ...

1 = Slet ikke sikker; 5 = Helt sikker

	1	2	3	4	5	Ikke relevant
a. hvis der ikke er nogen til at huske mig på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. hvis hjerte-kar-medicinen er dyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hvis jeg er sammen med familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hvis jeg er på et offentligt sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. hvis hjerte-kar-medicinen skal tages mellem måltiderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. hvis jeg skal tage hjerte-kar-medicinen mere end en gang daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁺Med hjerte-kar-medicin menes der: medicin, der tages for at forbedre hjertets funktion, for at sænke blodtrykket, for at sænke kolesterol, vanddrivende medicin samt medicin, som forebygger blodpropper.

Dine erfaringer med din medicin

Vi vil gerne vide noget om de erfaringer, du har med at bruge din medicin. Nedenfor er en række spørgsmål, der handler om den betydning dine erfaringer har, for den måde du bruger din medicin på.

Erfaringer med medicinen**5. Hvordan bruger du din hjerte-kar-medicin?**

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Altid	Ofte	Nogle gange	Sjældent	Aldrig
a. Jeg tager al min hjerte-kar-medicin nøjagtig, som aftalt med lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg glemmer generelt at tage min hjerte-kar-medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg glemmer at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg ikke er hjemme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg glemmer at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg har travlt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg holder pauser med min hjerte-kar-medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg tager mindre hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg tager mere hjerte-kar-medicin, end jeg har aftalt med lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg vælger at springe en dosis over	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg har besvær med at huske at tage min hjerte-kar-medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, når jeg føler, at min hjerte-kar-sygdom er under kontrol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg gør noget andet for at forbedre mit blodtryk/kolesterol (fx rygestop, motion, vægttab, kostændring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg oplever bivirkninger af medicinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Jeg holder op med at tage min hjerte-kar-medicin, hvis jeg ikke tror, den virker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partnerskab i behandlingen

Nedenfor er en række spørgsmål om, hvorvidt din involvering i behandlingen af din hjerte-kar-sygdom er forbedret, som følge af projektet ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”.

6. Hvordan synes du din inddragelse i behandlingen af din hjerte-kar-sygdom er blevet påvirket af projektet?

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Er forbedret	Er uændret	Er forværret
a. Min tilfredshed med de beslutninger, der er blevet taget om behandlingen af min hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Min medindflydelse på at beslutte, hvad der skal gøres ved min hjertekarsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Min evne til at kunne udføre de aftaler, der er lavet om min behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Min viden i forhold til at kunne være med til at tage beslutninger om behandlingen af min hjertekarsygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Den måde, der bliver lyttet til min mening om behandlingen af min hjertekarsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit udbytte af projektet

Nedenfor er angivet nogle spørgsmål om din tilfredshed med at deltage i projektet ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning” for hjerte-kar-patienter.

7. Hvad synes du selv, at du har fået ud af at deltage i projektet?

(Sæt kryds ved det mest passende svar for hvert udsagn)

	Er forbedret	Er uændret	Er forværret
a. Min hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Min viden om min hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Min viden om medicinens virkning på min hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Min viden om den indflydelse, min livsstil har på min hjerte-kar-sygdom (fx motion, rygning, kost, vægt, stress, alkohol).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mine symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Min evne til at bruge min medicin rigtigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Min tryghed ved at bruge min medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Min livskvalitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mit forhold til min læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Samarbejdet mellem apoteksfarmaceuten og min praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Min personlige kontakt til apoteksfarmaceuten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Min opfattelse af apoteksfarmaceutens faglige viden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Min opfattelse af apoteksfarmaceutens rådgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Min opfattelse af apoteksfarmaceutens mulighed for at hjælpe mig med problemer med min medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Min tillid til apoteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Min oplevelse af fortrolighed på apoteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din tilfredshed med projektet

	Ja	Nej	Ved ikke
8. Kunne du tænke dig efter afslutningen af projektet at have mulighed for at modtage et rådgivningsforløb som det, der indgik i dette projekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvis **Ja**, hvem synes du, skal betale for ydelsen på apoteket?

(Sæt gerne flere krydser)

- a. Apoteket
- b. Dig selv.....
- c. Den offentlige sygesikring
- d. Private sygeforsikringer.....
- e. Patientforeninger
- f. Kommunen
- g. Regionen.....
- h. Staten
- i. Medicinalfirmaer

10. Hvis du selv skulle betale, hvor meget ville du maksimalt betale for ydelsen på apoteket? *(Skriv tydeligt)*

Kr. _____

(Sæt kun ét kryds)

	Meget tilfreds	Tilfreds	Neutral	Utilfreds	Meget utilfreds
11. Alt i alt hvor tilfreds har du været med at deltage i projektet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har været utilfreds eller meget utilfreds, beskriv venligst hvorfor:

Andre kommentarer: _____

Mange tak for hjælpen!

**Evaluering af projektet
”Medicingennemgang
med compliancerettet rådgivning”**

Erfaringer fra projektet: Dit udbytte af at have deltaget i projektet

1. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Jeg har værdsat at deltage i projektet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg har følt mig fagligt rustet til at gennemføre rådgivning af hjerte-kar-patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg har værdsat de faglige udfordringer, der har været en del af projektdeltagelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg har oplevet en nærmere kontakt med hjerte-kar-patienter igennem projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Deltagelse i projektet har øget min motivation i mit daglige arbejde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Det øvrige apotekspersonale har bakket mig op i forbindelse med projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg har følt mig tidsmæssigt presset i mit arbejde på apoteket som følge af projektførelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg har kunnet gøre en positiv forskel for hjerte-kar-patienterne i projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg har fået et kompetenceløft på hjerte-kar-området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg har værdsat at levere individuelle løsninger ¹ til hjerte-kar-patienter i projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Deltagelse i projektet har givet mig større variation i mit daglige arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Det har været dejligt at vise, at apoteket kan andet end at sælge medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Jeg har opnået større selvtillid i mit arbejde på apoteket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Individuelle løsninger fx i form af dosisdispensering, husketeknikker mfl.

Din generelle holdning til apotekets rolle i forbindelse med forbedring af compliance og egenindsats blandt patienterne

2. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Når apoteksfarmaceuten yder denne type rådgivning, træder han/hun ind på lægens område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg synes det i højere grad er apoteksfarmaceutens rolle, end det er lægens rolle, at rådgive patienterne om compliance og egenindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmaceuten mangler den fornødne viden til at rådgive patienterne om compliance og egenindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg synes, at rådgivning om compliance og egenindsats burde være en del af ethvert apoteks professionelle ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det har været nyttigt at få afdækket complianceproblemer blandt hjerte-kar-patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfaringer fra projektet: Vurdering af projektets betydning for hjerte-kar-patienterne og vurdering af samarbejdet med deres praktiserende læge samt med Hjerteforeningens rådgivningscentre

3. Mulige positive effekter for de hjerte-kar-patienter, der har modtaget ydelsen

Du bedes angive, hvorvidt du har set følgende virkninger for en eller flere af de hjerte-kar-patienter, der deltog i projektet.

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Er forbedret	Er uændret	Er forværret
a. Patientens compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Patientens symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Patientens viden om livsstilens betydning for hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Patientens viden om sin medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patientens viden om sin hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Patientens lægemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Patientens håndtering af sin hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Patientens helbredsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Patientens livskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Patientens tilfredshed med lægemiddelbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Patientens tryghed ved sin lægemiddelbehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Patientens udgifter til medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Patientens forhold til den praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Patientens medindflydelse på sin lægemiddelbehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre positive effekter:

4. Mulige negative konsekvenser af projektet

Du bedes angive, hvorvidt du har set følgende negative konsekvenser af projektet for en eller flere hjerte-kar-patienter, der deltog i projektet

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Patienten har været utryk ved, at flere var involveret i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Patienten har oplevet, at der har været modstridende informationer fra apoteksfarmaceuten og lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ansvar for patientens lægemiddelbehandling er blevet uklart.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lægens overblik over patientens behandling er blevet dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patienterne er blevet skeptiske over for dig som apoteksfarmaceut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Projektet har været med til at skabe problemer for patienten, som ikke var der tidligere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre negative konsekvenser:

5. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:

Nedenstående spørgsmål stilles tilsvarende til lægerne

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

		Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a.	Mit samarbejde med patienternes læger har fungeret godt i projektet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Jeg ville ønske et større engagement i projektet fra de involverede lægers side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Som følge af projektet er jeg begyndt at samarbejde mere med de involverede læger i projektet om deres patienter generelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	De involverede læger har været uenige med mig i mine anbefalinger om patienternes behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Jeg har været uenig i de involverede lægers anbefalinger om patienternes behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Det har været svært at få tilbagemelding fra de involverede læger i projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Der har været en gensidig anerkendelse mellem mig og de involverede læger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Jeg henviser unødigt mange gange til lægen som resultat af projektet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Jeg har optrådt loyalt over for de involverede læger i løbet af projektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Mine anbefalinger til patienterne har været relevante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Jeg synes, at min faglige kompetence har været tilstrækkelig i forbindelse med dialogen med lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Jeg synes, at mine kommunikationskompetencer har været tilstrækkelige i forbindelse med dialogen med lægen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:*(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)*

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Mit samarbejde med Hjerteforeningens rådgivningscentre har fungeret godt i projektet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Henvisning af patienter fra Hjerteforeningens rådgivningscentre har fungeret godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kommunikationen med Hjerteforeningens rådgivningscentre har fungeret godt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre kommentarer vedrørende samarbejdet med Hjerteforeningens rådgivningscentre:

Vurdering af ydelsens kvalitet. Hvad var godt, og hvad skal forbedres?

7. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Jeg mener, at denne type ydelse skal leveres som en del af det daglige arbejde på apoteket....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Det har været nyttigt at afdække compliance-problemer blandt apotekets hjerte-kar-patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ydelsen er et godt supplement til de ydelser hjerte-kar-patienter ellers tilbydes generelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ydelsen er for kompleks til at bruge på apoteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hvordan har redskaberne til ydelsen fungeret i praksis?

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Har fungeret	Har ikke fungeret	Neutral	Ved ikke	Ej benyttet
Støttematerialer til ydelsen:					
a. Manual for ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lægemiddellisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Folder til interesserede brugere af hjerte-kar-medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Talekort med information til målgruppen for ydelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aftalekortet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Spørgeskema om medicinbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vurdering af ”Spørgeskema om medicinbrug”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Medicinprofilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Eksempler på kategorisering af lægemiddel-relaterede problemer efter Granada modellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Forberedelse af samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tjekliste til samtalen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Interviewguide ”Få historien”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Boblemodellen: ”Find mulige løsninger”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Har fungeret	Har ikke fungeret	Neutral	Ved ikke	Ej benyttet
n.	Livsstilsspindelvævet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Opsummering af samtale på apoteket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Tilbage melding til praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	Tjekliste til opfølgende telefonsamtale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r.	Interventionsregistrering.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbefaling af husketeknikker:						
s.	Dosisdispensering.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t.	Doseringsæsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u.	SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	Dagbog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w.	Individuelle huskesystemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x.	Hjemmeblodtryksmåling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y.	Støtte fra hjemmepleje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning i øvrigt:						
z.	Brug af medicinprofilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
æ.	Udleveret skriftligt materiale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ø.	Henvist til hjemmesider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å.	Anvendt den motiverende samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa.	Henvi sning til Hjerteforeningens rådgivningscenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uddyb gerne dit svar:

Din vurdering af og anbefalinger til ydelsens udformning

9. Hvem ville efter din mening være relevante leverandører af ydelsen?

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Ja	Nej	Ved ikke
a. Den praktiserende læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apoteksfarmaceuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmakonomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Praksissygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andet praksispersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sundhedspersonale i kommunen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sundhedspersonale på sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sundhedspersonale fra patientforeninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lægemiddelindustri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Matas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I projektet har apoteket haft mulighed for at tilbyde patienterne forskellige former for complianceteknologi, f.eks. sms-påmindelser, doseringshjælpe midler, dagbøger og PEM-støtte (Personlig Elektronisk Medicinprofil).

10. Hvem ville efter din mening være relevante leverandører af complianceteknologi til patienter?

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Ja	Nej	Ved ikke
a. Den praktiserende læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apoteksfarmaceuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmakonomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Praksissygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andet praksispersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sundhedspersonale i kommunen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sundhedspersonale på sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sundhedspersonale fra patientforeninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lægemiddelindustri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Matas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvordan synes du, at implementeringen af ydelsen fungerede på dit apotek?*(Sæt kun et kryds)*

- Tilfredsstillende
- Nogenlunde
- Både ja og nej
- Ikke tilfredsstillende

Begrund gerne dit svar:

12. Synes du, at det afsatte tidsforbrug til udførelse af ydelsen er passende?*(Sæt kun et kryds)*

- Helt sikkert
- Nogenlunde
- Sikkert ikke
- Helt sikkert ikke

Begrund gerne dit svar:

13. Hvordan fungerede den telefoniske opfølgning i forhold til patienten?*(Sæt kun et kryds)*

- Tilfredsstillende
- Nogenlunde
- Både ja og nej
- Ikke tilfredsstillende.....

Begrund gerne dit svar:

14. Hvis projektet skulle leveres som en fast ydelse, hvilke ændringer skulle efter din mening foretages for, at ydelsen blev optimal? (Beskriv og begrund)

Mange tak for din besvarelse!

Evaluering af indsatsen ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”

Dit kendskab til indsatsen ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”

1. Har du kendskab til ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning” for hjerte-kar-patienter?

Ja

Nej

a. Hvis ja, hvordan har du fået kendskab til det?

(Sæt gerne flere krydser)

Via et eller flere apoteker

Via Danmarks Apotekerforening.....

Via Hjerteforeningen

Via Pharmakon

Via en patient.....

Via en kollega

Andet: _____

Dine erfaringer fra indsatsen

2. Hvad er din generelle opfattelse af den gennemførte indsats?

Positiv

Negativ.....

Neutral

Ved ikke.....

Kommentarer: _____

3. Beskriv gerne, hvad du har fået ud af indsatsen:

4. Mulige positive effekter for patienterne

Du bedes angive, hvorvidt du har set følgende virkninger for en eller flere af de patienter, der deltog i ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”.

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

		Er forbedret	Er uændret	Er forværret
a.	Patientens compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Patientens symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Patientens viden om livsstilens betydning for hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Patientens viden om sin medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Patientens viden om hjerte-kar-sygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Patientens lægemiddelbehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Patientens håndtering af sin hjerte-kar-sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Patientens helbredsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Patientens livskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Patientens tilfredshed med lægemiddelbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Patientens tryghed ved sin lægemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Patientens udgifter til medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Patientens forhold til den praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Patientens medindflydelse på sin lægemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre positive effekter:

5. Mulige negative konsekvenser af indsatsen

Du bedes angive, hvorvidt du har set følgende negative konsekvenser for en eller flere af de deltagere, der deltog i ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”.

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Patienten har været utryk ved, at flere var involveret i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Patienten har oplevet, at der har været modstridende informationer fra apoteks-farmaceuten og lægen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ansvar for patientens lægemiddelbehandling er blevet uklart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dit eget overblik over patientens behandling er blevet dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patienterne er blevet skeptiske over for dig som læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Indsatsen har været med til at skabe problemer for patienten, som ikke var der tidligere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre negative konsekvenser:

Din vurdering af indsatsens kvalitet

6. Din holdning til og udbytte af samarbejdet mellem dig og apoteksfarmaceuten i forbindelse med indsatsen ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning”

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Mit samarbejde med apoteksfarmaceuten har været godt i forbindelse med indsatsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apoteksfarmaceuten henviser unødigt mange gange til mig som resultat af indsatsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmaceuten har optrådt loyalt over for mig i forbindelse med indsatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Apoteksfarmaceutens anbefalinger til patienterne har været relevante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Apoteksfarmaceuten har været uenig i mine anbefalinger til patienterne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg synes, apoteksfarmaceutens faglige kompetence har været tilstrækkelig i forbindelse med indsatsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Apoteksfarmaceuten har fremstået professionelt i kommunikationen med mig, når vi har været i kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Der har været en gensidig anerkendelse mellem apoteksfarmaceuten og mig i forbindelse med indsatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Din generelle holdning til apotekets rolle i forbindelse med forbedring af compliance og egenindsats blandt patienterne

7. Angiv, i hvor høj grad du er enig i nedenstående udsagn:

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig	Ved ikke
a. Når apoteksfarmaceuten yder denne type rådgivning, træder han/hun ind på mit område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg synes, det i højere grad er apoteksfarmaceutens rolle, end det er min rolle, at rådgive patienterne om compliance og egenindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmaceuten mangler den fornødne viden til at rådgive patienterne om compliance og egenindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg synes, at rådgivning om compliance og egenindsats burde være en del af ethvert apoteks professionelle ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det har været nyttigt at få afdækket complianceproblemer blandt hjerte-kar-patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Din vurdering af og anbefalinger til ydelsens udformning

8. Hvem ville efter din mening være relevante leverandører af ydelserne?

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Ja	Nej	Ved ikke
a. Den praktiserende læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apoteksfarmaceuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmakonomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Praksissygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andet praksispersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sundhedspersonale i kommunen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sundhedspersonale på sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sundhedspersonale fra patientforeninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lægemiddelindustri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Matas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I forbindelse med indsatsen har apoteket haft mulighed for at tilbyde patienterne forskellige former for complianceteknologi, f.eks. sms-påmindelser, doseringshjælpemidler, dagbøger og PEM-støtte (Personlig Elektronisk Medicinprofil).

9. Hvem ville efter din mening være relevante leverandører af complianceteknologi til patienter?

(Sæt kryds ved det svar, der passer bedst for dig)

	Ja	Nej	Ved ikke
a. Den praktiserende læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apoteksfarmaceuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apoteksfarmakonomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Praksissygeplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andet praksispersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sundhedspersonale i kommunen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sundhedspersonale på sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sundhedspersonale fra patientforeninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lægemiddelindustri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Matas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

10. Hvis indsatsen ”Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning” skulle leveres som en fast ydelse, hvilke ændringer skulle efter din mening foretages, for at ydelsen blev optimal?

Mange tak for din besvarelse!

Statusrapport

Tema	Stikord	Refleksioner
1. Inklusion af patienter	Vi vil gerne vide noget om, hvad der har fungeret godt og mindre godt i forbindelse med at inkludere patienter fra rådgivningscentre. Fx: <ul style="list-style-type: none">• Identifikation af patienter• Introduktion af projektet til patienter• Rekruttering• Praktiske problemer med at inkludere• Erfaringer, der letter evt. fremtidig rekruttering• Hvordan du har fået det til at fungere i hverdagen.	
2. Samarbejde med apoteket	Vi vil gerne vide noget om, hvordan samarbejdet har fungeret mellem rådgivningscenter og apotek. <ul style="list-style-type: none">• Henvisning af patienter fra rådgivningscenter til apotek• Praktiske problemer med henvisning af patienter til apotek• Kommunikationsform og – omfang med apoteket• Anden form for samarbejde mellem rådgivningscenter og de deltagende apoteker i projektperioden• Dine tanker om fremtidigt samarbejde med apoteket.	

Tema	Stikord	Refleksioner
<p>3. Redskabernes egnethed</p>	<p>Vi vil gerne vide noget om, hvordan de redskaber, der er blevet anvendt i forbindelse med rekruttering af patienter, har fungeret.</p> <p>Redskaber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flowdiagram for inklusion af brugere af hjerte-kar-medicin • Lægemiddellisten • Talekort med information til målgruppen for ydelsen • Informationsfoldere til interesserede patienter • Registreringsskemaet. 	
<p>4. Viden</p>	<p>Vi vil gerne vide noget om, hvilken viden og kompetence er en forudsætning for at inkludere patienterne.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Større viden om projektet og dets formål • Større viden om apoteket • Andet. 	

Tema	Stikord	Refleksioner
<p>5. Personlige opfattelser</p>	<p>Vi vil gerne vide noget om, hvilke personlige opfattelser du har af projektet.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektforløbet • Din oplevelse af at deltage i projektet • Din motivation for projektet • Din generelle tilfredshed med projektet • Din vurdering af deltagernes udbytte. 	
<p>6. Tid og økonomi</p>	<p>Vi vil gerne vide noget om ressourceforbruget i forbindelse med projektet.</p> <p>Fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal medarbejdere, der har været involveret i rekruttering af patienter • Tidsforbrug i forbindelse med rekruttering herunder introduktion af projektet til patienter • Tidsforbrug i forbindelse med overlevering mellem rådgivningscenter og apotek. 	