

norges Apotekerforenings tidsskrift

115. ÅRG.

1

1. mars 2007

Hovedtema: Riktig legemiddelbruk

side

- 4 **Journalføring i apotek**
- 6 **Datatilsynet**
- 10 **NAV og personvernet**
- 14 **FFO**
- 16 **Hva sa Legemiddel-
meldingen?**
- 22 **Legemiddelgjennomganger**
- 30 **Medisinprofiler**
- 36 **Multidose i England**
- 44 **Blårev-prosjektet**





SÅ ENKELT ER DET...

...Å LÆRE Å BRUKE ACCU-CHEK PRODUKTENE:

1. Ta fram det Accu-Chek produktet du ønsker å bruke.
2. Slå opp i Accu-Chek opplæringsstasjonen som apoteket har fått.
3. Gjennomfør den "1-2-3" leksjonen som hører til det valgte Accu-Chek produktet.



Roche Diagnostics Norge AS, Brynsengferret 6 B, Postboks 6610 Etterstad, 0607 Oslo • Tel 23 37 33 00 • Faks 23 37 33 88
www.accu-chek.no • www.roche-diagnostics.no

ACCU-CHEK®
Live life. The way you want.

18 0482338

leder

trygve.fjeldstad@apotek.no
redaktør



Riktig legemiddelbruk

"Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" er tittelen på Legemiddelmeldingen – St.meld. nr. 18 (2004-05). I meldingen er den overordnede målsettingen for legemiddelpolitikken i Norge formulert som "riktig legemiddelbruk". Det innebærer riktig diagnose, riktig forskrivning og riktig bruk.

I andre offentlige dokumenter er målsettingen for legemiddelpolitikken beskrevet som "rasjonell", "optimal" eller "god" legemiddelbruk. Til tross for forskjellig ordbruk uttrykker disse formuleringene det samme: Legemiddelpolitikken skal bidra til at både pasienter og samfunn får maksimalt(?) utbytte av de legemidlene som benyttes, og de ressursene som brukes på legemiddelområdet.

Legemiddelmeldingen peker på en del områder der det er ønskelig å sette inn tiltak for å kunne oppfylle den oppsatte målsettingen. Det gjelder bl.a.

tiltak som legemiddelprofiler og legemiddelgjennomganger, gjennomgang og revisjon av blåreseptordningen og utvidet bruk av multidosepakninger. En rasjonell gjennomføring av slike tiltak i dagens samfunn krever at det legges opp til automatiserte elektroniske systemer som bygger på utveksling av relevant informasjon. I dag ligger mye slik informasjon om helse, pasienter, legemiddelbruk og refusjon i forskjellige databaser, både offentlige som Reseptregisteret hos Folkehelseinstituttet, og private som Apotekforeningens bransjestatistikk.

Problemene og diskusjonene i dag er mye knyttet til tilgjengelighet, utveksling og kobling av slik informasjon. Er det en fordel at "alle" har tilgang til "alt" for å kunne gi pasientene mer kvalifisert behandling og bedre begrunnet rådgivning? Eller er ulempene med et slikt

"storebror-ser-deg"-samfunn større enn fordelene? Skal pasientene ha full kontroll med bruken av egne personopplysninger, eller vet de da ikke sitt eget beste?

Det er noe av stikkordene for hovedtemaet i denne utgaven av NAT: Riktig legemiddelbruk.

Apotekforeningen gjennomførte før jul en QuestBack-basert leserundersøkelse for NAT. Heldigvis er hovedbudskapet fra leserne positivt selv om det naturligvis også pekes på enkelte forbedringsområder. Vi takker hermed for alle svarene og kommentarene.

Neste utgave av NAT kommer 1. juni. Da skal vi ta for oss nye legemiddel- og behandlingsformer og hva det betyr for både apotek og legemiddelbrukere.

innhold

- 3 Leder
- 4 Hva er riktig journalføring på apotek?
- 6 Vil ikke gi resepten til alle apotek
- 8 Vi er frifanter
- 9 Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren
- 10 Nedverdiggende for minstepensjonistene
- 11 NAV truer personvernet
- 12 Gull verdt for pasienten
- 14 Personvernet hindrer ikke legemiddelforskning
- 16 Hva sa Legemiddelmeldingen?
- 22 Legemiddelgjennomganger – prosjekter
- 24 Legemiddelgjennomganger i apotek
- 28 Legemiddelsamtaler i Vitusapotek
- 30 Medisinprofiler – pilotprosjekt
- 30 Medisinprofiler i Danmark
- 32 Legemiddelprofiler i Sverige
- 34 APRIORI – apotekenes prioriterte interaksjonsdatabase
- 35 Pasientombud etterlyser kontakt
- 36 Take as directed – multidoser i England
- 40 SUMO – et elektronisk medisinkort
- 41 Elektroniske meldinger – et Fyrtårnprosjekt i Stavanger
- 42 Nettbasert elektronisk legemiddelkort
- 44 Blårev: Revisjon av blåreseptordningen
- 46 Ble apoteker – helt tilfeldig...
- 48 Ønsker kontrollert e-handel med legemidler
- 51 Nytt om apotek
- 51 Kalender
- 52 Norsk masterstudium i klinisk farmasi
- 55 HSH: Bedre rammebetingelser for småbedrifter
- 56 Det svenske apotekmarkedet omreguleres
- 58 FUG i Zambia



Ansvarlig utgiver

Norges Apotekerforening
ved administrerende direktør

Ansvarlig redaktør

Trygve Fjeldstad,
trygve.fjeldstad@apotek.no

Redaksjon

Unni Eriksen,
unni.eriksen@apotek.no

Adresse

Slemdalsveien 1,
P.B. 5070 Majorstuen,
0301 Oslo

Telefon 21 62 02 00

Faks 22 60 81 73

Annonser

Terra Media
tore@media-team.no
Telefon 22 09 69 10
Mobil 900 81 802

Design/produksjon

HUSET kommunikasjon & design AS

3981/0207/2.000

Trykkeri Møklegaard

Medlem av Den Norske
Fagpresses Forening



■ Norges Apotekerforenings Tidsskrift arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen.
■ Pressens faglige utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund, som behandler klager mot pressen i presseetiske spørsmål.
■ Adresse: PFU, Prinsens gt. 1 pb 46 Sentrum 0101 Oslo, tlf 22 41 56 80, faks 22 41 19 80.

utgivelsesplan

- Nummer 1 • 1. mars
- Nummer 2 • 1. juni
- Nummer 3 • 1. september
- Nummer 4 • 1. desember

Redaksjonen avsluttet

16. februar 2007

Apotekforeningen betinger seg retten til å lage og utgi stoff i tidsskriftet i elektronisk form.

ISSN- nummer 0802-8400

Hva er riktig journalføring på apotek?

Apotekene har ingen tydelig plikt til å lagre reseptopplysninger. Forskriften om reseptregisteret og oppgjørsavtalene mellom apotek og NAV forutsetter at apotekene lagrer slike opplysninger en måneds tid. Samtidig krever god legemiddelekspedisjon at apoteket ofte lagrer informasjon om ekspedisjonene i flere år. Hva er da riktig journalføring på apotek?

Bjørn Kvaal
Journalist

– Apoteket om ti år? Et scenario er at det bestemmes at apotekene ikke skal tilby nærmere angitte helsetjenester. Dette vil ha betydning for journalplikt etter helsepersonelloven. Et annet scenario er at det åpnes for at apoteket kan tilby helsetjenester fordi det jobber flere grupper av helsepersonell der. I så fall kan det bli få forskjeller på apotek og legesenter når det gjelder journalføring og servicetilbud, sier legemiddelinspektør Jørgen Huse i Statens legemiddelverk.



(Foto: Legemiddelverket)

Apotekene har i utgangspunktet ikke lov til å lagre sensitive personopplysninger i FarmaPro.

– APOTEK MANGLER TILLATELSE

De siste årene har apotekvesenet endret seg. Apotekene har fått nye eiere. Det er fortsatt apotekeiers ansvar å ha tillatelse til å oppbevare reseptopplysninger. For å lagre slike opplysninger må de ha krav i lovverket til at de må lagre opplysningene – akkurat som legens pasientjournal. Hvis apoteket oppbevarer personopplysninger uten at de har et lovkrav om dette, må de søke tillatelse fra Datatilsynet til det.

– Datatilsynet opplyser til oss at mange apotek ikke har en slik tillatelse, forteller legemiddelinspektør *Jørgen Huse* i Statens legemiddelverk.

DETTE KREVES I DAG

Dette er eneste klart uttrykte lovpålagte plikt apotekene har til lagring av reseptopplysninger i dag:

De skal oppbevares inntil de er oversendt reseptregisteret i Folkehelseinstituttet og oppgjørene med NAV er foretatt. Dette skal skje innen én måned.

Helseregisterlovgivningen sier generelt at pasientinformasjon ikke skal lagres lenger enn dette på apotekene. Datatilsynet mener opplysningene bør slettes straks de er sendt helseregisteret eller NAV.

– Fra vår side mener vi apoteket bør lagre reseptdataene lenger av hensyn til forsvarlig reseptekspedering. I praksis vil det si så lenge det er nødvendig for at apotekene skal kunne bidra til riktig legemiddelbruk, mener Huse.

VENTET PÅ NY PLIKT

I arbeidet med apotekforskriftene i 2000 ble det vurdert å innføre særskilte krav til dokumentasjon av reseptekspedisjonene. Den gang ble det utelatt fordi myndighetene mente det ville være bedre å lage en journalplikt etter helsepersonelloven – og altså ikke hjemle et slikt krav i apotekloven. I tillegg var det klart at det ville komme en oppbevaringsplikt i forbindelse med det nasjonale reseptregisteret.

– Etter at Datatilsynet påpekte at langvarig oppbevaring av reseptopplysninger i apotek kan være i strid med personvernlovgivningen, vil vi nå vurdere å innarbeide dokumentasjonsplikt direkte i apoteklovgivningen, forteller Huse.

VETERINÆRMEDISIN

Han sier at dette eventuelt kommer i tillegg til eventuell journalplikt etter helsepersonelloven, men at det må sees i sammenheng. Huse

nevner som eksempel behovet for å dokumentere ekspedisjon av veterinærmedisin fordi dette ikke omfattes av helsepersonellovens journalplikt.

Journalføringsplikt på apotek vil kunne omfatte mer enn krav om dokumentasjon på at reseptene er ekspedert og om hvor lenge opplysningene om resepten skal lagres.

– Vi må skille mellom plikten apoteket skal ha til å dokumentere sine reseptekspedisjoner og den plikt de apotekansatte har til å føre journal over den helsehjelp som gis utover reseptekspedisjonen, sier Huse.

MÅLER BLODTRYKKET

Han mener et godt eksempel på det siste er blodtrykkmåling som foretas i noen apotek. Dette er helsehjelp som ikke reguleres direkte i apoteklovgivningen. Uavhengig av om kunden faktisk får ekspedert resept, er individuell rådgivning om medisinbruk helsehjelp som naturlig faller inn under journalplikten etter helsepersonelloven. En spesiell utfordring er da at apotek kunder i slike situasjoner kan være anonyme, altså at det ikke oppgis pasientnavn i samtalen med den apotekansatte.

– Av praktiske grunner bør nok pasientjournaler og apotekets reseptdokumentasjon samles i et felles system, sier Huse.

BETALINGSVILJE HOS PUBLIKUM

For eksempel kan rådgivning om tidspunkt for å innta medisin, rekkefølgen på inntak av ulike medisiner, kombinasjon av legemidler og mat og så videre med fordel integreres med lagringen av reseptopplysningene, synes Huse. Han mener det vil være naturlig å innføre journalkrav etter helsepersonelloven når apotekansatte utfører helsearbeid ut over reseptbehandling og legemiddelsalg. Eksempler på dette er blodtrykkmåling, bentetthetsmåling og veiledning om bruk og oppfølging av selvtester.

Om dette kan ha betydning for diskusjonen om det offentlige skal være med og finansiere slike helsetjenester, svarer Huse:

– Spørsmålet er om apoteket skal tillates å utføre slike helsetjenester og i så fall hvilke. Apotekloven hindrer ikke apotek i å tilby slike helsetjenester så lenge dette ikke er uforenlig med det å drive apotek. Jeg vil ikke mene noe om finansieringen. Men pris vil være avhengig av betalingsviljen hos publikum og hva slags rolle det offentlige tillegger apotekene.

MÅ RYDDE OPP I ANSVARET

En del apotek ansetter sykepleiere slik at apoteket kan tilby sykepleiefaglige tjenester.

– I teorien kan apotek ansette helsepersonell uten rekvisisjonsrett til å foreta ganske avansert helsehjelp. Det apoteklovgivningen hindrer, er at reseptutstedelse skjer som del av apotekarbeidet eller i apotekets lokaler. Et viktig forhold som må avklares, er hvordan ansvarsforholdet er mellom den enkeltes yrkesutøvelse og apotekerens faglige ansvar for apotekdriften. Er det åpenbart at en apoteker kan ta det overordnede faglige ansvaret for den blodtrykkmåling som utføres i apotek? Eller kan man tenke seg at apotek på den ene side er faghandel for legemidler med apotek-

eren som garantist for faglig forsvarlighet, og på den annen side opptrer som del av helsetjenesten uten at apotekeren har et særskilt ansvar for disse tjenestene? sier Huse.

AKEVITTESENS PÅ VEG UT

Et spørsmål er hvordan "forenelig med apotekdrift" skal fortolkes. Som et eksempel trekker Huse frem at det å selge tobakk må sies å være uforenelig med apotekdrift. Salg av akevittessens og lignende er vel også uforenelig, mener Huse, men viser til at Legemiddelverket har sett gjennom fingrene med det fordi dette har lang tradisjon i apotek og fordi det er i ferd med å forsvinne fra apotekene nå.

– Kort sagt; hva som er helsetjenester er ganske greit avgrenset og definert i dag. I apoteksammenheng er det helsehjelp utført av helsepersonell. Spørsmålet er hvilken helsehjelp som skal kunne utføres i apotek og om det innebærer at apotek blir del av det som kalles primærhelsetjenesten, eller om apotek skal inngå i helsetjenestebegrepet. Det gjør det ikke formelt i dag, sier Huse.

MÅ HOLDE AVSTAND

Et vesentlig punkt i apotekloven er å opprettholde avstand mellom rekvirering av reseptpliktige legemidler og apotek. Dette er bakgrunnen for at leger ikke kan eie apotek. Å tillate at apotek ansetter leger som behandler pasienter og skriver ut resepter, ville være en selvmodsigelse og er da også forbudt.

Huse opplyser for øvrig at Legemiddelverket har fått forespørsel om apotek kan knytte til seg leger som forskriver reisevaksiner som settes i forbindelse med utleveringen i apoteket.

– TRE ÅR ER BRA FORSLAG

Seniorrådgiver Tore Reinhold i Apotekforeningen mener at når apotekene dokumenterer helsehjelp i ekspedisjonssystemet må dette anses som en pasientjournal. Dermed må de ansatte følge alminnelige regler for føring av pasientjournal for eksempel med hensyn til signering, retting og sletting.

– Jeg er enig i at hensynet til forsvarlig reseptekspedisjon forutsetter at reseptopplysningen lagres over tid i ekspedisjonssystemet. Lagring i tre år er et godt forslag, mener Reinholdt.

SKAL SE PÅ JOURNALFØRINGEN I 2007

I Stortingsmeldingen "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" fra 2005 står det på side 72: "For å følge opp evalueringen av apotekloven, vil Helse- og omsorgsdepartementet utrede journalføringsplikt for apotekansatte."

– Sosial- og helsedirektoratet og Legemiddelverket skal i 2007 starte arbeidet med å se på apotekenes rolle i helsevesenet i kjølvannet av stortingsmeldingen. Dette vil ses i sammenheng med arbeidet med gjennomgang av apoteklovgivningen. Det vil være naturlig at vi da også ser på journalføringsplikt for apotekansatte, sier underdirektør Bjørg Storesund i Helse- og omsorgsdepartementet.

Vil ikke gi resepten til alle apotek

Bjørn Kvaal
Journalist

Det er ikke nødvendig å lage et sentralt register for formidling av resepter for at informasjon om pasienter skal kommuniseres trygt og sikkert mellom omsorgsnivåene. Det mener seniorrådgiver Hanne Gulbrandsen og overingeniør Helge Veum i Datatilsynet.

– Resepten går fra legen til den som skal dele ut medisinen, altså apoteket. Det er når informasjonen om reseptene samles og oppbevares at problemene oppstår. Faren er at personer som ikke skal ha tilgang på informasjonen, likevel får det. Kanskje kan et reseptregister fungere bra for lege, kunde og apotek, men informasjonen kan bli utnyttet av andre eller den kan komme på vidvanke ved et uhell, sier Veum.

Prinsippet bak Datatilsynets vurderinger er: Hvor mye skal lagres, hvor og hvorfor?

KAN GI BESKJED

– Norge er geografisk sett et stort land, og det er ikke et stort behov for at alle apotekene skal kunne ha tilgang på min resept, sier Gulbrandsen. Kanskje bruker hun ett spesielt apotek i de aller fleste tilfellene hun kjøper medisiner.

– Da har det ingen hensikt at kjedens apotek i Hammerfest eller Haugesund skal ha tilgang på disse, når jeg bor i Oslo. Vet jeg at jeg må ta ut medisinen ved et annet apotek, så kan jeg gi legen beskjed om dette eller jeg tar med resepten min dit selv, sier hun.

I den digitale hverdagen etterlater vi oss elektroniske spor. Aldri har det vært samlet større mengder data om oss. Dette er opplysninger som kan si en hel del om oss som personer og som det kan være ønskelig å bruke til andre formål enn det de er innsamlet for, påpeker Datatilsynet.

BILLIGERE Å LAGRE

Tilsynets motstand mot et sentralt register for formidling av elektroniske resepter, har bakgrunn blant annet i at:

- Helseopplysninger ikke skal gjøres kjent for andre enn de som har behov for opplysningene.
- Registret vil bli en sentral samling av følsom informasjon.
- Elektronisk resepter kan realiseres uten at disse samles i et sentralt register
- Det er stor tro på at mer informasjon om oss hjelper samfunnet til å løse ulike oppgaver.
- Datalagring blir stadig billigere, og det er ofte lettere å samle data enn å slette dem.

VANSKELIG Å SKILLE PÅ APOTEK

Sett fra Datatilsynet er oppbevaring av opplysninger om en pasients legemiddelforbruk for den siste perioden greit, hvis det brukes i en relevant sammenheng av dem som trenger denne informasjonen. Dessuten må informasjonen lagres på en forsvarlig måte.

– Hvis min jobb forutsetter at jeg trenger å vite noe for å gjøre en god jobb, så er det som regel greit. Men hvor mange apotekansatte trenger å kjenne til kundens sykdoms- og legemiddelhistorie? Trenger alle ansatte å ha innsyn i alle resepter? Jeg vil tro at det kan være vanskeligere å skille mellom ulike kunnskapsbehov i et apotek enn i for eksempel sykehus, siden de fleste apotekansatte ekspederer alle kunder og det er få profesjoner, sier Gulbrandsen.

LEGER ER LEI SNOKING

På sykehus har Datatilsynet sett at mange ansatte har stor tilgang på informasjon om mange pasienter, også dem de ikke skal behandle.

– Skal jeg ha en kneoperasjon, behøver ikke legen kjenne til eventuelle psykiske plager jeg hadde etter en skilsmisse for mange år siden. Hvis jeg derimot er allergisk eller har sterke bivirkninger ved bruk av en type legemiddel, så kan det vært nyttig informasjon for legen som skal operere kneet mitt, sier Gulbrandsen.

– Slik informasjon bør også gå til samarbeidende personell, men andre behov ikke kjenne til min journal i en slik sammenheng, legger Gulbrandsen til. Blant annet ved A-hus (Akershus universitetssykehus) og Helse Bergen viste Datatilsynets og Helsetilsynets felles gjennomgang at svært mange ansatte hadde tilgang til pasientjournaler. Dette gjaldt for eksempel leger som ikke hadde noe med pasienter som ble lagt inn å gjøre.

– Enkelte leger har sagt til oss at de ikke alltid journalfører informasjon om kolleger som de har til undersøkelse eller behandling. Årsaken er at de vet at andre kolleger kikker i journaler, sier Gulbrandsen. Om det er slik også blant apotekansatte svarer Gulbrandsen: – Det har vi ikke undersøkt, så det har vi ikke noe grunnlag for å si noe om.

MISBRUKERE OG ELDRER

Hun er klar over at enkelte apotek kunder shopper legetjenester og går fra apotek til apotek, og at en del eldre bruker mange legemidler samtidig.

– For disse kan det være et poeng å ha et sentralt register over

resepter og legemiddelbruk, slik at vi kan redusere faren for misbruk og bivirkninger. Når det gjelder misbrukerne, så tror vi at de er få i den store sammenhengen, og de bør ikke sette standard for forsvarlig oppbevaring av resepter og hjelpeinformasjon. Dessuten skal et sentralt register registrere reseptene, ikke pasientene. De som er ute etter å lure systemet, vil som regel klare det, tror Gulbrandsen.



– Helsevesenet har et poeng når det gjelder eldre og andre som er storforbrukere av legemidler. Det kan være behov for å se helheten i deres medisinbruk. Men hvem skal se helheten, og hvor mye helse oppnår vi hvis vi risikerer å kaste personvernet på båten? sier overingeniør Helge Veum og seniorrådgiver Hanne Gulbrandsen i Datatilsynet.

SOM Å ROPE INN BESTILLINGEN PÅ APOTEKET

– Å kjøpe medisiner via datamaskiner på internettkafeer er som å stå utenfor apoteket og rope inn hva du skal ha av legemidler, sier overingeniør Helge Veum i Datatilsynet.

I 2004 ble det lov å kjøpe medisiner over nettet fra EØS-området.

– Hvis du skal bestille medisiner på nettet, så bør du gjøre det fra en datamaskin du føler deg trygg på. Det vil si en maskin som er din, for eksempel hjemme-pc'en. Går du på en internettkafé og logger deg på pc'en her, kan du legge igjen spor som andre kan utnytte. Det er mulig at alt du har gjort på datamaskinen ligger igjen synlig for brukere som kommer etter deg. Og hva skjer med harddisken når maskinen skal vrakes? sier Veum. Han peker også på at medisinkjøp på nettet i dag skjer uten dialog med en helsearbeider. Veum legger til at det ikke er prinsipielle hindre mot å bruke internett når man skal kjøpe medisiner, men brukerne må være bevisst den økte risikoen for at informasjon kan komme på avveie.

– Dette gjelder også «spør legen»-sidene på Internett. Disse er rimelig trygge, men det forutsetter at datamaskinen du bruker er sikker, sier Veum.

SIKKERT FOR MEG – SIKKERT FOR DEG

Det som betegnes som sikkert i dag, er ikke nødvendigvis sikkert i morgen. Derfor ble det i september i fjor lansert en norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Blant andre Sosial- og helsedirektoratet, Den norske lægeförening, Norsk Sykepleierforbund, Norges Apotekforening, Kommunenes Sentralforbund, de regionale helseforetakene og Datatilsynet har bidratt i arbeidet. Når deltakerne i helsenettet følger denne normen, kan man ha gjensidig tillit til at den man sender helseopplysninger til, sikrer opplysningene godt nok.

– Når en lege sender informasjon om en pasient til et apotek eller sykehus, så skal hun være trygg på at informasjonen går til kolleger i helsevesenet som er på samme sikkerhetsnivå. Det gjør samhandling enklere og tryggere, sier Hanne Gulbrandsen. Normen tas nå i bruk i helsesektoren (se nærmere omtale side 9).

APOTEKKUNDER KLAGER TIL DATATILSYNET

Datatilsynet får enkelte klager på apotek. Kunder forteller at de får inntrykk av at apotekene har mer kunnskap om dem og deres medisinbruk enn det de visste, og stiller ofte spørsmålet om apoteket har lov til å lagre denne informasjonen.

– Det hender også at apotekansatte vet ting om kunden som kunden trodde bare legen kjente til. Apotekansatte kan i noen tilfeller bli flinkere til å fortelle kundene hvorfor de må stille spørsmål rundt kundens helse og legemiddelbruk, og hvorfor de kjenner til deler av pasientens sykdoms- og legemiddelhistorie. Dette kan også henge sammen med at apotekansatte ble definert som helsepersonell først i 2001. En del kunder tenker kanskje ikke alltid på apotekansatte som helsepersonell, sier Gulbrandsen.

FAKTA

- Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å etablere et sentralt helseregister for formidling av elektroniske resepter.
- Apotekforeningen er positiv til et sentralt register med resepter. De mener dette kan gjøres sikkert og kundevennlig.
- Datatilsynet mener det er å ta sjanser. Uvedkommende kan lettere få tilgang til din medisinske historie. Datasystem kan også kollapse og skape rot i reseptene.
- Datatilsynet er positive til elektroniske resepter, men at det må løses på en sikrere måte. For eksempel bør ikke alle apotekansatte ha tilgang til alle resepter.
- En meldingsbasert løsning hvor legene selv sender inn resepter på nett er en bedre løsning, mener Datatilsynet.

Bjørn Kvaal
Journalist

Datatilsynets direktør Georg Apenes har som kunde aldri opplevd noe kritikkverdig rundt resephåndtering, diskresjon og personvern på apoteket han bruker i hjembyen Fredrikstad. Men han oppfordrer de ansatte til å være imøtekommende hvis gamle mennesker har problemer med å identifisere seg når de skal hente medisiner.

– Vi er frifanter



(Foto: Berit Roald, Scanpix)

– Jeg tror de fleste kunder for det meste bruker ett apotek. Slik tilhørighet gir de ansatte bedre kunnskap om pasienten. Opprettelsen av mange nye apotek de siste årene kan ha styrket denne informasjonen, sier Datatilsynets direktør Georg Apenes.

– Nordmenn har en Espen Askeladd i seg. Vi er frifanter og vil gjøre ting på vår måte, og vi liker ikke at folk legger nesa si i våre saker. I personvernsammenheng er det mange romantikere, men samtidig øker bevisstheten i helsevesenet rundt personvernet og behovet for å kunne dokumentere arbeidet som skjer her, sier Apenes.

STERK PROFESJONSKULTUR

Han knytter dette til blant annet ny genetisk kunnskap om biologisk materiale som kan forklare sykdom og atferd.

– For å kunne møte utviklingen her må vi ile langsomt. Bevissthet rundt dette kommer nå i mange land, ikke minst i Tyskland som har en forhistorie rundt utvelgelse av noen mennesker som bedre enn andre, sier Apenes. Han forteller også om direktøren ved det genetiske instituttet på Island som ser nytten av å koble slektsregistre med genetiske registre.

– Han er opptatt av at ingen bør dø på grunn av mangel på informasjon om egen helse, sier Apenes.

Datatilsynsdirektøren synes apotekene har en sterk profesjonskultur.

– Det er sikkert viktig og bra siden de selger ofte livsviktige produkter, men det må ikke gå på bekostning av menneskeligheten i møtet med kunden. Når for eksempel eldre har problemer med å identifisere seg eller de skal hente medisiner til sin gamle ektefelle, så må apoteket vise raushet og tålmodighet. Sjekk med andre ansatte om det kan stemme at vedkommende er den den er, eller ta en telefon til fastlegen og sjekk om historien den gamle forteller høres rimelig ut, sier Apenes.

TVILER PÅ OVERVÅKINGSKAMERA

Når han blir spurt om vi får et overvåkningsfunn, hevder han at det er vi langt inne i allerede. Apenes bruker overvåkingen i Oslo sentrum som eksempel:

– Mange tiltak gjøres ut fra ønsker om å skape trygghet. Så spørres det om samfunnet blir tryggere ved at det henger overvåkningskameraer på alle offentlige steder. Dette er det ikke forsket nok på. Men de prosjektene som er kommet et stykke, for eksempel Oslo S-prosjektet, tyder på at vissheten om å bli filmet i svært liten grad påvirker uønsket atferd. Det gjør i beste fall etterforskningen av vold og annen kriminalitet enklere, mener han.

Ny norm skal bedre informasjons-sikkerheten i helsesektoren

Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren ble lansert 7. september 2006.

– Normen er en viktig milepæl i arbeidet med å oppnå en tilfredsstillende sikkerhet i helsesektoren, sa avdelingsdirektør Leif T. Aanensen i Datatilsynet ved åpningen.

Sosial- og helsedirektoratet har vært den sentrale drivkraften i arbeidet med normen. Representanter for sektoren, blant annet fra Den norske lægeforening, Norsk Sykepleierforbund, Norges Apotekerforening, Kommunenes Sentralforbund, og de regionale helseforetakene, har vært med på utarbeidelsen. Datatilsynet satt i styringsgruppen, og har bidratt i utformingen av normen ved behov.

– Datatilsynet er tilfreds med at direktoratet nå har lansert Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren, sa Aanensen. – Den kan medvirke til at helseopplysninger sikres godt nok, fastslår han.

Normen er et felles grunnlag for å etterleve regelverket når det gjelder informasjonssikkerhet. Helsesektoren er stor og kompleks, med aktører med ulike behov og av ulik størrelse.

– Når deltakerne i helsenettet følger denne normen, kan man ha gjensidig tillit til at den man sender helseopplysninger til, sikrer opplysningene godt nok. Dette er en viktig forutsetning for forsvarlig kommunikasjon, påpekte Aanensen.

– Datatilsynet har klare forventninger om at alle innen bransjen forholder seg til normen, sa Aanensen, og fastslo samtidig at arbeidet ennå ikke var over. – Nå gjenstår det viktige arbeidet med å innføre normen hos den enkelte aktør.

(Kilde: datatilsynet.no)

EN "ADFERDSNORM"

"Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren" er den aller første "bransjevisse adferdsnorm" innen sikkerhet som er utviklet etter personopplysningsloven.

Norm for informasjonssikkerhet er utarbeidet for å sikre tillit til at alle aspekter ved informasjonssikkerhet i helsesektoren er tilfredsstillende ivarettatt. Den skal også være et hjelpemiddel i den enkelte virksomhets arbeid med informasjonssikkerhet.

Personopplysningsforskriften stiller strenge krav til informasjonssikkerheten internt og mellom virksomheter i helsesektoren. Følges norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren, tilfredsstillende også alle krav i forskriften. Samtlige aktører som er tilknyttet Norsk helsenett (www.nhn.no), vil være forpliktet til å følge normens krav. Dermed effektiviserer og trykker normen helsesektorens samhandling.

Personopplysningsforskriften krever at alle som sender eller mottar helse- og personopplysninger, har et så godt sikkerhetsnivå – både organisatorisk, fysisk og teknisk – at de, med god samvittighet, kan hevde at lovens krav om "tilfredsstillende informasjonssikkerhet" er oppfylt. Virksomhetene skal også sikre at deres samarbeidspartnere – det vil si databehandlere og andre som har tilgang til informasjonen – følger lovens krav. Ved å følge Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren sikres altså brukerne at dette skjer trygt og effektivt.

(Kilde: www.shdir.no pressemelding 07.09.2006)

INDEKS OVER FAKTAARK TIL NORM FOR INFORMASJONSSIKKERHET I HELSESEKTOREN

NR NAVN

- 0 Målgruppe i faktaark
- 1 Ansvar og organisering
- 2 Styringsystem for informasjonssikkerhet
- 3 Oversikt over rutiner i henhold til personopplysningsforskriften
- 4 Kartlegging og klassifisering av systemer i henhold til kvalitet
- 5 Fastssettelse av akseptkriterier for tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet
- 6 Sikkerhetsrevisjon
- 7 Risikovurderinger
- 8 Avviksbehandling
- 9 Opplæring av ledere og medarbeidere
- 10 Bruk av ekstern driftsenhet (databehandler)
- 11 Nødrutiner
- 12 Tilbakerapportering av resultater fra IT-driften
- 13 Retningslinjer for forvaltning av virksomhetens helse- og personopplysninger
- 14 Tilgangsstyring
- 15 Logging og oppfølging
- 16 Prosedyrer for meldingskommunikasjon
- 17 Fysisk sikring av områder og utstyr
- 18 Bruk av bærbart utstyr
- 19 Tiltak for å hindre ødeleggende program
- 20 Sikkerhets- og samhandlingsarkitektur
- 21 Sikkerhetskopi (backup)
- 22 Kontroll og sikring av ekstern tilgang
- 23 Avtaler og tillatelser vedrørende forskning
- 24 Kommunikasjon over åpne nett
- 25 Lagringstid og sletting av helse- og personopplysninger
- 26 Trådløs teknologi
- 27 Retningslinjer for daglig informasjonssikkerhet
- 28 Alternative tekniske løsninger for primærhelsetjenesten
- 29 Hjemmekontor
- 30 Mobilt utstyr
- 31 Passord og passordhåndtering
- 32 Elektronisk pasient- og klientkommunikasjon
- 33 Bruk av e-post
- 34 Håndtering av lagringsmedia

(kilde: www.shdir.no)

– Nedverdiggende for minstepensjonistene



Bjørn Kvaal
Journalist

Slike situasjoner er ikke uvanlig på apotek. *Kari Svane Mellbye*, apoteker ved Alliance apotek Hamar, sier at de kan ringe til det lokale NAV-kontoret for å sjekke om kunden er minstepensjonist og dermed skal slippe å betale egenandel.

VIL IKKE SVARE

Men det vil ikke NAV svare på. De har taushetsplikt. Kvinnen kan eventuelt ringe selv fra apoteket. Eller hun kan ha med en kopi av pensjonsutbetalingen til apoteket. Her står det «Særtilllegg» pluss et kronebeløp. Slik kan apoteket få svar på om kunden er minstepensjonist. Svane Mellbye beskriver slike situasjoner som ubehagelige for de apotekansatte og nedverdiggende for minstepensjonistene.

– Det skal ikke være vår oppgave å kikke etter kundens inntekt. Dette er informasjon som angår kunden og NAV. I vår jobb skal vi forholde oss til det som er fastsatt hos NAV, sier Svane Mellbye. Samme problemet opplever apoteket når de ringer NAV for kunden for å høre om han eller hun har individuell refusjon (paragrafene 2 og 10a). Taushetsplikten gjør at heller ikke dette kan apoteket få opplyst.

SAVNER PAPIRSLIPP

Noen eldre sier de er minstepensjonister, andre tror de er minstepensjonister. Usikkerhet oppstår for eksempel når man er blitt enke eller enkemann siden årsskiftet eller har mottatt arv. Dette kan føre til at pensjonsbeløpet endres. Tidligere fulgte det med en slipp på trygdeutbetalingen som minstepensjonistene kunne rive av og ta med til apoteket. Dette var dokumentasjonen apoteket trengte og som var enkelt, effektiv og respektfull.

Den eldre kvinnen vet ikke om hun fortsatt er minstepensjonist, etter at mannen døde og hennes pensjon økte noe. Hun må legge fram den månedlige pensjonsutbetalingen på apoteket for å få avgjort om medisinen er gratis.

Apoteker Kari Svane Mellbye (til venstre) og apoteketechniker Britt Støen ved Alliance apotek Hamar er opptatt av at apotekene forvalter NAVs regler. – Da hadde vi håpet på enklere løsninger av hensyn til kunden, apoteket og NAV, sier de.

– Dette hadde vært en god løsning også i dag, i stedet for at vi må sjekke pensjonsutbetalingen til kunden. Når vi må be om å få se beløpet på fru Hansens pensjonsutbetaling, beveger dette seg inn på grensen for personvern, synes Svane Mellbye.

VURDERES AV NAVS LEGE

Det samme problemet oppstår når en pasient har en alvorlig sykdom som kommer inn under ordningen med blå resept, for eksempel astma. Hvis pasienten ikke kan eller ikke vil bruke medisinen som NAV har plassert under denne sykdommen og som går på blåreseptordningen, må legen søke NAV om å få godkjent annen medisin. NAVs rådgivende lege vurderer søknaden og kan si ja til søknaden. I så fall tar pasienten brevet med til apoteket, som legger dette inn som en del av blåreseptordningen.

– Problemet er at saksbehandlingen tar tid og at medisinene er dyre. Noen ganger er det snakk om barn, andre ganger eldre mennesker der de pårørende henter medisinen, sier Kari Svane Mellbye.

MÅ LEGGE UT 5000 KRONER

For di pasienten eller pårørende ikke vet om det er avgjort om pasienten kan få dekket annen medisin enn det NAV vanligvis godkjenner, påtar apoteket seg å ringe NAV. Andre ganger kan det være nødvendig for apoteket å sjekke om pasienten har medisin på blå resept. Og svaret er det samme: Dette er personopplysninger trygdekantoret ikke kan oppgi.

– Det setter kunden i knipe fordi de må forskuttere masse penger. 5000 kroner er ikke uvanlig, sier Svane Mellbye.

– NAV truer personvernet

– NAV gjør det mer tungvint for minstepensjonistene, apotekene og seg selv.

Bjørn Kvaal
Journalist

Seniorrådgiver *Tore Reinholdt* i Apotekforeningen betegner NAVs motvilje mot å opplyse apotekene på telefonen om kunden er minstepensjonist, som paragrafrytteri.

MÅ SPRE OPPLYSNINGER

– Det er viktig at NAV er opptatt av personvernet, men det må skje på en fornuftig måte. Nettopp personvernet settes i fare for eksempel når minstepensjonisten ikke er i stand til å gå på apoteket selv. Da må dokumentasjon som pensjonsutbetalingen sendes med hjemmesykepleie, nabo eller andre bud til apoteket. Slik kan personopplysninger også komme på avveie, sier Reinholdt. Hvis kunden ikke kan dokumentere at hun er minstepensjonist, så må hun selv legge ut for egenandelen. Deretter må kunden skrive brev eller oppsøke NAV for å få pengene refundert.

– VIL KUN HJELPE KUNDEN

– For apotekene handler dette over hodet ikke om å sko seg eller tjene ekstra penger på bekostning av kunden eller NAV. Vi ønsker kun å hjelpe kunden på en måte som er best for ham eller henne, og som gir minst mulig byråkrati for NAV og apoteket, sier Reinholdt. Apotekforeningen har tatt opp problemet i møter, og flere ganger skrevet brev til NAV, senest i januar i år. Reinholdt tviler på at NAV vil endre holdning, i hvert fall ikke på kort sikt.

– IKKE TIL PASIENTENS BESTE

– Jurister i NAV har gitt beskjed om at opplysninger om kunden eventuelt er minstepensjonist, ikke skal oppgis til apoteket på telefonen. Årsaken er personvernet og faren for at sensitive opplysninger kan komme på avveie. Praktiske hensyn og pasienthensyn er underordnet taushetsplikten, sier Reinholdt. Han er enig i at når personvernet er under press, er det viktig at man er føre var. – Det er mange grunner til at NAVs ansatte skjerpes på dette. De har tilgang på mye sensitiv informasjon om mennesker. Men Apotekforeningen mener at her krysser NAV-juristene en grense som gjør at beskyttelsen ikke er til pasientens beste. NAV sier at kunden kan ringe fra apoteket, men dette kan jo også misbrukes. Og jeg mener at hvis kunden må bruke pårørende, nabo eller ansatte i helsevesenet som bud til apoteket, så kan også personopplysninger komme på avveie. Dessuten er det uverdiggende for kunden å måtte gi fra seg opplysninger om sin pensjon til andre enn dem som skal ha disse opplysninger, altså til de apotekansatte i dette tilfellet, sier Reinholdt.

FORESLÅR TRE LØSNINGER

Apotekforeningen har foreslått noen løsninger for NAV:

- Årlig utstedelse av minstepensjonistfrikort – gjerne med gyldighet lengre enn ett år fordi det for de aller fleste minstepensjonister er noe som varer livet ut.
- NAV endrer praksis og svarer på telefonhenvendelser fra apotekene om kundens eventuelle fritak fra egenandel.
- Det lages et nettsted hvor apoteket kan sjekke om kunden har rett til fritak fra egenandel.

– MERARBEID FOR ALLE

– Apoteket har allerede mye informasjon om kunden, som personnummer, bostedskommune, legemiddelbruk og hva medisinen brukes for. De ansatte er helsepersonell og underlagt helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt. Apotekets mål er å gjøre en mest mulig korrekt og effektiv kostnadsfordeling mellom NAV og kunden, og å hindre at kunden må betale egenandel hvis de etter regelverket skal slippe det. Dette bidrar ikke NAV til i dag. Konsekvensen er merarbeid for kunden, NAV og apoteket, mener Reinholdt.



(Foto: Trygve Fjeldstad)

– NAV tvinger kunder til å blottstille personlige opplysninger om sin personlige økonomi til apotekansatte og hjelpere, mener seniorrådgiver *Tore Reinholdt* i Apotekforeningen.

NAV SKAL LETE ETTER BEDRE LØSNING

– Vi har mottatt brev fra Apotekforeningen og fra minstepensjonister om at minstepensjonistene ønsker en ordning der de slipper å vise frem "lønnsslippen". Det er viktig at NAV verner om brukernes personvern på en god måte. Men vi undersøker nå om det er mulig å finne andre aktuelle løsninger på denne problemstillingen, sier Helen Moltu Christensen, seksjonssjef for Helsetjenester i Arbeids- og velferdsdirektoratet, via kommunikasjonsrådgiver Hans Petter Bergli.

Gull verdt for pasienten

– Et godt samarbeid mellom lege og farmasøyt er gull verdt for pasienter og fagmiljø, sier lege Trine Bjørner. Hun opplever at pasienten blir sendebud mellom farmasøyt og lege hvis de to profesjonene ikke snakker sammen.

Bjørn Kvaal
Journalist

Bjørner forskrev 50 milligram betablokker til pasienten. De skulle tas to ganger daglig. Da pasienten kom på apoteket, sa farmasøytten at det var bedre med hundre milligram betablokker som skulle tas én gang daglig. Det var riktig dosering mot høyt blodtrykk, sa farmasøytten.

SÅDDE TVIL

– Men pasienten fikk medisinen på grunn av angina og skulle ha 50 milligram to ganger daglig. Vi fikk ryddet opp i dette, men farmasøytten sådde tvil om forskrivningen og skapte mistillit mellom pasienten og meg. Da jeg forklarte forskrivningen for pasienten, sådde selvsagt jeg tvil om det farmasøytten hadde sagt, sier Bjørner. Hvis apoteket er i tvil, er det mye bedre om de tar en telefon til legen, mener hun.

– Da kan vi avklare slike ting uten å gjøre pasienten forvirret, sier Bjørner. Hun er spesialist i allmennmedisin og jobber ved Bogstadveien legegruppe i Oslo. Hun har også 20 prosent stilling som førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet ved Universitet i Oslo.

FÅR UKENTLIGE TELEFONER

Bjørner får telefon fra apotek om forskrivning noen ganger i uken.

– Ofte er dette nyttige samtaler som bidrar til bedre legemiddelbehandling. Andre ganger har det hendt at apoteket har ringt fordi de ikke har vært oppdatert på myndighetenes legemiddelbestemmelser eller apotekene ikke har fått informasjonen. Et eksempel var da det ble gitt nye retningslinjer for antibiotika for halsbetennelser. Det skulle forskrives 330 milligram tre ganger daglig, i motsetning til 660 milligram tre ganger hver dag tidligere. Da haglet det med telefoner fra apoteket, fordi de mente de hadde oppdaget feil på våre forskrivninger, sier Bjørner. Hun legger til at det samtidig er bra at apotekene følger med og sjekker reseptene.

GODE, MEN TREGE EPIKRISER

Bjørner mener fastlegeordningen er viktig for god legemiddelbehandling. Legen har oversikt over pasientens sykdomshistorie og medikamentbruk, og legen er bindeledd for eksempel til sykehus og sykehjem.

– Når vi får epikrisen så er den som regel bra og den inneholder alltid en oversikt over medisineringen. Problemet er at det av og til tar tid å få dem oversendt fra sykehusene, sier Bjørner.

DISKRESJON

Selv om hun vet at apotekansatte skal vise diskresjon når de ekspedere kunder, har hun pasienter som får forskrevet legemidler som de ikke vil kjøpe på sitt lokale apotek på Majorstua. De ønsker ikke å bli kjent igjen av de ansatte når de kjøper disse medisinene.

– Dette skyldes ikke manglende diskresjon hos de ansatte, men skamfølelse rundt noen sykdommer. Og så er det en del kunder som oppfatter apoteket som en butikk som de ikke alltid har sterk lojalitet til, tror Bjørner.

– FARMASØYTEN SER IKKE ALT

Hun betegner apoteket som gode på rådgivning om legemiddelbruk og rundt bruk av hjelpemidler som ved astma og blodsukkermåling.

– Prosjektet Apotek Lege Informasjonssamarbeid (ALIS) kan være veldig nyttig. Men farmasøytten ser ikke totalbildet når det gjelder pasientens legemiddelbruk. Skal en legemiddelgjennomgang ha en hensikt, må det være tilgang på hele legemiddelprofilen. Dette kan la seg gjøre på sykehus og sykehjem, hvor det er mange eksempler på positiv effekt av slikt arbeid. Når vi skal gjøre det utenfor institusjoner, er det en helt annen situasjon. Blant annet er lege og farmasøyt ikke samlokalisert, og farmasøytten har ikke oversikt over pasientens legemiddelforbruk og sykdomshistorie, sier Bjørner.

– Hvis lege og farmasøyt ikke snakker sammen, er det fort gjort å skape forvirring hos pasienten når en resept er uklar. Vi risikerer også å skape usikkerhet rundt rådene pasienten får hos legen og på apoteket, sier Trine Bjørner, spesialist i allmennmedisin.

MINDRE LOJALITET

Hun legger til at det også kan være forskjeller på muligheten for legemiddelgjennomgang på et mindre sted og i byene.

– Det er større lojalitet til apoteket på mindre steder enn i byene. Og på noen steder er det også bare ett apotek, slik at her er det noe lettere for farmasøytten å ha god oversikt over forskrivninger og legemiddelbruk, sier Bjørner.

– PENGER KAN PÅVIRKE LEGEMIDDELJENNOMGANG

Trine Bjørner har vært lege i 25 år. Hun har hele tiden hatt nytte av farmasøyttenes kunnskap om legemidler.

– Det er viktig at legen og de apotekansatte kjenner hverandre. Da er det alltid lettere å ta opp ting med hverandre, sier Bjørner. Hun opplever det ikke som pinlig hvis farmasøytten ringer fordi de oppdager feil i forskrivningen.

– Nei, slik har jeg aldri tenkt. Tvert i mot. Et godt samarbeid mellom lege og farmasøyt er et gode. Vi jobber for pasientens beste og må hjelpe hverandre når det trengs. Jeg har best overblikk over pasientens situasjon, men på legemiddelbruk og hjelpemidler er det ofte farmasøytten som har detaljkunnskapen. Dessuten har apoteket ofte bedre tid til å gi praktiske råd, sier Bjørner.

IKKE FULLT INNSYN

En lovendring kunne ha banet veg for at farmasøytene fikk fullt innsyn i alle forskrivninger til en pasient. En slik utvikling ønsker ikke Bjørner, fordi hensynet til personvernet tilsier at dette ikke alltid er til pasientens beste.

– Mange ville nok likt det dårlig dersom hele sykdomshistorien, det vil si alle tidligere diagnoser, kom opp på apotekets dataskjerm. Dessuten vil dette ofte ikke være relevant informasjon for den apotekansatte å ha kjennskap til, sier Bjørner. Hun legger til at økonomiske interesser i apotekene vil kunne komme til å påvirke legemiddelgjennomgangen og valg av preparater.

– Det er jo en grunn til at leger ikke har lov til å drive apotek i dag. Man skal huske på mulige økonomiske interesser hos apotekene dersom legemiddelgjennomgangene skal i gang, sier Bjørner.

– Personvernet hindrer ikke legemiddelforskning

Bjørn Kvaal
Journalist

– Forskere som vil ha innsyn i pasientjournaler og legemiddelprofiler har forskning som mål, ikke nødvendigvis det som er til pasientens beste. Det sier generalsekretær Liv Arum i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO).

Hun legger til at pasienter som godtar at forskere og helsepersonell skal få knytte deres personopplysninger til legemiddelbruk, hele tiden må ha mulighet til å trekke tilbake godkjenningen.

– Det kan være vanskelig for pasienter å se rekkevidden av sin tillatelse når de lar forskere knytte pasientens personopplysninger til legemiddelbruk. Slike tillatelser må alltid være basert på frivillighet, og pasienten må når som helst kunne trekke tillatelsen tilbake, sier Arum.

LIBERALT NOK I DAG

Pasientorganisasjoner bidrar med penger og individuelle opplysninger basert på frivillig deltakelse til forskning, fordi det også er i deres interesse at de får vite mer som sykdommer.

– Men dagens lovverk er liberalt nok til at det kan gjøres et forsvarlig forskningsarbeid. Ytterligere liberalisering kan true personvernet. Dagens regler for personvern må derfor ikke svekkes, mener Arum. FFO er opptatt av at kommunikasjon mellom omsorgsnivåer i helsevesenet og opplysninger om pasienten skjer på en effektiv, men trygg måte.

– Vi har en restriktiv holdning når det gjelder innsamling, bruk og oppbevaring av pasientopplysninger på grunn av personvernet. Nye løsninger må ikke tas i bruk før vi er så sikre som vi kan bli på at personopplysninger ikke kommer på avveie, sier Arum.

Et spørsmål er om en mer liberal holdning ville kommet pasienten til nytte, selv om personvernet kunne ha blitt truet.

– Det er vanskelig å svare på, men det som er sikkert, er at pasientopplysninger på avveie hadde vært grepet begjærlig av for eksempel forsikringsbransjen og en del arbeidsgivere. Det er en pris som er svært høy å betale. En slik utvikling vil være svært vanskelig å reversere, sier rådgiver Arnfinn Aarnes i FFO.



Funksjonshemmedes fellesorganisasjon FFO ønsker ikke et nasjonalt register der legemiddelfiler lagres. Et frivillig register ved pasientens mest brukte apotek kan være et alternativ. – Mange har i praksis dette i dag, fordi de legger igjen reseptene si ne ved det apoteket de vanligvis bruker. Dette er til nytte fordi vi ikke alltid husker hva slags medisiner vi har fått tidligere, sier generalsekretær Liv Arum og rådgiver Arnfinn Aarnes.

PASIENTENE ER EKSPERTER

Flere grupper helsearbeidere vil gjerne ha enklere tilgang på pasientenes legemiddelprofiler, slik at de kan gjøre et bedre pasientarbeid.

– Det kan styrke pasientens situasjon hvis fastlegen eller en spesialist pasienten bruker, tar en gjennomgang av medisineren. Slik kunne medisintyper, doseringer og lignende vært vurdert med tanke på å finne fram til eventuelt bedre og sikrere løsninger. Når det gjelder medlemmene som er tilsluttet organisasjonene i FFO, så er dette ofte kronikere. De er eksperter på egen helse og vet mye om medisinen de bruker og hvordan den virker, sier Arum.

VIL HA BEDRE TILGANG FOR PASIENTEN

Hun ønsker seg et system der pasienten selv har enklere tilgang på legemiddelprofilen. En gjennomgang av profilen vil Arum skal skje sammen med fastlegen framfor en farmasøyt – hvis hun måtte velge mellom de to yrkesgruppene – fordi det er legen som kjenner pasienten best. Det til tross for at farmasøyten kanskje kan mer om medisinerne.

– Jo, men legen kjenner meg best. Jeg kan bruke ett apotek én uke, men neste uke et annet apotek fordi jeg er på reise eller fordi jeg tilfeldigvis går forbi et annet apotek på veg til et møte. Jeg har heller ikke "fastfarmasøyt" i motsetning til fastlege. Ser farmasøyten at det er noe feil eller farlig i min legemiddelbruk, vil jeg at legen får beskjed om dette fordi det er legen som kjenner min helsetilstand best, sier Arum.

LIKER IKKE GENERISK BYTTE

FFO er opptatt av at pasienter kan havne i vanskelige situasjoner når apoteket foreslår rimeligere, men fullverdige medisiner i forhold til de legen forskriver.

– Når pasientene har et legemiddelregime de er fornøyd med, kan det skape stress, usikkerhet og noen ganger nye plager når de må bytte medisin. Mennesker med kroniske sykdommer må slippe å forholde seg til situasjoner som skaper usikkerhet, når de etter hvert har klart å finne fram til medisiner som er gode og som de kan bruke inntil effekten eventuelt blir for dårlig og bivirkningene for store, sier Arum.

TROD NETTHANDEL LAR VENDE PÅ SEG

– Det blir lenge til nettsalg av legemidler blir omfattende, tror rådgiver Arnfinn Aarnes i FFO.

– Når jeg er på apotek, er det sjelden farmasøyten eller apotekteknikeren uoppfordret gir meg informasjon om medisinen. Spørsmålet fra personalets side er som regel om jeg vil ha preparat A, eller preparat B som er rimeligere. Ut fra dette nivået på informasjonen mener jeg at kjøp av reseptbelagt medisin på nettet ikke vil skape så store problemer eller ha negative konsekvenser for pasienten, sier Aarnes.

Apotekansatte opplyser noen ganger at Aarnes for eksempel kan ta ut medisinen én gang til på resepten sin.

– Dette er informasjon jeg like gjerne kan få som tekstmelding, som e-post eller få informasjon om på nettet hvis jeg kjøper medisinen der, sier Aarnes. Han understreker at pasienten uansett må ha

den viktige samtalen med legen først, før det skrives ut en resept. Kronikere trenger også god oppfølging av legen sin og de får dekket mye av medisinkostnadene når egenandelen er betalt. Dette gjør at Aarnes tror det vil gå lenge før netthandel med medisiner og viktig nettbasert helseinformasjon eventuelt vil ta av alvor.

– Potensmidler, nikotinprodukter som skal gjøre det lettere å slutte å røyke og andre reseptfrie legemidler tror jeg har større muligheter for nettsalg i framtiden, sier Aarnes.

DETTE SKJER I DAG

- En legemiddelprofil skal gi oversikt over de medisinene som pasienten bruker. Profilen er en forutsetning for legemiddelgjennomgang.
- Opplysninger om legemidler som er hentet på apotek, er lagret elektronisk i det enkelte apotek på navngitte enkeltpersoner. Disse opplysningene kan i dag ikke samles for å gi oversikt over utlevering til samme kunde fra flere apotek.
- Stortingsmeldingen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» fra 2005 ønsket en komplett legemiddelprofil. Hensikten er å redusere faren for feilmedisinering og at det er et godt grunnlag for samtale mellom lege og pasient om behandlingen.
- I Reseptregisteret (Folkehelseinstituttet) er alle utleverte legemidler registrert, men det er ikke mulig å finne tilbake til den enkelte pasient. Dette ble vedtatt i 2003.
- Hvis det skal lages en obligatorisk elektronisk legemiddelprofil, må apotekenes reseptopplysninger samles og registreres på identifiserbare enkeltpersoner. Dette er ikke tillatt i dag.
- Det skal gjøres testforsøk i regi av Folkehelseinstituttet med utgangspunkt i dagens reseptopplysninger og gjennom samtykke fra pasienter. Samtidig vil det ikke bli gjort noen store it-satsinger på området inntil Norge kan høste erfaringer fra nabolandene på dette området.
- Sverige: Innførte landsdekkende, obligatoriske legemiddelprofiler i 2006. Dette er gjort gjennom opprettelsen av et nytt personregister med opplysninger om alle legemiddelforskrivninger hentet ut fra apotek
- Danmark: Innførte legemiddelprofiler i 2004, men det er foreløpig ikke gjort noen grundige evalueringer.
- Sosial- og helsedirektoratet ga høsten 2006 penger til 13 prosjekter om legemiddelgjennomgang.

Hva sa Legemiddelme ldingen?

St.meld. nr. 18 (2004-2005)
Rett kurs mot riktigere legemiddel-
bruk – Legemiddelpolitikken
Tilråding fra Helse- og omsorgs-
departementet av 11. mars 2005,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)

Legemiddelmeldingen som ble lagt frem i 2005, omtaler en rekke tiltak for å bedre dagens legemiddelbruk. Eksempler er legemiddelgjennomganger, legemiddelprofiler, omlegging av refusjonsordningen, forskningsstøtte, multidose.

LEGEMIDDELPOLITISKE MÅLSETTINGER

Den overordnede målsettingen for legemiddelpolitikken er riktig legemiddelbruk:

Riktig diagnose - riktig forskrivning - riktig bruk

EN NÆRMERE PRESISERING AV MÅLSETTINGENE ER:

- Legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk
- Pasienter skal ha sikker tilgang til effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne
- Legemidler skal ha lavest mulig pris

Alle deler av legemiddelpolitikken må innrettes etter disse målsettingene. Dess bedre legemiddelbruken blir, dess bedre blir befolkningens helse samlet sett. Det leder også til en mer effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser. Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten, men likevel bare ett av flere virkemidler ved behandling av pasienter. Bruk av legemidler må derfor vurderes i lys av hva som er den beste behandlingen for den enkelte pasient. Målet om at befolkningen skal ha sikker tilgang til legemidler uavhengig av betalingsevne medfører at det offentlige dekker store deler av legemiddelutgiftene.

Denne stortingsmeldingen omhandler hvordan myndighetenes tiltak på legemiddelområdet kan innrettes for å bedre dagens legemiddelbruk.

RIKTIG LEGEMIDDELBRUK

Formålet med all legemiddelbehandling er at pasientens helse skal bli bedre. For at dette skal være mulig, må tre forutsetninger være oppfylt. For det første må legen stille riktig diagnose ut fra gode kriterier. For det andre må legen velge riktig behandling, enten det er med legemidler, annen behandling eller en kombinasjon av disse. For det tredje må pasienten etterleve den behandlingen som blir foreskrevet av legen.

DIAGNOSE

Riktig diagnose er den grunnleggende forutsetning for riktig legemiddelbruk. Det er i diagnosefasen at behovet for behandling og behandlingsmålene fastsettes. Det er ofte gitt retningsgivende kriterier for når behandling bør settes inn. Dersom kriteriene for en diagnose er utilstrekkelige, vil resultatet kunne bli enten overbehandling eller underbehandling i forhold til pasientens reelle behov.

FORSKRIVNING

Når diagnosen er stilt, skal legen i samråd med pasienten velge hvilken behandling som skal gis. Nyttens av behandlingen med et legemiddel må veies opp mot den risiko behandlingen medfører. Legemidler er en viktig innsatsfaktor i behandling av sykdommer og lidelser, men bør ikke brukes hvis andre behandlingsmetoder er bedre. Legemidlets effekter kan gi opphav til bivirkninger av ulik alvorlighetsgrad.

Hvor stor risiko for bivirkninger pasienten er villig til å ta i forhold til nytten, vil avhenge av tilstandens alvorlighet.

Oftentimes vil det være mulig å velge mellom flere legemidler med noe ulik effekt- og sikkerhetsprofil ved behandling av en sykdom. Pasienter, leger og annet helsepersonell må derfor ha et så riktig bilde som mulig av legemidlenes nytte-risikoforhold. Dette bildet må være basert på balansert informasjon.

BRUK

Pasientens faktiske nytte av legemiddelbehandling avhenger i siste instans av hvordan pasienten bruker legemidlene. Sannsynligheten for at behandlingsmålene nås er størst hvis pasienten tar riktig legemiddel, i riktig mengde og til riktig tid. Veiledning av pasienten, fysisk tilgjengelighet til legemidlene, refusjon av utgifter til nødvendige legemidler og oppfølging fra helsepersonell er avgjørende for å oppnå dette. Det er mange som mener at det er av betydning å lytte til pasientens egen oppfatning av hva riktig legemiddelbruk innebærer. Dette er også en konsekvens av den medbestemmelseretten som pasientene har.

PASIENT OG SAMFUNN

Det som oppfattes som best for den enkelte pasient og det som vurderes som best for alle pasientene som gruppe, eller for samfunnet som helhet, er ikke alltid det samme.

Myndighetene er representant for hele samfunnet og alle pasientgruppene, og må forvalte de samlede ressursene på en best mulig måte. Det er samfunnet som finansierer det meste av kostnadene, ikke de enkelte aktørene på legemiddelmarkedet. Det er derfor myndighetenes oppgave å balansere behovene, slik at målet om best mulig helse kan oppnås for hele befolkningen.

PRIORITERING

Staten står for finansieringen av store deler av kostnadene ved legemiddelbruk og må prioritere innsatsen i forhold til de tilgjengelige ressursene. En riktig prioritering av legemiddelutgiftene vil gi mer helse for kronene totalt sett og et bedre helsetilbud til befolk-

ningen. Kostnadene ved legemiddelbehandling må derfor stå i forhold til nytten, slik at samfunnet ikke belastes utgifter som kunne hatt bedre alternativ bruk. Utfordringen er å finne frem til hva som kan regnes som tilstrekkelig og fullgod behandling for pasientene. Andre sentrale forutsetninger for å fremme gode prioriteringer er å videreutvikle et velfungerende refusjonssystem og å holde lave legemiddelpriser

Riktig legemiddelbruk krever:

RIKTIG DIAGNOSE

HELSEPERSONELL

Balansert kunnskap, riktig terapivalg, kvalitetsarbeid, kommunikasjon

RIKTIG FORSKRIVNING

MYNDIGHETENE

Kvalitetskrav, kontroll, balansert informasjon, prisregulering, enkelt regelverk, refusjon av nødvendige utgifter

LEGEMIDLET

Effektivt, lite bivirkninger i forhold til nytten, fysisk tilgjengelig, riktig pris

PASIENT

Tilliet til forskning, informasjon, følge anbefalt bruk

Faktorer som fremmer riktig legemiddelbruk



Faksimile fra VG.

GJENNOMGANG AV LEGEMIDDELBRUK MED PASIENTEN

Fleire legemiddelrelaterte problemer kan trolig reduseres, dersom pasienter med komplisert legemiddelbehandling får veiledning og oppfølging ut over det de i dag får fra helsepersonell. Et tiltak som kan vise til gode resultater i andre land, er at kvalifisert helsepersonell gjennomgår legemiddelbruken sammen med pasienten. Endringsbehovet vurderes, pasienten informeres om riktig bruk og får svar på eventuelle spørsmål. Dette vil kunne gjennomføres på ulike nivåer i helsetjenesten, som for eksempel hos fastlegen, i sykehjem, i hjemmesykepleien, under sykehusopphold eller på apoteket.

De som foretar en slik utvidet legemiddelsamtale med pasienten, må være trent i å se pasientens legemiddelbruk i forhold til de sykdommer pasientene lider av. Innsikt i både sykdom og legemiddel er nødvendig for å oppnå de ønskede forbedringer. Derfor egner vurdering av pasientens legemiddelbruk seg for tverrfaglig samarbeid. Valg av medikamentell behandling er legens ansvar, og eventuelle endringer må derfor foretas av pasientens lege.

Det foreligger dokumentasjon som viser at legemiddelgjennomgang med spesielt utsatte pasientgrupper, kan gi pasientene en bedre helse og være kostnadseffektivt i et helsetsperspektiv. Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt plikt til pasientopplæring og et ansvar for at behandlingen med legemidler er god. Helseforetakene må derfor av eget initiativ sørge for nødvendig gjennomgang av pasienters legemiddelbruk, eventuelt samtidig med opplæring om riktig legemiddelbruk. Imidlertid kan helse-

foretakene i vurderingen av sitt arbeid ha behov for et grunnlagsmateriale som viser hvordan en slik gjennomgang kan utføres og kostnader forbundet med dette.

Legemiddelutgiftene til pasienter som mottar hjemmesykepleie fra kommunene, dekkes av folketrygden og av pasientenes egenbetaling. Kommunenes pleie- og omsorgstjeneste vil derfor ikke redusere sine legemiddelutgifter ved å tilby disse pasientene en gjennomgang av legemiddelbruk. Behovet for oppfølging av legemiddelbruk kan imidlertid være stort.

Både primærapotek og sykehusapotek ekspederer medisiner til enkeltpasienter, og kommer jevnlig i kontakt med pasientene. Apotek kan derfor være en naturlig arena for oppfølging av legemiddelbruk. Legemiddelgjennomgang i apotek kan være et godt tilbud til de pasientene som har et særlig behov for oppfølging, men som er friske nok til å klare seg uten omfattende hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten.

Erfaring med hvordan gjennomgang av legemiddelbruk i apotek kan innrettes for å sikre åpenhet og tillit er nødvendig. Tiltakets kostnadseffektivitet og avgrensning til bestemte pasientgrupper må også utredes.

Farmasøytens faktiske kompetanse varierer i stor grad, noe som gjør det nødvendig å fastsette bestemte kompetansekrav for de som skal foreta gjennomgang av pasienters legemiddelbruk. Det vil være nødvendig med kontinuerlig faglig oppdatering, blant annet

på grunn av den raske utviklingen i medisinsk forskning, terapiprinsipper og legemidler.

På denne bakgrunn, vil departementet starte pilotprosjekter for gjennomgang av legemiddelbruk:

- 1 I sykehus i forbindelse med pasientopplæring
- 2 I syke- og aldershjem
- 3 For mottakere av hjemmesykepleietjenester
- 4 For bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege

Prosjektet i apotek forutsetter samarbeid med Legeforeningen og Norges Apotekerforening. Sosial- og helsedirektoratet får ansvar for å gjennomføre pilotprosjektene. Departementet vil gi de regionale helseforetakene i oppdrag å gi tilbud om gjennomgang av legemiddelbruk til pasienter med spesielt behov ved utskrivning.

På bakgrunn av erfaringene med pilotprosjektene for riktig legemiddelbruk vil departementet vurdere hvordan myndighetenes informasjonstiltak og eventuelle økonomiske støtte bør innrettes.

MULTIDOSEPAKKING AV LEGEMIDLER

Multidose muliggjør målrettet innsats mot de som har størst behov, og fjerner i betydelig grad årsakene til uheldig legemiddelbruk. Det er enklere for pasienten å forholde seg til én pakke om gangen, utlevering av legemidler blir sikrere og bruk av generiske legemidler vil bli enklere for pasienten. Dette gir i sin tur færre legebesøk og innleggelses på sykehus. Det at flere pasienter kan klare å bruke legemidlene selv, vil også kunne redusere behovet for hjemmetjenester. For helsetjenesten betyr multidose at omsorgspersonell frigjøres til andre oppgaver. Pasienter med multidose får legemidler for to ukers bruk, i motsetning til ved vanlig reseptutlevering der legemidler utleveres for tre måneder av gangen. Eldre pasienter med mange legemidler endrer ofte legemiddelbruk, og mange legemidler må derfor normalt kastes. Den korte utleveringsperioden ved multidose reduserer derimot pasientenes legemiddellagre og kassering av ubrukte legemidler.

Institusjoner i kommuner og spesialisthelsetjeneste betaler selv kostnadene med multidose, men nyter samtidig godt av gevinstene ved frigjøring av helsepersonellens tid og redusert kassasjon av legemidler. I tillegg kommer gevinsten med redusert feilbruk. Spart sykepleiertid er ifølge en rapport fra ECON-analyse alene tilstrekkelig grunn til å innføre multidose. Departementet mener derfor at helsetjenesten i større utstrekning bør ta i bruk multidose.

Det er behov for at myndighetene bidrar til å fremme bruk av multidose til pasienter med særlig behov for dette. Departementet vil blant annet fjerne forbudet mot å benytte pasientens multidosepakke legemidler i sykehus og på sykehjem.

LEGEMIDDELPROFIL – OVERSIKT OVER LEGEMIDDELBRUK

Tilgang til en samlet legemiddelprofil, hvor den enkelte pasientens legemiddelbruk er registrert elektronisk, kan gi enkel og oppdatert oversikt over pasientens samlede legemiddelbruk. En slik oversikt reduserer risikoen for feilmedisinering og er et godt utgangspunkt for dialog mellom lege og pasient om behandlingen. Ved skifte av omsorgsnivå, for eksempel ved akutt innleggelse på sykehus, vil det være lettere enn i dag å vite hvilke legemidler pasienten bruker. Denne type informasjon kan være avgjørende for riktig behandling.

Reseptregisteret og prinsippet om at reseptopplysningene i en nasjonal database skal være pseudonyme ble vedtatt i 2003. Stortinget sluttet seg til dette. Dersom det skal utvikles en obligatorisk elektronisk legemiddelprofil som i Danmark, må imidlertid apotekenes reseptopplysninger samles og registreres på identifiserbare enkeltpersoner. Dette krever lovendring. På denne bakgrunn vil departementet foreløpig ikke foreslå å opprette en nasjonal og obligatorisk medisinprofil for enkeltpasienter.

Et nasjonalt register over legemiddelbruk basert på pasientenes samtykke er imidlertid mulig. Et slikt frivillig register kunne gi et bedre og mer dekkende tilbud enn registre knyttet til det enkelte apotek.

Departementet vil ta stilling til behovet for et nasjonalt samtykkebasert reseptregister når evalueringene av den obligatoriske registerløsningen i Danmark og meldingens øvrige tiltak for å fremme riktig legemiddelbruk foreligger.

Departementet vil gi Nasjonalt folkehelseinstitutt i oppdrag å utforme krav til og koordinere et pilotprosjekt for medisinprofiler som tar utgangspunkt i reseptopplysninger som allerede er registrert i det enkelte apotek. Legeforeningen, pasientorganisasjonene og Norges Apotekerforening må involveres i pilotprosjektet på en måte som sikrer effektiv formidling av resultatene og at de ulike behovene belyses i tilstrekkelig grad.

INNFØRING AV ELEKTRONISK RESEPT

Etableringen av Nasjonalt helsenett gir mulighet for sikker utveksling av sensitive helseopplysninger mellom aktørene i helsetjenesten. Mange helseforetak og legekontorer har allerede tatt i bruk løsninger for standardiserte meldinger for henvisning og epikrise.

Helsenettet åpner for å ta i bruk elektroniske resepter, slik at reseptinformasjon kan overføres elektronisk fra forskriver til apotek og andre som behandler informasjonen.

Utvikling av elektroniske resepter er en del av det større «eResept prosjektet», som også omfatter utvikling av ulike systemer for forskrivningsstøtte. Legen vil lett kunne se anbefalinger for riktig legemiddelbruk, preparatmtaler og refusjonsvilkår ved forskrivning av legemidler.

Det er gjennomført et forprosjekt for innføring av elektroniske resepter og forskrivningsstøtte. Ansvar for gjennomføringsprosjektet er forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

ELEKTRONISK FORMIDLING AV FORSKRIVNINGSTØTTE

I dag har forskrivere i beskjeden grad oppdatert informasjon om legemidler på sin arbeidsstasjon når terapivalget tas. Det er på denne bakgrunn behov for at det offentlige tar i bruk mer effektive formidlingsmetoder, som er bedre tilpasset helsepersonellens hverdag. Kommunikasjonsløsningen Nasjonalt helsenett vil bli et verktøy for å oppnå en enhetlig forskrivning og sikre at myndighetenes legemiddelpolitikk er kjent for den enkelte forskriver. Slik forskrivningsstøtte er i ferd med å utvikles i Helsebiblioteket, men det er også en viktig del av «eResept prosjektet».

Nasjonalt Elektronisk Helsebibliotek er et prosjekt under den statlige tiltaksplanen for elektronisk samarbeid i helse- og sosialtjenesten, S@mspill 2007. Målsettingen med prosjektet er å etablere en nasjonal, elektronisk informasjonstjeneste med tilgang til faglig kunnskap for helsetjenesten.

I løpet av to til tre år er det planlagt at informasjonstjenestene også skal integreres med legenes journalsystemer. Dette vil

legge til rette for praksisnær støtte ved forskrivning av legemidler. Noe pasientrettet informasjon vil også kunne utvikles.

Helsebiblioteket vil være en felles informasjonsportal på legemiddelområdet hvor både myndighetsorganene og Kunnskapssenteret kan levere informasjon.

Forskrivningsstøtte knyttet spesielt til informasjon om legemidler og refusjonsvilkår skal utvikles innenfor «eResept prosjektet». Legemiddelverket vil gjøre den informasjonen som ligger i dagens databaser tilgjengelige i en form som kan benyttes i «eResept prosjektet», men også i Helsebiblioteket. I tillegg vil etaten stille til rådighet annen aktuell informasjon om registrerte legemidler. Samlet sett vil dette gi leger, pasienter og andre aktører bedre tilgang til blant annet preparatmtaler, vilkår for refusjon på blå resept, terapianbefalinger, aktuell informasjon om bivirkninger, liste over legemidler som er under spesiell overvåkning, maksimalpris og hvilke legemidler som er byttbare.

EN REFUSJONSORDNING SOM FREMMER RIKTIG BRUK AV LEGEMIDLER

Refusjonssystemet gir dekning for utgifter til legemidler som brukes i behandling av alvorlige kroniske sykdommer, eller tilstander der langvarig behandling er nødvendig for at alvorlig sykdom skal unngås i fremtiden. Refusjonssystemet skal sikre at befolkningen får en mest mulig lik og enkel tilgang til legemidler, uavhengig av betalingsvevnen til den enkelte.

Refusjonsordningen for legemidler skal bidra til å nå følgende mål:

- 1 Sikre mest mulig lik og enkel tilgang til effektive legemidler for små og store pasientgrupper med dokumenterte behov for medikamentell behandling.
- 2 Gi samfunnet verdier for pengene, det vil si at fellesskapet skal refundere utgifter til legemidler som gir sikker helsegevinst for pasienten, og har god effekt i forhold til kostnadene. Det er viktig med god kostnadsstyring, slik at en sikrer best mulig utnyttelse av de midler som bevilges.
- 3 Stimulere til ansvarlig og kostnadsbevisst forskrivning og bruk av legemidler hos lege og pasient.

4 Medvirke til at individer med moderat og lav risiko for fremtidig sykdom, og hvor behandlingseffekten er liten eller usikker, tar et størst mulig ansvar for egen helse. Det offentlige har først og fremst forpliktelser overfor pasienter med alvorlig sykdom eller høy risiko for sykdom, hvor det finnes effektive legemidler.

5 Så langt mulig reflektere kunnskaper om gevinster og kostnader ved bruk av legemidler, basert på helseøkonomiske undersøkelser og vurderinger.

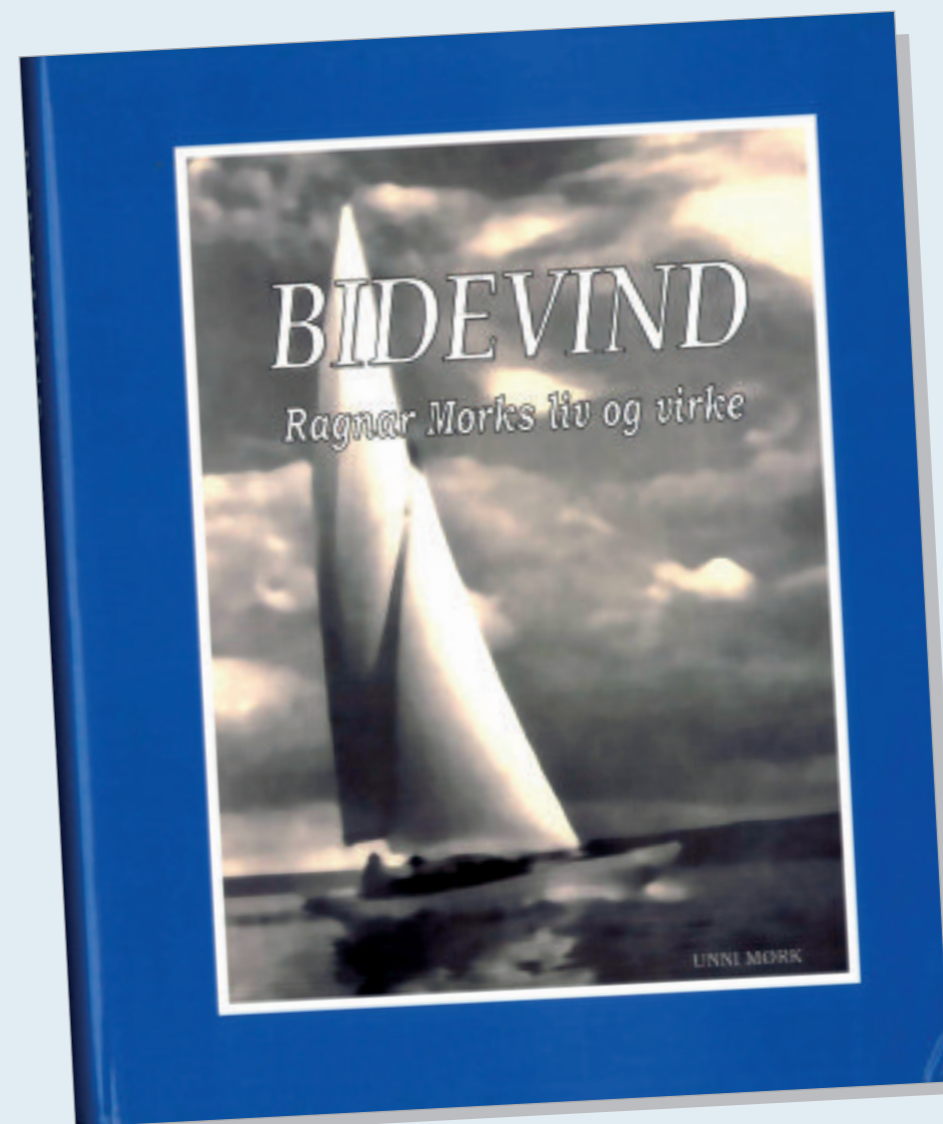
6 Være enkel å administrere og forstå.

7 Gi myndighetene anledning til å fjerne medikamenter hvor det dokumenteres at nytten ikke står i forhold til kostnadene.

Departementet legger disse kravene til grunn for refusjonssystemet også i fremtiden.

(Kilde: St.meld. nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken).

Bokanmeldelse – "Bidevind"



Bidevinden blåser mot. Menneskets seilas gjennom livet kan sammenlignes med bidevindseilasen, hvor man krysser seg fram mot målet.

På eget forlag har Unni Mørk utgitt boka "Bidevind" om Ragnar Mørks livsseilas, og den har hun skildret med kunnskap, kjærlighet og humor. Det er blitt en vakker og rikt illustrert bok, men den er ingen hyllevarmer. Man setter seg ned med den, og der blir man sittende å lese – i en bok som er ungdommelig frisk i stilen og spennende.

Unni Mørk tegner bildet av en kar med selvstendighet, utferdstrang, skaperkraft og utholdenhet, egenskaper vi kjenner igjen hos så mange kjente nordmenn. Hun rosemåler ikke: Briljans og nederlag følger hverandre, men også seier. Dette gjør boka autentisk.

Etter en frisk ungdomstid med utrolige utfordringer ble Ragnar Mørks liv etter hvert viet farmasien: med apotekarbeid, apotekvisitasjon og rollen som bedriftsleder. Han løste mange viktige oppgaver i norske apoteks rikeste, mest mangfoldige utviklingsperiode: Det 20. århundre. Eldre apotekfolk vil kjenne seg igjen i miljøene og ha personlig kjennskap til mange aktører. Boka er ikke bare en personskildring, men beskriver også den nære farmasihistorie, og fortjener at mange leser den.

De som vil skaffe seg boken, kan henvende seg til forfatteren på unnimork@broadpark.no eller Ovenbakken 11, 1361 Østerås. Tlf.: 67 14 06 22

L-V. O.

Legemiddelgjennomganger – prosjekter

Anne Berit Walter
rådgiver
Sosial- og helsedirektoratet

Til oppfølging av St.meld.nr.18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk ble det avsatt midler til en del prosjekter/tiltak på legemiddelfeltet som Sosial- og helsedirektoratet fikk ansvaret for å gjennomføre.

Et av tiltakene er gjennomgang av legemiddelbruk innenfor følgende områder:

- i sykehus i forbindelse med pasientopplæring
- i sykehjem
- for mottakere av hjemmesykepleietjenester
- for bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege

I juni 2006 ble det utlyst en totalramme på 2,2 millioner kroner til disse prosjektene. Midlene kunne gis som støtte til prosjekt som hadde som mål å avklare hvordan gjennomgang av legemiddelbruk med godt faglig utbytte for pasientene kunne utføres på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Det kunne tildeles midler både til planlegging av prosjektet, til prosjektgjennomføring og til evaluering. Tildeling i 2006 gav ingen rettighet for videre støtte neste år utover den tildelte rammen, og midlene måtte overføres fagmiljøene i løpet av 2006. Midlene ble utlyst i juni med søknadsfrist 15. august 2006.

BAKGRUNN FOR UTLYSNINGEN

I Legemiddelmeldingen (2004-2005) er den overordnede målsetningen for legemiddelpolitikken riktig legemiddelbruk. Formålet med all legemiddelbehandling er at pasientens helse skal bli bedre. I forbindelse med legemiddelbehandling er det viktig at pasienten etterlever den behandlingen som blir forskrevet av legen. Mange pasienter bruker flere legemidler samtidig, noe som kan gi mange legemiddelrelaterte problemer. Feil i legemiddelbehandling og -anvendelse gir økt pasientrisiko.

Fleire legemiddelrelaterte problemer kan trolig reduseres dersom pasienter med komplisert legemiddelbehandling får veiledning og oppfølging ut over det de i dag får fra helsepersonell. Et tiltak som har vist gode resultater både i Norge og i andre land, er at kvalifisert helsepersonell går gjennom legemiddelbruken sammen med pasienten.

De som foretar en slik utvidet legemiddelsamtale må være trent i å se pasientens legemiddelbruk i forhold til de sykdommer pasientene lider av. Innsikt i både sykdom og legemiddel er nødvendig for å oppnå de ønskede forbedringer. Derfor egner pasientens legemiddelbruk seg for tverrfaglig samarbeid.

FORMÅL – TILDELINGSKRITERIER

Målet med legemiddelgjennomgangene er å gi utvalgte pasientgrupper en utvidet legemiddelsamtale for å sikre bedre forståelse for behandlingen, og om mulig avdekke og finne løsninger på legemiddelrelaterte problemer. Et legemiddelrelatert problem kan være knyttet til selve legemiddelvalget, dosering, bivirkning, interaksjon med andre legemidler eller praktisk håndtering av legemidlene.

Midlene kunne gis til prosjekter som har som formål å:

- utføre legemiddelgjennomganger med utvalgte pasientgrupper
- vurdere pasientenes nytte av samtalen
- være problemløsende
- og vurdere kostnadseffektivitet i et helhetsperspektiv

Prosjekter som hadde disse formålene, og som samtidig får til et samarbeid med annet relevant helsepersonell, ville få prioritering. Det ble lagt vekt på at det er relevant kompetanse i prosjektene.

GENERELLE KRITERIER FOR TILDELING

Midlene kunne tildeles prosjekter som knyttes til legemiddelbruk i sykehus, sykehjem, hjemmebaserte tjenester, for beboere i omsorgsboliger og for bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege.

Følgende krav ble stilt til søknadens innhold og form:

- Søknaden skulle inneholde en projektskisse med tidsplan og aktuelle samarbeidspartnere.
- Budsjett knyttet til prosjektet måtte foreligge. Det skulle også framgå om og fra hvem tiltaket mottok finansiell støtte. Det skulle også framgå om tiltaket hadde mottatt støtte tidligere år. Prosjekter som fikk tildelt midler i 2006, må sende inn rapportering og revisorattestert regnskap.

DIREKTORATETS SØKNADSBEHANDLING

Sosial- og helsedirektoratet fikk inn totalt 49 søknader innen søknadsfristen 15. august 2006. Samlet søknadsbeløp var 15,7 millioner kroner. Det ble tildelt totalt 2 millioner kroner.

Ved vurdering av hvilke prosjekter som skulle tildels midler, hadde direktoratet følgende utgangspunkt:

- Prosjektet skal omfatte en legemiddelgjennomgang som inkluderer utvidet legemiddelsamtale med den aktuelle pasientgruppe
- Både apotek, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og sykehus bør være representert blant de prosjektene som får støtte

- De tilgjengelige midler bør fordeles noenlunde jevnt mellom de ovennevnte gruppene
- Prosjektene bør kunne gi svar på/ny kunnskap om de problemstillinger legemiddelmeldingen tar opp
- Det bør være en rimelig geografisk spredning blant mottakerne
- Prosjekter som inkluderer kostnadsvurderinger/-evalueringer prioriteres foran prosjekter som ikke gjør det
- Prosjektene bør i minst mulig grad dublere hverandre
- Ingen søkere får fullfinansiering
- Tverrfaglighet i prosjektene vektlegges

FØLGENDE SØKNADER BLE INNVILGET

HVEM	PROSJEKT	TILDELT (KRONER)
Apotekforeningen	Legemiddelgjennomgang i apotek	450.000
Apotek 1 Kronen, Oslo i samarbeid med 4M klinikken	Gjennomgang av insulinbruk hos type 2-diabetikere	50.000
Diakonhjemmet sykehusapotek, Oslo	Legemiddelpoliklinikk med vekt på utvidet legemiddelsamtale	230.000
Lovisenberg sykehusapotek, Oslo	Klinisk farmasieservice til rehabiliteringspasienter som skal utskrives til hjemmet	180.000
Ullevål universitetssykehus, Oslo – Kompetansesenter for lindrende behandling	Gjennomgang av medikamentell symptomkontroll hos pasienter i palliativ fase av kreftsykdom	40.000
Universitetssykehuset Nord-Norge	Effekt av samtale ved utskrivning av psykiatriske pasienter	50.000
Sykehusapotekene Midt-Norge HF	Legemiddelgjennomgang ved utskrivning fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim	425.000
Lindås kommune	Legemiddelbruk til pasientene på Knarvik sjukeheim	175.000
Porsanger kommune	Kan kvalitet styrkes samtidig som det brukes mindre ressurser i forhold til bruk av legemidler hos eldre	125.000
Sør-Varanger kommune	Legemiddelsamtaler for pasienter på avlastningsavdelingen	50.000
Kongsberg kommune	Fra rutinedokument til legemiddelbehandling i praksis	100.000
Apoforsk	Validering av legemiddelgjennomganger utført i studien "Legemiddelgjennomganger i apotek for pasienter med type-2-diabetes"	75.000
Sykehusapoteket Lørenskog	Publisering av en tidligere gjennomført studie (OMEK) som omfattet hjemmebesøk etter utskrivning fra Ahus.	50.000
Sum		2.000.000

Prosjekt: Legemiddelgjennomgang i apotek



Foto: Jens Sølvberg

Agnes M. Gombos
Apotekforeningen

Apotekforeningen og apotekkjedene er opptatt av at legemiddelgjennomgang utvikles som en bransjeovergripende tjeneste. Tjenesten må ha samme kvalitet i alle apotek som tilbyr den.

I legemiddelmeldingen "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" nevnes legemiddelgjennomgang som et mulig tiltak for riktigere legemiddelbruk. Ønsket er at legemiddelgjennomgang skal gjøre at den enkelte pasient skal oppnå bedre helse gjennom bedre legemiddelbruk og at den enkelte pasient og samfunnet skal få lavere legemiddelkostnader og bedre utnyttelse av ressursene

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har fått i oppgave å gjennomføre prosjekter som kan vise om dette er mulig å oppnå, og utlyste derfor midler til prosjekter for gjennomgang av legemiddelbruk. Det er tildelt midler til 13 prosjekter innenfor fire områder: sykehus, sykehjem, hjemmesykepleietjenester og i apotek (se side 22).

Apotekforeningen søkte om midler til apotekprosjektet i samarbeid med de fire apotekkjedene (Vitusapotek, Alliance apotekene, Apotek1 og Ditt Apotek), og ble tildelt 450.000 kroner for gjennomføring av prosjektet. Også frittstående apotek blir invitert med i gjennomføringen av prosjektet.

Apotekforeningen og apotekkjedene er opptatt av at legemiddelgjennomgang utvikles som en bransjeovergripende tjeneste. Tjenesten må ha samme kvalitet i alle apotek som tilbyr den. Dette er i tråd med Bransjestandardene for Apotek (BRA) som er utarbeidet i samarbeid mellom arbeidsgivere og arbeidstakere. På bakgrunn av dette vil Apotekforeningen lede prosjektet i samarbeid med bransjen. Målet er å få til legemiddelgjennomgang på et faglig og praktisk gjennomførbart nivå i primærapotekene.



Foto: Jens Sølvberg

SHDIRS VURDERING AV APOTEKFORENINGENS SØKNAD

"Sosial- og helsedirektoratet finner at prosjektet tilfredsstillende de kriterier som fremgår av utlysningen. Direktoratet har i tillegg lagt vekt på at prosjektet slik det er beskrevet i søknaden omfatter kostnadsvurderinger/-evalueringer og prosjektevaluering.

Direktoratet ønsker at spørsmålet "hvordan bør oppdagede LRP håndteres med hensyn til intervensjoner og kontakt med legen" vektlegges i prosjektgjennomføringen. På samme måte mener direktoratet at spørsmålet om i hvilken grad apoteket kan ta utgangspunkt i at de opplysninger de har/skaffer seg om kundens legemiddelbruk er fullstendige, bør problematiseres i prosjektet."

Hva er en legemiddel-samtale i apotek?

Innenfor sykehusfarmasien har det vært gjennomført mange prosjekter vedrørende legemiddelgjennomgang, og noen sykehusfarmasøyer tilbyr tjenesten som en fast ordning. Legemiddelgjennomgang i sykehus er en vurdering av et legemiddelregime basert på samarbeid mellom pasient, lege og farmasøyt. Diagnoser, laboratorieverdier og pasientens opplevelse av behandlingen legges til grunn for vurdering av riktig legemiddelbehandling.

Legemiddelgjennomgang i primærapotek vil skje innenfor en noe annerledes faglig og formell ramme enn på sykehus fordi man i utgangspunktet ikke har den nærheten til leger og annet helsepersonell som er i sykehusene. I primærapotek vil derfor betegnelsen Legemiddelsamtale bli benyttet om denne tjenesten.

EN LEGEMIDDELSAMTALE I APOTEK ER:

En planlagt, strukturert og dokumentert samtale hvor målet er at kunden får innsikt i, blir trygg på og oppnår best mulig effekt av sin legemiddelbehandling. Samtalen tar utgangspunkt i

- Kundens behov
- Kundens legemiddelbruk

Samtalen har en ramme på 30 minutter og foregår på apotekets informasjonsrom. Ved klinisk relevante spørsmål kontaktes legen.

PLANLAGT OG STRUKTURERT

Med en planlagt samtale menes det at kunden inviteres og det avtales en tid hvor kunden kommer tilbake til samtalen. Farmasøyten skal allerede på dette tidspunktet hente inn så mange opplysninger som mulig om kundens legemiddelbruk basert på tilgjengelige kilder. Slike kilder er opplysninger fra kunden selv, kundens resepter, legemiddelhistorikk fra apotekets datatystem FarmaPro og eventuelt fra leger (fastlege, spesialister, sykehuslege).

Samtalen skal være strukturert ved at farmasøyten på forhånd har forberedt seg og ved at samtalen inneholder en del faste elementer slik at en legemiddelsamtale er forutsigbar for kunde og farmasøyt. I tillegg skal det spesielt legges vekt på spørsmål og problemer kunden selv reiser.

Det som er avtalt mellom kunde og farmasøyt, skrives ned i en skriftlig oppsummering som kunden får med seg hjem. Med kundens samtykke kan denne også oversendes fastlegen. Det dokumenteres hvis lege kontaktes og hva som eventuelt endres i legemiddelbruken på grunnlag av en slik kontakt.

Legemiddelbruk

MÅLSETNING

Legemiddelsamtalens mål er at kunden får innsikt i, blir trygg på og får bedre forståelse for egen legemiddelbruk. Kunden skal få økt kunnskap om egne legemidlers bruksområde, deres effekt, hva som er riktig legemiddelinntak samt om praktisk bruk av legemidlene. Kunden skal ha mulighet til å diskutere opplevde problemer med egen legemiddelbruk.

Det er viktig å poengtere at en legemiddelsamtale i apotek ikke skal inneholde noen vurdering av selve legemiddelbehandlingen. Apotekfarmasøyten kjenner ikke kundens diagnoser eller sykdomsbilde og skal ikke diskutere behandlingsvalget med kunden.

KONTAKT MED LEGEN

Farmasøyten skal kontakte legen der det oppstår klinisk relevante spørsmål der det er nødvendig med behandlingsmessige avklaringer. Dette kan være spørsmål om relevante interaksjoner, behov for legemiddel i tillegg, unødvendig legemiddel og/eller uhensiktsmessige legemiddelvalg.

Foto: Jens Sølvberg



EN MERVERDI

En legemiddelsamtale skal gi kunden noe mer enn en vanlig reseptekspedisjon. Ved en reseptekspedisjon gjennomføres et kort møte mellom kunde og farmasøyt der det informeres om bruken av de legemidlene som utleveres der og da. I tillegg utføres de tekniske oppgavene rundt ekspedisjonen. En reseptekspedisjon vil ikke inneholde en strukturert gjennomgang av alle kundens legemidler og bruken av disse, men det vil gjøres rimelighetsvurderinger av forskrivningen i forhold til dose og eventuelt andre legemidler kunden bruker. Reseptekspedisjonen er ikke tilrettelagt for mange utdypende spørsmål om legemiddelbruk.

Prosjektgjennomføring

REKRUTTERING AV APOTEK-FARMASØYTER

Det skal gjennomføres 150 legemiddelsamtaler og hver apotekkjede samt de frittstående apotekene er bedt om å rekruttere apotek og farmasøyer til prosjektet. Fordelingen av antall per kjede er gjort ut fra kjedens/grupperingens størrelse.

Apotekgruppering	Antall samtaler	Antall farmasøyer
Apotek1	44	11
Allianceapotek	36	9
Vitusapotek	36	9
Ditt Apotek	24	6
Frittstående	10	3

Begge kategorier farmasøyer er rekruttert, og det fordeler seg med 14 reseptarer og 23 cand.pharm/master i farmasi. Hver farmasøyt som deltar, skal gjennomføre tre-fire samtaler. Dette gir erfaring og trening slik at samtalerne etter hvert blir enklere å gjennomføre. I hver kjede er det én ansvarlig for rekrutteringen som også møter i prosjektets arbeidsgruppe. Samtalerne gjennomføres i perioden 16. januar til 1. april 2007.

OPPLÆRING AV FARMASØYTER

Farmasøytene som deltar, har vært med på opplæringsdag hvor prosjektets mål og metode ble gjennomgått, samt praktisk case-løsning. Det ble lagt vekt på rolleavklaring og forventninger, samtalerammer, verktøy til gjennomføring (skjemaer) og erfaringer fra farmasøyt som har gjennomført slike samtaler før. Opplæringen var målrettet til dette prosjektet, og ikke nødvendigvis sammenfallende med den opplæringen som vil bli anbefalt i etterkant av prosjektet.

Metode for legemiddel-samtaler

Metoden består av flere elementer:

- Invitasjon til prosjektet
- Avtaleinngåelse og timebestilling
- Forberedelser
- Legemiddelsamtalen
- Etterarbeid og oppfølging



LEGEMIDDELSAMTALE I APOTEK

HAR DU SPØRSMÅL OM LEGEMIDLENE DINE?

Da kan du bestille time for en samtale med farmasøyt.



INVITASJON TIL PROSJEKTET

For å få med ulike pasientgrupper er det utarbeidet kriterier for hvem som kan inviteres til prosjektdeltagelse. Kriteriene inkluderer personer over 60 år som bruker fem eller flere legemidler, personer som bruker legemidler for lungelidelser eller for hjerte-/karlidelser. De to sistnevnte kriteriene er uavhengig av alder og antall legemidler, men alle deltagere skal være voksne over 18 år og ha samtykkekompetanse.

Ved invitasjon vil skriftlig informasjon utleveres sammen med en muntlig forklaring av prosjektet. Det er utarbeidet en brosjyre med presentasjon av prosjektet og en forklaring i forhold til behandling av pasientopplysninger. Apotekkunden må samtykke til deltagelse, og til at farmasøyt kontakter deres behandlende lege der det er nødvendig med behandlingsmessige avklaringer som for eksempel relevante interaksjoner, behov for legemiddel i tillegg, uhensiktsmessige legemiddelvalg og doser. Leger i området rundt prosjektapotekene får informasjon om prosjektet, og de kan kontakte farmasøyten hvis de har en pasient de mener kan ha behov for en slik samtale. Men i hovedsak skal kunder/pasienter inkluderes ved invitasjon fra farmasøyten.

AVTALEINNGÅELSE OG TIMEBESTILLING

Når kunden aksepterer invitasjonen og har inngått skriftlig samtykke, avtaler man tid for legemiddelsamtalen. Det er utarbeidet skjemaer for samtalen hvor blant annet oversikt over kundens legemiddelbruk føres inn. Alle skjemaer blir merket med en kunde-ID, ikke kundens navn. På den måten vil prosjektleder ikke være kjent med kundenes identitet, men samtidig kunne holde skjemaer og innsamlede opplysninger sammen. Opplysninger om legemiddelbruk hentes fra FarmaPro, kundens resepter og kundens egne opplysninger og føres på samtalskjemaet. Det er utarbeidet et skjema for registrering av opplysninger til prosjektet spesielt. Alle identifiserbare opplysninger som finnes i apoteket, vil bli makulert ved prosjektets slutt.

FORBEREDELSE

Før samtalen må farmasøyten vurdere mottatte opplysninger i forhold til

- dobbeltekspederinger (generika/synonymer)
- manglende ekspedering av legemidler
- vanligste doseringer og interaksjoner

Opplysningene vurderes i forhold til norsk konsensus for klassifisering av legemiddelrelaterte problemer (LRP). I forbindelse med prosjektet er denne klassifiseringen blitt supplert med eksempler fra apoteket. Det inndeles etter klassifiseringens hovedgrupper:

1. Legemiddelvalg
2. Dosering
3. Bivirkning
4. Interaksjon
5. Avvikende legemiddelbruk
6. Annet

Ved forberedelse til samtalen er det særlig hvordan forskrevet dosering er i forhold til normaldosering og mulig interaksjoner som vurderes. Eventuelle uoverensstemmelser avklares med lege i forkant av samtalen.

LEGEMIDDELSAMTALE

Samtalen skal ha en ramme på ca 30 minutter, og det er viktig å vektlegge kundens egne spørsmål. Samtalen avgrenses til å handle om legemidlene og bruken av dem. Der legemiddelrelaterte problemer avdekkes, blir disse klassifisert etter systemet nevnt ovenfor, og der det er relevant for den kliniske effekten vil lege bli kontaktet. Farmasøyten vil ikke diskutere direkte med kunden om behandlingsvalget er riktig. Slike spørsmål må diskuteres med legen. I samtalen med kunden vil det i stor grad være håndterings- og bruksproblemer som behandles.

OPPSUMMERINGSSKJEMA TIL KUNDEN

Kunden får med et oppsummeringsskjema etter samtalen hvor eventuelle råd fra farmasøyten framkommer. Kunden kan om ønskelig få med kopi av samtalskjemaet.

Mål for legemiddel-samtalene

I prosjektet skal det undersøkes om legemiddelsamtaler kan sikre kunden bedre forståelse for og bedre oversikt over egen legemiddelbruk.

Det skal avklares hvor god oversikt apoteket har over kundens fullstendige legemiddelbruk ved at man vurderer i hvilken grad apotekets registrerte reseptopplysninger i FarmaPro er dekkende for kundens legemiddelbruk.

I prosjektet skal det også vurderes om metoden avdekker legemiddelrelaterte problemer (LRP) og om det finnes mulige løsninger på disse.

Videre skal det vurderes "hvordan bør oppdagede LRP håndteres med hensyn til intervensjoner og kontakt med lege". Der legemiddelrelaterte problemer som har direkte innvirkning på behandlingen oppdages, som for eksempel klinisk relevante interaksjoner, bivirkninger eller for høye/lave doser, skal lege kontaktes for avklaringer. I prosjektet vil det bli kartlagt hvor ofte og for hvilke typer LRP slik kontakt blir gjort.

Det tilligger prosjektet også å vurdere om legemiddelsamtaler kan gi lavere legemiddelkostnader. Dette forsøkes kartlagt ved å stille spørsmål om bruk av generiske legemidler, og ved å undersøke om kunden faktisk bruker flere synonymer/generiske legemidler samtidig. I tillegg vil det spørres om holdninger og praktisk erfaring med oppbevaring og/eller tilbakelevering/kasting av legemidelpakninger som ikke lenger er i bruk. Reduksjon av feilbruk ved avdekning av LRP og forslag til løsning for bedre legemiddelbruk vil indirekte kunne si noe om reduserte kostnader i helsetjenesten.

Kvalitetssikring og evaluering av prosjektet

I prosjektet er det benyttet ekstern kompetanse til å vurdere sammenhengen mellom mål, metode og utarbeidete skjema. I tillegg har prosjektet knyttet til seg en referansegruppe med representanter fra Legeforeningen, FFO og Norges Farmaceutiske Forening som alle har kommet med nyttige innspill underveis. I tillegg er prosjektet vurdert av Regional etisk komité - øst som ikke hadde innvendinger til gjennomføringen, og av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (som personvernombud) som har gitt sin tilråding til gjennomføring.

KUNDEEVALUERING

Etter gjennomført samtale blir kunden bedt om å fylle ut et evalueringsskjema som sendes sentral prosjektleder. Skjemaet er merket med kunde-ID slik at alle skjemaer kan følges samlet gjennom prosjektet. Skjemaet omfatter spørsmål om kundens opplevelse av samtalen med vekt på:

- Om samtalen har medført bedre oversikt og forståelse av legemiddelbehandlingen
- Tilfredshet med samtalen (samtalens innhold, farmasøytens kompetanse etc.)
- Apoteket som arena for slik legemiddelsamtale

FARMASØYTEVALUERING

Hver farmasøyt vil gjennomføre 3-4 samtaler. Etter gjennomføring av alle samtalene vil farmasøyten evaluere sin opplevelse. Det er nødvendig for prosjektresultatene å kunne koble farmasøytens evaluering med de kundene som har gjennomført samtale. Dette gjøres ved hjelp av kunde-ID på alle skjemaene. Farmasøyten må evaluere og vurdere

- Egen kompetanse i forhold til utdanning
- Gjennomføring av legemiddelsamtalene (metoden, skjemaene, samtalene, legekontakt etc.)
- Tidsbruk til legemiddelsamtaler

SLUTTEVALUERING

Sluttevalueringen av prosjektet skal vurdere om den valgte metoden for legemiddelsamtaler i apotek medfører sikrere og riktigere legemiddelbruk, og dermed reduserer kundens legemiddelrelaterte problemer. Samtidig må det vurderes på hvilke(t) nivå(er) det vil være behov for å gjennomføre legemiddelsamtaler, og hvilken farmasøytkompetanse som er nødvendig for gjennomføringen. Evaluering foretas av en kompetent instans som er uavhengig av prosjektet.

FREMDRIFT

Innsamling av data til prosjektet vil skje i perioden 16. januar til 1. april. Resultatene vil deretter bli analysert, og rapporten vil bli ferdig i løpet av sommeren 2007. Prosjekt og metode vil bli evaluert av en ekstern instans i løpet av høsten, og prosjektet avsluttes innen utgangen av 2007.

Legemiddelsamtale i Vitus apotek

Åste Flatmark
Vitusapotek AS

Vitusapotek har utviklet og arbeidet med tjenester siden 2002. Tjenestetilbud fra apotek bidrar til, og forutsetter, samarbeid med myndigheter, helsevesen, den enkelte apotekkunde og deres eventuelle interesseorganisasjoner.

Tjenestene som tilbys i apotekene i dag er:

- Blodtrykksmåling
- Blodsuktermåling
- Legemiddelsamtale
- Kvalitetskontroll av blodsukkerapparater
- Individuell røykesluttveiledning

For tiden utføres det ca. 280 slike tjenester per måned i Vitusapotek med vekt på blodtrykksmåling og blodsuktermåling.

LEGEMIDDELSAMTALEN

Vitusapotek har gjennomført en pilotstudie i tre måneder på legemiddelsamtalen i 29 utvalgte apotek. 31 farmasøyter har deltatt i piloten. Det er utarbeidet skriftlig prosedyre, metodebeskrivelse og informasjonsmaterieill for arbeidet. Kurs i metode og kommunikasjon for deltagerne ble gjennomført før pilot startet.

Vitusapotek definerer en legemiddelsamtale som en systematisk, dokumentert gjennomgang av legemiddelbruk med fokus på kundens behov og ønsker. Vi tilbyr apotekkunden en samtale med vekt på gjennomgang av legemiddelbruken og vurdering av legemiddelrelaterte problemer som:

- interaksjonsvurdering
- polyfarmasi
- doseringsvurdering (eks. depotpreparater)
- generisk bytte
- bivirkningsrapportering
- andre legemiddelrelaterte problemer



Bruker du flere legemidler?

Du er hjertelig velkommen til å bestille en legemiddelsamtale hos oss.

Samtale om dine legemidler
Vitusapotek har farmasøyter du kan snakke med dersom du lurer på noe angående dine legemidler.

I Vitusapotek har vi et eget rom der vi kan snakke uforstyrret om dine legemidler, hvordan de virker og hvordan de bør tas for å få best mulig effekt. Du kan også spørre om bivirkninger eller andre ting du lurer på.

En legemiddelsamtale varer omtrent en halv time. Du kan også få med deg brosjyrer eller annet skriftlig materiale som er aktuelt for deg.

vitus|apotek
- en friskere hverdag

Apotekets arbeid med legemiddelsamtalen består av flere deler:

Del 1: Timebestilling

Her blir det gitt informasjon til kunden og avklart hva kunden ønsker å gjennomgå. Det skjer også en avklaring av hvilke legemidler og doseringer kunden bruker.

Del 2: Forberedelser

Farmasøyten forbereder seg på samtalen med kunden. Notater fra forberedelsene brukes som dokumentasjon.

Del 3: Kundemøte

Det som blir formidlet/gjennomgått noteres ned og danner grunnlaget for hva som skal følges opp. Notatene brukes som dokumentasjon.

Del 4: Oppfølging/ evaluering

Om nødvendig tas det kontakt med lege etter at legemiddelsamtalen er gjennomført. Det krever eventuelt samtykke fra kunden. Legemiddelsamtalene danner ellers grunnlag for refleksjoner og er et grunnlag for forbedring og læring.

RESULTATER

Tilbakemeldinger fra evalueringen av piloten viser at både kundene og personalet som gjennomførte legemiddelsamtalen, opplever at det er behov for en slik tjeneste og er positive til at tjenesten tilbys i apotek. Tilbakemeldingen viser også at det er viktig at det stilles krav til struktur for gjennomføring og rammer for tjenesten og at den er ressurskrevende for apoteket.

Per 1. september 2006 er 45 samtaler gjennomført i 20 apotek. Erfaringene med samtalen er svært positive. 28 evalueringsskjema fra kundene (besvart anonymt) er kommet inn, d.v.s. en svarprosent på 62. Alle var positive til samtalen, over halvparten svarte at de fikk mer enn forventet. De fleste mente at apotek er en god arena for en slik tjeneste og 74 prosent var villig til å betale for tjenesten.

Tjenester i apotek

Vitusapotek har som mål å videreutvikle apotek som et lavterskeltilbud i helsevesenet. Utvikling av tjenester er et av områdene som bidrar til dette.

Vitus apotek ønsker å:

- bidra til god folkehelse
- vise at vi tar vår rolle som helsepersonell på alvor
- vise at vi bryr oss om våre kunder og deres helse
- følge opp kundene over tid i apoteket
- øke samarbeid med annet helsepersonell
- dokumentere verdien av tjenester
- samarbeide med myndigheter, helsevesen og andre relevante organisasjoner
- videreutvikle apoteket som faghandel

Det er en forutsetning at dette kan skje innenfor bedriftsøkonomiske sunne rammer. Bruk av tid og kompetanse må utløse en økonomisk gjenytelse som står i forhold.

FAGLIG STANDARD

Vitusapotek setter en faglig standard for implementering og gjennomføring av tjenester som innebærer:

- Opplæring av personale (kurs med vekt på fag, kommunikasjon og praktisk trening)
- Skriftlige prosedyrer for gjennomføring (SOP og veiledere som omhandler roller og ansvar, praktisk gjennomføring, råd/veiledning til kunde, kundesamtykke, råd/veiledning til håndtering av kontakten med kunde og forskriver)
- Dokumentasjon (resultater og erfaringer)

Bruker du flere legemidler?

Lurer du på noe angående dine legemidler er du hjertelig velkommen til å bestille en time for en samtale.

Legemiddel-samtalen

– for deg som bruker flere legemidler

vitus|apotek
- en friskere hverdag

GJENNOMFØRING AV TJENESTER

- Utføres i informasjonsrom
- Informasjon til og samarbeid med aktuelle leger og annet helsepersonell
- Samarbeid og kontakt med ulike fagmiljøer og pasientorganisasjoner
- Plakat i apoteket og kundebrsjyrer

OPPFØLGING

- Av kunden
- Overfor forskriver
- Dokumentasjon

BETALING

Vitusapotek tar betalt for sine tjenester fordi tjenestene:

- utføres av kvalifisert personale
- holder en faglig forsvarlig standard
- er tidkrevende
- synliggjør behovet for godtgjøring fra myndighetene

Tjenester i apotek er et viktig utviklingstrekk som bidrar til å synliggjøre apotek som en naturlig del av helsevesenet. Legemiddelsamtalen er "kjernen" av tjenester i apotek. Andre tjenester kan bygges ut fra denne.

Medisinprofiler – pilotprosjekt

Folkehelseinstituttet har fått i oppgave å se nærmere på medisinprofiler i samarbeid med Apotekforeningen, farmasøytiske profesjonsorganisasjoner, pasientorganisasjoner og Den norske lægeforening.

I Stortingsmeldingen relateres dette arbeidet til de landsdekkende obligatoriske medisinprofilene i Danmark og Sverige. I St. meld nr. 18 sier man imidlertid at man ikke ønsker en nasjonal, obligatorisk medisinprofil nå, siden dette krever lovendring. Isteden ønsker man et samtykkebasert register. Videre ønsker man å se nærmere på i hvilken grad allerede eksisterende medisinprofiler i apotek kan være egnet som grunnlag for legemiddelgjennomganger. Man avventer utviklingen, bl.a. fordi man ikke ønsker en større IT-satsing på dette området. Spesielt gjelder dette erfaringene fra Danmark når det gjelder nytten av registeret og sikkerhetsløsninger.

Medisinprofilene fremmer i seg selv ikke riktigere legemiddelbruk. Hensikten med et pilotprosjekt om medisinprofiler må sees i sammenheng med hva disse skal brukes til. Profiler er en forutsetning for legemiddelgjennomganger. Sosial og helsedirektoratet har initiert en rekke prosjekter som gjelder legemiddelgjennomganger med svært mange involverte parter. Legemiddelgjennomganger skal optimalisere pasientens legemiddelbruk. Ved slike gjennomganger kan legemiddelrelaterte problemer (LRP) forebygges og løses.

Folkehelseinstituttet vil kartlegge samarbeidspartneres behov og ønsker når det gjelder medisinprofiler. Et eventuelt pilotprosjekt kan ikke sees isolert fra prosjektene som angår legemiddelgjennomganger. En dialog med disse prosjektene vil være viktig. Ideelt sett skulle disse prosjektene hatt tilgang til resultatene fra pilotprosjektet før de ble satt i gang.

Pasientprofilen skal være samtykkebasert, og pilotprosjektet skal ikke utrede juridiske forhold eller se på lov og forskriftsendringer som er nødvendige for landsomfattende obligatoriske legemiddelprofiler.

Christian Berg, seniorrådgiver FHI

Medisinprofiler i Danmark

Medicinprofilen er en elektronisk oversikt over de legemidlene som hver enkelt dansk borger kjøper på resept på apotekene. Ordningen er obligatorisk, og alle borgeres kjøp av legemidler på resept blir automatisk registrert i Medicinprofilen. Medicinprofilen gir et samlet overblikk over hvilke reseptordinerte legemidler den enkelte borger blir behandlet med.

FORMÅL

Formålet med Medicinprofilen er å forebygge at pasienter får:

- feil legemiddel
- for mye legemiddel
- legemidler som gir interaksjoner

Formålet med Medicinprofilen er å øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Eksempelvis vil det være mulig å se:

- om det er ordinert flere likt virkende legemidler til pasienten fra forskjellige leger (allmennpraktikere, spesialister, sykehusleger m.v.)
- om pasienten følger den ordinerte behandlingen
- hvilke legemidler pasienten behandles med nå
- om det er interaksjoner mellom legemidlene i pasientens medisinprofil
- om det er registrert individuelle kontraindikasjoner på pasienten (cave)
- compliance og DDD compliance for hvert enkelt legemiddel og for den samlede legemiddelbeholdningen

INNHOOLD

Medicinprofilen viser:

- en oversikt over de legemidlene som pasienten har kjøpt på resept på apoteket de siste to år
- detaljerte opplysninger om de kjøpte legemidlene
- hvilken lege som har ordinert de aktuelle legemidlene
- opplysninger om pasientens praktiserende lege
- hvilket apotek som har ekspedert resepten
- opplysninger om pasientens legemiddelrefusjon
- interaksjonsopplysninger
- opplysninger om individuelle kontraindikasjoner (cave)
- opplysninger om reseptfrie legemidler, naturlegemidler m.v. som pasienten selv har tilføyd. Denne funksjonen kommer på et senere tidspunkt
- en logg der pasienten kan se hvem som har sett opplysningene i pasientens medisinprofil

- innberetning av opplysninger fra sykehus: I fase 2 kan sykehusene også innberette opplysninger til Medicinprofilen. Innberetninger fra sykehus forventes fra 2006/2007.

Medicinprofilen får på sikt flere funksjoner.

HVEM KAN BRUKE MEDICINPROFILEN?

Medicinprofilen kan brukes av enkeltpersoner og leger. Hvis den enkelte person gir sitt samtykke, kan Medicinprofilen også brukes av apotek og andre som hjelper til med medisiner. Utover dette har Lægemiddelstyrelsen også adgang til Medicinprofilen.



APOTEK

Et apotek kan få adgang til en persons medisinprofil hvis personen gir samtykke til apoteket. Det skjer ved at personen på apoteket gir sitt samtykke, som apoteket gjemmer elektronisk i en samtykke-database som drives av sundhed.dk.

Når borgeren har gitt sitt samtykke til at apoteket kan se i personens medisinprofil, vil opprettelsen av det elektroniske samtykke være en del av adgangsprosedyren i Medicinprofilen. Det vil si at registreringen av et samtykke skjer i forbindelse med fremsøkingen av en persons medisinprofil. Hvis der allerede er registrert et samtykke fra personen, åpnes personens medisinprofil uten at det skal registreres nytt samtykke.

Et samtykke gis til det enkelte apotek og tilhørende apotekenheter, det vil si for eksempel hovedapoteket, filialer og apoteks-utsalg. Et samtykke er ikke tidsbegrenset og gjelder til det trekkes tilbake.

Apoteket kan utelukkende bruke opplysningene i Medicinprofilen til å sikre kvaliteten, sikkerheten og effekten av en persons behandling. Adgangen til en persons medisinprofil er betinget av:

- at personen har gitt sitt uttrykkelige samtykke til at apoteket kan innhente opplysninger i Medicinprofilen om personen
- og at innhentning av opplysninger i Medicinprofilen er relevant i forhold til veiledningen av personen
- og at opplysningene i Medicinprofilen kun vil bli anvendt til å sikre kvaliteten, sikkerheten og effekten av personens legemiddelbruk

For at få adgang til apotekets funksjoner i Medicinprofilen skal apotekpersonalet bruke et eget medarbeidersertifikat for helsepersonell når de logger seg på via sundhed.dk. Medarbeidersertifikater anvendes når man skal bruke sin medarbeideridentitet i forbindelse med arbeidsplassen. Et medarbeidersertifikat dokumenterer hvem man er og hvor man arbeider. Samtidig er det et elektronisk adgangskort til en rekke systemer på internett, eksempelvis Medicinprofilen.

ADGANG FOR ANDRE ENN APOTEK

- Enkeltpersoner har direkte adgang til sin egen medisinprofil med digital signatur.
- Alle leger kan få direkte adgang til en persons medisinprofil hvis legen har personen i behandling.
- En lege kan gi sin medhjelper adgang til Medicinprofilen. Medhjelperen handler på legens ansvar og har samme rettigheter som legen i Medicinprofilen.
- Enkeltpersoner kan velge å gi andre som for eksempel hjelper med personens medisiner, mulighet til å se en utskrift av Medicinprofilen.

LÆGEMIDDELSTYRELSEN

Lægemiddelstyrelsen er register- og dataansvarlig for Medicinprofilen og har derfor adgang til alle data i Medicinprofilen. Lægemiddelstyrelsens adgang til opplysningene skjer bare for å sikre sikkerheten og driften av systemet. Det er nødvendig med en løpende overvåking av at Medicinprofilen oppdateres korrekt med de opplysningene som apotekene innberetter. Lægemiddelstyrelsen skal sikre seg at opplysningene i Medicinprofilen slettes etter to år. Lægemiddelstyrelsen kan derfor ikke bruke sin adgang til Medicinprofilen til for eksempel å kontrollere ordinasjonsmønstre og legemiddelforbruk.

SIKKERHET

Lægemiddelstyrelsen ivaretar utviklingen av Medicinprofilen og legger stor vekt på innhold og funksjoner. Lægemiddelstyrelsen sikrer at innholdet i Medicinprofilen alltid er oppdatert og korrekt gjengitt.

Adgangskontroll i Medicinprofilen ivaretas av sundhed.dk. Sundhed.dk sikrer dermed at det bare er personer med rett til å se i Medicinprofilen, som får adgang.

(Kilde: www.medicinprofilen.dk)

I 2002 ble legemiddelprofiler testet på svenske apotek som en støtte for bedre legemiddelbruk. Hensikten med pilotprosjektet var å få informasjon om kundenes interesse for legemiddelprofiler og om de praktiske forutsetningene som må være tilstede for å innføre ordningen på alle svenske apotek.

Legemiddelprofiler i Sverige

Bakgrunnen for pilotprosjektet i 2002 var at man savnet et helhetsbilde av kundens totale legemiddelbruk, og at mange apotek kunder hadde problemer knyttet til legemidlene sine.

En legemiddelprofil innebærer at opplysninger om legemiddelbruk blir samlet på ett sted basert på kundenes ønsker og behov. Legemiddelprofilen skal være en støtte i kontakten mellom kunden, apoteket og helsetjenesten. Ved hjelp av legemiddelprofilen kan rådgivningen om legemiddelbruk på apotek og i helsetjenesten bedre tilpasses kundenes behov.

Legemiddelprofilen fungerer som en elektronisk loggbok der informasjonen lagres sentralt på Apoteket AB og siden er tilgjengelig for kunde, farmasøyt og behandlende lege eller sykepleier. De legemidlene som kunden bruker, føres inn. Også andre forhold som allergier, graviditet eller problemer med å åpne pakninger kan registreres. Det er kunden selv som bestemmer hvem som skal ha tilgang til legemiddelprofilen. Det er også kunden selv som "eier" informasjonen og som når som helst kan bestemme om noe skal tas bort, eller om hele profilen skal slettes.

Legemiddelprofilen er et frivillig tilbud til de apotek kundene som selv mener de kan ha nytte av den. Informasjonen som ligger i legemiddelprofilen er beskyttet av det svenske lovverket om taushetsplikt som også apotekpersonalet er omfattet av.

Arbeidet med legemiddelprofiler i Sverige er et samarbeidsprosjekt mellom Apoteket AB, helsetjenesten og pasientorganisasjoner.

ERFARINGER

En delrapport fra pilotprosjektet fra 2003 viste at over halvparten av de 523 kundene som så langt hadde fått en legemiddelprofil, hadde legemiddelrelaterte problemer:

- I gjennomsnitt brukte legemiddelprofilkundene 9,5 reseptpliktige legemidler (spredning fra 2 til 34).
- Knappt halvparten av kundene hadde oppgitt at de dessuten regelmessig brukte reseptfrie legemidler, fra 1 til 7 forskjellige.

- I 23 prosent av legemiddelprofilene ble det notert at kunden også brukte naturmidler, naturlegemidler eller kosttilskudd.
- Totalt var ca 400 legemiddelrelaterte problemer (LRP) og tilhørende tiltak blitt dokumentert.
- Mer enn hvert fjerde LRP dreide seg om at legemidlet ble brukt feil.
- En fjerdedel av dokumenterte LRP beskrev interaksjoner mellom legemidler. Ofte var disse interaksjonene verken alvorlige eller akutte. Ofte hadde farmasøyten kunnet forebygge eventuelle LRP. I noen tilfeller resulterte oppdagelsen av LRP i en direkte kontakt med forskrivende lege som så justerte dosen eller byttet ut legemidlet.
- Ca 90 prosent av legemiddelprofilkundene hadde gitt samtykke til at et bestemt helsesenter skulle få tilgang til legemiddelprofilen via nettet.

På mange svenske apotek kan man nå kostnadsfritt få hjelp til å få etablert en legemiddelprofil.

LEGEMIDDELJENNOMGANGER

Apotek i Sverige har i flere år tilbudt legemiddelgjennomgang. Ved en legemiddelgjennomgang fungerer apotekfarmasøyten som en rådgiver for leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Tjenesten kan utføres for helsesentre, klinikker og eldresentre. Farmasøyten kartlegger ved hjelp av sin legemiddelkunnskap pasienter og beboeres medisiner, og undersøker i samarbeid med pleiepersonalet om noe kan forbedres.

For å få muligheten til å gå gjennom legemiddelbruken sin med en farmasøyt, må legemiddelbrukeren være over 65 år. På legemiddellisten i journalen skal det stå flere enn fem legemidler. Tilbudet gis til personer som har en fast legekontakt ved helsesenteret og som har bestilt ny time hos legen.

Målet med legemiddelgjennomgangene er at pasientene skal få en effektiv legemiddelbehandling og ha det så bra som over hodet mulig. Ingen skal ta flere legemidler enn han eller hun behøver, dosene skal være riktig tilpasset, personene skal vite hvorfor det er behov for legemidlene og pasientene skal føle seg trygge.

Ved legemiddelgjennomgang på helsesentre, sykehus eller eldresentre, er det fylket eller kommunen som betaler for tjenesten. Enkelt pasienter og pårørende kan ikke kjøpe denne tjenesten på disse stedene.

(Kilde: www.apoteket.se)



Lev lett med Allévo.

Har du bestemt deg for å gå ned i vekt og bli der? Prøv Allévometoden.

Allévometoden bygger på en kombinasjon av velsmakende vektreduksjonsprodukter og et vektprogram for kost og mosjon på internett der du som medlem får individuell coaching av våre leger, ernæringsfysiologer og livstilsterapeuter.

Meld deg inn på www.allevo.no så byr vi på medlemsavgiften frem til 1. mars 2007!

Allévo finner du i norske apotek.



Kick Start Vektreduksjonsfase Balansefase



CEDERROTH elovet

www.allevo.no

Gå ned i vekt. Og bli der.

APRIORI

– apotekenes prioriterte interaksjonsdatabase

Legemiddelmeldingen uttrykker et klart ønske om økt satsning på tiltak som kan optimalisere utfallet av legemiddelbehandlingen. Interaksjoner er én viktig årsak til at legemiddelbehandlingen mislykkes, enten i form av bivirkninger eller manglende effekt. Norske apotek har derfor tradisjonelt vært opptatt av interaksjonsproblematikk.

Tore Reinholdt
Apotekforeningen

Implementeringen av databasen DRUID i resephåndteringen har i stor grad bidratt til å effektivisere apotekets arbeid med interaksjoner. DRUID er en relativt omfattende database over interaksjoner (nærmere 1500 kombinasjoner) som ikke er utviklet spesielt med tanke på apotekarbeid.

En prioritert database som er tilpasset den kvalitetssikrende funksjonen i leddet mellom rekvirering og bruk av legemidler, vil ytterligere kunne forbedre apotekets interaksjonsforebyggende arbeid. En slik database kan representere en konsensus/standard for de interaksjonene som norske apotek regelmessig bør håndtere. Faglige støttefunksjoner knyttet til databasen vil øke kvaliteten på situasjonsvurderingen og hjelpe apotekfarmasøyten i selve håndteringen. For å få utviklet en slik database, har Apotekforeningen gitt et oppdrag til firmaet Pharkin AS v/Espen Molden. Utviklingen av det faglige innholdet i databasen er fullfinansiert av Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi.

APRIORI

ARBEIDSGRUPPE

Espen Molden, Farmasøytisk institutt, UiO/Pharkin AS
Olav Spigset, Avd. for legemidler, St. Olavs hospital
Ane Gedde-Dahl, Reseptarutdanningen, HiO

REFERANSEGRUPPE

Referansegruppen består av representanter for apotekgrupperingene:
Are Egeland, Son apotek (frittstående)
Christine Frigaard, Apotek1
Helge Fauskrud, Ditt apotek
Kari Mellbye, Allianceapotek
Knut Breistøl, Vitusapotek
Siri Wang, Sykehusapotekene
Tore Reinholdt, Apotekforeningen

INTERAKSJONER

Det er naturlig at DRUID er utgangspunktet for de legemiddelkombinasjonene som skal prioriteres til APRIORI. I tillegg brukes andre databaser aktivt i utvelgelsesprosessen som støtte eller komplementering til DRUID. For øvrig vil legemiddelkombinasjoner som er kontraindisert i preparatomtaler (SPC), som hovedregel inkluderes. Det totale antallet prioriterte kombinasjoner vil være omtrent 530.

MÅLSETNING

Målsetningen er at apotekfarmasøytene skal kunne håndtere interaksjoner som legen ikke har tatt høyde for, og som samtidig kan ha betydelige kliniske konsekvenser. For å sannsynliggjøre begge momentene, kan situasjonskriterier som dose eller antall forskrivende leger aktivt benyttes som grunnlag for om farmasøyten skal håndtere de utvalgte legemiddelkombinasjonene rutinemessig eller ikke.

Siden farmakokinetiske interaksjoner ikke er knyttet til legemidlenes virkningsmekanismer, har leger generelt mindre oversikt og kunnskap omkring slike. Farmakokinetiske interaksjoner er derfor hovedfokus for databasen, mens dosekriterier kan brukes aktivt for å sannsynliggjøre en betydelig klinisk konsekvens/risiko av interaksjonene. Farmakodynamiske interaksjoner er lettere å holde oversikt over for legene, men i de tilfellene der legemidlene er forskrevet av ulike leger, bør utvalgte farmakodynamiske interaksjoner håndteres av apoteket.

TO INTERAKSJONSKLASSE

Det vil brukes to ulike interaksjonsklasser i APRIORI:

- 1 "Bør håndteres dersom..."
(dvs at situasjonskriterier skal oppfylles)
- 2 "Bør håndteres"
(uavhengig av situasjon, evt. kontraindikasjon påpekes)

STØTTEINFORMASJON

En integrert database som automatisk oppdager interaksjoner i reseptregistreringen, er tidsøkonomisk og sikrer at de "riktige" interaksjonene håndteres. Håndtering handler imidlertid om mye mer enn det å oppdage interaksjonene. Den etterfølgende vurderingen er faglig krevende, og i tillegg er det viktig å ha terapeutiske løsninger/oppfølgingstiltak på interaksjonsproblemene. Støtteinformasjon omkring interaksjonsmekanisme, kildegrunnlag, mulig klinisk konsekvens, risikofaktorer og løsningsalternativer vil derfor øke kvaliteten på farmasøytens faglige vurdering og bedre kommunikasjon med lege og eventuelt pasient.

TIDSPLAN

Målet er at APRIORI skal være ferdig utviklet før sommeren 2007.

Pasientombud etterlyser kontakt

Pasientombud Petter Holm i Oslo har hatt informasjonsmøter med mange av de 27 yrkesgruppene som hører inn under helsepersonelloven. Apotekansatte har han aldri møtt.

Bjørn Kvaal
Journalist

– Det er ofte ikke noe problem å se hva naboen lider av, når medisinen hun kjøper ligger på apotekdisken og det står tydelig på emballasjen hva medisinen heter. Når mange apotek har blitt så små som nå, står kundene tett samlet. Da bør diskresjonen bli bedre på apotekene, mener pasientombud Petter Holm i Oslo.



Pasientombudene landet rundt har både informasjonsmøter, undervisning og kurs for ansatte i helsevesenet. Men ikke for ansatte på apotek.

ER FORRETNINGER

– Apotekansatte har vært del av helsepersonelloven kun siden 2001. Pasientene opplever nok også apoteket ofte som et sted hvor de har et privat kundeforhold, kanskje litt på linje med det de har i andre forretninger, mer enn at de får råd og blir ekspedert av helsepersonell. Og fordi vi ikke får henvendelser fra pasienter om hendelser på apotek, gir det færre påskudd til å kontakte hverandre, sier Holm.

Petter Holm møter jevnlig leger, sykepleiere, psykologer og noen ganger tannleger på informasjonsmøter, for å nevne noen av gruppene som hører inn under helsepersonelloven.

– Blir jeg invitert til å orientere apotekansatte om vårt arbeid og å diskutere aktuelle saker, stiller jeg gjerne opp, sier Holm, som leder et kontor med 14 ansatte.

EMBALLASJEN AVSLØRER

Som privatperson har Holm merket seg at blant annet kravet til bevissthet hos de apotekansatte rundt diskresjon kan bli bedre.

– Selv med direkte reseptur og bedre avskjerming enn tidligere, er det ofte at informasjon om kundens helse og legemiddelbruk kommer ut til andre kunder i apoteket. Et eksempel er når farmasøyten eller apotekteknikeren legger legemidlet på disken. Da er det ikke uvanlig at andre kunder kan observere emballasjen. Og emballasjen kan ha et navn som vi andre kjenner til. Dermed kan jeg konkludere med hva som feiler kunden ved siden av meg ved skranken eller foran meg i køen, sier Holm.

ALVORLIGE BIVIRKNINGER

Pasientombudet i Oslo fikk i 2005 42 henvendelser fra pasienter som ble plassert i gruppen "medisinering og utstyr". Alle sakene gjaldt hendelser på sykehus, og flertallet av sakene handlet om teknisk utstyr. Sakene som handler om medisinering, er for eksempel leger som forskriver feil legemiddel. Når dette fører til alvorlige bivirkninger som igjen fører til invaliditet og økonomisk tap, kan Pasientombudet hjelpe til med å fremme erstatningssak overfor Norsk pasientskadeerstatning. I et tilfelle med behandling med antidepressiva, førte store og uventede bivirkninger til uførhet, som igjen førte til krav overfor legemiddelprodusenten. Kravet ble da administrert gjennom Norsk pasientskadeerstatning.

– Jeg tenker alltid diskresjon

Hun legger armen sin over medisinesken på disken eller snur navnet på emballasjen bort fra publikum. – Dette gjør jeg av ren vane, i hvert fall når det er medisiner mot tabubelagte sykdommer, sier farmasøyt Anne E. Strøm ved Alliance apotek Hamar. Hun kjenner seg ikke igjen i kritikken til pasientombud Petter Holm i Oslo om at diskresjonen ikke alltid er god nok på apotekene.

– Jeg tenker hva som er best for kunden. Og det kan være ubekvemt for ham eller henne at medisinen blir synlig for andre kunder i apoteket, sier Strøm. Hun synes de fleste kundene er flinke til å holde seg i rimelig avstand unna direkte resepturen når de har trukket kølapp og venter på tur. – Men nå har vi et romslig apotek i forhold til mange andre apotek, sier hun.

Datatilsynet forteller at når leger undersøker kolleger, så blir ofte ikke dette journalført. Årsaken er at legene frykter at kolleger er nysgjerrige og snuser i deres journaler. Anne E. Strøm kan ikke garantere at slik kollega-snoking ikke skjer på apotek også.

– Av natur er vel ikke apotekansatte mindre «kikkere» enn andre mennesker, men jeg har aldri opplevd noe slikt, sier Strøm.



Farmasøyt Anne E. Strøm snur ofte navnet på tabubelagt medisin ned mot disken for at andre kunder ikke skal se hva slags legemiddel som selges.



«Take as directed»

– multidose i England

Mona Skogsrud
Farmasistudent*

Artikkelen bygger på prosjekt-opp-gaven "En vei å gå for å øke concordance blant eldre", utført ved Apotek 1 Tveita i Oslo og Alliance Pharmacy Brighton sommeren 2006.

Å sette pasientene på et behandlingsregime er første steg i en terapeutisk prosess. Deretter må pasientene bruke medikamentene på en måte som sikrer at behandlingsmålet blir nådd. Men et stort antall reseptbelagte legemidler blir ikke tatt som avtalt med legen. Prosjektet "Take as directed" i England skal øke concordance og rasjonell legemiddelbruk.

Det sentrale målet med multidose i England er å få bedret concordance og samtidig få ned legemiddelutgiftene. "Take as directed" er et tiltak for å øke concordance.

For noen år tilbake ble begrepet compliance hyppig brukt. Når en pasient var compliant, tok han/hun riktig legemiddel i riktig dose til rett tid. Pasientene gjør som de blir fortalt av legen. Vi ser stadig at en stor andel pasienter ikke er compliant, rett og slett for de ikke er enig med legen, ikke føler seg syk, ser på sine legemidler som noe ugunstig og har for liten forståelse av sin egen helse

CONCORDANCE

I dag har compliance blitt et mer sjeldent begrep i England. Concordance har kommet inn i stedet. Concordance beskriver en enighet mellom klinikere og pasient. Nå skal ikke pasienten følge legens ordre, men heller komme til enighet om den behandlingen han/hun skal settes på.

I det engelske helsevesenet arbeider de seg frem mot bedre helse ved å øke concordance. Målet vil nås lettere når pasienten selv får engasjere seg, og får ta avgjørelser om sin egen helse sammen med helsepersonell. Dette er et av hovedmålene med "Take as directed". I England vil concordance kunne øke både i institusjoner og i private hjem.

Økt concordance oppnås ikke dersom kommunikasjonen svikter mellom aktørene. Kommunikasjonssvikt er blant annet sett ved

sykehusinnleggelse i England. Kommunikasjonssvikt er en utfordring for alle parter i helsevesenet. Standard operasjonsprosedyrer bør derfor utarbeides for å få bedret informasjonsflyten mellom de ulike helsesektorene.

NON-CONCORDANCE

Årsakene til non-concordance er mange. Eksempelvis kan det være redsel, usikkerhet eller motstand mot legemiddelbruk. Noen ser på legemidler som gift, noen bare glemmer eller de klarer ikke å håndtere eller ha kontroll over legemidlene sine. Alle disse årsakene til non-concordance er nevnt i pasientintervjuer. Under intervjuer svarte 13 av 14 at de tok sin sykdom på alvor, og 12 av 14 hadde forståelse for nødvendigheten av de medikamentene de var satt på.

Men under pasientbesøkene ble også et stort antall urørte legemiddelpakker samlet inn. Det bekrefter at et stort antall forskrevne legemidler ikke blir tatt.

I ett tilfelle var årsaken til non-concordance at legemiddelbrukeren ikke ønsket å ta legemidler. Totalt sto han på 17 forskjellige tabletter i tillegg til inhalatorer. Fem bærepåsar med ubrukte legemidler ble tatt med tilbake etter intervjuet.

Pasienten ble ikke satt på multidose, men farmasøyten foreslo for legen at pasienten burde få hjelp fra psykolog. I dag står pasienten på profylakse mot hjerte/karlidelse, kols-medikamenter, antibiotika, smertestillende, avføringspiller og sovetabletter.

I de 13 andre tilfellene var håndtering, usikkerhet og glemsel årsaken til non-concordance. Dette er forståelig da mange av pasientene er gamle mennesker. De er ofte forvirret over de mange legemiddelboksene og de ulike instruksjoner de får, og de glemmer lett. Spesielt ble det observert problemer med kveldsdosen fordi mange eldre blir svært trette om kvelden. Farmasøyten kunne bekrefte at dette er en av de hyppigste årsakene til at legemidler ikke blir tatt.

Ved bruk av multidosepakker kan generisk bytte by på problemer. Når en ukjent tablett plutselig befinner seg i multidosepakken, kan pasienten bli forvirret og være redd for å ta den. Dette leder til non-concordance, og en livsviktig tablett blir da kanskje ikke tatt. Farmasøyten vil her ha en informasjonsplikt.

ARBEIDSGANG

Legen rapporterer pasienter som mistenkes for, eller som man vet er non-concordant, til en farmasøyt som har ansvar for "Take as directed" i det området der pasienten er bosatt.

Så lenge pasienten aksepterer og føler seg komfortabel med at en farmasøyt kommer hjem til dem, vil et hjembesøk være det neste som skjer. Under besøket vil farmasøyten foreta en evaluering av hvor concordant pasienten er. Farmasøyten skal undersøke i hvilken grad pasienten tror på sin behandling og på nødvendigheten av den.

Farmasøyten hjelper til med å lage et tilpasset behandlingsregime for den pasienten hun besøker, samt med å identifisere legemidler som ikke har vist ønsket effekt.

Farmasøyten vurderer ut fra pasientsamtalen og ut fra de relevante observasjonene hun foretar, om denne pasienten skal settes på multidose.

Farmasøyten gjennomgår så multidosepakken med pasienten. Hun gir kortfattet og forståelig informasjon slik at pasienten forstår hvordan multidosepakken skal brukes. Om nødvendig kan farmasøyten foreslå at en hjemmehjelp kobles inn.

Apoteket bestiller resepter fra legekontoret og får reseptene tilsendt til apoteket. Legemidlene pakkes i multidosepakker, og hvis pasienten ønsker det, blir multidosepakkene levert til pasientens hjem. Pasientene kan velge å få en ukes leveranse, eller leveranse for en måned.

MULTIDOSE

Multidosepakken som benyttes i England, er en blisterpakke. Blisterpakken er som en bok og er laget for en ukes forsyning. Pasienten kan ta ut tablettene fra innsiden eller utsiden av boken. Det er lettest fra innsiden, der pakningen åpnes ved å stikke fingeren gjennom tynn papp. Blisterpakkene blir påtrykt pasientens navn og datoen den skal tas i bruk. Ukedagene og tidspunkt på dagen er påtrykt med store bokstaver.

Blisterpakken følger samme prinsipp som en dosett. Etiketter påklisteres på innsiden av "boken" der det kommer frem hvilke legemidler blisterpakken inneholder samt legemidlets styrke, farge, form og eventuelt merke trykt på tablettene. Det står også hvordan og når legemidlet skal tas. Dette forenkler sluttkontrollen farmasøyten er pålagt å foreta.

Apoteket har ansvar for å lage blisterpakker for pasienter i et gitt distrikt. Dermed blir apoteket også multidoseprodusent. På et apo-



tek i Brighton hadde farmasøyten ansvar for omlag 20 multidosekunder daglig. Ca 20 minutter går med til hver pasient for å pakke 4 ukers forsyning av legemidler. Hele tiden kontrollerer de seg selv om at riktige legemidler blir lagt i blisterpakken. Til slutt foretar farmasøyten en sluttkontroll.

Multidoseposene i Norge bør åpnes med saks. Ved å rive i posene kan tabletter sprette omkring. Dette er en ulempe for multidosekunder der finmotorikken ikke er i orden.

Med blisterpakkene i England er ikke dette noe problem. Pasientene får grundig forklaring på hvordan blisterpakken skal brukes. Ansvarlig farmasøyt bekrefter at de fleste forstår prinsippet. I enkelte tilfeller blir hjelp fra en hjemmesykepleier foreslått, spesielt for demente og der svært svekket finmotorikk er et problem.

Pasientbesøk: Et case

En dame på 72 år var satt på et regime på 13 tabletter i tillegg til 2 salver og laktulose. Tablettene skulle tas til forskjellige tider på døgnet, noen skulle tas før mat, noen til mat og noen etter mat. Hun kunne ikke takle dette komplekse regimet. Under hjemmebesøk ble det observert mange ubrukte legemiddelpakker. Pasienten er non-concordant.

Under besøket følges et strukturert intervju. Farmasøyten bruker et fast intervjukjema hvor både rekkefølgen på spørsmålene og spørsmålsformuleringene er fastsatt.

Samtidig bruker farmasøyten observasjon som metode for å få et inntrykk av hvordan pasienten håndterer sine legemidler og få et inntrykk av pasientens levevilkår.

Hensikten er å trekke en konklusjon om concordance, og videre om multidose kan være en løsning for å oppnå økt concordance. Etter et strukturert intervju har farmasøyten noe å gå etter. Dersom det er noe hun/han setter et spørsmålstegn ved, vil det neste skrittet være å bruke et mer ustrukturert intervju. Farmasøyten vet nå hvor hun/han skal gripe inn for å finne hvilke tiltak som kan settes inn for at denne pasienten skal få en optimal medisinsk behandling.

FARMASØYTENS TILTAK

Et tiltak fra farmasøytens side er undervisning av legemiddelbrukeren med sikte på å øke brukerens forståelse av behandlingen. I dette konkrete tilfellet hadde legemiddelbrukeren liten forståelse

for de legemidlene hun var satt på.

Et annet tiltak er å gjøre behandlingsregimet mindre komplekst. Farmasøyten kan så tilby pasienten multidosepakker dersom farmasøyten mener at concordance da vil øke. En nøye gjennomgang av hvordan blisterpakken fungerer vil da bli gitt.

Observasjoner viser at denne pasienten er i god stand til å klare seg selv. Ingen hjemmehjelp blir derfor foreslått.

National Health Service vil betale for pasientens multidosepakker. Hun får levert multidosepakker fra sitt lokale apotek for 4 ukers forsyning. Etter 3 måneder får hun et nytt besøk av farmasøyt, for å se om concordance har økt eller ikke.

PASIENTENS OPPLEVELSE AV DEN HJELP HUN FIKK

Pasienten syntes blisterpakker var en god idé. Hun var også veldig fornøyd med den hjelpen og oppmerksomheten hun fikk. Nå kan hun ta alle tablettene om morgenen, og fortsette dagen uten å tenke kontinuerlig på medisinerne sine. Livskvaliteten har dermed økt. Nå når alle legemidlene er pakket i en multidosepakke, slipper hun også å holde kontroll på alle de forskjellige legemiddelboksene. Hun slipper også å bli forvirret over om hun har tatt en tablett eller ikke, fordi alle tablettene er merket med for eksempel "MANDAG MORGEN" med store blokkbokstaver. Blisterpakken er lett å forstå. Hun har i mange år brukt dosett, og blisterpakken følger samme prinsipp.



Farmasøyten

Val Septon er ansvarlig farmasøyt for "Take as directed" i et stort område i Brighton. Hun mener mye godt er kommet ut av dette tiltaket. Det har skapt sterkere bånd mellom de ulike ledd i helsevesenet, eldre mennesker blir viet farmasøytisk omsorg, og concordance har økt betraktelig. Dette tiltaket vil også spare staten for store summer i fremtiden.

- Det er helt klart at det er problemer med concordance i England, sier hun. Høyst sannsynlig er det slik i andre land også. Omtrent på hvert pasientbesøk samler hun inn store mengder utbrukne legemidler. Farmasøytene vil derfor gå inn for å se hva som er årsaken til at disse pasientene er non-concordant, for så å kunne hjelpe dem med legemidlene deres.

Val Septon ser at "Take as directed" fungerer. Hun besøker pasientene etter 3 måneder, og i de fleste tilfellene har concordance økt. Færre pasienter trenger legehjelp enn tidligere, og antall sykehusinnleggelser er også redusert.

Mye tid går med til "Take as directed" for Val Septon.

- Samtidig skal jeg styre et apotek, og det er ikke lett å få tid til alt. Hun synes derfor det er veldig irriterende når systemet svikter på et eller annet punkt, for eksempel når en resept mangler. Da blir unødvendig tid kastet bort og hun blir stresset. Heldigvis skjer det ikke ofte. Kommunikasjonen er stort sett veldig bra. I alle ledd i helsevesenet synes de at "Take as directed" er et bra tiltak.

- Vi har tro på det, derfor vil vi alle gjøre så godt vi kan for at det skal fungere, sier Septon.



HJEMMESYKEPLEIEN

Hjemmesykepleien i England er også veldig fornøyd med "Take as directed". De føler de har mer kontroll over medisineringen med multidose. Hjemmesykepleien er spesielt redd for å overdosere pasientene. Det har vært tilfeller der pasientene plutselig finner ut at de skal ta tablettene sine selv, og glemmer at hjemmesykepleien allerede har vært der og gitt dem det de skal ha. Dermed har pasientene fått doblet dosen. Dødsfall har skjedd, og hjemmesykepleierne er alle redde for å oppleve slike hendelser.

ELDRE SOM MÅLGRUPPE

Farmasøytisk omsorg skal ytes til alle pasienter. Under "Take as directed" er eldre en målgruppe.

To grunner taler for at spesielt eldre mennesker fortjener og trenger denne oppmerksomheten:

- 1 Ved aldri reduseres kroppens funksjoner slik at både fysiske og mentale ferdigheter blir betraktelig dårligere. Aldring endrer både farmakokinetikk og farmakodynamikk. Konsekvensen av dette er at eldre som gruppe er mer utsatt for legemiddelrelaterte problemer enn andre.
- 2 Sekundært vil dette medføre at eldre får problemer med å dra nytte av den servicen apotek tilbyr sine kunder.

Redusert syn og kognitiv kapasitet kombinert med hukommelsestap øker risikoen for feilmedisinering, mens barnesikre pakninger kan være et problem blant de som mangler fysisk styrke og finger-

ferdighet. I tillegg vil liten skrift på pakning, etikett og pakningsvedlegg være uheldig for de med redusert syn.

For mange vil det være et problem å dra nytte av apotekets tjenester fordi de kan være bundet til sitt eget hjem, være sengeliggende eller ha kommunikasjonsvansker. De eldre som ikke kan dra nytte av den servicen apotek tilbyr, vil ikke ha den samme muligheten til å stille spørsmål relatert til sin helse og medisinbruk og til å diskutere ansikt til ansikt med en farmasøyt. Resultatet kan bli at pasienten blir non-compliant, og at legemidler ikke blir tatt. Med "Take as directed" føler mange av de eldre at de blir tatt vare på av samfunnet slik at de kan klare seg selv, og mange vil kunne velge å takke nei til hjelp fra hjemmesykepleien.

Eldre som ikke kommer seg til apotek, får ofte ikke veiledning om sine legemidler og sin helse. Spørsmålet er da hvordan apoteket kan fremme helse og oppnå rasjonell legemiddelbruk for disse pasientene. Skriftlig informasjon er en mulighet. Spørsmålet er om vi kan gå ut fra at alle forstår slik informasjon, at de kan lese den, eller i det hele tatt vil lese den. Mange har erfart at god, kortfattet og relevant muntlig informasjon er svært nyttig som informasjonsformidling. I England har de løst dette gjennom "Take as directed". De eldre får der rådgivning og støtte fra en farmasøyt som kommer hjem til dem. Gjennom dialog med en farmasøyt får de avdekket sine behov og helserelaterte problemer. Gjennom denne direktekontakten med legemiddelbrukeren får farmasøyt bidratt til økt concordance og rasjonell legemiddelbruk gjennom vurdering av

legens forskriving, gjennom dialog med legemiddelbrukeren, og ved funn av urørte legemiddelpakker.

TVERRFAGLIG SAMARBEID

"Take as directed" medfører utveksling av relevant og nødvendig informasjon mellom de ulike gruppene helsepersonell. De skal i fellesskap sette inn tiltak og komme frem til løsninger som kan fremme en behandling som bidrar til økt concordance og rasjonell legemiddelbruk. Båndene mellom de ulike aktørene har blitt sterkere etter at "Take as directed" ble innført.

Nye tiltak utover multidose kan også settes inn. Multidose er ikke løsningen for alle. I eksemplet ovenfor ble hjelp fra psykiatrien foreslått som tiltak. Endring av legemiddel kan også være aktuelt. "Take as directed" er et eksempel på godt samarbeid mellom lege og farmasøyt i England, og viser hvordan de to helseprofesjonene sammen kan optimalisere en behandling for hver enkelt pasient. Legen sparer tid til å løse problemer, pasienten blir satt på en optimal behandling, antall legebesøk vil kunne kuttes ned og sykehusinnleggelser lettere unngås.

GIR GEVINST

Når en pasient har blitt non-concordant vil det kunne føre til et merkbart tap både for pasienten selv og for helsevesenet. For pasienten er det tapt mulighet for helsegevinst, for helsevesenet er det et tap av ressurser som kunne vært brukt annerledes. I England har de valgt å satse på multidose i det private hjem der non-concordance vises spesielt. De er fortsatt i en oppstartsfase, og det er dyrt. Men på sikt vil "Take as directed" spare staten for store summer.

Multidose øker concordance. Økt concordance gir både bedre helse og lavere kostnader som gevinst. Bedre helse leder til færre legebesøk, færre sykehusinnleggelser og færre dødsfall. Legemiddelhåndteringen kvalitetssikres, feilmedisineringen reduseres. Det oppnås økt sikkerhet ved medisinutlevering på institusjoner og ute i hjemmesykepleien. Det er tidssparende og mer oversiktlig for de som håndterer legemidlene.

FARMASØYT I NY ROLLE

Under "Take as directed" får farmasøyten en ny rolle i helsevesenet. Det innebærer blant annet at farmasøyten møter mange typer mennesker med ulike lidelser. Under hjemmebesøk må farmasøyten være innstilt på å møte ulike forhold som også må takles ulikt. Farmasøytene vil ikke på forhånd vite hva slags menneskeskjebner han/hun vil møte. Noen av pasientene vil ha vanskelige levevilkår, og noen vil kunne leve under uhygieniske forhold.

Psykiske lidelser er et problem som blir mer og mer vanlig, spesielt blant eldre. For mange eldre er det vanskelig å takle at kroppen forfaller, at fysiske og kognitive problemer oppstår, at de begynner å huske dårligere, at de plutselig har blitt alene som følge av at ektefellen har gått bort, at de savner noen så dypt. Depresjoner er svært vanlige i den eldre delen av befolkningen. I tillegg til farmakologi må en farmasøyt som skal delta i "Take as directed" derfor også ha kunnskap om psykiske lidelser, og de må være tålmodige og gode lyttere.

Deltakelse i "Take as directed" stiller krav til mange gode egenskaper hos farmasøytene. ■

Trondheim kommune har som et av flere fyrtårnprosjekter fått et nasjonalt oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Gjennom en treårs periode fram til 2007 skal Trondheim kommune utvikle og prøve ut en elektronisk løsning for deling av informasjon i en samtykkebasert kjernejournal. Opplysningene som skal deles, avgrenses til medisinkortet. Prosjektet er kalt SUMO – **S**amtykkebasert **U**tlevering av **M**edisinske **O**pplysninger. Løsningen antas å kunne utvides til også å gjelde andre livsviktige opplysninger.

SUMO: Et elektronisk medisinkort



Prosjektet skal utarbeide hensiktsmessige metoder og elektroniske løsninger for å minske risikoen for feilmedisinering. Det skal bidra til å utvikle en sikrere håndtering av legemidler når helsepersonell samarbeider om behandling av pasienter utenfor sykehus. Dette målet skal nås ved å:

- fremskaffe detaljert informasjon omkring behov og prosesser ved håndtering av legemidler i hjemmetjenestene
- utvikle ny teknologi for deling av legemiddelinformasjon mellom samarbeidende parter
- implementere teknologien og organisere tjenestene i henhold til dette og kartleggingen
- skaffe til veie kunnskaper om hva man kan oppnå med informasjonsteknologi på området

Prosjektet skal utarbeide løsninger for å sende automatiske meldinger mellom fastlegen og samarbeidende instanser som hjemmesykepleie, sykehus, sykehjem og apotek.

Fyrtårnprosjektet er forankret i "S@amspill 2007", som er en statlig strategi for Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. (2004-2007). Strategien skal gi retning og helhet i IT utviklingen i sektoren. Visjonen er at pasientens møte med tjenestene skal oppleves som helhetlige forløp.

Trondheim kommune har valgt å satse på å utvikle et elektronisk medisinkort. Målet er å sikre at pasienten får rett medisin til rett tid. Målgruppen de søker å hjelpe, er de pasientene som har samtykket i at hjemmesykepleien overtar medisinhandlingen for pasienten. Bakgrunnen for dette valget er en undersøkelse i Trondheim fra 2001 som viste at i 50 – 90 prosent av tilfellene var det ikke samsvar mellom fastlegens og hjemmesykepleiens medisinlister. Feilmedisinering kan påføre pasientene store merbelastninger og koster samfunnet mye.

Ønsket er å utvikle en samtykkebasert kjernejournal, der fastlegen sammen med pasienten er blitt enige om hvem som skal ha mulighet til å få utlevert medisinopplysninger i en avtalt periode.

Fastlegen er ansvarlig for oppdaterte opplysninger og er den som utleverer opplysningene automatisk på etterspørsel fra forhåndsdefinerte instanser. Trondheim kommune søker å finne en løsning på dette gjennom et samarbeid med KITH, NSEP, Apotekforeningen og St.Olavs Hospital.

Andre aktuelle samarbeidspartnere i prosjektet er HEMIT og Norsk Helsenett. For å lykkes i dette arbeidet er de også avhengig av å få til et godt utviklingssamarbeid med de ulike leverandørene av fagprogrammer og andre tekniske løsninger. Dette søkes etablert gjennom et eget prosjekt og OFU-midler som de søker gjennom Innovasjon Norge.

Nasjonalt senter for telemedisin (NST) fungerer som sekretariat for alle fyrtårnkommunene og har laget en egen Fyrtårnportal hvor de ulike fyrtårnprosjektene presenteres. Der finnes referater og annet aktuelt som berører alle prosjektene, og lenker til det underliggende HØYKOM-prosjektet, hvor alle fyrtårnkommunene samarbeider om å utvikle en kokebok for bruk av Norsk Helsenett.

SUMO: STATUS PER JANUAR 2007

- Innovasjon Norge har godkjent søknaden og har bevilget inntil 3.465.000 kroner for 2007 og 2008.
- Trondheim kommune v/Fyrtårn Trondheim blir ansvarlig for prosjektet som nå heter Samtykkebasert Utlevering av Medisinske Opplysninger (SUMO).
- Det arbeides med prosjektdirektiv. Samtidig skal det i januar 2007 leveres en statusrapport med søknad om midler for 2008 til SHdir. Det arbeides med å få på plass teknisk-faglig prosjektledelse.
- Etter dette vil prosjektet organiseres og det blir tatt kontakt med leverandørene for videre samarbeid.

(Kilde: www.trondheim.kommune.no/www.telemed.no)

Fyrtårnprosjekt Stavanger: Elektroniske meldinger

Stavanger kommune er en av flere kommuner som er utpekt av Sosial- og helsedirektoratet til å være "fyrtårn for elektronisk samarbeid på helse- og sosialtjenesteområdet". Dette er et prosjekt som skal gå over tre år. Direktoratets mål er at prosjektet skal bidra til bedre kvalitet i helsesektoren ved bruk av elektroniske løsninger. Stavangers bidrag vil særlig være å utvikle og prøve ut elektroniske meldinger som kan sendes mellom IT-systemer via det nye helsenettet.



Pleie- og omsorgstjenesten i Stavanger samhandler med flere instanser som yter helsetjenester. For at tjenestemottakerne skal oppleve at de får god hjelp i forhold til sine problemer, er det viktig at de ulike instansene kan kommunisere raskt og effektivt.

Stavanger kommune og Sentralsykehuset i Rogaland (SiR) har gått foran i Norge ved å prøve ut elektronisk meldingsformidling mellom sykehus og kommune. Ved utskrivning fra to poster på SiR blir utskrivingsrapport sendt elektronisk til kommunen, og i løpet av kort tid får en ansvarlig person i hjemmesykepleien eller på sykehjemmet beskjed om at en ny rapport er ankommet. Samtidig er rapporten tilgjengelig for pleierne når de åpner pasientens elektroniske journal.

Gjennom fyrtårnprosjektet vil kommunen samarbeide med SiR, fastleger, KITH (Kompetansesenter for IT i helsesektoren), Karmøy kommune, IT-systemleverandører, legemiddelleverandører og de andre fyrtårnkommunene. Sammen vil de utvikle, teste ut og ta i bruk meldingstyper som er hensiktsmessige for å kommunisere mellom pleie- og omsorgstjenester, helseforetak, fastleger og apotek. Prosjektet vil bidra til at meldingene blir standardisert slik at de kan håndteres av de forskjellige IT-systemene som er aktuelle.

Ulike meldingstyper vil bidra til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring på flere områder, f.eks.:

- Mer korrekt pleie og medisinering til de som har behov for pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus
- Mer presis arbeidsplanlegging for hjemmesykepleien, fordi pleie- og omsorgstjenesten får raskere beskjeder når en bruker er akuttinnlagt på sykehus
- Raskere behandling av søknad om kommunale tjenester til pasienter som er utskrivingsklare
- Raskere og bedre vurdering av pasienter som legges inn på sykehus fra pleie- og omsorgstjenesten

Gjennom det nye helsenettet vil elektroniske meldinger som inneholder sensitiv informasjon kunne formidles på en sikker måte. Elektronisk formidling vil skje i forståelse med pasient/bruker.

(Kilde: www.stavanger.kommune.no)

Nettbasert elektronisk legemiddelkort

Nasjonalt senter for telemedisin (NST) i Tromsø startet arbeidet med et felles elektronisk legemiddelkort i februar 2004. Arbeidet var finansiert av midler fra Telemedisinsk Forskningsutvalg.

Et elektronisk legemiddelkort er tenkt som et system hvor informasjon om pasienters medikamentbruk lagres i helsenettet. Legemiddelkortet er altså ikke et fysisk kort, men er informasjon som er tilgjengelig via nettet. Systemet vil være oppdatert til enhver tid og informasjonen skal være tilgjengelig for alle med tilgangsrrettigheter uansett tjenestenivå. En slik felles elektronisk legemiddelkort-tjeneste må være integrert med helsepersonellens daglige elektroniske pasientsystemer og kan bidra til å forbedre informasjonen om pasienters medikamentbruk. For legene på sykehus, legevakt og legekantor vil tilgang til felles informasjon om pasienters medikamentbruk og endring av denne bety vesentlig større trygghet for at pasienten forskrives riktig medisin, og at alle til enhver tid er informert om hva som er forskrevet av andre. Hjemmesykepleien vil kommunisere enklere og tryggere med fastlege og sykehus. Pasienten vil oppleve trygghet når alle parter har samme informasjon og medisineringen er forutsigbar, særlig ved akuttinnleggelser. I fremtiden vil det være mulig å administrere resepter til apotekene via et felles nettbasert datasystem. Arbeid med et slikt nasjonalt reseptregister er startet blant annet ved Rikstrygdeverket. Dette registeret er først og fremst tenkt å ivareta det administrative rundt resepter. Reseptregisteret og det elektroniske legemiddelkortet bør integreres på en tilfredsstillende måte. På sikt bør pasienten få tilgang til sitt eget elektroniske legemiddelkort.

PROSJEKTFASER

Det videre arbeidet med et felles elektronisk legemiddelkort vil kunne splittes opp i følgende faser:

- Brukerkartlegging og funksjonsbeskrivelse
- Nødvendige godkjenninger og juridiske avklaringer
- Teknologitviking (inkludert installasjon hos et begrenset antall institusjoner)
- Forskning på effekter

Prosjektet er tenkt gjennomført i en eller to kommuner i Norge. Erfaringene fra en slik pilot vil kunne gi svar på hvordan en nasjonal satsning på området kan skje.

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å medvirke til mindre feilmedisinering og bedre ressursbruk i helsevesenet ved innføring av felles elektronisk legemiddelkort.



MÅL

Prosjektet har som mål å dokumentere effekten av felles elektronisk legemiddelkort. Følgende delmål skal oppnås i løpet av prosjektperioden:

- Det skal utarbeides kravspesifikasjon for et felles elektronisk legemiddelkort
- Det skal innhentes nødvendige godkjenninger hos Datatilsynet og Etisk komité for å kunne ta i bruk felles elektronisk legemiddelkort i en pilotinstallasjon.
- Det skal utvikles en felles elektronisk legemiddelkort-tjeneste som skal implementeres i minimum en kommune i Norge.
- Det skal dokumenteres hvilke medisinske effekter som kan forventes ved innføring av felles elektronisk legemiddelkort.
- Det skal dokumenteres hvilke økonomiske effekter som kan forventes ved innføring av felles elektronisk legemiddelkort.

GJENNOMFØRING

Den kronologiske gjennomføringen av prosjektet blir som følgende:

- 1 Medisineringsprosessene ved et mindre antall sykehjem, legevakt, hjemmesykepleie, fastleger og tilsynsleger kartlegges.
- 2 Forskningsarbeidet som skal kartlegge situasjonen før innføring av felles elektronisk legemiddelkort utføres.
- 3 Kravspesifikasjonen utarbeides når punkt 1 og tilstrekkelig av punkt 2 er utført.
- 4 Avklaringer med Datatilsynet slutføres
- 5 Teknologisk utvikling kan starte når kravspesifikasjonen (punkt 3) og avklaringene med Datatilsynet (punkt 4) er utført.
- 6 Forberedende arbeid for konkrete pilotinstallasjoner starter.
- 7 Grundige tester av den teknologiske løsningen må være utført før løsningen settes i drift
- 8 Tjenesten implementeres i de aktuelle kommunene.
- 9 Effektene måles/beregnes.

FREMDRIFTSPLAN

Brukerkartlegging og kravspesifikasjon – ferdig høst 2005
Design og utvikling – ferdig vinter 2006
Test og implementering – ferdig vår 2007
Forskning på effekter – ferdig vinter 2008

(Kilde: www.telemed.no)



Apotekforsikring!

If Skadeforsikrings Apotekforsikring, som er utarbeidet i samarbeid med Norges Apotekerforening, inkluderer mange produktfordeler til gunstig pris. Her er de viktigste:

- Krisepsykologisk ettervern for apoteker og apotekansatte
- Hærverk i åpningstiden
- Underslagsforsikring
- Reseptforsikring
- Varer og løsøre hvor som helst
- Ting/varer i kjøle-/fryseskap
- Alt i glass og skilt er medforsikret
- Tilleggsinnredning som er bekostet av leietaker
- Ansvarsforsikring inntil 10 millioner
- Avbruddstap

Ta kontakt med oss på tlf. 67840155

Du treffer oss 24 timer i døgnet på tlf. 02400



Lønnsom
Akseptert
Pålitelig

RoboPharma®
Automatiske Lagersystemer

Forbedrer effektiviteten med minst 25%

Vil du vite hva apotek-automatisering kan bety for ditt apotek? Ta kontakt!
www.RoboPharma.com sales@RoboPharma.com 22 49 14 28

Farmasidagene 2006

Blårev:

Revisjon av blåreseptordningen



Da Stortinget behandlet lovforslag om refusjonskontrakter, ble Regjeringen bedt om å legge fram en bred og helhetlig gjennomgang av blåreseptordningen. Regjeringen fulgte opp saken i Legemiddelmeldingen i 2005, og Helsedepartementet fulgte opp tiltaket gjennom statsbudsjettet:

”Legemiddelverket vil bidra til å videreutvikle systemet for refasjon av legemidler på blå resept. Regelverket må gjøres tydeligere for å sikre bedre etterlevelse. Sykdomslisten skal gjøres mer diagnose-spesifikk, slik at den blir enklere å bruke for rekvirenter.”

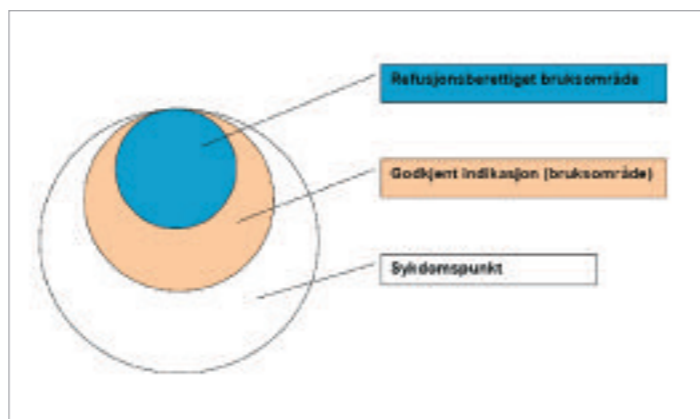
HØRINGSNOTAT

Statens legemiddelverk har nå sendt ut et forslag til ny blåreseptforskrift med høringsfrist 16. mars 2007. Høringsnotatet inneholder en oversikt over gjeldende regelverk på området, en kort oversikt over andre refusjonsordninger, en detaljert beskrivelse av forslaget, en vurdering av administrative og økonomiske konsekvenser, og implementeringstidspunkt.

I tillegg til å endre strukturen for forhåndsgodkjent refasjon foreslås det å endre rekkefølgen på paragrafene, slik at forskriften får en logisk oppbygging. I tillegg foreslås det tilpasninger i legemiddelforskriften, rekvirerings- og utleveringsforskriften og for reseptregisteret. Departementet vil presisere at denne høringen ikke innebærer endringer når det gjelder enkeltlegemidlers refusjonsstatus.

FORSLAG TIL NY BLÅRESEPTFORSKRIFT

For pasienter og forskrivere vil informasjon om legemidlenes refusjonsstatus gjerne komme fram ved at det informeres om at et legemiddel er godkjent for forskrivning på et bestemt sykdomspunkt. Sykdomspunktet er normalt videre definert enn legemidlets godkjente bruksområde, og fordi refusjonsvedtaket i tillegg kan begrense refasjon til å gjelde bare deler av bruksområdet, vil



informasjon om sykdomspunkt alene være mangelfullt og villedende. I figuren ovenfor illustreres dette.

Den store sirkelen viser sykdomspunktets utstrekning. Refusjonsvedtaket er imidlertid ikke videre enn legemidlets godkjente indikasjon (bruksområde), – den mellomste sirkelen. Den minste sirkelen representerer den del av bruksområdet som er godkjent for forskrivning på blå resept. Forslaget til endring av struktur har som målsetning å gi legene en rask og effektiv tilgang til informasjonen som beskriver den minste sirkelen, og dermed sikre at forskrivning av blåresepter er i samsvar med regelverket.

Det er behov for opprydningsarbeid særlig på to plan:

- 1 Informasjonen må gjøres tilgjengelig for forskriver på en enkel og hensiktsmessig måte. Det er hensikten med forslaget i høringsnotatet.
- 2 Det vil være nødvendig å gjennomgå de aktuelle refusjonsvedtak for hvert enkelt legemiddel for å sikre at vedtakenes innhold er tilstrekkelig klare. Dette vil skje i en egen prosess.

FORHÅNDSGODKJENT REFUSJON

Den nye refusjonslisten vil gi forskrivere oppdatert informasjon om legemidlenes refusjonsstatus og foreslås bygget opp med følgende elementer:

- Virkestoff
- ATC-nr
- Refusjonsberettiget bruk
- ICPC-2 refusjonskoder og kodetekst
- ICD-10 refusjonskoder og kodetekst
- Vilkår
- Refusjonsberettigede legemidler

Den nye refusjonslisten er organisert etter virkestoff og ATC-nummer. All refusjonsinformasjon er knyttet direkte til virkestoffet.

Refusjonsberettiget bruk beskriver det bruksområdet virkestoffet har refasjon for, og kan omfatte hele eller bare deler av virkestoffets godkjente indikasjon (bruksområde). Refusjonsberettiget bruk er beskrevet med utgangspunkt i diagnoseverktøyene ICPC-2 og ICD-10, som brukes i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten. For hvert virkestoff er det derfor listet opp to sett med gyldige refusjonskoder. I tillegg vil refusjonskodene også inkludere et begrenset antall egendefinerte koder.

Alle spesielle vilkår som i dag kommer fram ulike steder i regelverket, er nå samlet i refusjonslisten. Vilkårene målrettes ved at de knyttes direkte til relevante refusjonskoder. For hvert virkestoff listes alle tilhørende refusjonsberettigede legemidler med handelsnavn, styrke, formulering og pakningsstørrelse. For noen virkestoffer vil det finnes flere enheter i refusjonslisten, fordi ulike styrker eller doseringsformer av samme virkestoff kan ha ulike bruksområder og ulik refusjonsstatus. I de tilfellene ulike styrker og doseringsformer av et virkestoff har samme bruksområde og refusjonsstatus, er disse samlet i én enhet.

Generiske legemidler som er godkjent som byttbare, er organisert i samme virkestoffenhet og med lik refusjonsberettiget bruk.

Kodeverket ICD er svært detaljert og en diagnose er ofte plassert i flere kategorier. En diagnose har derfor mange aktuelle koder, avhengig av om den forekommer alene eller samtidig med andre sykdommer eller tilstander. For slike diagnosegrupper er noen refusjonskoder valgt ut ifra at de øvrige diagnosene i diagnosegruppen kan defineres inn under disse refusjonskodene.

DATABASE

Refusjonslisten vil settes opp som en database som er tilgjengelig fra Legemiddelverkets hjemmesider. Den elektroniske refusjonslisten vil oppdateres hver måned. I tillegg vil det være mulig å få en trykt utgave av refusjonslisten.

KONSEKVENSER FOR PASIENTENE

Pasientenes rettigheter til refasjon av legemidler påvirkes ikke av forslagene i høringsnotatet. Refusjonslisten vil dessuten gi pasientene bedre muligheter for innsyn i regelverket for forskrivning på blå resept.

En presisering av regelverket kan komme til å oppfattes som en innskrenking. Det gjelder i tilfeller hvor legen ser at pasientens legemiddelbruk ikke er refusjonsberettiget. Det kan også tenkes tilfeller der legen ser at et legemiddel faktisk er refusjonsberettiget. En presisering av regelverket kan også medføre flere søknader om individuell refasjon.

Hvis det kan dokumenteres at regelverket etterleves, vil det på sikt kunne anbefales at flere legemidler kan anbefales tatt inn på forhåndsgodkjent refasjon.

KONSEKVENSER FOR LEGENE

For å dokumentere at pasientene har rett til refasjon, må refusjonskoden føres på blåresepten. Legemidler refunderes ikke uten at det dokumenteres at pasienten har rett til refasjon.

Forslaget definerer klart hvilke legemidler som har forhåndsgodkjent refasjon og hvilket bruksområde som refunderes.

Informasjonen gis samlet, enten fra Legemiddelverkets nettsider, trykt refusjonsliste eller i de elektroniske journalsystemene. På sikt vil dette kunne bli en inkludert del av eResept og elektronisk forskrivningsstøtte (FEST).

KONSEKVENSER FOR APOTEK

Den nye refusjonslisten med tilhørende database skaper behov for endringer i hele logistikkjeden fra journalsystemer til trykdeetatens elektroniske kontroll av regninger.

Et tydeligere regelverk kan bli tidsbesparende for apotek. Med et regelverk som det er enklere å etterleve, kan forskrivningsfeil knyttet til refasjon av legemidler i større grad elimineres før de når apotek. Refusjonskode på resepten forteller mer spesifikt om legemidlets bruksområde enn sykdomspunkt og vil derfor gi nyttig informasjon til bruk i farmasøytens kvalitetskontroll av resepten og i dialog med pasienten.

Det vil påløpe kostnader for bl.a. apotek ved oppgradering av datasystem for å tilpasse løsningene til den nye refusjonslisten.

KONSEKVENSER FOR STATEN

- Et tydeligere og mer tilgjengelig regelverk vil kunne føre til en bedre etterlevelse av refusjonsvilkårene, og dermed en mer kostnadseffektiv legemiddelbruk.
- Den øvre kostnadsgrensen (bagatellgrensen) for hvilke vedtak Legemiddelverket kan fatte om opptak på forhåndsgodkjent refasjon videreføres.
- Et tydeligere regelverk med en bedre struktur legger til rette for en mer effektiv kontroll fra Arbeids- og velferdsdirektoratets side.
- Hvis det kan dokumenteres at regelverket etterleves, vil det på sikt kunne legges til rette for at noen flere legemidler kan anbefales tatt inn på forhåndsgodkjent refasjon.

IMPLEMENTERING

Departementet foreslår at forslaget trer i kraft fra og med 1. januar 2008.

FEST

FEST er et delprosjekt i eReseptprosjektet som utvikler forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte. FEST vil hente informasjon fra tre databaser, produktinformasjon, legemiddelfakta og pris og refasjon. Den nye refusjonslisten med tilhørende database vil inngå i FEST via databasen. eResept tar sikte på å teste en pilot i 2008.

En del av informasjonsgrunnlaget i den nye refusjonsdatabasen vil kunne klassifiseres som elektronisk forskrivningsstøtte. All informasjon i den nye refusjonsdatabasen kan integreres i legenes journalsystem uavhengig av FEST og eResept.

(Kilde: www.legemiddelverket.no)

Ble apoteker – helt tilfeldig...

Trygve Fjeldstad
Apotekforeningen

9. mars 2007 fyller styreleder i Apotekforeningen Inger Lise Eriksen 60 år. Hun er både apoteker og innehaver av Frogner Apotek i Oslo, styreleder i Apotekforeningen og president i EuroPharm Forum – det europeiske samarbeidsorganet mellom WHO Region Europa og ulike europeiske farmasøytiske organisasjoner.



Foto: Jens Sølvberg

– Det var helt tilfeldig at jeg ble farmasøyt. På yrkesveiledningen i 5. Gym gikk jeg til juristene og journalistene. Da jeg var ferdig med farmasi, vurderte jeg faktisk lenge å studere jus! sier *Inger Lise Eriksen*.

Heldigvis var det farmasien hun valgte som yrkesvei. Hvis ikke hadde faget gått glipp av en både engasjert og aktiv fagperson.

– Jeg har vært heldig og fått bruke utdannelsen innen mange felter av faget. Det som mangler, er jobb i legemiddelforvaltningen, men det får jeg klare meg uten. Privat apoteker hadde jeg heller ingen ambisjoner om å bli, men jeg har ikke angret på at jeg endte opp som apoteker på Frogner apotek, apoteket hvor jeg var praktikant halvannet år i studietiden. Jeg er overbevist om at et velfungerende apoteksystem er en kostnadseffektiv måte å nå mange helsepolitiske målsettinger på. Det er bare synd at myndighetene og politikerne ikke innser det.

Inger Lise Eriksen er også opptatt av rekrutteringen til faget, både til farmasien generelt og til apotek spesielt. Derfor sitter hun i styret for Farmasøytisk institutt og er sensor ved praktisk eksamen.

– Det er stimulerende å ha studenter i praksis. Og jeg sier til både studenter og jobbsøkere at for å trives i apotek må du like mennesker og ha respekt for mennesker, du må like å løse problemer, og du må kunne være personlig uten å bli privat. Og i bunnen må man selvfølgelig ha vilje til å bruke fagkunnskapene aktivt.

APOTEKEREN

– Jeg identifiserer meg veldig med apoteket mitt, sier den engasjerte apotekeren.

– Nå har jeg vært her i over 10 år og kjenner veldig mange av de faste kundene. Og forholdet til kundene er veldig viktig for meg. Vi er et bydelsapotek, og jeg vil at vi skal være Apoteket i kundenes bevissthet. Vi strekker oss langt for å gi kundene det de vil ha, og for at de skal oppfatte oss som et lett-tilgjengelig og hyggelig apotek, sier Eriksen.

Frogner apotek har lang historie knyttet til produksjon av legemidler. Apoteket inngår i det som kalles serviceproduksjonsordningen som skal sikre tilgang på legemidler som den vanlige industrien ikke finner kommersielt interessant. Frogner apotek har ansvaret for tradisjonelle apotekpreparater som ofte er basert på forskjellige urter og droger.

– Derfor "lukter" det apotek hos oss! sier Eriksen.

– Da jeg overtok for 10 år siden, var mye av apotekets lokaler fremdeles knyttet opp til legemiddelproduksjon. Gjennom årene har vi innlemmet tidligere laboratorier i det arealet vi bruker til ekspedering av kunder. Som andre apotek har vi innredet selvvalg og lagt til rette for direkte ekspedering av resepter mens kunden er tilstede. Ombyggingene har gitt et apotek etter min smak, sier apotekeren. Apoteket åpnet i ny drakt samtidig med at den nye apotekloven trådte i kraft i 2001. I 2010 har apoteket vært 100 år i på det samme hjørnet!

STYRELEDEREN

– Styreleder er en helt grei tittel, men det er litt mer schwung over President, sier styreleder Eriksen, som ikke hadde hatt noe i mot om Apotekforeningen hadde beholdt den tittelen og dermed tradisjonen fra stiftelsesåret 1881.

– Jeg er nok på mange måter et organisasjonsmenneske, og liker å være med der det skjer. Det kan være bakgrunnen til at jeg har hatt verv både i Norges Farmaceutiske Forening, Norske Sykehusfarmasøytters Forening og Norsk Farmaceutisk Selskap før jeg nå sitter som styreleder i Apotekforeningen. Erfaringen fra de andre organisasjonene gjør også at jeg kjenner farmasien og apotekbransjen fra forskjellige sider av bordet. Det tror jeg bidrar til at jeg kan gjøre en bedre jobb der jeg nå sitter, sier Eriksen.

Styret i Apotekforeningen består av representanter fra de store apotekgrupperingene i Norge, både apotekkjedene, de frittstående apotekene og sykehusapotekene.

– Som bransjeorganisasjon skal Apotekforeningen håndtere de spørsmål og problemer som angår hele bransjen. Særlig gjelder det faglige, økonomiske og politiske spørsmål som berører apotekenes rammevilkår og daglige drift. Det er ikke til å unngå et det kan være interessekonflikter mellom enkelte av grupperingene, men det betyr ikke at vi ikke kan komme frem til felles holdninger og standpunkter i viktige saker. I disse dager er den dialogen vi har med myndighetene om apotekenes avanse en typisk sak der de forskjellige gruppene har sammenfallende interesser, sier styrelederen.

– Apotekforeningen skal ikke engasjere seg i saker og områder som kjedene definerer som konkurranseutsatt, og her er det styret som trekker opp grensene.

– Jeg er glad vi er ferdig med dereguleringsprosessen, selv om det helt sikkert kommer til å skje endringer i årene framover. Norges Apotekforening inntok en proaktiv holdning i forbindelse med dereguleringen, og det var en klok beslutning. Resultatet er at alle apotek i Norge er medlemmer i foreningen, noe som selvfølgelig er en styrke for bransjen.

PRESIDENTEN

Høsten 2006 stilte Inger Lise Eriksen opp som presidentkandidat til den internasjonale farmasiorganisasjonen International Pharmaceutical Federation – FIP – nominert av både Apotekforeningen, Norges Farmaceutiske Forening og Norsk Farmasøytisk Selskap.

– Jeg kom definitivt som en outsider og ble feid av banen, sier Eriksen med et smil.

– For meg ble valget både lærerikt og et slags springbrett som gjorde at jeg ble kjent for en rekke personer i sentrale stillinger i FIP. Det var nok en medvirkende årsak til at jeg senere i fjor høst ble valgt til president i EuroPharm Forum. Der var jeg også en outsider, men langt fra så ukjent som under FIP-valget. Nå har styret og jeg to år til å vise at EuroPharm Forum er en organisasjon som kan bidra til bedre helse for Europas befolkning. Av den grunn er det viktig at ikke bare de 27 medlemslandene i EU, men alle de 53 landene som er omfattet av WHO Region Europe, er medlemmer i EPF. FIP's nye president ønsker heldigvis å samarbeide med EPF, og vi har allerede hatt konstruktive møter.

PRIVATPERSONEN

– Livet er mer enn farmasi, selv om det kanskje ikke alltid er lett å få øye på, sier den travelt opptatte farmasøyten.

– Kultur er viktig for mennesker. Personlig er jeg glad i musikk, og har selvfølgelig spilt piano som alle snille piker på min alder. Jeg sang i både Peblingene og Koret – to institusjoner på Oslo Katedralskole – og jeg var medlem i Vestkanten Sosialistiske Kor da Alta-saken var på det heteste. Nå synger jeg i et kor som heter Les Tremolos, hvor alt skjer på fransk. Jeg er ikke god til å konversere på fransk, men det går bra å synge!

– Og så er det så utrolig mye flott å velge mellom – i Konserthuset, teatrene, Operaen – og ikke å glemme alle de gode filmene som lages.

Privatpersonen Inger Lise tilbringer ellers mye tid på Hvaler. – Der får jeg senket skuldrene og går nesten ikke utenfor porten hvis jeg ikke må. Jeg reiser nok i jobbsammenheng, så ferier tilbringes på hjemmebane.

– Selve 60 årsdagen skal jeg være bortreist. Jeg har slektninger i USA og en sønn som studerer der. Vi har tenkt å "gjøre" vestkysten i leiebil, sier jubelanten.

– Og kanskje blir det litt shopping hvis vi kommer forbi et passende kjøpesenter... 

Inger Lise Eriksen (59) er Master i farmasi fra Universitetet i Oslo i 1971 og spesialist i sykehusfarmasi fra 1991. Hun har yrkeserfaring fra farmasøytisk industri, sykehusfarmasi, Institutt for farmakoterapi og Apotekforeningen. Inger Lise Eriksen har hatt bevilling til å drive Frogner apotek i Oslo fra 1996.

Ønsker kontrollert e-handel med legemidler

Det er av stor viktighet å få på plass et tydelig regelverk og gode kontrollordninger for nettbasert import og forsendelse av legemidler. Apotekforeningen vil i folkehelsens interesse advare mot en situasjon der netthandel med legemidler blir overlatt til useriøse aktører fordi norske apotek ikke får lov til å konkurrere på denne arenaen.

Kai Finsnes
Adm. Direktør
Apotekforeningen

Privat legemiddelimport har i følge Helse- og omsorgsdepartementet økt med 300 prosent fra siste tre måneder i 2005 til de tre første månedene i 2006. Dette utgjør 0,1 prosent av antall resepter utlevert ved norske apotek. Den lave utbredelsesgraden gjør at tiltak fra myndighetenes side lettere vil kunne ha effekt, ettersom publikum ennå ikke har lagt seg til nye handlevaner som må endres. Vekstraten tilsier imidlertid at myndighetene raskt bør komme på banen med konkrete tiltak.

Det er mye som tyder på at handel med legemidler over internett er økende. Apotekforeningen er ikke kjent med i hvor stor grad det i dag importeres legemidler ulovlig fra land utenfor EØS-området. Å tillate personlig import av legemidler fra EØS-området samtidig som import fra tredjeland skal være forbudt, løser trolig bare enkelte av de problemstillingene som følger av e-handel med legemidler.

IMPORT FRA EØS

Hva menes med import fra EØS-området? I en internasjonalisert verden er det ikke vanskelig å opprette en e-handel-internettside med adresse i EØS-området mens firmaet for øvrig, eller eventuelt bare varelageret, administreres i et tredjeland. Slik sett blir det for enkelt å snakke om e-handel fra land innenfor eller utenfor EØS. Skal hele handelen (bestilling, betaling og leveranse) foregå med et EØS-firma, eller kan legemidlene fysisk sendes fra annen verdensdel så lenge bestilling og betaling gjøres innen EØS?

MÅL

Selv om omfanget av ukontrollert e-handel med legemidler til norske forbrukere er begrenset i dag, kan skadevirkningene for enkeltpersoner likevel være store. Fra et forbruker- og folkehelseperspektiv er det derfor god grunn til raskt å se på forebyggende tiltak. Disse må være knyttet til følgende tre mål:

- 1 Unngå helseskadelig legemiddelbruk forårsaket av uforvarlig egenomsorg.
- 2 Unngå helseskadelig legemiddelbruk forårsaket av uforvarlig rekvirering
- 3 Unngå helseskadelig legemiddelbruk forårsaket av legemidler av dårlig kvalitet eller falske legemidler (counterfeit medicines).

UFORSVARLIG EGENOMSORG

Når det gjelder uforvarlig egenomsorg er det opplagt at en andel av e-handelen med legemidler nettopp fra brukerens side har som formål å drive "egenomsorg" som er utenfor eller på kanten av det en norsk lege vil rekvirere til sine pasienter.

Motivasjon brukerne har for å handle legemidler på nettet kan eksempelvis være:

- Ønsker tilgang til legemiddel uten å ha "godkjent norsk diagnose" for legemidlet og norske leger er lite rekvireringsvillige – jfr. dopingmidler, kroppsbyggerprodukter, lykkepiller, antibiotika, potensmidler eller andre legemidler til "eksperimentell sexbruk" osv.
- Ønsker å drive egenomsorg med reseptpliktige legemidler
- Ønsker anonymitet i forhold til lokalt helsevesen/apotek

Muligheten til å handle legemidler på internett vil implisitt bidra til også å øke denne typen legemiddelbruk.

UFORSVARLIG

I forbindelse med enkeltpersoners import av legemidler fra internasjonale e-handel-nettsteder vil ikke norske tollmyndigheter, selv om kjøperen legger frem "dokumenter" om dette, kunne kontrollere om det faktisk ligger en reell legevurdering til grunn for forsendelse av reseptpliktige legemidler. Heller ikke kan det sjekkes om den som signerer som faglig ansvarlig for forsendelsen, faktisk er lege. En av årsakene til dette er at det ikke finnes åpne registre som gir informasjon om for eksempel europeiske leger og deres rekvisisjonsrett.

Det kan diskuteres hvorvidt det er hensiktsmessig å sette opp formkrav til slik "resept-dokumentasjon". Apotekforeningen kan ikke se at slike formkrav ville gitt annet enn en teoretisk mulighet for å etterprøve firmaets virksomhet. Bare et krav om norsk resept ville i rimelig grad kunne sikre at pasientens medisinske behov er tilstrekkelig faglig vurdert i henhold til norsk standard.

COUNTERFEIT MEDICINES

Forekomsten av falske legemidler synes å være økende internasjonalt. Med internett som voksende markeds plass for legemiddelkjøper og -selger er det trolig bare et tidsspørsmål før de første tilfellene av falske legemidler med helseskadelig konsekvens kommer til Norge. Eventuelle tilpasninger i regelverket som følge av



krav om å kunne kjøpe legemidler via internett, vil kunne forsterke problemene med forfalskninger og "substandard legemidler" i Norge.

INFORMASJON SOM FOREBYGGENDE TILTAK

I en situasjon med uoversiktlige og potensielt utrygge forhold rundt e-handel med legemidler, vil det uansett andre forebyggende tiltak fra norske helse- og legemiddelmyndigheters side være nødvendig med informasjon og en generell anbefaling til publikum om å bruke den lokale helsetjenesten. Ved opphold i Norge betyr det at publikum bør henstilles til å bruke sin fastlege (eller annen lege med norsk autorisasjon) og et norsk apotek. Norske myndigheter bør klart si at dette er den eneste effektive måten publikum kan gardere seg på i forhold til uforvarlig legemiddelbehandling og falske eller forringede legemidler.

Garanti av legemidlenes kvalitet og ekthet hører med blant de mest sentrale merverdielementene som norske apotek bidrar med i helsetjenesten. Mye av legemiddelforvaltningens tilsyns- og forvaltningsvirksomhet er derfor knyttet opp mot dette elementet. Verdien av dette elementet for legemiddelkjøperne bør formidles av myndighetene til publikum for å sette risikoen ved ukontrollert e-handel med legemidler i perspektiv.

Det må påregnes at bredt anlagte informasjonskampanjer vil kunne bidra til å stimulere til økt e-handel med legemidler. Med

dagens tilgjengelige e-handelsløsninger er det neppe ønskelig. Det er imidlertid viktig at regelverket gjøres lett tilgjengelig for publikum, på Legemiddelverkets nettsider, eventuelt også på Tollvesenets hjemmesider.

KONTROLLERT E-HANDEL SOM FOREBYGGENDE TILTAK

Apotekforeningen tror ikke e-handel med legemidler kan stoppes. Foreningen ser det som mer hensiktsmessig om myndighetene i stedet for en slik ambisjon, legger opp til at norske apotek skal kunne etablere seg som et høykvalitets alternativ til nettaktører i Europa og andre steder. Utviklingen i EU kan tyde på at norske myndigheter kan måtte tillate seriøse utenlandske aktører dersom de starter internetthandel med legemidler til Norge. Det vil være svært uheldig om norske apotek i en slik situasjon ekskluderes fra denne arenaen, eller får konkurransemessige ulemper fordi de får forsinket adgang til å utvikle tilbud på dette området.

Dagens manglende mulighet for norske apotek til å representere et seriøst alternativ til utenlandske nettsteder av ukjent kvalitet fratrukker kunden positive valgmuligheter. Eksisterende apoteks mangel på mulighet til å konkurrere på e-handel med legemidler vil over tid kunne lede til redusert tilbud til publikum pga svekket konkurransevne i apotekene.

Fravær av rammevilkår som tillater seriøse norske e-handelsalternativer vil styrke useriøse aktørers posisjon, og således svekke pasientenes interesser, samt redusere myndighetenes mulighet til å nå de legemiddelpolitiske målsettingene knyttet til kvalitet og sikkerhet. Pasientenes interesser er best tjent med en e-handelspolitikk som støtter opp under helsepolitiske målsettinger. Derfor bør utgangspunktet for en e-handelspolitikk med legemidler være de overordnede legemiddelpolitiske målene. Ut fra disse kan det stilles grunnleggende krav, som for eksempel:

- Kjøp over internett av reseptpliktige legemidler som skal leveres i Norge, skal være basert på resept som er gyldig i Norge.
- Selger må kunne tilby farmasøytisk veiledning på norsk til kjøper via telefon og/eller e-post.
- Selger må kunne være i stand til å kommunisere effektivt med norske leger, hvilket i praksis vil bety norsk språkkrav.
- Selger må i likhet med norske apotek ha krav om fullsortiments leveringsplikt.
- Selger må merke legemidlet med norsk bruksanvisning.

Kravene bør utdypes, og må følges av en sertifiserings- eller konsesjonsordning. Apotekforeningen bidrar gjerne i et samarbeid med helsemyndighetene i utviklingen av faglige krav og regelverk.

En e-handelspolitikk i Norge bygd på norsk tradisjon og norske behov vil være til norske pasienters beste. Gjennom å lette på forsendelsesadgangen vil norske apotek lettere kunne konkurrere med utenlandske aktører som opererer utenfor norske myndigheters kontroll.

Legemiddelverket gjennomgår i disse dager apotekloven. Apotekforeningen forstår det slik at dette arbeidet skal kunne gi grunnlag for et odelstingsproposisjon. Departementet bør allerede i denne proposisjonen innarbeide lettelse i forsendelsesadgangen, slik at norske apotek blir satt i stand til å konkurrere om e-handelskundene.

Opphevelse av forsendelsesrestriksjonene i Norge vil sammen med fastsettelse av krav til e-handel i Norge kunne gi grunnlag for et seriøst alternativ til den mer useriøse handelen man ser i dag. Problemene knyttet til den "lettvinne" og den "lyssky" e-handelen med legemidler løses ikke med norske e-handelsløsninger, men man kan kanalisere en større del av kundene til de seriøse alternativene.

TILGJENGELIGHET

Det hevdes at netthandel vil kunne øke tilgjengeligheten til legemidler ved at legemidler som ikke finnes lagerført i Norge, kan bestilles fra utlandet. Tilgjengeligheten kan også svekkes, ved at man i Norge velger ikke å lagerføre produkter som i stor grad kjøpes direkte fra utlandet. En eventualitet som ivaretar tilgjengelighetsaspektet, er muligheten for å la norske apotek konkurrere om netthandelskundene.

KRAV OM RESEPT

Det er mulig å stille krav om resept for privat import av legemidler som er reseptpliktige i Norge. Apotekforeningen er positiv til at en slik løsning utredes videre.

OPPHEVE FORSENDELSESTRISKSJONER

Netthandel og postordresalg med legemidler er tillatt i Norge allerede i dag. Begrensningen består i restriksjoner på forsendelsesadgangen. Legemiddelverket kan sanksjonere mot brudd på slike bestemmelser ved norske nettsider, men kan ikke sanksjonere mot utenlandske nettsider. Internasjonalt samarbeid kan benyttes som virkemiddel i slike saker, men utenlandske myndigheter kan i liten grad forventes å rette tiltak mot nettstedene som ikke retter seg mot landets egne innbyggere. Dette bør etter Apotekforeningens syn tale for at myndighetene gir norske apotek anledning til å etablere seriøse e-handelsalternativer gjennom å lette på dagens forsendelsesrestriksjoner. På den måten vil en større andel av den reklamen som presenteres, faktisk være underlagt mulighet for kontroll og sanksjoner.

KONKURRANSEVRIDNING

Apotekforeningen stiller seg bak et utsagn om at dagens innenlandske forsendelsesrestriksjoner er en forskjellsbehandling i norske apoteks disfavør, og at det ikke er faglige grunner til dette. Også dette taler for at myndighetene nå bør lette på norske apoteks anledning til forsendelse av legemidler. Apotekforeningen vil i den forbindelse også trekke fram at netthandel understreker den konkurransevriddende effekten av at Norge har full merverdiavgift på legemidler, i motsetning til de fleste andre land i Europa. Forsendelser fra utlandet som koster mindre enn 200 kroner, vil være fritatt fra merverdiavgift i Norge, mens norske apotek må avkreve merverdiavgift for samme leveranse. Også dette er systematisk konkurransevriddende uten helsepolitisk begrunnelse.

BEGRENSNINGER FOR VISSE LEGEMIDLER

Apotekforeningen støtter at det bør etableres hjemmel for å kunne forby privat import av bestemte legemidler utover narkotika mv ut fra et "føre var-prinsipp".

ALDERSGRENSE

Apotekforeningen støtter et forslag om 18-års aldersgrense for import av legemidler ved forsendelse.

SKILLE MELLOM E-HANDEL OG INNFØRSEL VED INNREISE

Personlig import av reseptpliktige legemidler ved forsendelse er ikke et enhetlig område. Apotekforeningen mener at det bør vurderes om det, ved fastsettelse av nye regler for import av legemidler, vil være hensiktsmessig å skille mellom ren handelsimport, for eksempel via e-handel, og innførsel/medbringning av legemidler ved innreise til Norge.

ENTYDIGE OG KONTROLLERBARE REGLER

Uansett hvilke krav og regler som fastsettes knyttet til import av legemidler, er det essensielt at de er så tydelige at forbrukerne kan forstå og orientere seg i forhold til dem. Samtidig må regelverket stille reelle krav som norske tollmyndigheter faktisk kan kontrollere er fulgt i det enkelte tilfelle. Å kontrollere regelverksetterlevelse ved kun å kontrollere formkrav er heller ingen god løsning.

Apotekforeningen erkjenner at enkle løsninger som gir 100 prosent måloppnåelse er vanskelig å se. Dog er det viktig å legge ned tilstrekkelige ressurser i utformingen av et regelverk som er tilpasset et stadig økende trykk fra forbrukerne for å handle legemidler over internett.

Den illegale e-handelen med legemidler vil det i praksis være svært vanskelig å stoppe.

Den legale e-handelen med legemidler vil det imidlertid være mulig å lede inn på et trygt spor ved i første rekke å lette på forsendelsesrestriksjonene i Norge, og dernest ved å tillate import fra utlandet kun fra firmaer som kan dokumentere etterlevelse av visse krav.

2007

22-23. MARS

Folkehelsekonferansen 2007
Tema: Ja, det nytter
Arr: Folkehelseforeningen
Sted: Gamle Logen, Oslo
Info: www.folkehelseforeningen.no

22-25. APRIL

Pharmaceutical Sciences World Congress (PSWC2007)
Tema: Optimizing Drug Therapy: An Imperative for World Health
Arr: FIP
Sted: Amsterdam, Nederland

10-12. MAI

Diabetesforum
Tema: Tverrfaglig samarbeid – bedre diabetesomsorg
Arr: Norges Diabetesforbund
Sted: Oslo kongressenter Folkets Hus
Info: www.diabetes.no

16-19. MAI

The 7th ESCP Spring Conference on Clinical Pharmacy
Tema: Tackling Inequalities in the Delivery of Pharmaceutical Care
Arr: European Society of Clinical Pharmacy - ESCP
Sted: Edinburgh, Skottland
Info: www.escpweb.org

11-22. JUNI

Kurs: Health District Management I
Tema: Planning and Programme Design
Arr: Swiss Tropical Institute
Sted: Basel, Sveits
Info: www.sti.ch

13-15. JUNI

Internasjonal konferanse
Tema: New Frontiers in the Quality of Medicines
Arr: European Directorate for the Quality of Medicines (EDQM)
Sted: Strasbourg, Frankrike
Info: http://www.edqm.eu/site/page_673.php

25. JUNI – 6. JULI

Kurs: Health District Management II
Tema: Priority Setting and Resource Allocation
Arr: Swiss Tropical Institute
Sted: Basel, Sveits
Info: www.sti.ch

1-4. JULI

7th International Conference Life Long Learning in Pharmacy
Tema: Climate Changes in Learning
Arr: University of Hertfordshire, England
Sted: Hatfield, Hertfordshire, England
Info: www.herts.ac.uk/LLLP2007 eller j.a.huckle@herts.ac.uk

31. AUGUST – 6. SEPTEMBER

67th International Congress of FIP
Arr: FIP
Sted: Beijing, Kina

19-22. SEPTEMBER

38. International Congress for the History of Pharmacy
Tema: Drugs and medicines from both sides of the Atlantic Ocean
Arr: International Society for the History of Pharmacy og Spanish Society of University Professors for the History of Pharmacy
Sted: Sevilla, Spania

5-16. NOVEMBER

Kurs: Rational Medicine Management
Tema: A focus on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria
Arr: Swiss Tropical Institute
Sted: Ifikara, Tanzania
Info: www.sti.ch

2008

29. AUGUST – 4. SEPTEMBER

68th International Congress of FIP
Arr: FIP
Sted: Basel, Sveits
Info: www.fip.org

Nytt om apotek

NYOPPRETTELSE

16.11.06 Vitusapotek Lillesand senter
 Eier: Vitusapotek AS

24.11.06 Ditt Apotek Melhustorget
 Eier: Ditt Apotek Melhustorget AS

01.12.06 Hønefoss Apotek Hønegaten
 Eier: Hønefoss apotek AS

07.12.06 Alliance apotek Olsrød, Tønsberg
 Eier: Alliance UniChem Norge AS

11.12.06 Ditt Apotek Ytteren, Mo i Rana
 Eier: Ditt apotek Ytteren AS

04.01.07 Alliance apotek Fredrikstad
 Eier: Alliance UniChem Norge AS

08.01.07 Alliance apotek Vikasenteret, Ottestad
 Eier: Alliance UniChem Norge AS

15.01.07 Vitusapotek Rasta
 Eier: Vitusapotek AS

22.01.07 Vitusapotek Stoa, Arendal
 Eier: Vitusapotek AS

Norsk masterstudium i klinisk farmasi – ny kompetanse for bedre helse

Bivirkninger og ineffektiv legemiddelbruk er et vesentlig problem både helsemessig og samfunnsøkonomisk. Legemiddelmeldingens visjon er å oppnå riktigere og sikrere legemiddelbruk. For å styrke den nasjonale kompetansen på dette feltet vil Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, fra 2008 ta opp 15 farmasøyter årlig til et nytt erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk farmasi.

Espen Molden, Prosjektleder
Karen Marie Ulshagen, Instituttleder
Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo

Legemidler bedrer folkehelsen gjennom behandling og forebygging av sykdom. Mange pasienter opplever imidlertid bivirkninger og manglende effekt av legemidler. Foruten det helsemessige aspektet innebærer dette en samfunnsøkonomisk kostnad i form av ekstra legekonsultasjoner, sykemeldinger og sykehusinnleggelse til en pris på anslagsvis 5 milliarder kroner årlig her til lands.¹⁾

Tilbaketrekningen av det betennelsesdempende legemidlet rofecoksib (Vioxx)²⁾ på grunn av økt risiko for hjerteinfarkt illustrerer at bivirkninger kan ha store helsemessige og økonomiske konsekvenser. Generelt anslås det at 5-10 prosent av innleggelse på sykehus er forårsaket av legemiddelbivirkninger.³⁾ De fleste av bivirkningene kan unngås ved å forebygge feilaktig bruk, doseringsfeil eller ugunstig interaksjon med andre legemidler (se eksempel i ramme).

Stortingsmelding nr. 18 fra 2004-05 ("Legemiddelmeldingen") har riktigere legemiddelbruk som visjon, og signaliserer økt behov for kompetanse for å oppnå dette.¹⁾ For å styrke den nasjonale kompetansen på dette feltet har Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, besluttet å utvikle et erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk farmasi med opptak av kandidater fra høstsemesteret 2008.

KLINISK FARMASI

Klinisk farmasi defineres internasjonalt som aktiviteter og tjenester som bidrar til rasjonell og sikker legemiddelbruk.^{4,5)} Tradisjonelt har klinisk farmasi vært assosiert med farmasøytisk arbeid på sykehusavdelinger, men i dag er det vanlig å inkludere alle farmasøytiske aktiviteter og tjenester i både primær- og sekundærhelsetjenesten innunder begrepet klinisk farmasi.^{4,5)} Prosjektsatsninger med legemiddelgjennomgang i sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og primær- og sekundærhelsetjenesten, initiert av Sosial- og helsedirektoratet som en følge av Legemiddelmeldingen, illustrerer at klinisk farmasi er viktig for hele helsevesenet.

Basert på internasjonale trender og signaler i Legemiddelmeldingen vil det nye erfaringsbaserte mastergradsstudiet i klinisk farmasi tilbys både farmasøyter i primær- og sekundærhelsetjenesten. Det er imidlertid viktig å påpeke at det er sykehusfarma-

søytene som har vært pionerer innen klinisk farmasi. I dag arbeider om lag 40 personer som kliniske farmasøyter på norske sykehus.⁶⁾ Noen har mastergrad i klinisk farmasi fra utlandet, andre har ervervet kompetanse gjennom erfaring. Vårt ønske er at disse i kraft av sin kompetanse og erfaring kan bidra som rollemodeller og veiledere for farmasøytikolleger som ønsker å ta en erfaringsbasert mastergrad i klinisk farmasi.

ERFARINGSBASERT MASTERGRAD

I forbindelse med Kvalitetsreformen utarbeidet Utdannings- og forskningsdepartementet en forskrift om krav til mastergrad.⁷⁾ Her ble erfaringsbasert mastergrad skissert som en videreutdanningsgrad til allerede gjennomført grunnutdanning. En ny erfaringsbasert mastergrad i klinisk farmasi vil dermed ha formell tyngde både nasjonalt og internasjonalt. Mastergradsprogrammet i klinisk farmasi vil være direkte underlagt et programråd i likhet med andre mastergrader ved Universitetet i Oslo, mens Avdeling for videre- og etterutdanning (VETT) vil få en naturlig rolle i tilretteleggingen av utdanningen

Når det gjelder formelle krav til gjennomføring av erfaringsbasert mastergrad, kreves minimum bachelor-grad og to års relevant yrkespraksis. Det betyr at utdanningen i utgangspunktet vil være tilgjengelig både for personer med reseptar/bachelor og cand. pharm./master i farmasi, men det kan bli aktuelt med minimumskrav til utdanning innen for eksempel fysiologi og farmakoterapi. Som utdanningsinstitusjon er det Farmasøytisk institutts oppgave å definere nærmere krav til relevant yrkespraksis. Dette spørsmålet er det foreløpig ikke tatt stilling til, men erfaring fra arbeid med annet helsepersonell og pasienter er et naturlig minstekrav.

VARIGHET OG UNDERVISNING

En erfaringsbasert mastergrad skal i følge forskriften være av minst 90 studiepoengs omfang.⁷⁾ Herav skal selve masteroppgaven knyttet til det selvstendige arbeidet være på minimum 30 studiepoeng. Mastergraden i klinisk farmasi bygges opp etter denne malen med 60 poeng til teoretiske/praktiske kurs (modul 1) og 30 poeng til masteroppgaven (modul 2). Foreløpig plan over utdanningsløpet er skissert i figur 1.

I det nye utdanningssystemet tilsvarer 60 studiepoeng ett års fulltidsstudium. Modul 1 av mastegraden i klinisk farmasi vil bli undervist med halv studiebelastning (50 prosent over to år). Undervisningen i kursene i modul 1 vil bli gitt i form av fellessamlinger og gruppearbeid/veiledning via Internett. Dette innebærer høy grad av fleksibilitet som enten kan tilpasses kandidatens arbeidssituasjon eller gjennomføres med en mindre stillingsreduksjon.

Planlegging og oppstart av masteroppgaven (modul 2) vil foregå mens modul 1 undervises. Innleveringstidspunktet for masteroppgaven er ikke endelig fastsatt, men presumptivt innen et halvt år etter at modul 1 er ferdig (total studietid ca. 2 1/2 år). Masteroppgaven skal ta utgangspunkt i et praktisk prosjekt med fokus på håndtering av legemiddelrelaterte problemer i samarbeid med annet helsepersonell og pasient. For å sikre god vitenskapelig standard på prosjektene vil kandidatene få veiledning av universitetsansatte med forskningserfaring. Meningen er at den praktiske delen av masteroppgaven skal kunne gjøres i tilknytning til eget arbeid.

Et eksempel på en bivirkningshendelse forårsaket av ugunstig legemiddelinteraksjon som kunne ha vært forebygget.

- En 82 år gammel mann fra Oslo-området ble behandlet med det kolesterolsenkende legemidlet simvastatin med en daglig dose på 80 mg.
- På grunn av en mistenkt lungebetennelse fikk mannen en 10 dagers kur med det antibakterielle legemidlet erytromycin (Ery-Max).
- Erytromycin hemmer nedbrytning av simvastatin slik at nivået i kroppen mangedobles.
- Fire uker etter oppstart av kuren ble mannen lagt inn på sykehus med intense muskelsmerter og lammelser i beina på grunn av simvastatin-bivirkning.
- Mannen ble liggende på sykehus i en måned for behandling og restitusjon før han ble utskrevet.
- Kostnaden ved sykehusoppholdet ble i størrelsesorden 100 000 kroner, et beløp som tilsvarer årlig samfunnsutgift til behandling av drøyt 100 pasienter med simvastatin.
- Problemet kunne enkelt vært forebygget ved å bruke et annet antibakterielt legemiddel eller et par ukers pause i simvastatin-behandlingen.

(Bivirkningshendelsen er beskrevet i detalj i referanse ¹³⁾)



Figur 1. Foreløpig planskisse over masterutdanningen i klinisk farmasi ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. M1 = modul 1 (60 studiepoeng), M2 = modul 2 (30 studiepoeng),

FINANSIERING

Et nytt mastergradsstudium krever finansiering både til utvikling og drift. Til utviklingen av studiet har Farmasøytisk institutt tatt ansvar ved å ansette en prosjektleder i 50 prosent stilling over to år, samt prioritere tid fra fire fast vitenskapelig ansatte til arbeid med studieplanen. I tillegg bidrar sykehusapotekene ved Diakonhjemmet, Lovisenberg og Ullevål med til sammen et halvt årsverk i form av fire kliniske farmasøyer med relevant arbeidserfaring og mastergrad i klinisk farmasi fra andre land. Disse skal arbeide aktivt med innholdet i studieplanen for å sikre at utdanningen tilfredsstiller de praktiske behovene.

Finansieringen til drift av selve programmet (undervisning, veiledning og administrasjon) f.o.m. 2008 kan løses på flere måter. Vår målsetning er å ta opp 15 kandidater årlig, og en mulighet er at den enkelte kandidat eller dens arbeidsgiver betaler en kostpris for utdanningen. Den mest forutsigbare løsningen er imidlertid ekstern finansiering til et gitt antall årsverk som drifter utdanningen. Ved Universitet i Uppsala, Sverige, har man nylig startet opp med et magisterstudium i klinisk farmasi etter denne modellen. Her finansierer Apoteket AB, som eier alle svenske apotek, et gitt antall årsverk i en prøveperiode.

Vår målsetning er å oppnå en tilsvarende ekstern finansieringsmodell som den svenske. Dette vil i tillegg til en forutsigbar drift sikre at de beste farmasøytene ikke forhindres fra å søke på grunn av utgifter til skolepenger.

VERDI AV UTDANNINGEN

For at klinisk farmasøytiske tjenester skal kunne tilbys, er det en forutsetning at offentlig helsevesen eller pasienten selv vil betale for disse. Betalingsviljen henger sammen med nytteverdien av tjenestene, som igjen henger sammen med kompetansen hos tjenesteutøvere. USA har mer enn 30 års erfaring med klinisk farmasi.⁸⁾ Her er nytteverdien av klinisk farmasøytisk tjenester godt dokumentert i form av økt pasientsikkerhet, reduserte behandlingstid og bedre behandlingseffekt.⁹⁻¹²⁾ Utdanningen innen klinisk farmasi i USA er spesialisert, i likhet med land som Storbritannia og Australia. Alle disse landene har en ustrakt bruk av klinisk farmasøytiske tjenester, og vi er overbevist om at en formalisert spiss-

kompetanse innen klinisk farmasi vil stimulere til økt bruk og etterpørsel av slike tjenester også i Norge.

Det utdannes i dag farmasøyer ved tre universiteter og to høyskoler her til lands, men ingen tilbyr per i dag formaliserte videreutdanningsprogrammer i klinisk farmasi. Nå tar Farmasøytisk institutt, som den største utdanningsinstitusjonen, ansvar for å utvikle et tilbud som vil skape norske elitefarmasøyer innen klinisk farmasi. Disse vil fungere som rollemodeller overfor sine kollegaer og bidra til økt faglig fokus i en tid der enkelte ser endringene i apotekvesenet som en mulig trussel mot kunnskapsutviklingen hos farmasøyer.

I tillegg til å stimulere til økt bruk av farmasøytiske tjenester og løfte det faglige nivået i norsk farmasi, vil denne masterutdanningen skape tettere kontakt mellom universitet og praktiserende miljøer. Masteroppgavene vil produsere ny forskningsbasert kunnskap innen feltet klinisk farmasi. Denne kunnskapen vil komme pasienter og helsevesen til nytte i form av en kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet.

FAKTA

- Legemiddelmeldingen signaliserer økt kompetansebehov for å oppnå målsetningen om riktiger legemiddelbruk i befolkningen
- Et nytt erfaringsbasert masterstudium i klinisk farmasi skal bidra til å styrke den nasjonale kompetansen på dette feltet
- Planen er å ta opp 15 kandidater årlig fra 2008 ved Universitetet i Oslo
- Studiet vil undervises på deltid og være tilgjengelig for farmasøyer med minst 2 års relevant arbeidserfaring fra primær- eller sekundærhelsetjenesten
- Det er ønskelig å finansiere studiet med eksterne midler til et gitt antall stillinger i en prøveperiode
- Masteroppgavene vil produsere ny forskningsbasert kunnskap og gi grunnlag for utvikling og forbedring av det farmasøytiske tjenestetilbudet til pasienter og helsevesen

Bedre rammebetingelser for småbedrifter

Bedre tilgang på arbeidskraft, fjerning av formuesskatten, like konkurransevilkår mellom offentlige og private virksomheter, forenkling og et mer brukervennlig offentlig byråkrati, satsing på Skattefunn og en innovasjons- og FoU-politikk som også treffer tjenesteytende næringer. Det er noen av innspillene i HSHs høringsbrev om småbedriftenes rammevilkår, oversendt i november 2006.

SAMLET STRATEGI FOR Å SIKRE RAMMEBETINGELSENE FOR SMÅ OG MELLOMSTORE BEDRIFTER

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon, HSH, er hovedorganisasjonen for tjenesteytende næringer i Norge. HSH representerer i overkant av 11.700 virksomheter innen detalj-, agentur-, import- og engroshandel, reiseliv, forlag, apotek, IT, konsulent-tjenester, bemanningstjenester, regnskaps- og økonomitjenester, servering og ulike typer personlig tjenesteyting. HSHs medlemsmasse omfatter også private virksomheter innen helse og omsorg, utdanning, kultur samt frivillige organisasjoner, foreninger og stiftelser. HSH organiserer mange små og mellomstore virksomheter. 75 prosent av våre medlemmer har 20 eller færre ansatte.

HSH støtter at det fremmes en egen stortingsmelding om bedre rammebetingelser for små og mellomstore bedrifter. Oppsummert vil HSH spesielt legge vekt på følgende forhold:

- En sunn makroøkonomisk politikk som sikrer en balansert økonomisk utvikling.
- Gode, stabile og næringsnøytrale rammevilkår som setter hensynet til høyest mulig verdiskaping foran hensynet til enkelt-næringer.
- Avvikling av formuesskatten.
- Et "grønt skatteskitte" med gjennomgående beskatning av forensing uten fritak, kombinert med lavere skatt på arbeidsinntekt.
- En mer aktiv arbeidsmarkedspolitikk som i sterkere grad bidrar til å øke arbeidstilbudet, bl.a. gjennom økt adgang til å benytte midlertidige ansettelse og avvikling av overgangsordningene for arbeidstakere fra de nye EU-landene.
- Like konkurranseforhold mellom offentlige og private aktører, slik at innbyggerne gis tilgang til best mulige tjenester til lavest mulig kostnad for offentlige finanser.
- Næringsdrivende må gis bedre tilgjengelighet til offentlige kontorer, bl.a. gjennom lengre åpningstider. Skjemaveldet må reduseres gjennom færre og enklere skjemaer og bedre tilrettelegging for elektronisk rapportering til det offentlige.
- Transportinfrastrukturen må styrkes gjennom en sterk satsing på effektive transportsystemer (herunder kollektivløsninger) i storbyene og økt satsing på stamvegnettet.
- Innsatsen for innovasjon, forskning og utvikling må innrettes slik at den treffer bredden i norsk næringsliv. Dette fordrer brede, generelle ordninger som Skattefunn. Det offentlige virkemiddelapparatet må i større grad også rettes mot innovasjon i tjenester.

GODE RAMMEVILKÅR FOR HELE NÆRINGSLIVET, IKKE SÆRORDNINGER FOR ENKELTNÆRINGER.

Over tid er økonomisk vekst avgjørende for vekst i velstand og velferd. Størst vekst får vi når arbeidskraft og kapital anvendes i næringer med høy avkastning på de ressursene de legger beslag på. Det gir høy verdiskaping. Det er derfor professor Guttorm Schjelderup og det øvrige flertallet i Rederiskatteutvalget advarer mot følgene av at enkelt næringer gis spesialregler og subsidier. Særregler for enkelt næringer eller virksomheter gir disse et "kunstig" fortrinn i "kampen" om arbeidskraft og kapital på bekostning av andre næringer eller virksomheter som gir bedre avkastning i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

HSH har på denne bakgrunn lenge forfektet prinsippet om næringsnøytralitet. Poenget vårt er ikke at staten skal la være å engasjere seg i enkeltprosjekter. Det er i utgangspunktet helt legitimt at staten griper inn for å korrigere for markedsimperfeksjoner, f.eks. gjennom satsinger på FoU og infrastruktur. Kriteriet for om staten skal gripe inn og satse, må imidlertid være at prosjektene er påviselig samfunnsøkonomisk lønnsomme, og ikke at de er påstått lønnsomme.

Næringsstilhørighet er således intet prioriteringskriterium, all den tid det ikke er grunn til å tro at de gode prosjektene er systematisk skjevfordelt mellom næringer. Støtte til opprettelse av dørfabrikker, direkte næringsubsidier, billig kraft, fritak for CO2-avgift eller nettolønnsordninger er eksempler på diskriminering mellom næringer som savner reell samfunnsøkonomisk begrunnelse.

HSHs engasjement for en næringsnøytral politikk er tuftet på ønsket om at forbrukere og den store bredden i norsk næringsliv, som gjennomgående består av små og mellomstore bedrifter, ikke skal bli "skattemessig diskriminert" gjennom å betale en ekstra høy skatt fordi andre skal "slippe billigere". Den begrunnes også med at næringsnøytralitet bidrar til høyest mulig verdiskaping i Norge totalt sett. Omstillinger gjøres mest hensiktsmessig under gode tider. Trolig har anledningen for å bevege oss bort fra en selektiv næringspolitikk aldri vært bedre enn i dag. Arbeidsledigheten er på et rekordlavt nivå og mangelen på arbeidskraft brer om seg.

Stabile vilkår for næringsvirksomhet er et overordnet hensyn. Hele næringslivet, så vel som frivillig sektor, er avhengig av dette. Stadige endringer i skatte- og avgiftsregelverket rammer alle virksomheter og stadig endrede krav/offentlige pålegg gjør det vanskelig å tenke langsiktig. Det må tas hensyn til konsekvenser for de berørte når det gjennomføres slike endringer, og endringer må varsles i forkant slik at det er mulig å forberede seg.

Harald J. Andersen, Seksjonssjef HSH
Sverre Molandsveen, Fagsjef HSH

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Rett kurs mot riktig legemiddelbruk (Stortingsmelding nr. 18). 2004-2005
2. Couzin J. Drug safety. Withdrawal of Vioxx casts a shadow over COX-2 inhibitors. Science 2004.
3. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998.
4. <http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712#definition>.
5. http://www.accp.com/clinical_pharmacy.php.
6. Davidsson M. Clinical pharmacy in Norway. ESCP News 2006.
7. <http://odin.dep.no/kd/norsk/tema/utdanning/hoyereutdanning/tema/kvalitetsreformen/045071-200002/dok-bn.html>.
8. Tse CS. Clinical pharmacy practice 30 years later. Ann Pharmacother 2007.
9. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. Pharmacotherapy 2003.
10. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. Arch Intern Med 2006.
11. Horn E, Jacobi J. The critical care clinical pharmacist: evolution of an essential team member. Crit Care Med 2006.
12. Pickard AS, Hung SY. An update on evidence of clinical pharmacists' impact on health-related quality of life. Ann Pharmacother 2006.
13. Molden E, Andersson KS. Simvastatin-associated rhabdomyolysis after macrolide antibiotics in two patients. Pharmacotherapy 2007.



Det svenske apotekmarkedet omreguleres

Den svenske regjeringen vedtok 21. desember 2006 direktivet for den utredningen som skal komme med forslag til en omregulering av apotekmarkedet.

– Hensikten er å forbedre tilgjengeligheten for forbrukerne, presse prisene på legemidler og få et mer effektivt apotekmarked. Samtidig må legemiddelhandlingen være sikker og hensiktsmessig. Forbrukerne skal være sikre på at sikkerheten opprettholdes. Den høye kompetansen, sikkerheten og kvaliteten som i dag kjennetegner handelen med legemidler, skal opprettholdes, har sosialminister Göran Hägglund sagt.

Utredningen er en totrinnsraket. I det første trinnet skal utredningen komme med forslag som gjør det mulig for flere aktører å drive detaljhandel med legemidler, både reseptbelagte og reseptfrie. En grunnforutsetning for slik handel er at aktørenes gis konsesjon. For å få konsesjon, kreves det farmasøytisk kompetanse hos den som driver virksomheten.

I annet trinn skal utredningen komme med forslag som åpner muligheten for å selge et utvalg reseptfrie legemidler på andre steder enn apotek. For denne handelen stilles det ikke krav om farmasøytisk kompetanse hos eier, driftsansvarlig eller personale.

Utredningen står også fritt til å komme med forslag til om, og i



Foto: Pawel Flato

tilfeller hvordan, prissettingsmodellen kan endres allerede før en omregulering av apotekmarkedet. Denne delen av oppdraget står utredningen fritt til å levere når som helst før forslaget til trinn 1 leveres inn.

Apoteket ABs virksomhet er i dag omfattende og koblingene til helse- og omsorgssektoren er sterke. Utredningen skal komme med forslag som gjør det mulig for andre aktører å drive sykehusapotek og å distribuere legemidler til spesialisthelsetjenesten.

Utredningen skal også analysere og komme med forslag til hvordan deler av Apoteket ABs virksomhet i dag skal organiseres og finansieres. Det gjelder eksempelvis leveranser av vaksiner, drift av Giftinformasjonssentralen, håndtering av legemidler på lisens og ex tempore-legemidler og dosedispensering.

ANDRE SPØRSMÅL SOM UTREDNINGEN SKAL ANALYSERE:

- Hvordan kan prissetting bidra til lavere priser for forbrukerne? Hvilke effekter får dette for refusjonssystemet?
- Hvordan skal fjernhandel med legemidler være utformet?
- Skal det innføres aldersgrense for kjøp av reseptfrie legemidler i detaljhandelen?
- Hvordan skal kasserte legemidler tas hånd om?

Den første delen av oppdraget skal presenteres senest 31. desember 2007. Sluttrapport skal leveres 1. april 2008.

Lars Reje er utnevnt av sosialminister Göran Hägglund til spesialutredning. Lars Reje har lang erfaring fra svensk helse- og omsorgssektor og medisinsk industri. Han har bl.a. vært sykehus- og planledende i Södermanlands läns landsting.

(Kilde: Pressmelding 21. desember 2006 fra det svenske Sosialdepartementet)

Nærmere om utredningen

Apotekmarkedet skal omreguleres for å oppnå effektivisering, bedre tilgjengelighet for forbrukerne, prispress og en sikker og hensiktsmessig legemiddelbruk. En egen utredning skal i første omgang komme med forslag som gjør det mulig også for andre aktører enn Apoteket AB å drive detaljhandel med reseptbelagte og reseptfrie legemidler. En grunnforutsetning for at slik handel skal kunne drives, er at det gis konsesjon. Et vilkår for å gi slik konsesjon, er at den som driver virksomheten, har tilgang til farmasøytisk kompetanse. Rapport for denne delen av oppdraget skal leveres senest 31. desember 2007.

I trinn to skal utredningen komme med forslag som gjør det mulig å selge et begrenset utvalg reseptfrie legemidler andre steder enn på apotek. Farmasøytisk kompetanse hos eier, driftsansvarlig eller personalet på salgsstedet skal ikke være nødvendig for slik handel. Endelig rapport for oppdraget skal leveres senest 1. april 2008.

Det er av betydning at utredningens forslag bidrar til lavere legemiddelpriser for forbrukerne uten at det leder til økte utgifter for det offentlige. Dersom utredningen vurderer det slik at prisfastsettings-

modellen for legemidler bør endres allerede før omreguleringen av apotekmarkedet, står utredningen fritt til å komme med et slikt forslag når som helst før rapporten for del 1 legges frem.

Utredningen skal også komme med forslag som gjør det mulig for andre enn Apoteket AB å distribuere godkjente legemidler og legemidler til utprøving til sekundærhelsetjenesten. Utredningen skal også komme med forslag på hvordan andre enn Apoteket AB skal kunne drive sykehusapotek. Også med hensyn til disse områdene kan utredningen komme med forslag når som helst.

Utredningen skal ta utgangspunkt i et pasient- og forbrukerperspektiv i sitt arbeid. En annen forutsetning er at den høye kompetansen, sikkerheten og kvaliteten som i dag preger handelen med legemidler, skal opprettholdes.

Det er av betydning at tilgjengeligheten til detaljhandel med legemidler i bl.a. utkantstrøk trygges. Det er også av stor betydning at handelen også i fortsettelsen drives på en slik måte at mennesker, dyr, eiendom eller miljø ikke tar skade, og at legemidlenes kvalitet opprettholdes.

Legemiddelforsyningen skal drives rasjonelt og skal fremme en sikker og hensiktsmessig legemiddelbruk. Utredningen skal også ta hensyn til at forslag som berører enkeltforetak, må utformes slik at foretakenes administrative belastning blir så liten som mulig.

Utredningen skal dessuten vurdere hvilke konsekvenser en omregulering av apotekmarkedet får med hensyn til behovet for farmasøytisk kompetanse (master og bachelor).

I utredningens oppdrag inngår det dessuten å analysere og komme med forslag innen følgende områder:

- Hvordan deler av Apoteket ABs virksomhet i dag skal organiseres og finansieres. Det gjelder eksempelvis leveranser av vaksiner, drift av Giftinformasjonssentralen, håndtering av legemidler på lisens og ex tempore-legemidler og dosedispensering.
- Hvordan en gjennomgang av prissettingen på legemidler kan bidra til lavere legemiddelpriser for forbrukerne, og hvilke effekter dette kan ha for refusjonssystemet.
- Hvordan fjernhandel med legemidler skal utformes.
- Om det bør innføres aldersgrense for kjøp av reseptfrie legemidler i detaljhandelen.
- Hvordan kasserte legemidler bør tas hånd om.

Utredningen skal analysere og beskrive hvilke økonomiske konsekvenser omreguleringen får for Apoteket AB. Utredningen skal komme med forslag til nødvendige lovendringer.

EIERSKAP TIL APOTEK

I dag eies alle apotek i Sverige av staten gjennom det statseide selskapet Apoteket AB. Et spørsmål som utredningen skal ta stilling til, er om det bør finnes noen begrensninger med hensyn til hvem som kan eie apotek og derigjennom drive detaljhandel med legemidler til forbruker. De aktørene som bør vurderes særskilt, er selskaper som tilvirker eller markedsfører legemidler, forskrivere av legemidler, grossister og forsikringsselskaper.

Dersom utredningen ut fra et konkurranserettslig perspektiv finner at noen aktører ikke bør eie og drive apotek skal han komme med forslag til lover som gir mulighet for slike begrensninger.

HANDEL MED RESEPTFRIE LEGEMIDLER PÅ ANDRE STEDER ENN APOTEK

Utredningen skal som et trinn 2 i utredningen komme med forslag som muliggjør salg av enkelte reseptfrie legemidler på andre steder enn apotek. Ved slik handel skal det ikke kreves farmasøytisk kompetanse hos eiere, driftsansvarlig eller ansatte på utsalgsstedene. At et legemiddel er reseptfritt innebærer ikke at det er ufarlig. Selv reseptfrie legemidler kan ha både kraftig virkning og bivirkninger. Utredningen skal derfor vurdere og komme med forslag på hvordan salget av disse produktene bør utformes.

Utredningen skal i denne delen analysere relevante spørsmålsstillinger og komme med forslag om bl.a. konsesjoner, tilsyn og innføring av aldersgrense. I denne sammenhengen bør utredningen også vurdere om det bør innføres krav om at visse legemidler skal oppbevares bak disk og selges over disk, og om det bør innføres begrensning på hvor store legemiddelpakninger som skal kunne selges på andre steder enn apotek.

Utredningen skal også vurdere om det finnes grunner til å unnta visse aktører fra muligheten til å tilby reseptfrie legemidler på andre steder enn apotek. De aktørene som særlig bør vurderes, er selskaper som tilvirker eller markedsfører legemidler, forskrivere av legemidler, grossister og forsikringsselskaper. Det kan også finnes grunner til å gjøre unntak fra muligheten til å drive detaljhandel med reseptfrie legemidler for bestemte typer utsalgssteder. Slike grunner kan for eksempel være fare for at legemidler selges i lokaler der det er tillatt å servere alkoholholdige drikkevarer som vin og sterkøl.

Utredningen skal også analysere og komme med forslag om tillatelse til salg av et begrenset utvalg reseptfrie legemidler bør kobles til andre krav, for eksempel at utsalgsstedet også selger næringsmidler i overensstemmelse med gjeldende lovverk.

Utredningen skal også foreslå hvilken myndighet som skal ha ansvaret for listen over de legemidlene som skal kunne selges andre steder enn på apotek.

Når forslagene i denne delen av utredningen utarbeides, skal utredningen også ta hensyn til utredningene Detaljhandel med nikotinlækemiddel (SOU 2006:15) og Detaljhandel med væxtbaserede lækemiddel (SOU 2006:95).

RAPPORT

Rapport for oppdraget med omregulering av apotekmarkedet skal avgis senest 31. desember 2007. Sluttrapport om detaljhandel med reseptfrie legemidler på andre steder enn apotek skal avgis senest 1. april 2008.

(Kilde: Kommittédirektiv Dir. 2006:136 Omregulering av apotekmarkedet. Vedtatt 21. desember 2006)



FUG i Zambia

Inger Johanne Ektvedt, FUG-leder
Kåre Storeheier
Ellen Øyehaug,

Farmasøyter uten grenser Norge (FUG) har allerede gjennomført sitt første oppdrag.

Fasilitator for prosjektet var Kirkens Nødhjelp som har kontor i Lusaka i Zambia og som samarbeider med CHAZ (Church Health Association of Zambia).

Styret i FUG Norge hadde i januar 2006 møte med Kirkens Nødhjelp om mulige samarbeidsprosjekter. Forslag om en Fact Finding Mission i Zambia i samarbeid med CHAZ ble resultatet. CHAZ er en paraplyorganisasjon for misjonssykehus og helsesentre i Zambia, og hensikten med oppdraget var å besøke et utvalg av disse ute i distriktene. Tre erfarne pensjonerte apotekere og tidligere u-landsfarmasøyter var villige til å påta seg jobben uten lønn, men med støtte fra apotekkjeder, legemiddelfirmaer m.fl. til dekning av reise- og oppholdsutgifter. CHAZ og Kirkens Nødhjelp sørget for transporten i Lusaka og utover i distriktene, og Kirkens Nødhjelp stilte kontorfasiliteter i Lusaka til disposisjon for rapportskrivning.

De første dagene i Lusaka ble brukt til å besøke kontorer og institusjoner med relevans til prosjektet. Deretter reiste vi rundt på landsbygda i distriktene sør og nord for Lusaka. Vi besøkte i alt fire sykehus og fem helsesentre, mange ute i bushen. Det ble mye kjøring på humpete veier, men så kom vi også i kontakt med folk på en helt annen måte. Zambierne er et elskverdig folkeslag, og vi ble svært godt mottatt alle steder.

LEGEMIDDELDISTRIBUSJONEN

Opp til 20 prosent av den urbane befolkningen og 13 prosent på landsbygda er rammet av HIV/Aids. Andre vanlige sykdommer er malaria og tuberkulose. I tillegg er lungebetennelse og infeksjoner, brannskader og underernæring hos små barn utbredt. Skriftlige retningslinjer for behandling av mange av disse sykdommene er

LITTERATUR

WWW.CAPLEX.NO
WWW.CHAZ.ORG.ZM
WWW.MOH.GOV.ZM
WHO MODEL LIST on Essential Medicines
WHO Guidelines for Drug donations 1999
Rational Pharmaceutical Management Plus Country Programs Zambia (RPM Plus), 2006



Kåre Storeheier i samtale med CHAZ farmasøytene Mr. Chipupu og Mr. Shadrec på CHAZ medisinaler i Lusaka



Tre glade zambiere ønsker oss velkommen til Siachitema Rural Health Center



Slik kom legemiddeldonasjonene.



På Mpongwe Hospital: Ellen Øyehaug og Inger Johanne Ektvedt i møte med reseptarene Shadrec Malupenga og Gladys Kunka.

utarbeidet og de sykehusene vi besøkte, hadde et eget data-program for å registrere laboratoriefunn og utlevering av anti-retrovirale legemidler (ARV) til HIV-positive.

Helseinstitusjonene under CHAZ-paraplyen utgjør 59 prosent av alle sykehus og helsesentre i Zambia. CHAZ har et medisinaler i Lusaka som distribuerer de viktigste legemidlene til sine institusjoner. Først og fremst ARVs, men også flere andre essensielle legemidler mot tuberkulose, malaria, infeksjoner med mer. Zambia har et stort, statlig eid medisinaler som distribuerer essensielle legemidler til det offentlige helsevesen. Mange små grossister forsyner private apotek.

MANGEL PÅ FARMASØYTER

Det er stor mangel på farmasøyter i Zambia. Et utdanningsprogram ved universitetet ble startet i år 2000 og man håper etter hvert å utdanne 50 nye farmasøyter hvert år. Siden man ikke har plikt-tjeneste, er det dessverre mange som reiser ut av landet til bedre betalte jobber. Betingelsene er også bedre på private apotek. Bare ca 50 med full utdannelse er ansatt innenfor det offentlige helsevesen. Et noe større antall reseptarer, pharmacy technologists, og

FARMASØYTER UTEN GRENSER – FUG

Farmasøyter uten grenser er en del av det internasjonale nettverket Pharmaciens Sans Frontiers (PSF) og ble stiftet under Farmasidagene oktober 2005. FUG arbeider for å fremme god helse for alle uansett økonomi og bosted gjennom å bidra med farmasøytisk kompetanse og ved å sette fokus på utviklingsspørsmål på legemiddelområdet.

Bistand gjennom PSF i form av langsiktige utviklingsprosjekter har som mål å bygge opp systemer for legemiddelforsyning som befolkningen selv kan opprettholde i ettertid. Eksempler på tiltak er etablering av apotek, sykehus og laboratoriefasiliteter, opplæring av lokalt helsepersonell og støtte til lokal legemiddelindustri.

I tillegg drives det nødhjelpsprosjekter i områder som rammes av naturkatastrofer, krig og andre humanitære katastrofer for å bidra til rask og sikker tilgang til nødvendige legemidler og medisinsk utstyr.

ZAMBIA

Zambia ligger midt inne i det sørlige Afrika på en høyslette 1000-1500 moh og preges av småkupert savanne gjennomskåret av Zambezi og dens bielver. Klimaet er subtropisk til tropisk. Økonomien er avhengig av kopperutvinningen i nord i det såkalte Copperbelt. De har mye vannkraft, men svakt utviklet jordbruk som på langt nær dekker befolkningens behov.

Hovedstad: Lusaka. **Folketall:** ca 10,5 millioner. **Middellevialder:** 35 år. **Spebarnsdødelighet:** 99,3 per 1000. **Styreform:** republikk. Det har nettopp vært valg og president Mwanawasa er gjenvalgt.

På våre kjøreturer både nordover og sørover fra Lusaka observerte vi store jordbruksarealer med ris, sukker, tobakk, kaffe og te samt kvegdrift, men det var heller ikke langt mellom stråhyttelandsbyene der folk lever som de alltid har gjort.

apotekteknikere, pharmacy assistants, arbeider på sykehusapotek og helsesentre. Vi møtte nesten bare reseptarer og apotekteknikere på stedene vi besøkte. Som oftest var det apotekteknikerne som helt selvstendig stod for utlevering av medisiner til sykehusposter og pasienter.

HVA FUG KAN BIDRA MED

Vi så klart et forbedringspotensial på området lagring og distribusjon fra det store statlig eide medisinaler. Mange steder var det mangel på de aller viktigste legemidlene, for eksempel malariamidler, samtidig som uaktuelle legemidler fylte opp i hyllene. Det var behov for å kvalitetssikre de interne rutine i sykehusapotekene, spesielt utlevering av legemidler til pasient og håndtering av legemiddeldonasjoner. Vi fant kartonger med ukurante medisiner på nesten alle sykehusene. Disse var sendt direkte til sykehusene av velmenende menigheter i Amerika og Europa og påførte personalet et betydelig merarbeid i forhold til nytteverdien. Ved Mpongwe Hospital i Copperbelt hadde en nederlandsk lege fått gjennomført at gaver skal gis som penger til å kjøpe essensielle legemidler for. Dette er i tråd med WHO's retningslinjer for legemiddeldonasjoner og viser at det nytter å gripe fatt i dette problemet. I vår rapport har vi, i samarbeid med Mr. Chipupu Kandeke, CHAZ, foreslått et opplæringsprogram i kvalitetssikring til internt bruk i zambiske sykehusapotek der norske farmasøyter deltar i samarbeid med en zambisk farmasøyt. En hovedfagsoppave for en norsk og zambisk farmasistudent kan dreie seg om legemiddeldonasjoner. Det er nok oppgaver å ta fatt i!

FREMTIDIGE PROSJEKTER

Dette prosjektet var mulig å gjennomføre på grunn av villig støtte fra flere hold. Ikke minst var samarbeidet med Kirkens Nødhjelp og CHAZ avgjørende. Vi håper nå at anbefalingene i vår rapport fører til et videre samarbeid. FUG har registrert stor interesse for internasjonalt arbeid blant farmasøyter og studenter som har lyst til å gjøre en innsats i et utviklingsland, så mulighetene for å rekruttere personell til nye oppdrag skulle være tilstede. Men FUG er en ung organisasjon som må bli mer slagkraftig. Det er ennå uvisst hvordan fremtidige prosjekter kan finansieres. Vi oppfordrer derfor alle interesserte farmasøyter til å melde seg inn og håper på fortsatt støtte fra apotekkjeder og legemiddelfirmaer. Mer informasjon om oss finnes på vår hjemmeside www.fugnorge.no.



Kursinformasjon / Kurspåmelding

Legemiddelområdet – regulert fra a til å

Oslo, torsdag 29. mars 2007

Mål med kurset

Øke forståelsen for hva som skiller legemidler fra andre varegrupper, hvordan legemiddelmarkedet er regulert og hvorfor det er regulert slik.

Målgrupper

Helsejournalister i dags- og ukepresse, politikere med spesiell interesse for helse og legemidler, administrativt personell i helsevesenet, legemiddelbransjens organisasjoner, apotekansatte, kjedeansatte i apotekbransjen og i andre bransjer som selger legemidler, aktører innen helsekost og alternativ medisin, forskningsmiljøer innen helseøkonomi, pasientorganisasjoner og andre som er spesielt interessert i legemidler.

Tid og sted

Torsdag 29. mars Kl. 10.00 - 16.00 i Oslo
(Det blir gitt skriftlig beskjed om kurssted etter at påmeldingsfristen er utløpt.)

Kursavgift

NOK 2.900, inklusive lunsj og forfriskninger.

Kursinnhold

- Hvordan blir et legemiddel til - forskning og utprøving
- Norge og EU - hva skal til for å få godkjent et legemiddel?
- Omsetning av legemidler - forsyningskjeden
- Utviklingstrekk i legemiddelforbruket - hva venter vi i fremtiden?
- Legemiddeløkonomi - priser, refusjon
- Generiske legemidler og generisk bytte
- Ingen virkning uten bivirkning
- "Legemiddellignende" produkter - virkning og bivirkninger
- Legemiddelinformasjon - hvem skal vi høre på?
- Spørsmål og debatt

Foredragsholdere: Fagpersoner fra Statens legemiddelverk

For bestillings- og betalingsbetingelser, se

- Internett: www.apotek.no / Opplæringsvirksomheten
- Apotekforeningens intranett under opplæringsstilbud for apotekteknikere.

Påmeldingen sendes: Apotekforeningen, telefaks 22 60 81 73

Påmeldingen er bindende når den er sendt til Apotekforeningen

Deltakers navn

Deltakers arbeidssted og telefon

Deltakers e-postadresse

Faktura sendes til