

# Er helsetjenester fra apotek samfunnsnyttige?

Legemiddeldagen 8. mai 2008

Torunn Janbu  
president  
Den norske legeforening



DEN NORSKE  
LEGEFORENING

- Farmasøyt – lege – pasient : samarbeid
- Kompetanse
- Habilitet
- Helsetjenester i apotek
  - Screening
  - Kommentar til konkrete forslag
  - Diabetes

En enkel løsning !



# Farmasøyt – lege – pasient : samarbeid

- Farmasøyters kompetanse trengs
  - legemiddelhåndtering
  - informasjonsarbeid
  - samarbeid med leger og annet helsepersonell
    - *ex sykehjem – store utfordringer*
  - Viktig med godt samarbeid mellom alle 3 parter!
- Apotek må bruke sin kompetanse på samfunnsmessig riktig måte – det som kan synes **billig og bra** kan fort vise seg å være **dyrt og dårlig**. Ikke opp til apotekene å avgjøre



# Kompetanse

- Farmasøyter har kompetanse om legemidler og legemiddelhåndtering
- Forslagene om helsetjenester i apotek vil kreve kompetanse som farmasøyter ikke har – og ikke enkelt ville kunne tilegne seg.
- Tolkning av prøvesvar krever medisinsk kunnskap. Tester har sjelden enkle JA eller NEI konklusjoner. Individuelle variasjoner - vurderes i et helhetsperspektiv:
  - takling av tidligere sykdomsforløp, familieanamnese, livsstil, medik bruk, hele sykehistorien, sosiale forhold



# Kompetanse

- God rolleavklaring og gjensidig respekt gir godt samarbeid om trygg helsetjeneste og god legemiddelinformasjon



# Habilitet

- I Norge: valgt et tydelig skille mellom
  - de som diagnostiserer og behandler (leger)
  - – og de som selger medikamenter (apotek)
  - Jfr Apotekloven, Helsepersonell lov og at leger ikke har lov til å selge medikamenter
- Begrunnelse: pasienter/kunder skal være trygge på at råd som gis er begrunnet i pasientens behov og ikke hensyn til inntjening.
- Helsetjenester i apotek utfordrer dette betydelig



# Helsetjenester i apotek

- Screening
- Kommentar til konkrete forslag
- Diabetes



# Screening

- Screening må ha :
  - Helsepolitisk målsetting + faglig holdbar metode og gjennomføring
- Tilfeldig screening ("vill-screening") - ex kunder innom apotek:
  - har ingen effekt på folkehelsen – i verste fall skadelig.
- "Målrettet screening"- krever bred kompetanse
  - ex tilfeldig bruk av "Findrisk" uegnet

## Ex på dårlige screening tiltak:

- livmorhalskreftscreening ingen effekt inntil systematisert organisering
- clamydia tester av dårlig kvalitet
- screening for blod i avføring uten info om kreftrisiko





# Screening

- Screening må ikke bli markedsføring av et tilbud med i beste fall usikker (evt negativ) effekt på folkehelsen.
- Dårlig screening er uheldig for pasientsikkerheten (feilbehandling, utrygghet)
- God screening gir helsegevinst



# Kommentar til konkrete forslag

- Veiledning i bruk av inhalator – Flott!
- Legemiddelsamtaler – viktig men i samarbeid med lege.
  - Prosjektrapport: mangelfull metodisk, manglende samsvar mellom resultat og konklusjoner.
- Lungefunksjon (spirometri) og blodtrykk:
  - Krever erfaring i å utføre – særlig spirometri
  - Tolkning krever medisinsk kunnskap og innsikt
  - Uforsvarlig å konkludere fra enkeltmåling
- Kolesterol måling :
  - Behandlingsmål: grensenytte for å ta mer medikament er usikker
    - *MÅ vurderes individuelt av lege*
  - Gevinst for apotek mht økt salg – habilitet
  - Retningslinjer mht hjerte-kar sykdom :
    - *multifaktoriell risikovurdering, ikke kun lipidanalyse*



# Diabetes

- **Finne risikogrupper mht diabetes :**
- Hvor mange? Tallene 10 -12 år gamle
- Tilfeldig screening vil i flg litt. ikke finne disse
- "Målrettet screening" i apotek?
  - Findrisk uegnet (treffer for mange, må måle BT, lipider etc)
  - blir uansett tilfeldig screening: avhengig av kundeforhold – kommer innom
  - apotek forsinkende mellomledd
- Krever diagnostisk kompetanse - ingen enkle JA / NEI
  - anamnese og klinisk undersøkelse og vurdering av prøvesvar
- Hvilken blodprøve? Flere? Kvalitetssikret utstyr



# En enkel løsning

- **Dersom** helsepolitisk prioritert og faglig velbegrunnet oppgave å lete etter personer med diabetes risiko :
- Tall fra NAV 2006:  
hver innbygger gj.sn. 2,5 konsultasjoner hos fastlege i 2006, "alle" innom i løpet av ca 2 år.
- **Enkel løsning - 2 elementer:**
  1. Screening av alle som **likevel kommer** på fastlegekontoret en gang årlig (vil treffe alle og mange fler enn på apotek)
  2. Myndighetene må akseptere økt frekvens av blodsuktermålinger
- Billig og bra – får vurdering og veiledning ved behov  
Innom apotek først – forsinkende og fordyrende mellomledd



- Norge har et lavterskeltilbud – fastlegeordningen
- Nye ”trinn”:
  - må påvise sannsynlig helsegevinst – ellers dyrt
  - kan være forsinkende mellomledd
  - må sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet som er tilpasset oppgavene
  - kan gi økende sosiale ulikheter (hvem kontakter apotek? Ansvar for god helse privatisert)
  - Kan gi økt sykeliggjøring
  - journal krav
  - OBS habilitet

**Vi ønsker et godt samarbeid om god helse!**  
**Kompetanse- og ressursbruk må støtte opp om dette**

