

norges  
**Apotekerforenings**  
tidsskrift

114. ÅRG.

**4**

1. DESEMBER 2006

1881  
2006

Hovedtema:  
**Sykehusfarmasi**

side

- 168 **Godt bevart hemmelighet**
- 170 **Vil ha overskuddet selv**
- 172 **Et nyttig trekantforhold**
- 174 **Sykehusfarmasi i Norge**
- 180 **Legemidler til barn**
- 182 **Størst omsetningsvekst**
- 184 **Jubileum og markedsføring**
- 188 **Spesialisthelsetjenestefarmasien**

125 år





# Er du opptatt av SIKKERHET?



## ACCU-CHEK® Compact Plus

Eneste alternativ med  
blodsukkerapparat, teststrimler  
og blodprøvetaker i ett



## ACCU-CHEK® Smart Pix

Viser raskt informasjon om blod-  
sukker og insulin i letteste grafer



## ACCU-CHEK® Aviva

Med sikkerhetssystemet  
som tenker for deg



www.accu-chek.no  
Roche Diagnostics Norge AS, Postboks 6610 Etterstad, 0607 OSLO  
Tlf: 23 37 33 00, no.accuchek@roche.com

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

leder

trygve.fjeldstad@apotek.no  
redaktør



Apotekforeningen

**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

**Annonsør**  
Media Team AS  
tore@media-team.no  
Telefon 22 09 69 10  
Telefaks 22 09 69 39

**Design/produksjon** HUSET  
kommunikasjon & design AS

**3865/1206/2.000**  
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 17. november 2006

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

ISSN- nummer 0802-8400

## I en seng på hospitalet...

Norske sykehusapotek feirer  
150 år i år. Jubileet har vært  
markert både lokalt og nasjo-  
nalt. Selve jubileumsdagen er  
4. desember. Da utgis boken  
«Sykehusapotek i 150 år –  
fordi trygghet er avgjø-  
rende».

Sykehusapotekene og  
sykehusfarmasien i Norge  
har hatt en trang fødsel.  
Vedtak om opprettelse av  
nye apotek har vært vanske-  
lig å få frem. Takket være  
idealister og ildsjeler har vi  
likevel i dag et livskraftig  
nettverk av sykehusapotek  
som dekker alle deler av  
landet. Sykehusapotekene  
har vært rosende omtalt som  
faglige spydspisser, de har  
blitt både uglesett og motar-  
beidet, alt avhengig av hvem  
som har uttalt seg. I dag er  
sykehusapotekene offentlig  
eid via statlige helseforetak,  
en modell som heller ikke er  
frittatt for kritiske blikk.

Sykehusfarmasi er hoved-  
tema i denne utgaven av  
NAT.

Etikk – men ikke nå, takk!  
Det var en av overskriftene i  
en herværende avis forleden.  
En rekke bedriftsledere var  
blitt intervjuet om sitt forhold  
til etikk i arbeidslivet. Viktig,  
sa de alle sammen, men  
tiden er ikke inne akkurat nå  
til å gripe fatt i det og gjøre  
noe konkret med det her  
hos oss.

Men farmasøytene har  
gjort noe med det. Etikk var  
hovedtema på årets Farmasi-  
dager i slutten av oktober.  
Under overskriften «Etikken  
i butikken» ble etiske forhold  
innen forskjellige deler av  
farmasien belyst.

– Tørt, men viktig stoff,  
sier sykehusapoteker Liv  
Unni Naalsund om etikk-  
undervisning i et intervju  
i denne utgaven av NAT.

Kanskje det, men det la  
ingen demper på stemningen  
på Farmasidagene. Det var  
gledelig å se at deltakelsen  
både blant deltakere og  
utstillere var rekordstor.  
Og honnør til Norsk  
Farmaceutisk Selskap for å  
løfte frem et tema som sta-  
dig blir viktigere innen alle  
deler av samfunnet. Det er  
for de fleste en selvfølge at  
yrkesutøvelsen vår skal være  
lovlig, men hvordan sikrer  
vi at den også blir etisk  
forsvarlig?

Neste utgave av NAT  
kommer 1. mars 2007.  
Da skal vi se nærmere på  
systematisk legemiddel-  
administrasjon, også kalt  
Medicines Management.

NAT benytter anledningen  
til å ønske sine lesere og  
annonsører en riktig god jul  
og på gjensyn i det nye året!

## innhold

- 167 Leder
- 168 Sykehusapotekene – en godt bevart  
hemmelighet
- 170 Vil ha apotekoverskuddet selv
- 172 Et nyttig trekantforhold
- 174 Sykehusfarmasi i Norge
- 175 Bruk av statistikk og analyse
- 176 AHUS
- 177 Klinisk farmasi på fremmarsj
- 178 Legemiddelinnkjøpsamarbeid – LIS
- 180 Produksjon av legemidler til barn
- 182 Størst omsetningsvekst i sykehus-  
apotek
- 184 Markedsføring av sykehusapotek
- 188 Apotekforeningens politikk for  
spesialisthelsetjenestefarmasien
- 190 Spesialisthelsetjenestefarmasi  
– en kommentar
- 192 Aktuell kommentar
- 193 Indeks 2006
- 197 HSH: Tilretteleggingsplikt når  
arbeidstaker er gravid
- 198 Kan ha fem «bandasjistapotek» om et år
- 201 Vil ikke bli kjedeapotek
- 203 Nytt om navn
- 203 Nytt om Apotek
- 203 Kalender
- 204 Farmasidagene 2006: Etikken i butikken
- 208 Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse  
– tema for Strømvalget?
- 210 Apotekhverdagen før og etter  
apotekloven 2001
- 214 FIP i Brasil: Innovations in patient care
- 220 Apotekerleilighet på Maihaugen
- 222 Leserbrev: e-handel med legemidler
- 222 Minneord Harald Kristiansen
- 223 Minneord Nippe Strandqvist



# Sykehusapotekene – en godt bevart hemmelighet

Bjørn Kvaal  
frilansjournalist

Helse Østs administrerende direktør Bente Mikkelsen har full tillit til de 19 sykehusapotekene hun eier. Problemet er at de lokale sykehusdirektørene ikke vet alt om hva farmasøytene kan gjøre for sykehusene og pasientene.



Foto: Helse Øst RHF

– Sykehusapotekene driver i dag svært framfremtrettet. Andre sektorer i helsevesenet har mye å lære av deres organisering av arbeidet. Men sykehusene har generelt vært for lite flinke til å dra veksler på andre yrkesgrupper, mener Helse Østs administrerende direktør Bente Mikkelsen.

Mikkelsen betegner sykehusapotekene som en godt bevart hemmelighet. Når direktørene ved sykehusene i RHF'ene Helse Øst og Helse Sør blir informert av direktør Per T. Lund i Sykehusapotekene ANS om hva sykehusapotekene kan gjøre for sykehusene blir de både imponert og overrasket, mener Mikkelsen.

– Tilbakemeldinger fra eiermøter, styrekontakt og sykehusdirektørmøter er imidlertid veldig positive. Sykehusapotekene leverer som forventet, sier Mikkelsen.

Om hvem som har ansvaret for at sykehusdirektørene ikke tar i bruk kompetansen ved sykehusapotekene i enda større grad, sier hun:

– Som eier kan Helse Øst RHF legge inn eierkrav og bli tydeligere på hva vi ønsker fra Sykehusapotekene ANS, sier Mikkelsen.

## SYNLIGGJØR KOMPETANSEN

Hun legger til at Sykehusapotekene ANS må bli enda flinkere til å forklare sykehusledelsene hva de gjør og hvordan de gjør det.

Ett eksempel er hvordan prissettingen av legemidler skjer og hvordan innkjøpsordningene fungerer.

– Dette er ting sykehusdirektørene synes er komplisert. Det er viktig at de både ser og forstår fortrinnene

Sykehusapotekene har. Sykehusapotekene har spart sykehusene for anslagsvis tre milliarder kroner i legemiddelkostnader de ti siste årene gjennom innkjøpsordningen LIS. Og mer skal vi som eiere legge til rette for at det blir, i samarbeide med sykehusenes legemiddelkomiteer. I tillegg til økonomiske resultater, er det veldig viktig at også kompetansen blir synlig, sier Mikkelsen.

Sykehusapotekene skal produsere legemidler som ikke kan skaffes på andre måter, til for eksempel barn og pasienter med spesielle behov. Dette gjør det mulig for sykehusene å kunne skrive ut pasienter tidligere for hjemmebehandling. I tillegg er Mikkelsen opptatt av den beredskapsmessige tryggheten dette gir.

Sykehusapotekene skal også sørge for god kontakt med utskrevne pasienter. Dette skal forebygge legemiddelrelaterte feil eller avbrudd i behandlingen. Det er viktig i arbeidet med å forhindre at kanskje hver tiende pasient som legges inn på indremedisinske avdelinger, innlegges på grunn av feil legemiddelbruk.

Mikkelsen mener sykehusene bør bruke farmasøytene mer aktivt.

– Slikt arbeid bør prioriteres høyere der det er god driftsøkonomi å satse på dette, sier Mikkelsen.

## RIKTIG EIER-STRUKTUR

Mikkelsen er enig i beslutningen om at de regionale helseforetakene skal eie Sykehusapotekene ANS.

– Nå ble ikke det bestemt av oss, men jeg er enig i at dette var en riktig beslutning. Sykehusapotekene har en kompetanse som vi ellers måtte ha skaffet. Jeg tror dagens organisering er effektiv og gir god utnyttelse. Og så tror jeg 150 år med sykehusapotek

viser at de har en viktig rolle i helsevesenet, sier Mikkelsen. Hun er ikke enig med sykehusdirektør Knut Schrøder i Tromsø som vil ha svar på om det kan lønne seg å legge sykehusapotekene rett inn under sykehusene – blant annet for å se om det kan bli billigere og redusere millionoverskuddene til sykehusapotekene.

– Som eier tar vi vår del av overskuddene. Jeg tror også at det farmasifaglige samarbeidet må foregå på tvers av sykehusene, sier Mikkelsen.

Hennes opplevelse er at de sykehusdirektørene som har egne sykehusapotek, har en bekymring mindre i forhold til forsyning og rådgivning på legemiddelområdet.

Mikkelsen sier at sykehusapotekenes oppgaver rundt lagerhold, prosjekter rundt eldre og legemidler og «pilletrillemaskin» på Ahus og rådgivning av pasienter og helsepersonell ville vært for dyrt for helseforetakene og sykehusene å bygge opp selv.

– Jeg mener også at kompetansen sykehusapotekene har vil være tungvint for Helseforetakene å få på plass selv, sier Mikkelsen.

Bente Mikkelsen tror ikke private eiere av sykehusapotek kunne gjort jobben særlig mer effektivt.

– Vi er opptatt av rasjonalisering. På innkjøp av legemidler kan det være mer å hente, men det er verdt å merke seg at vi holder kostnadene ganske stabile, i forhold til legemiddelutgiftene til det øvrige helsevesenet. Kompetansen til farmasøytene kan utnyttes enda bedre, og vi må hele tiden ha en diskusjon om sykehusapotekenes egenproduksjon er riktig når det gjelder sortiment og volum. Lykkes alt dette, har sykehusapotekene slik de er organisert i dag en sentral rolle også i 2025, sier administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Øst RHF.

## FAKTA

- Det første sykehusapoteket ble etablert i Norge for 150 år siden.
- De regionale helseforetakene Helse Øst og Helse Sør eier Sykehusapotekene ANS.
- Sykehusapotekene ANS består av 19 sykehusapotek.
- De har 550 ansatte og omsatte i 2005 for 1,7 milliard kroner

## DETTE ER VIKTIG FOR SYKEHUSEIERNE

For de regionale helseforetakene som eier av Sykehusapotekene ANS, er dette viktig:

- Sykehusapotekene skal fortsatt bidra til reduserte legemiddelutgifter gjennom arbeidet med LIS og det nasjonale innkjøpsamarbeidet mellom sykehusapotekene.
- Sykehusapotekene skal være sykehusenes verktøy for å ha en sikker og rasjonell legemiddelbehandling av pasientene.
- Sykehusapotekene skal produsere legemidler som ikke kan skaffes på andre måter, til for eksempel barn og pasienter med særskilt behov.
- Sykehusapotekene skal sørge for god kontakt med den utskrevne pasient for å forhindre at det oppstår legemiddelrelaterte feil eller avbrudd i behandlingen.

– For å få til dette må det være et tett, omfattende og gjensidig forpliktende samarbeid mellom sykehusene og sykehusapotekene. For å nå målene, er felles eierskap mellom sykehusapotek og sykehus en forutsetning, mener administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Øst RHF.



# Vil ha apotekoverskuddet selv



Bjørn Kvaal  
frilansjournalist

– Jeg vil vite om sykehusapotekene drives så lønnsomt som overhode mulig, eller om det blir billigere å legge dem inn under sykehusene, sier direktør Knut Schrøder ved Universitetssykehuset i Tromsø. Her sammen med sykehusapoteker Liv Unni Naalsund, som forsvarer sitt millionoverskudd.

Knut Schrøder skal spare 150 millioner kroner ved sykehuset i Tromsø og behandle ti prosent flere pasienter. Da synes han det er irriterende å kjøpe medisiner av Sykehusapoteket som sitter igjen med millionoverskudd.

– Jeg vet ikke om vi kunne ha drevet farmasøytisk tilsyn og håndtering av legemidler billigere, men jeg synes det er på tide å få evaluert hele ordningen med apotekforetak. Hvis vi kan gjøre det rimeligere ved at apoteket blir en avdeling av sykehuset, så må vi få greie på det.

## VIL HA OVERSKUDDET SELV

Direktør Schrøder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø kikker over brilleglassene:

– Apoteket er opptatt av sitt, akkurat som vi er. Deres mål er å selge flest mulig tjenester til oss. I praksis vil det si langt flere tjenester og varer enn vi har råd til. Deres økonomiske overskudd kommer blant annet fra oss. Dette overskuddet burde heller vært satt i system hos oss og bidratt til billigere og bedre tjenester, det vil i praksis si behandling av flere pasienter og mindre underskudd.

Nå i desember 2006 er det fem år siden Sykehusapoteket Nord HF ble etablert.

## VIL IKKE HA PRIVATE EIERE

Samtidig som Schrøder vil ha en evaluering av dagens sykehusapotek, ønsker han ikke private eiere av sykehusapotekene.

– Da vil den kommersielle motivasjonen bli enda sterkere. Derfor er det bra at apotekene har offentlig eierskap, sier han UNN i Tromsø kjøper omtrent alle sine legemidler og apotektenester fra Sykehusapoteket Nord, som ligger rett innenfor den travle hovedinngangen ved sykehuset.

Kun unntaksvis lager sykehuset medisiner selv. Dette kan skje i helgene hvis det kommer inn kreftpasienter eller pasientene med skader og smerter som gjør at behandling med legemidler som ikke er hyllevarer, må starte umiddelbart. Da har sykehusapotekansatte bakvakt og kan hjelpe til ved behov.

## FIRKANTEDE FARMASØYTER

Sykehusapoteket har egen personalsjef og økonomisjef, mens apotekets regnskap føres hos UNN.

– Kunne disse to sjefsstillingene vært lagt inn i UNN og utført som støttetjenester av oss? Kjøper vi legemidler dyrere enn nødvendig, når det skal gå gjennom Sykehusapoteket? Det er godt mulig jeg tar feil og at dagens modell er den rimeligste for oss. Poenget er at det vet vi ikke. Derfor burde dagens ordning med sykehusapotek hos oss og hos andre sykehus vært evaluert, mener Schrøder.

Han legger til at det er kort veg mellom hans kontor og sykehusapoteker Liv Unni Naalsund. Tonen er uformell, men Schrøder sier at farmasøytene er like firkantede som mye annet helsepersonell.

– Men kanskje må det være slik, legger han til.

## FORNØYD MED TILSYN

Schrøder er fornøyd med det farmasøytiske tilsynet ansatte ved sykehusapoteket utfører på sykehuset.

– Men tidligere hadde vi egne farmasøyter som utførte dette. Nå skal apoteket selge oss slike tjenester. For meg blir det feil

å kjøpe noe til en pris som bidrar til millionoverskudd hos en samarbeidspartner, sier Schrøder.

Han setter ikke spørsmålstejn ved det faglige arbeidet sykehusapotekets ansatte utfører.

– De er et serviceorgan for oss. Når vi hører om et gult superpreparat i USA og våre leger lurer på om dette kan være noe for oss, skal de hjelpe oss med kliniske forsøk for å avklart dette. Vi vet også at blant annet de kliniske farmasøytene gjør et godt og viktig arbeid i prosjektene de har deltatt i ute på noen av avdelingene, sier Schrøder.

## Opp 59 prosent

Legemiddelregningen til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø spretter i været:

2002: 63,8 mill. kr.  
2003: 74,9 mill. kr. (+ 17,5 prosent)  
2004: 84,7 mill. kr. (+ 13,1 prosent)  
2005: 101,5 mill. kr. (19,9 prosent)  
2006: 84,9 mill. kr. (til og med september, + 13,9 prosent i forhold til september 2005)

Økningen fra 2002 til 2005 var 59 prosent.

(Kilde: UNN)

## – Såpass overskudd må vi ha

– Et driftsresultat på én prosent av omsetningen synes jeg er et greit tall. Noe overskudd bør vi ha når vi skal fornye inventar og produksjonsutstyr.

Det sier direktør Liv Unni Naalsund ved Sykehusapotek Nord HF. Hun lar seg ikke hisse opp av sykehusdirektør Knut Schrøders påstand om at det kan være nyttig å evaluere fem års drift av sykehusapoteket for å se om det er mulig å gjøre apotekets tjenester og varer til sykehuset rimeligere.

## – VI TREFFER BRA

Sykehusapoteket i Tromsø hadde 13,5 millioner kroner i egenkapital i 2005, mot 9,7 millioner i 2004.

Overskuddet var 3,5 millioner kroner i 2005. 1,5 million av dette kommer fra reduserte pensjonskostnader.

– Jeg synes det er godt gjort å treffe så bra, når styret har bedt oss om å komme nærmest mulig null på plussida i overskudd. Vi gjorde ingen investeringer i fjor, og vi må snart fornye produksjonsutstyret. Vi betaler lønna til tre av våre farmasøyter som driver klinisk farmasi tilsvarende 2,5 årsverk på sykehusets avdelinger. Sykehuset har ikke betalingsvilje til dette. Klinisk farmasi blir vårt forskningsarbeid. Vi betaler også et halvt årsverk for en apotektekniker som fyller opp medisinalagrene til tre sykehusavdelinger, sier Naalsund.

## MER TILFREDSE PASIENTER

Noen av erfaringene med klinisk farmasi er evaluert av farmasistudent Anne-Lise Reiersen med Naalsund som veileder. 480 pasienter på revmatologisk avdeling på fire

sykehus ble spurt, halvparten svarte, i en masteroppgave om hvor fornøyd man var med rådgivning om legemiddelbruk:

- De som hadde fått legemiddelinformasjon fra helsepersonell bortsett fra farmasøyt: 40 prosent.
- De som hadde fått legemiddelinformasjon fra helsepersonell inkludert farmasøyt: 70 prosent.

Undersøkelsen ble presentert på europeisk konferansen om klinisk farmasi i Wien i oktober.

– Slik dokumentasjon er nyttig hvis vårt arbeid blir etterpøvd, sier Naalsund.

## VIL DELE PÅ OVERSKUDDET

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø vil i 2007 få tilbakebetalt deler av overskuddet ved Sykehusapoteket i 2006. I år ble det tilbakeført 500.000 kroner til UNN og like mye til Nordlandssykehuset i Bodø fra overskuddet i 2005. Overføring for 2006 er klart når regnskapet er gjort opp.

– De kostnadene Schrøder mener vi har til økonomisjef og personalsjef, må vi ha. Omsetning på 210 millioner kroner og 80 ansatte krever et minimum av administrasjon, selv om sykehuset fører regnskapet vårt. Jeg mener det blir det samme om disse har apoteket eller UNN som arbeidsgiver, men for oss er det viktig å ha plasseringsmessig nærhet, sier Naalsund.



– Sykehusdirektør Knut Schrøder sitter i glasshus, når han setter spørsmålstejn ved størrelsen på sykehusapotekets administrasjon. Sammenlign oss med hvor mange folk han har i sine støttefunksjoner, sier personal- og organisasjonssjef Nina Sjøvoll (til høyre) ved Sykehusapoteket i Tromsø. Til venstre sykehusapoteker Liv Unni Naalsund.

Hun mener blant annet organisering og opplæring av mellomledere, rapportering og datautstyr gjør at noe administrasjon er nødvendig.

– Eneste forskjell hvis sykehuset skulle ha utført dette er at disse støttefunksjonene ville ha sittet lengre unna oss. Arbeidet må uansett utføres, sier Naalsund.

## LÅNER UT SJEFER

Hun låner ut personal- og organisasjonssjef Nina Sjøvoll og økonomisjef Helge Pettersen når apoteket har mulighet til det. For eksempel deltar Sjøvoll i lederopplæring i Helse Nord, mens Pettersen nå jobber med oppsplitting og ny organisering av sykehusene i Stokmarknes, Harstad og Narvik.





*I fjor startet sykehusapotekene i Norge et nytt prosjekt der målet er å gjøre varene i publikumsavdelingen rimeligere. Fra venstre farmasøyt Sara El-Gewely og apotekteknikerne Marie Vrålstad og Kirsten Lunde ved Sykehusapoteket i Tromsø.*

## Et nyttig trekantforhold

**Bjørn Kvaal**  
frilansjournalist

Sykehusapoteket i Tromsø er ikke helt som andre sykehusapotek. Et nyttig trekantforhold består av farmasiutdanningen ved Universitetet i Tromsø, universitetssykehuset og sykehusapoteket.

Mens apoteket leier lokaler inne på sykehuset, har farmasi-studentene sine forelesninger to minutters gange fra apoteket.

### FORELESER FOR STUDENTENE

Etter fem måneders sykefravær på grunn av behandling for kreft, er sykehusapoteker Liv Unni Naalsund nå friskmeldt og tilbake på jobb. Dag to på jobb etter behandlingsperioden kommer hun denne morgenen rett fra forelesning med farmasi-studenter. I to timer har hun pratet etikk.

– Tørt, men viktig stoff, sier hun.

Naalsund har 20 prosent stilling ved farmasøytutdanningen ved Universitetet i Tromsø. Første kull herfra ble utdannet i 1999. I dag tas det inn 35 studenter årlig.

Sykehusapoteket og sykehuset i Tromsø har ofte besøk av farmasi-studenter, i tillegg til de planlagte praksisperiodene. Særlig de kliniske farmasøytene ved apoteket fotfølges ofte av studenter.

– Veldig positivt, sier Naalsund om dette samarbeidet.  
– Studenter, farmasøyter og annet helsepersonell samarbeider godt, og vi tilfører hverandre erfaring og kunnskap som er viktig i pasientarbeidet. Jeg tror dette også bidrar til at vi fornyer oss.

### OFFENTLIG EIERSKAP

Naalsund mener dagens offentlige eierskap fungerer bra, selv om nasjonalt eierskap og sykehuseierskap er diskutert.

– Jeg synes vi får til det beste ut fra mange mulige modeller. Jeg deltar på ledermøtene i Helse Nord sammen med sykehusdirektørene, apoteket har innkjøpsavtaler (LIS) som sykehusapotekene har forhandlet fram og apoteket har faglig samarbeid med andre sykehusapotek på tvers av helseregionene. Hvis sykehusene skal eie oss, frykter jeg at dagens samarbeid for landets 31 sykehusapotek på tvers av sykehusene vil bli dårligere. Faren er at sykehusledelsen ikke vil se denne nytten og heller betrakte oss som én av mange sykehusavdelinger, sier Naalsund.

### SKAL KUTTE PRISENE

I 2005 startet sykehusapotekene et nytt prosjekt, kalt SIS. Her er målet å få til bedre innkjøpsavtaler på varer i selvvalgs-hyllene i publikumsavdelingene på sykehusapotekene.

Et annet prosjekt er Pasienten i fokus (PIF). 80 prosent av sykehusapotekenes tjenester skal være rettet mot eierne. Hvis ikke kan sykehusapotekene bli konkurranseutsatt. PIF skal definere apotekenes tjenester nærmere.

– Vi leter etter vår nisje. PIF skal klargjøre vårt arbeid overfor sykehusene, sier Naalsund.

### Savner tilsyn

Sykehusapoteker Liv Unni Naalsund kunne tenkt seg at produksjonen ved apoteket ble kikket i kortene.

– Jeg har ikke mistanke om at vi gjør noe feil, men du trenger ikke være dårlig for å gjøre ting bedre, sier hun.

Naalsund vil fornye produksjonsutstyret i apoteket, men venter på nye krav til slikt utstyr fra Legemiddelverket.

– De startet tilsyn med apotekproduksjonen, men så stan-set det opp. Vi har ikke hatt tilsyn etter 15 års drift. Det er langt fra Oslo til Tromsø, kanskje. Uansett ønsker jeg mer visshet om produksjonen i apoteket, sier Naalsund.

### Produksjonen trappes opp

- Sykehusapotek Nord består av apotekene ved sykehusene i Bodø og Tromsø og farmasøytisk avdeling ved sykehuset i Harstad.
- Total 80 ansatte.
- Omsetningen økte fra 189 millioner kroner i 2004 til 210 millioner kroner i 2005.
- Omsetningen fordeler seg på to tredjedeler i Tromsø og en tredjedel i Bodø
- Driftsresultatet i 2004 var 2,5 millioner kroner, mot 3,5 millioner i 2005.
- Det ble produsert 26103 enheter i 2005 mot 22420 i 2004 (+ 16,4 prosent). Antall cytostatika-kurer var 5526 i fjor, og vil bli rundt 7000 i år.



*Ledende apotektekniker Karen Jensen (til venstre) og farmasøyt Camilla Hauge, leder for produksjonsavdelingen ved Sykehusapoteket i Tromsø produserer som aldri før. De og kollegene økte antall enheter med over 16 prosent i fjor.*



# Sykehusfarmasi i Norge

Gjennom «Sykehusreformen» i 2002 hvor staten overtok eierskapet til sykehusene, overtok også staten eierskapet til sykehusapotekene. Sykehusapotekene ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten og 29 av de 31 sykehusapotekene eies nå av de fem regionale helseforetakene.

**Gunn Fredriksen**  
Sykehusapotekene  
Midt-Norge HF

Sykehusapotekene er regionalt organisert ved etablering av fire sykehusapotekforetak: Sykehusapoteket Nord, Sykehusapotekene i Midt-Norge, Apotekene Vest og ett ansvarlig selskap i det Helse Sør og Helse Øst har etablert et felles sykehusapotekselskap - Sykehusapotekene ANS.

## OMSETNING

Legemiddelutgiftene i Norge er blitt doblet i løpet av de siste 10 årene. Apotekene i Norge solgte i 2005 legemidler for 15,6 milliarder kroner. Sykehusapotekene i Norge solgte i 2005 legemidler for til sammen 2,6 milliarder kroner.

## OPPGAVER

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet og helse-regionene har valgt å ha egne sykehusapotek, med ansvar for legemiddelinnkjøp, legemiddelforsyning og legemiddelbruk i helseregionene. Sykehusapotekenes hovedoppgaver er:

- Være en leverandør av de legemidler og apotekvarer som helseforetakene i regionen bestiller
- Drive detaljsalg av legemidler til sykehusenes brukere og ansatte
- Produksjon av legemidler som vanskelig kan anskaffes som farmasøytisk spesialpreparat
- Yte farmasøytiske tjenester for å fremme faglig og økonomisk rasjonell legemiddelbruk, herunder informasjon og rådgivning til helsepersonell og pasienter
- Samordne sykehusapotekene i regionen slik at helseforetakene kan yte kostnadseffektive tjenester av høy kvalitet
- Kunne bidra med kompetanse og produksjonsfasiliteter ved beredskapsproduksjon av legemidler til den samlede helsetjenesten samt opprettholde et beredskapslager av legemidler.

## RIKTIG LEGEMIDDELBRUK

Sykehusapotekenes hovedmål er Riktig legemiddelbruk og sykehusapotekenes viktigste kunder er helseforetakene og deres utskrevne pasienter. Denne målsettingen og kunde-prioriteringen skal ligge til grunn for sykehusapotekenes aktiviteter.

Sykehusapotekenes hovedmål om Riktig legemiddelbruk gjelder både for den inneliggende pasienten og for pasienten i forbindelse med utskriving fra sykehuset. Sykehusapotekene søker å nå målet om riktig legemiddelbruk gjennom et nært samarbeid med sykehusene. Vi samarbeider med sykehusene for å redusere legemiddelkostnadene, effektivisere legemiddeldistribusjonen og for å bedre legemiddelbruken. Dette arbeidet foregår i tverrfaglig samarbeid i kundemøter med sykehusene og i legemiddelkomiteene i sykehusene.

Utskrevne pasienter fra sykehuset har ofte kompliserte og sammensatte behov som sykehusapotekene skal tilfredsstillere. Utviklingen i helsevesenet med kortere liggetid på sykehusene, økt poliklinisk behandling, mer hjemmebehandling, mer avansert behandling av pasienter i kommunehelsetjenesten og økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, vil bidra til at behovet til den utskrevne pasienten i fremtiden vil bli enda mer spesialisert. Sykehusapotekene må tilpasse seg dette fremtidsbildet.

## LEGEMIDDELKOMITEER

De fleste sykehusene har tverrfaglige legemiddelkomiteer som arbeider for å bedre kvaliteten på legemiddelhåndtering og legemiddelbruk i sykehusene. Sykehusfarmasøytene er ofte pådriverne i legemiddelkomiteene. Legemiddelkomiteenes oppgaver er:

- legemiddelinnkjøp (LIS)
- legemiddelforbruk
- terapeutiske anbefalinger
- overvåking av sykehusets legemiddelkostnader ved bruk av statistikk
- bedring av logistikk-systemer ved hjelp av bedre elektroniske og teknologiske løsninger

Legemiddelkomiteene på sykehusene trenger informasjon om kostnader, tendenser og avvik som støtte for sine legemiddelrelaterte vedtak. Bruk av statistikk for å overvåke sykehusets legemiddelbruk og -kostnader er en viktig oppgave for sykehusapotekene. Myndighetene har pålagt sykehusene å følge forbruket av antibiotika på sykehus med tanke på resistens og det omkringliggende miljøet. Sykehusfarmasøytene samarbeider med legene på sykehuset på dette området.

## INNKJØP AV LEGEMIDLER

Sykehusapotekene i Norge har i dag grossistavtale med NMD og har et felles innkjøpssamarbeid LIS (Legemiddelinnkjøpssamarbeid) som på vegne av sykehusene anbuds-

utsetter både grossisttjenesten og innkjøp av legemidler fra produsentene. Innkjøpsavtaler gjennom LIS gir store rabatter på legemidler til sykehusene, i 2005 totalt 400 millioner kroner.

## APOTEKSTYRT LEGEMIDDELLAGER

Ved flere sykehus er sykehusapoteket ansvarlig for legemiddellageret ute på sengepostene. Dette innebærer at sykehusapoteket til enhver tid har oversikt over legemiddellagrene på sengepostene. Prøveprosjekter viser at denne ordningen gir både bedre kvalitet og bedre økonomi for sengepostene.

## KLINISK FARMASI

I Norge er vi i gang med å utvikle klinisk farmasi og andre pasientrettede tjenester, og ved flere sykehus er nå farmasøytene en del av det terapeutiske teamet på sengepostene.

## LEGEMIDDELPRODUKSJON

Sykehusapotekene har mange pasienter, både innlagte og utskrevne, med spesielle legemiddelbehov og det er derfor fortsatt nødvendig for sykehusapotekene å produsere en god del legemidler. De strenge produksjons- og kvalitetskravene

til legemidler gjør det kostbart å produsere legemidler på apotek, og produksjon er derfor blitt mer og mer sentralisert. Sykehusapotekene samarbeider om sterilproduksjon av legemidler og fire av de store sykehusapotekene produserer sterile legemidler på nasjonalt nivå som en del av Serviceproduksjonsordningen.

Alle sykehusapotekene produserer i dag legemidler tilpasset den enkelte pasient, som for eksempel cytostatika, antibiotika, parenteral ernæring og smerteblandinger. De fleste sykehusapotekene produserer også miksturer, stikkpiller, kapsler og kremer.

Sykehusapotekene gjør det mulig for pasienter å bo hjemme ved å sørge for eksempelvis produksjon av smerte- og antibiotikapumper og ernæringsløsninger til hjemmebruk. Noen sykehusapotek har avtaler om produksjon av metadonmikstur til legemiddelassistert behandling av opiatmisbrukere – LAR.

Men de høye kostnadene gjør at produksjonen er under evaluering og sykehusapotekene vurderer hvordan produksjonen skal organiseres for å gjøre den sykehusapotekbaserte legemiddelproduksjonen så kostnadseffektiv som mulig.

## Bruk av statistikk og analyse ved legemiddelsalg på norske sykehus

**Astrid Johnsen**  
Sykehusapotekene  
ANS

Direktørene ved norske sykehus er opptatt av kostnadene knyttet til legemiddelbehandling. Den voksende andelen eldre i befolkningen vil resultere i økt legemiddelbruk. Nye legemidler

har høyere kostnader, og helsevesenet må håndtere de økonomiske konsekvensene.

Norske sykehusfarmasøytene ønsker en aktiv rolle innen legemiddeløkonomi for å kunne bedre sine tjenester overfor sykehusene, og for å kunne bidra til den nasjonale målsettingen om optimal legemiddelbruk.

Vi har derfor behov for et grunnlag for å kunne gi råd. Vi har behov for å få frem nasjonal statistikk for legemiddelsalg og å øke bruken av analytisk kompetanse innen sykehusapotekene.

Dagens løsninger tilfredsstillere mer eller mindre de lokale behovene for opplysninger om legemiddelsalg fra ett sykehusapotek til ett sykehus, men sykehusfarmasøytene bruker mye ressurser på å få frem forståelige rapporter. Det er heller ikke mulig å raskt finne salgstall for å kunne sammenligne innen en helseregion eller over hele landet.

I 2005 bestemte de administrerende direktørene for de fire sykehusapotekforetakene å investere i utviklingen av et nasjonalt system for statistikk og analyse av legemiddelsalg til sykehus basert på tre nivåer: lokalt, regionalt og nasjonalt.

Målet med prosjektet er å:

- gi bedre grunnlag for beslutninger
- gi oversikt over endringer i legemiddelbehandling
- gi oversikt over bruken av nye legemidler
- studere bruken av antibiotika på alle nivåer

Legemiddelkomiteene på sykehusene trenger støtte for sine legemiddelvedtak. De trenger informasjon om kostnader, om utviklingstrekk og om avvik. Slik informasjon vil gi bedre kontroll med oppfølgingen av retningslinjer og lokale tiltak. Det vil også gi muligheten til å sammenligne statistikk fra forskjellige sykehus og forskjellige helseregioner.

Sykehusene i Norge kjøper sine legemidler via et anbuds-system, og nasjonal statistikk er nødvendig for dette arbeidet. Det er også viktig å bruke nasjonal statistikk i kontrollen med antibiotikabruken i sykehus og i lokal praksis.

Prosjektet er nå tilnærmet fullført, og Profitbase er valgt som samarbeidspartner. Norske apotek bruker datasystemet FarmaPro til registrering av alle ordinasjoner fra sykehuset. Data fra de 31 forskjellige sykehusapotekene kopieres daglig over i en sentral database. Data er tilgjengelig på alle nivåer, og vil være tilgjengelige også for leger og sykehusadministratører. Tilgangen til data vil begrenses i henhold til den enkelte brukers rolle.

Farmasøytene vil bli opplært til å bruke systemet på en analytisk måte. Vi ser nå frem til å bruke dette nye verktøyet til å heve vår farmasøytiske kompetanse.

# AHUS – en moderne modell for effektiv legemiddeldistribusjon

Et nytt sykehus – Akershus universitetssykehus (AHUS) er under bygging og skal åpne i oktober 2008. Det nye sykehuset skal være pasientvennlig og effektivt, og skal utstyres med moderne utstyr som også omfatter systemer for legemiddeldistribusjon.

**Anne Grønstad, Sykehusapoteket Lørenskog**  
**Wendy Klem, Sykehusapotekene ANS**  
**Terje Wistner, Sykehusapotekene ANS**

Under planleggingsprosessen for det nye sykehuset er det tatt utgangspunkt i følgende forutsetninger:

- ikke legemiddellagre på postnivå
- fullt automatisert legemiddeldistribusjon
- mesteparten av legemiddelleveransene via røpøst
- åpent apotek 24 timer i døgnet 365 dager i året
- papirløst og 100 prosent digitalt sykehus

Det nye sykehuset er planlagt med en visjon om å:

- redusere sykepleiertid til vedlikehold av legemiddellagre
- frigjøre sykepleiertid til pasientrettede oppgaver
- øke pasientsikkerheten ved å bestille legemidler til den enkelte pasient direkte fra pasientens seng
- legemiddelbistand fra farmasøyt på posten
- effektiv kommunikasjon mellom lege og apotek
- øke effektiviteten og bedre økonomien ved å redusere sykehusets lagerhold til et minimum og samtidig sikre at sykehuset har alle nødvendige legemidler tilgjengelige

Legemiddeldistribusjonen fra det nye sykehusapoteket vil bli optimalt automatisert ved bruk av dosepakkelegemidler til den enkelte pasient. Sykehuset vil benytte et rørsystem og automatiske vogner som hovedtransport til og fra apoteket og til andre serviceenheter som laboratorier.

Sykehuset er avhengig av å bruke strekkoder. Strekkoder vil brukes som identifikasjon og dokumentasjon for pasient, sykepleier, lege, elektronisk pasientjournal, legemidler og infusjonsløsninger. Bruk av strekkoder er en utfordring for apoteket siden mange legemidler ikke er utstyrt med strekkoder. Det er behov for strekkoder som ikke bare identifiserer legemidlet, men også batchnummer og holdbarhet.

Apoteket vil måtte sette på strekkode på en rekke legemidler der dette ikke er påsatt fra produsentens side. Strekkoden vil inneholde informasjon som er helt essensiell for å ha fullstendig sporbarhet for legemidlene gjennom hele produksjon/leveringskjeden.

## LEGEMIDDELDISTRIBUSJON FRA APOTEKET

Legen rekvirerer legemidlene direkte fra sengeposten til den enkelte pasient ved hjelp av et rekvisisjonssystem som er koblet til den elektroniske pasientjournalen. Apoteket mottar rekvisisjonen, kontrollerer og godkjenner den og sender den videre til den riktige produksjonslinjen.

Det planlegges i alt syv produksjonslinjer:

- automatisk dosepakking for produkter med et årlig forbruk på over 200 enheter
- manuell dosepakking for produkter med et årlig forbruk under 200 enheter
- manuelt lager for store pakninger
- produksjon av cytostatika
- produksjon av antibiotika
- produksjon av total parenteral ernæring (TPN)
- produksjon av oppløsninger til smertebehandling

Det planlegges for tre forskjellige leveringsnivåer:

- 1 akuttleveranser innen 15 minutter
- 2 raske leveranser i løpet av en time
- 3 standardleveranser basert på daglige leveranser mellom kl 13 og 19

Det planlegges for at det skal kunne leveres 6500 enheter per dag. 5500 av disse er standardleveranser og vil bli levert fra et Swisslog dosepakkesystem. Der pakkes de automatisk i pasientmerkete endose-pakker, transporteres til og sendes med røpøst rett til posten. Posten mottar legemidlene og lagrer dem inntil de skal gis pasienten.

De 1500 andre enhetene vil fordele seg på de andre produksjonslinjene, og vil bli levert enten via røpøst eller automatiske vogner.

Posten vil ha et lite lager av legemidler for akutttilfeller og for å kunne gi startdoser. Logistikksystemet vil også kunne

dirigere sykepleieren til nærmeste alternative lager dersom det aktuelle legemidlet ikke er tilgjengelig på sykepleierens egen post.

Mange sykehussystemer har forsøkt forskjellige deler av det systemet som nå planlegges på AHUS, men ingen i Europa har til i dag etablert et totalintegret system som gjør legemiddelleveransen helautomatisk, helt fra bestillingen fra pasientens seng og helt frem til pasientens inntak av legemidlet.

AHUS har mange utfordringer foran seg med integrering av flere IT-løsninger, validering og risikoanalyser. Teamet på AHUS tar denne utfordringen og har som mål å være oppe og stå med det nye systemet når det nye sykehuset åpner 1. oktober 2008. ■

# Klinisk farmasi på fremmarsj

Klinisk farmasi i Norge beveger seg i riktig retning. Legemiddelmeldingen beskriver visjoner for rasjonell legemiddelbruk som skal settes ut i livet. I det arbeidet vil farmasøyter naturlig inngå. Antallet farmasøyter som jobber aktivt med pasienter og legemiddelbehandling i nært samarbeid med leger og annet helsepersonell, forventes derfor å øke i tiden fremover.

De fleste kliniske farmasøyter i Norge intervensjoner etter vurdering av pasienters totale legemiddelbruk. For noen år siden ble deler av dette arbeidet dokumentert via en stor multisenterstudie. Resultatene viste at kliniske farmasøyter identifiserer et stort antall legemiddelrelaterte problemer, og foretar intervensjoner i samarbeid med det kliniske teamet på sykehus. Resultatene har blitt publisert i forskjellige internasjonale tidsskrifter, noe som kan være av stor verdi for den videre utviklingen av klinisk farmasi i Norge <sup>(1, 2, 3, 4)</sup>.

## LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER

Siden de fleste kliniske farmasøyter bruker begrepet «legemiddelrelaterte problemer» for å beskrive sitt arbeid i klinisk praksis, har det meldt seg et behov for en «konsensus» om

**Malin Davidsson, Lovisenberg sykehusapotek\***  
**Mette Maja Bredal Irgens, Diakonhjemmet sykehusapotek\***

\*Begge forfatterne sitter i arbeidsutvalget for faggruppen for klinisk farmasi, Norske Sykehusfarmasøytters Forening

hvordan legemiddelrelaterte problemer skal klassifiseres og defineres. Forskerne fra multisenterstudien har tatt et slikt initiativ i Norge. Et dokument som beskriver klassifisering av slike problemer er sendt til farmasøyter og leger for validering i praksis. Dokumentet har på forhånd vært innom en rekke fagorganisasjoner for innspill og kommentarer.

## KLINISK FARMASI

Behovet for en egnet norsk definisjon av begrepet klinisk farmasi er blitt svært tydelig i løpet av de siste årene, og et prosjekt er nå satt i gang for å komme frem til en slik definisjon. Selv om mange andre land har fokusert på dette tidligere, er dette en viktig prosess også for norske farmasøyter fordi det setter i gang mye diskusjon om hva klinisk farmasi i Norge skal omfatte, og hvordan dette området skal utvikles videre.

En arbeidsgruppe initiert av Norske Sykehusfarmasøytters Forening har begynt å utforme et forslag som skal sendes ut på høring i løpet av høsten 2006. Arbeidet beregnes ferdig i løpet av våren 2007.

## FAGGRUPPE

De fleste farmasøyter som arbeider klinisk på norske sykehus, er organisert i Faggruppen for klinisk farmasi. Gruppen fungerer som en plattform for samarbeid og utveksling av ideer og erfaringer innen området klinisk farmasi. Gruppen arrangerer et årlig møte der aktuelle emner innen klinisk farmasi diskuteres og foreleses om. Faggruppen er en del av Norske Sykehusfarmasøytters Forening.

En av faggruppens hovedoppgaver er å bygge opp et nettverk for norske kliniske farmasøyter. De siste årene har faggruppen også opprettet kontakt med kliniske farmasøyter i Danmark og Sverige. Likheter mellom helsesystemene i de



skandinaviske landene gir godt grunnlag for samarbeid. Faggruppen har også arrangert et skandinavisk idéforum for kliniske farmasøytter fra disse tre landene.

**FARMASØYTER SOM HELSEPERSONELL**

Frem til 1999 ble ikke farmasøytter definert som helsepersonell i Norge, slik som for eksempel leger og sykepleiere. Det er mulig at dette til en viss grad har påvirket hvordan norske farmasøytter ser på sin egen profesjonelle rolle, og kanskje også hvordan annet helsepersonell har vurdert farmasøytter. Det tar tid for farmasøytene å bygge opp en identitet som helsepersonell. Et stort skritt fremover på dette området er at noen kliniske farmasøytter nå kontinuerlig dokumenterer sine kliniske aktiviteter i pasientjournalene. Dette er viktig med hensyn på å tydeliggjøre både ansvarlighet og den viktige innsatsen farmasøytter gjør i det tverrfaglige teamet rundt pasienten.

**MASTER I KLINISK FARMASI**

Det foregår med andre ord en hel del innen klinisk farmasi i Norge. I tillegg er det gledelig at Farmasøytisk institutt, Universitet i Oslo, har vedtatt å igangsette arbeid med å opprette en erfaringsbasert mastergrad i klinisk farmasi<sup>(5)</sup>. Målsetningen er at de første studentene skal begynne høsten 2008. Som faggruppe ser vi derfor frem til en positiv utvikling for dette fagfeltet de neste årene.

**REFERANSER**

1 Blix, H. S., et al The majority of hospitalised patients have drug-related problems: Results from a prospective study in general hospitals. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60: 651-658

2 Viktil, K. K., Blix, H. S., Reikvam, A., Moger, T. A., Hjemaas, B. J., Walseth, E. K., Vraalsen, T. F., Pretsch, P., and Jorgensen, F. Comparison of Drug-Related Problems in Different Patient Groups. Annals of Pharmacotherapy 2004;38(6):942-8.

3 Blix HS, Viktil KK, Moger TA, Reikvam A. Characteristics of drug related problems discussed by hospital pharmacists in multidisciplinary teams. Accepted.

4 Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs). Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2006 Apr 6;

5 www.farmasi.uio.no

# Legemiddelinnkjøpssamarbeid – LIS

Anne Helen Ognøy  
Legemiddelinnkjøpssamarbeid – LIS

Legemiddelinnkjøpssamarbeidet LIS ble etablert i 1995. LIS ble startet av nytenkende sykehusfarmasøytter sammen med dyktige innkjøpere. Bakgrunnen var ønsket om å redusere kostnadene til legemiddelinnkjøp ved hjelp av samarbeid mellom fylkeskommunene som eiere av sykehusapotekene og sykehusene.

I 2002 kom det en ny helsereform i Norge. Helse-Norge ble da inndelt i fem helseregioner. Helseregionene eier de offentlige/statlige sykehusene og sykehusapotekene. Det er fire apotekselskap som til sammen har ansvaret for 29 av de 31 sykehusapotekene i de fem regionene. Helseregionene har delegert ansvaret for å drive LIS til styret i LIS, som består av direktørene for de fire apotekforetakene.

Hensikten med Legemiddelinnkjøpssamarbeidet LIS er å skape grunnlaget for avtaler om innkjøp og leveranser av legemidler på vegne av de offentlig eide sykehusene for dermed å kunne redusere kostnadene. 31 sykehusapotek og omtrent 40 private apotek av totalt ca 560 leverer legemidler til disse sykehusene.

Norsk lovverk regulerer omsetningen av registrerte legemidler. Legemiddelsalg til apotek skal i hht loven skje via en legemiddelgrossist. Det er i dag tre legemiddelgrossister i Norge: Norsk Medisinaldepot (NMD), Apokjeden og Holtung. Sykehusapotekene måtte legge grossistinnkjøpet ut på anbud. NMD vant anbudsrunderen for en tre-års periode og er p.t. den foretrukne grossisten for leveranser av legemidler til sykehusapotekene, og dermed til sykehusene.

LIS har et eget fagråd som består av representanter med kompetanse innen innkjøp, medisin og farmasi. Fagrådet bistår LIS-administrasjonen i faglige og tekniske spørsmål. Medlemmene i fagrådet representerer sykehusene (HFene). I hvert helseforetak/sykehus er det en LIS-kontaktperson, en farmasøyt ansatt på sykehusapoteket. Kontaktpersonen bidrar til kostnadsriktig legemiddelbruk på sykehuset, passer på at sykehusets legemiddelinnkjøp er i overensstemmelse med gjeldende lovverk, implementerer bruk av valgte legemidler på sykehuset og på sykehusapoteket, sikrer lojalitet overfor kontraktleverandører og sikrer regelmessig kontakt med legemiddelkomiteen og andre grupper involvert i legemiddelbruk.

LIS-kontakten arrangerer også møter med lokale legemiddelkomiteer for å øke kompetansen og kunnskapen om LIS og sykehusapotekets rolle knyttet til legemiddelinnkjøp. Valg av legemidler foretas av den enkelte legemiddelkomité på hvert helseforetak basert på en vurdering av pris, funksjonsmessige egenskaper, pakninger, produktspekter og service.

**RESULTATER**

Legemiddelkostnadene på sykehus har økt de to siste årene. Økningen var fra 1,1 milliard kroner i 2003 til 1,4 milliarder kroner i 2004 basert på apotekenes innkjøpspris (AIP) for alle produkter med eller uten innkjøpsavtale.

Økningen er størst i gruppene antineoplastiske og immunmodulerende substanser.



Anbudene har økt i omfang og størrelse og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet er en megler mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det er ca 2000 undertegnede avtaler hvert år. Legemiddelinnkjøpssamarbeidet har oppnådd prisreduksjoner på både generiske og patentbeskyttede legemidler. Som tabellen viser gir avtalene totalt ca 32 prosent gjennomsnittlig rabatt. Det bekrefter at innkjøpssamarbeidet er en suksess. Fortsatt suksess og fortsatt gode resultater vil avhenge av et godt samarbeid mellom sykehusfarmasøytene, legene og innkjøperne også i fremtiden.

**Legemiddelkostnader via LIS-kontrakter totalt for 2004 og 2005 (norske kroner):**

	Kostnader maksimal AIP	LIS-innkjøp AIP	Pris-reduksjon AIP	Pris-reduksjon %
<b>Totalkostnader 2004</b>	927 896	633 249	294 647	31,8
<b>Totalkostnader 2005</b>	1 257 692	856 956	400 736	31,9



# Produksjon av legemidler til barn

Jørgen Brustugun  
Sykehusapoteket  
ved Rikshospitalet

Mange legemidler som barn trenger er ikke kommersielt tilgjengelige. Hva kan sykehusapoteket gjøre med det?

Det er lettere å skaffe legemidler til voksne enn til barn. Markedsførte legemidler mangler i mange tilfeller anbefalt barnedosering, og barn kan mangle legemidler både i riktig styrke og riktig form. Tabletter er ikke alltid egnet, og andre former, som for eksempel miksturer, er ofte ikke tilgjengelig på markedet. Det illustrerer problemet at ved 30-90 prosent av forskrivningene til barn er ikke legemidlene registrert for dem<sup>(1)</sup>.

## SYKEHUSAPOTEKETS ROLLE

Sykehusapoteket har ansvar for å fremskaffe alle de legemidlene sykehuset trenger, også til å behandle barn. Ansvaret omfatter alle standardiserte legemidler som er på det norske markedet, men også legemidler utover dette. Når etterspurte legemidler til barn ikke finnes på markedet, kan det være aktuelt for apoteket å spesialprodusere.

Tall fra Sykehusapoteket ved Rikshospitalet høsten 2006, viser at omtrent 60 prosent av alle ikke-sterile preparater, og 50 prosent av alle produserte ikke-sterile enheter, var beregnet for barn. Barn er med andre ord en viktig gruppe.



## BARN ER IKKE VOKSNE

Når man snakker om «barn» omfatter dette gjerne nyfødt (0-1 måned), spedbarn (1-12 måneder) og barn (1-12 år); i tillegg kommer ungdom (12-18 år). «Barn» er med andre ord ingen homogen gruppe. De er heller ikke miniutgaver av voksne, de har spesiell fysiologi og umodne organer. Evne til absorpsjon fra tarm, pH i magesekken, grad av proteinbinding, enzyballanse og nyrefunksjon varierer etter hvert som barnet vokser. Disse faktorene påvirker hvordan legemidler omsettes i kroppen og dette må det tas hensyn til. Barn er spesielle også som legemiddelbrukere – de har ofte behov for legemidler i en spesielt tilpasset dosering eller form. Doseringen de trenger, er gjerne lavere enn den voksne bruker og preparater med slik lav dosering finnes ofte ikke kommersielt tilgjengelig. Mindre barn (2-6 år) kan også ha vanskelig for å ta til seg legemidler. De har for eksempel vanskelig for å svelge tabletter, og trenger legemidlet i en tilpasset form – dette kan dreie seg om miksturer eller stikkpiller.

## MIKSTURER

Det forskrives hyppig miksturer til barn. Tall fra Nederland har vist at nær 50 prosent av alle forskrivninger til spedbarn var på miksturer<sup>(2)</sup>. Fordelene med miksturer er at de er lette å

svelge og lette å dosere individuelt. På markedet finnes imidlertid bare et begrenset antall legemidler i miksturform, derfor må en del spesiallages. Apoteket kan spesiallage miksturer på ulike måter; med utgangspunkt i selve virkestoffet i pulverform, fra injeksjonspreparater eller fra tabletter. Prosessen fra tablett til mikstur omfatter gjerne knusing, oppløsning og deretter tilsetning av hjelpestoffer. Hjelpestoffene tilsettes av ulike grunner: for konservering, forbedring av smak, bedring av oppløselighet, fortykning og pH-regulering – alt etter en nøye vurdering. Miksturer kan som nevnt også lages ut fra et preparat som i utgangspunktet er beregnet for injeksjon. Dette gjøres imidlertid etter en vurdering av om legemidlet tåler for eksempel pH i magesekken og passasjen gjennom leveren, om produktet har en akseptabel smak for barnet, og om en dose kan tas ut i et håndterbart volum.

## TILSETNINGSTOFFER

Tilsetningsstoffer i legemidler til barn er generelt en utfordring. Når det gjelder for eksempel smak, er det en fordel å bruke «enkle» smaker. Milde fruktsmaker som banan og jordbær er derfor mye brukt. På den annen side unngår man av erfaring gjerne enkelte andre smaker, som for eksempel mint.

Smaksforbedring skal i det hele tatt ikke undervurderes. Barn er mindre tolerante overfor vond smak, vond lukt og ukjent konsistens og det er til liten hjelp om legemidlet er fremstilt med riktig styrke, dersom barnet spytter ut halve dosen.

## KAPSLER

Når barna har blitt litt større (6-12 år) og kan svelge, kan det være behov for legemidler der de tilgjengelige tablettene er for høyt dosert. I de tilfellene der det ikke er mulig eller hensiktsmessig å dele tablettene, kan det være behov for en «fortynnet» tablett. Kapsler kan da være et alternativ. Kapsler kan også være et alternativ i de tilfellene der legemidlet i utgangspunktet ikke finnes i tablettform. Apoteket kan lage kapsler fra virkestoffet selv, eller med utgangspunkt i tabletter, der disse finnes. Kapselen inneholder da legemidlet som et pulver – for eksempel fra knuste tabletter – samt et fyllstoff. Pulverblandingene fordeles på gelatinkapsler.

Fordelen med kapsler er at legemidlet er mer stabilt enn i en mikstur. Kapsler kan av og til åpnes og blandes i mat, dersom legemidlet tåler dette. En skal imidlertid være oppmerksom på at inntak av mat kan påvirke effekten av legemidler. Om effekten øker eller reduseres må undersøkes i det enkelte tilfelle.

## STIKKPILLER

Stikkpiller er en praktisk legemiddelform til barn fordi barnet slipper å svelge. Man unngår også problemet med vond smak og i tillegg har stikkpiller den fordelen at de kan gis til de helt små barna.

Produksjon av stikkpiller på apoteket skjer ved en sammenmelting av virkestoffet og en grunnmasse – som oftest hardfett. Blandingen overføres til egne stikkpilleformer like før størkning, dette for å sikre riktig dosering og jevn fordeling av virkestoff i massen. Stikkpiller til barn støpes i spesielt små former.

## TEKNOLOGI, HÅNDVERK OG VITENSKAP

I tillegg til miksturer, kapsler og stikkpiller kan sykehusapotekene også produsere sterile legemidler for injeksjon. Dette kan dreie seg om større produksjon av ampuller eller kurer til kreftbehandling for den enkelte pasient.

Når sykehusapotekene nå feirer 150 år merker vi oss altså at spesialproduksjon av legemidler, nå som den gang, utgjør en viktig oppgave; samt at produksjonen til barn står sentralt – siden barn har mange spesielle behov. Trygghet er som alltid viktig. Når sykehusapotekene i dag lager spesialtilpassete legemidler er dette en prosess der tradisjonelt håndverk kombineres med vitenskap og moderne teknologi. ■

1) Bratlid, Dag: Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 23, 2005; 3290-3292

2) Schirm E, Tobi H, de Vries TW, Choonara I, de Jong-van den Berg LTW: Acta Paediatrica. 92, 2003; 1486-1489

# Størst omsetningsvekst i sykehusapotek

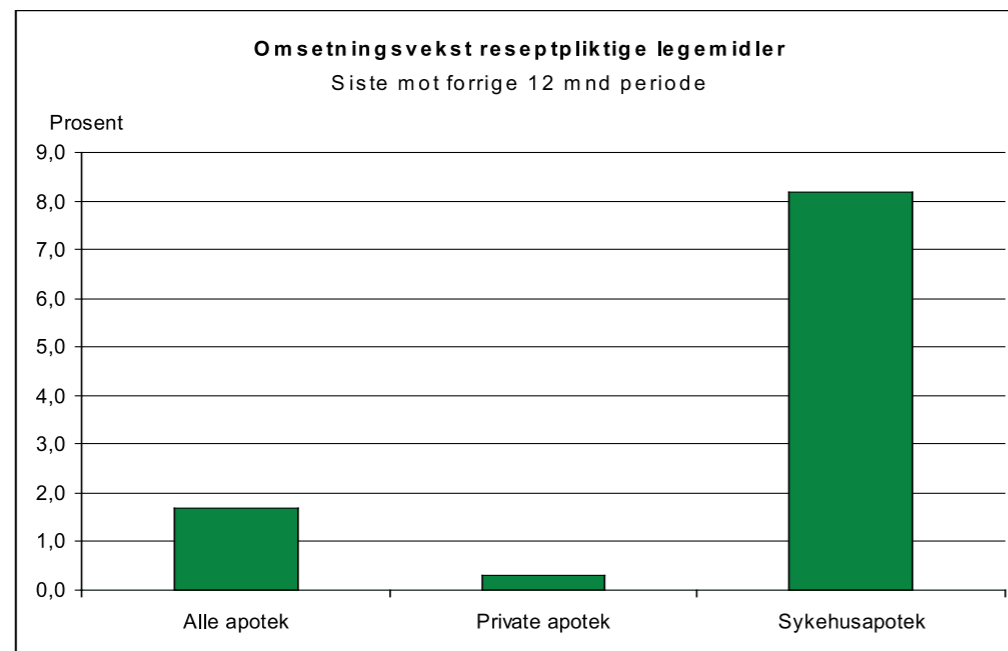
Jan Berg  
Apotekforeningen

Veksten i legemiddelomsetningen i Norge har det siste året nesten stagnert. Den lave omsetningsveksten i Norge gjelder særlig for private apotek. Mens det i de private apotekene har vært nullvekst de siste 12 månedene målt mot foregående 12-måneders periode, har sykehusapotekene hatt en omsetningsvekst på ca. 8 prosent. Dette skyldes i hovedsak at det i liten grad introduseres nye legemidler for bruk utenom sykehus, mens det innen sykehusfarmasien stadig introduseres nye, ofte kostbare legemidler.

Salget de tre første kvartalene i år er bare 1,4 prosent høyere enn samme periode i fjor. I 3. kvartal i år var omsetningen bare 0,4 prosent høyere enn samme kvartal i 2005. Denne utviklingen skiller seg fra både Danmark og Sverige.

I Danmark har det hittil i år vært en vekst i legemiddelomsetningen på hele 10,6 prosent. I Sverige har veksten vært på 4,6 prosent.

Figur 1

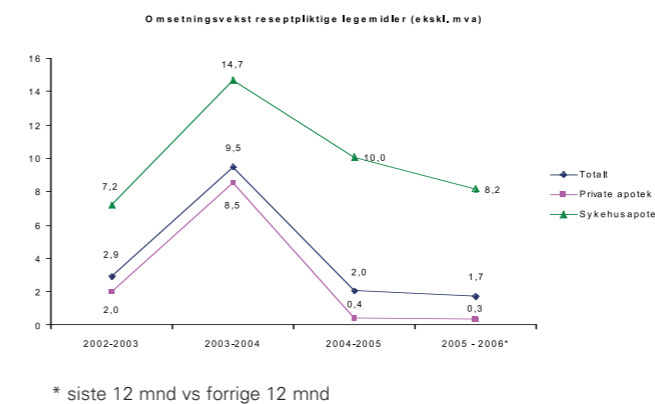


Det er flere årsaker til de store forskjellene mellom Norge og Sverige og Danmark. I Norge har man hatt svært lav pristigning på legemidler sett under ett, bl.a. på grunn av sterkt prisfall på generiske legemidler. Introduksjonen av nye legemidler har hatt lite gjennomslag i Norge i det siste, og har i liten grad påvirket prisutviklingen. Dessuten fører myndighetenes prisregulering av de patenterte reseptpliktige legemidlene til stabilt lave priser i dette segmentet, sammenlignet med andre land. Når den samlede legemiddelomsetningen målt i definerte døgndoser samtidig øker med 3,3 prosent, dvs. nesten to prosentpoeng mer enn kroneverdien av omsetningen, tyder det på at legemidler i Norge generelt sett har blitt billigere i løpet av 2006. I Danmark har legemiddelbruken økt betraktelig i 2006, og utgiftene til legemidler øker minst like kraftig.

## RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER

Figuren viser at totalveksten i markedet for reseptpliktige legemidler er lavere enn lønnsveksten i samfunnet. Unntak gjelder for perioden 2003 – 2004. Veksten dette året må ses i sammenheng med svak kronekurs, hvilket gjennom de årlige maksimalprisrevisjonene ga unormalt høy vekst det året. Veksten er oppgitt i nominelle kroner. Legges det inn prisjustering, har veksten i private apotek vært negativ de siste to årene.

Figur 2



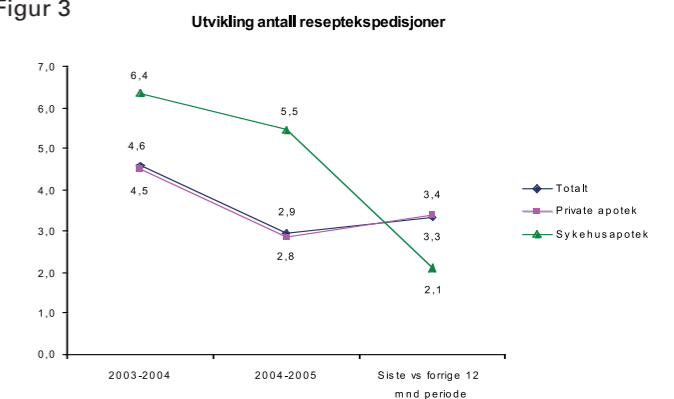
## BRANSJESTATISTIKK

Kvartalsstatistikken fra Apotekforeningen er basert på vår bransjestatistikk, som får omsetningsdata fra mer enn 99 prosent av all apotekomsetning i Norge. I statistikken bringer vi ferske tall for den totale omsetningen i apotekene og omsetningen av legemidler, målt i kroner og definerte døgndoser (DDD).

## RESEPTKSPEDISJONER

For private apotek har antallet reseptekspedisjoner utviklet seg i motsatt retning av omsetningsverdien, jf figur 3. Figurene 2 og 3 viser at veksten i antall reseptekspedisjoner i private apotek er sterkere enn veksten i den tilhørende omsetningsverdien. I "Rundskriv 01/06 - Statistikk 2005 - landets private apotek" peker Legemiddelverket på at lønnsomhetsforbedringen blant annet kommer som en følge av bedret bruttofortjenestemargin, synergieffekter av vertikal integrasjon og effektivisering av driften. Videre peker Legemiddelverket på at økningen i bruttofortjenesten har sammenheng med bedre innkjøpsbetingelser, særlig på ikke-patenterte legemidler, økt generisk bytte, prissetting på reseptfrie medisiner og handelsvarer, samt økt salg av handelsvarer med høy bruttofortjeneste.

Figur 3



## OMSETNING AV LEGEMIDLER FRA APOTEK 3. KVARTAL 2006

Nordmenn har handlet legemidler for 11,4 milliarder kroner i løpet av de tre første kvartalene i 2006, en økning på beskjedne 1,4 prosent i forhold til samme periode i 2005. Den samlede omsetningen målt i definerte døgndoser (DDD) økte med 3,3 prosent.

Folketrygden refunderte legemidler for 5,7 milliarder kroner i årets ni første måneder. Dette er en nedgang på 3 prosent fra samme periode i fjor. Dette betyr at folketrygdens utgifter til legemidler er ca. 180 mill. kr. lavere så langt i år. I juni i år ble finansieringen av flere leddgiktlegemidler overført fra folketrygden til sykehusene. Selv når man tar hensyn til denne overflyttingen, er trygdens utgifter 1 prosent lavere i år enn i fjor, tilsvarende ca. 60 mill. kr.

Apotekenes totale omsetning var på 14,2 milliarder kroner, medregnet salg av handelsvarer. Dette er en økning på 2,9 prosent fra samme periode i fjor.



# Markedsføring av syke husapotek

I 2006 er det 150 år siden Rikshospitalets apotek ble opprettet. Sykehusapoteker Nina Refsum tok allerede høsten 2004 initiativet til å gjøre 2006 til et jubileumsår for alle sykehusapotekene i Norge. Selve jubileumsdagen er 4. desember.

Trygve Fjeldstad  
Apotekforeningen

– Jeg ser på dette som en markedsføring av at sykehusapotekene er en del av spesialisthelsetjenesten, sier *Nina Refsum*. – Det var viktigere for meg å slå et slag for sykehusapotekene som institusjon enn bare å markere at vi på Rikshospitalet fyller år. Vi er ofte for lite flinke til å benytte de mulighetene som byr seg. 150-årsjubileum er en sjelden anledning som vi var nødt til å benytte.

#### KANSKJE KOMMER KONGEN...

Nina Refsum så det som naturlig at det var Sykehusapotekene ANS – der Sykehusapoteket ved Rikshospitalet inngår som ett av 19 apotek – som var vertskap og arrangør for jubileumsåret.

– Jeg fikk umiddelbart god respons i selskapet da jeg la fram forslaget, forteller hun. – Vår direktør Per T. Lund var særlig begeistret for at vi kanskje kunne få Kongen på besøk. Det var det også store muligheter for helt frem til lille julaften i fjor, da Slottet dessverre meldte avbud til jubileumsarrangementet 9. februar.

#### POSITIV RESPONS

Responser fra de andre sykehusapotekene var positiv. De var glade for at de ble inkludert, og at det ikke bare ble lagt opp til et jubileum for Sykehusapoteket ved Rikshospitalet.

– Responser fra medarbeiderne her i apoteket har også vært positiv. Jeg tror de har vært litt stolte av at de representerer en så tradisjonsrik arbeidsplass. «Dette er moro» er den tilbakemeldingen jeg har fått når medarbeiderne har holdt på med jubileumsaktiviteter, sier en fornøyd Nina Refsum.

#### ORGANISERING

– Jeg har vært prosjektleder for jubileumsåret og sykehusapoteker, men har vært fristilt fra min rolle i selskapets ledergruppe det siste året, forteller Nina Refsum. – Men det betyr ikke at jeg har gjort alt arbeidet med jubileet selv, det har vært mange som har bidratt.



Nina Refsum

Jubileet har vært lagt opp som et prosjekt med en tilhørende organisasjon der enkeltpersoner har hatt ansvar for spesielle oppgaver. For eksempel var sykehusapoteker Lin Aasen Opsahl fra Elverum ansvarlig for de lokale aktivitetene. Det første vi gjorde, var å utvikle egen jubileumslogo og en kalender for 2006. Den første markeringen var 9. februar. Da var målet å gjøre pasienter og pårørende oppmerksomme på sykehusapotekenes rolle og på jubileet. Noen steder ble det servert kake eller frukt på avdelingene, andre steder ble det markert på andre måter. Andre lokale aktiviteter har vært deltakelse i Holmenkollstafetten i Oslo og i Birkebeinerrennet.

Fagdagen 18. november er også et eget delprosjekt som Astrid Johnsen fra Sykehusapotekene ANS er ansvarlig for. Der inviteres alle ansatte ved alle sykehusapotek i hele landet til et faglig seminar med festmiddag samme kveld.

#### FINANSIERING

– Jubileet har vært gjennomført til selvkost og med betalende deltakere, sier Nina Refsum. Det betyr i praksis at Sykehusapotekene ANS er belastet alle utgiftene. De enkelte sykehusapotekene har så kjøpt materiell og deltakelse på arrangementer fra selskapet. Det gjelder for eksempel

kalenderen og jubileumsarrangementet 9. februar, og jubileumsboka som kommer 4. desember.

– Ikke alle jubileumskostnadene kommer som direkte merkostnader for det enkelte sykehusapoteket. Jubileumskalenderen var julegave til de ansatte i 2005, jubileumsboken blir julegaven i år, og middagen ved det faglige seminaret 18. november erstatter årets julebord. Flere sykehusapotek har også koblet 150-årsjubileet til markeringer av sine egne jubileer.

#### BARNAS UKE

– Det mest vellykkete arrangementet vi har hatt her, har vært Barnas Uke i juni. Vi arrangerte blant annet en dag med aktiviteter rettet mot barna på sykehuset. Vi kunne heldigvis disponere en farmasøyt i halv tid i et halvt år til å forberede dette. Opplegget ble sendt til alle sykehusapotekene slik at de kunne lage et eget arrangement tilpasset lokalt. Vi laget også utkast til pressemeldinger til bruk lokalt for de som ønsket.

– Dette ble det mye aktivitet ut av, og også en del fine presseoppslag. Barna fikk smake på smakstilsetninger for legemidler og si hva de likte best, de fikk se på pilletrilling og prøve seg på fylling av salvetuber, og det var tegnekonkurranse. Opplegget var så vellykket at vi kommer til å gjenta det her ved Rikshospitalet, sier Refsum, som påpeker at en av fire pasienter på sykehuset er barn.



(Faksimile NFT 7-8/2006)



Sykehusapotek i 150 år  
– fordi trygghet er avgjørende

Nina Refsum (red.)

## Jubileumsboka

– Planer om en bok i anledning jubileet har vært med helt fra starten, sier Nina Refsum. – Jeg mener det er viktig å skrive historien og dokumentere den både for nåtiden og fremtiden. Boken blir en viktig markedsføring av sykehusapotekenes rolle i samfunnet.

– En annen grunn til at det er viktig å få skrevet denne historien nå, er at det er et generasjonsskifte i sykehusfarmasien. Mange av pionerene og veteranene er nå gått fra verden. De har selv hatt et ønske om å skrive ned det de har opplevd for det er for sent, men har ikke sett hvordan de skulle få det til. Så kom jubileumsboken som en gyllen anledning. Det er nok derfor jeg har fått ja fra nesten alle jeg har spurt om å bidra. Det har vært omtrent som å «plukke moden frukt», sier en fornøyd bokredaktør.

#### TA BILDER AV HVERDAGEN

– Noe som ikke har vært like enkelt, har vært å få tak i relevante bilder fra hverdagen i sykehusapotekene. Vi har noen private album her fra Rikshospitalet fra 50-tallet som vi har kunnet bruke, men ellers er det lite bilder rundt omkring.

– Det som er opplagt og selvfølgelig i dag, blir historie i morgen. Jeg synes det er et tankekors at vi ikke er flinkere til å dokumentere hverdagen, sier Nina Refsum, som er bekymret for hva som finnes når 200-årsjubileet skal markeres om 50 år, ikke minst fordi hverdagen nå er så IT-basert. Refsum vil gjerne fremheve to hederlige unntak, nemlig Wenche Strømhaug ved Ullevål sykehusapotek og Bendte Larsen ved



Haukeland sykehusapotek. Wenche har tatt bilder gjennom en årrekke og har fotografisk dokumentasjon fra mye av aktivitetene ved Ullevål. Wenche er et eksempel til etterfølgelse.

Nina Refsums oppfordring er derfor: Ta bilder av hverdagen! På Sykehusapoteket ved Rikshospitalet har de allerede begynt.

#### SPENT REDAKTØR

– Jeg er veldig spent på hvilken mottakelse boken får, både i og utenfor apotekbransjen, sier Nina Refsum, som har vært redaktør og har hovedansvaret for det endelige produktet.

– Jeg har erfart at det er en lang vei fra første utkast av manuskriptet til ferdig bok. Å skrive er en prosess, og det er det å lage bok også. Det kan være en tålmodighetsprøve.

– Det har vært helt nødvendig med profesjonell hjelp. Hun trekker særlig frem informasjonsrådgiver Anders Cappelen og professor i medisinsk historie Øivind Larsen, som hver på sin måte har bidratt til å gi boken et profesjonelt preg.

– Det faglige stoffet har vi fått fra en rekke entusiastiske forfattere. De fleste har fått beskjed om å kutte og omarbeide i tekstene sine, men det har de tatt pent.

– Det har gått bedre enn forventet, sier Refsum.

– Det har vært moro for meg å ha denne kontakten med veteranene i faget, og så har jeg fått så mange hyggelige heiarop underveis.

Nina Refsum må innrømme at hun ikke visste hva hun gikk til da hun påtok seg redaktøransvaret. – Det er en utrolig stor oppgave. Ett av problemene er at det fremdeles er langt frem når du mentalt er ferdig med boken, innrømmer hun.

#### TROR VI NÅR MÅLET

– Vi satte opp en todelt målsetting for jubileumsåret, sier Nina Refsum, og jeg tror vi langt på vei vil nå begge målene. Jeg er usikker på i hvilken grad vi har nådd frem til allmennheten, men overfor annet helsepersonell og de ansatte har vi oppnådd mye. Her på Rikshospitalet har vi blant annet fått mye bedre kontakt med Barneavdelingen og de som koordinerer tiltak overfor barn som er innlagt ved sykehuset. Vi har også fått åpnet kanaler inn til sykehusets internavis. Der fikk vi et flott tre-siders oppslag, og nå er det blitt mye lettere for oss å få inn stoff om sykehusapoteket. Det samme gjelder for sykehusets intranett.

– At vi også har fått markert oss overfor myndigheter og eiere viste blant annet deltakelsen på jubileumsarrangementet 9. februar. Der var flere av sykehusdirektørene til stede sammen med representanter for både departement og andre offentlige organer. De som var med på omvisningen i apoteket, ble imponert og overrasket over det de fikk se. Mange utenfor vår egen krets aner ikke hva vi egentlig driver med.

– Men vi har også erfart at det er vanskelig å få pressedekning, også lokalt, uten en ordentlig nyhet å vise til.

– Jeg vet ikke om jubileumsåret er blitt så landsdekkende som vi hadde tenkt, sier Nina Refsum. Det er vanskelig å få til slike tilleggsaktiviteter i en travel hverdag. Men det har i alle fall vært arrangementer både i Ålesund, Drammen, Bergen, Lillehammer og på Sørlandet.

– Og jeg har jo ikke oversikten over alle lokale aktiviteter, så det kan ha skjedd mer enn det jeg er klar over.

#### VIKTIG MARKERING

– Dette er en periode jeg ser tilbake på med glede. Det har vært en riktig ting å gjøre, og jeg synes det har vært verdt innsatsen. Til tross for at det har vært mye å gjøre, har jeg opplevd det nesten som et sabbatsår å få konsentrere meg om ett større prosjekt.

– Jeg håper jubileet har fungert som en døråpner for sykehusapotekene, sier Nina Refsum til slutt. Hun tror ikke at vi har sett alle effektene av jubileumsåret ennå.

Se også Nina Refsums artikkel Hvorfor har vi sykehusapotek? NAT 1/2006 s 55-58

## SYKEHUSAPOTEKENE

150 år

### Hvorfor skal vi feire jubileet?

For å øke allmennhetens og helsepersonells kunnskap om sykehusapotekenes rolle i norsk helsevesen og betydningen for den enkelte pasient.

For å gi de ansatte ved alle sykehusapotek økt motivasjon, inspirasjon og stolthet for arbeidsplassen sin.

# FART PÅ MAGEN



**duphalac**  
– når magen sier nei  
Den brukervennlige flasken

Trege mager blir som regel bra igjen med Duphalac. Barn, voksne, gravide, eldre og syke kan alle anvende Duphalac. Diabetikere kan også trygt bruke Duphalac.

Duphalac er et laktuloseprodukt som normaliserer tarmfunksjonen på samme naturlige måte som kostfiber. Det virker etter kort tid, og kan brukes jevnlig for å forebygge forstoppelse. Duphalac får du som mikstur 200 ml, 500 ml og 1000 ml. Duphalac kan blandes med mat og drikke og brukes som søtningmiddel.

Duphalac er et reseptfritt legemiddel som fåes på apotek.

## TREG MAGE KAN RAMME ALLE



Les pakningsvedlegget nøye

Duphalac® (laktulose) markedsføres i Norge av:  
Solvay Pharma AS, Hamang Terrasse 55, P.B. 248, 1301 Sandvika,  
tlf. 67 52 12 20, faks 67 52 12 30





# Apotekforeningens politikk for spesialisthelsetjenestefarmasien

Apotekforeningens politikk for spesialisthelsetjenestefarmasien bygger på at foreningen skal arbeide for at farmasien får en sentral og tydelig plass i spesialisthelsetjenesten, og at dette kommer til uttrykk i lovgivningen og i nasjonale styringsdokumenter. Apotekforeningen skal også arbeide for at spesialisthelsetjenesten erkjenner behovet for farmasøytiske tjenester og gir tjenestene en tydelig plass i sitt totale tjenestetilbud.



**Kai Finsnes**  
Administrerende direktør  
Apotekforeningen

Foto: Jens Sølvberg

Dersom eierskapet til sykehusapotekene blir et tema i myndighetenes pågående gjennomgang av apotekloven, vil Apotekforeningen gå inn for at helseforetakene får valgfrihet med hensyn til virkemidler, både når det gjelder tjenester og legemiddelforsyning. Apotekforeningen går inn for at de regionale helseforetakene selv skal kunne velge organisatorisk form på sykehusapotekene, og tar ikke stilling til bestemte eierskapsløsninger.

## FARMASIENS Plass I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Spesialisthelsetjenestens behov for farmasøytiske tjenester er knyttet til følgende hovedpunkter:

- Behovet for å heve kvaliteten på all legemiddelbehandling.
- Behovet for å redusere risikoen for legemiddelrelaterte problemer i pasientbehandlingen.
- Behovet for å tilrettelegge medisinbruken ved skifte av omsorgsnivå (bl.a. utskrivning).
- Løpende farmasøytisk fagutvikling og forskning som dekker spesialisthelsetjenestens behov.
- Behovet for å bruke de legemidlene som gir et best mulig forhold mellom kost og nytte.
- Logistikk som sikrer en effektiv legemiddelforsyning av høy kvalitet.
- Rask tilgang til spesialtilvirkede legemidler.
- Produksjons- og forsyningsberedskap.
- Legemiddelhåndteringen.

Virkemidler for å innfri disse behovene vil være knyttet til bl.a.:

- Tilgang på farmasøytisk kompetanse innenfor klinisk farmasi, produksjon og logistikk.
- Infrastruktur som kan ivareta spesialisthelsetjenestens mottak og interne distribusjon av legemidler samt behovet for produksjon og beredskap.
- Bruk av kliniske farmasøyter i tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeid med kommunehelsetjenestefarmasien om enkeltpasienter som skifter mellom omsorgsnivåene.
- Bruk av farmasøytisk kompetanse i spesialisthelsetjenestens internkontrollarbeid.

## DAGENS RAMMEVILKÅR

Spesialisthelsetjenestens behov for farmasøytiske tjenester ble i mange år stort sett dekket gjennom farmasøytiske av-

delinger i sykehusene. Disse samarbeidet med lokale, private apotek om levering av legemidler. Først i 1980-årene skjøt etableringen av sykehusapotek fart. I dag er sykehusapotek den vanligste rammen for spesialisthelsetjenestens organisering av sin legemiddelforsyning og sine behov for farmasøytiske tjenester. Sykehusapoteket kan ikke eies av sykehuset, og har således en avtale med sykehuset som regulerer priser og ytelser.

De to eldste sykehusapotekene, Rikshospitalets apotek og Ullevål apotek, var lenge landets eneste sykehusapotek, og de hadde samme eier som sykehusene de betjente – henholdsvis staten og Oslo kommune. Modellen ble opprettholdt da de daværende sykehuseierne etter hvert begynte å etablere sykehusapotek. Da staten overtok fylkeskommunenes eierskap til sykehusene, overtok de også eierskapet til sykehusapotekene. Lovgivningen har reflektert den eksisterende eierstrukturen, slik at det offentlige gjennom apoteklovgivningen alltid har hatt enerett til å eie sykehusapotek.

Gjennom den sterke etableringen av sykehusapotek fra åttitallet av fikk sykehusfarmasien et løft, fordi datidens marginer på legemiddelsalget ga sykehusapotekene rom for å tilby sykehusene farmasøytiske tjenester – enten gratis eller til sterkt subsidierte priser. Denne krysssubsidieringen av tjenestene har fortsatt opp til vår tid, men rommet for slik krysssubsidiering er blitt mindre i takt med at legemiddelmarginene er blitt svakere.

Internasjonalt, og til en viss grad også her hjemme, foregår det en rivende utvikling i logistiske løsninger for sykehusenes legemiddelforsyning. Grensesnittet mot grossist kan forskyves helt inn på de enkelte sykehuspostene, men kan også trekkes ved apotekets port. Apoteket vil til gjengjeld utvikle sitt grensesnitt mot sykehuspostene eller til og med mot den enkelte inneliggende pasient (Se side 176 om den planlagte løsningen ved nye AHUS).

Samtidig har kjedeorganiseringen av det private apotekmarkedet og disses vertikale integrasjon mot grossist sannsynligvis gjort kjedene konkurransedyktige i sykehusmarkedet. Sett i lys av den pågående behandling av statens eierskapsmonopol i ESA (EFTA Surveillance Authority) vil et spørsmål om private aktører på sykehusmarkedet være aktuelt nå når myndighetene gjennomgår apoteklovgivningen. Et element i denne saken er hvorvidt såkalt statlig egenregi er holdbart som juridiske grunnlag for dagens fravær av konkurranseutsetting av sykehusenes legemiddelinnkjøp. Departementet har pålagt de regionale helseforetakene å påse at sykehusapotekforetakenes salg av ikke-reseptpliktige

varer og reseptomsetning til pasienter som ikke er tilknyttet sykehuset og øvrige institusjoner, utgjør under 20 prosent av totalomsetningen.

## POLITISKE UTFORDRINGER

Farmasien forankring i spesialisthelsetjenesten har, i takt med økningen av antallet sykehusapotek, i stadig sterkere utstrekning blitt knyttet til sykehusapotekene. Usikkerhet om sykehusapotekene vil dermed lett forplante seg til usikkerhet om sykehusfarmasien som sådan. Det må derfor være en sentral politisk utfordring å skape ro om sykehusapotekenes organisering. Det er imidlertid uro som preger dagens bilde:

- Det statlige eierskapet til sykehusapotekene er innklaget til ESA som angivelig stridende mot EØS-rettslige forpliktelser.
- Lovligheten av sykehusapotekenes enerettsavtaler med sykehusene er bestridt, jf. diskusjonen om «egenregi», som bl.a. har medført departementalt pålegg om å begrense ekstern omsetning til 20 prosent.
- Riksrevisjonen stiller seg kritisk til dagens system for sykehusapotekene, jf. Dokument 1 (2005 – 2006).
- Apotekloven skal evalueres og endres, og det er – på bakgrunn av Riksrevisjonens kritikk – sannsynlig at eierskapet til sykehusapotekene kommer på dagsordenen.

Dette bakteppet av uro øker sannsynligheten for brå endringer. Dette behøver ikke i seg selv være negativt, forutsatt at endringene kan innebære like god eller bedre oppgaveløsning. Dette vil etter alt å dømme være tilfelle for legemiddelforsyningen til sykehusene, som erfaringen tilsier kan håndteres av ulike systemer. Det er som eksempel historisk erfaring for at det kan lages hensiktsmessige grensesnitt mellom private apotek og sykehus – med egen farmasøytisk kompetanse – som vil gi en fullverdig logistikk og legemiddelforsyning. Har man klart det før, er det neppe omstendigheter i dag som tilsier at man ikke skulle klare det samme i fremtiden. Og mellom ytterpunktene offentlige kontra private sykehusapotek finnes det sikkert en rekke hybridløsninger som alle kan gi sykehusene en god legemiddelforsyning.

Det kan ikke uten videre forutsettes at brå endringer vil gi like gode eller bedre løsninger innenfor hele spekteret av farmasøytiske tjenester som et moderne sykehus bør ha tilgang til. At sykehusene har tilgang til i hvert fall en del av dette i dag, må i stor grad tilskrives at sykehusapotekene gjennom sitt offentlige eierskap og moderate resultatkrav (balanse) kan tillate seg å tilby tjenestene, til tross for at syke-

husenes betalingsvillighet for tjenester av denne karakter selv i dag antagelig ikke er blitt så høy at tjenestene alltid er forretningsmessig lønnsomme. I så fall risikerer man at mange av tjenestene, som er med på å gi dagens norske sykehusfarmasi innhold, vil falle bort eller få betydelig redusert utbredelse dersom eierskapet til sykehusapotekenes endres.

*Den største utfordringen for norsk sykehusfarmasi synes på denne bakgrunn å være å sikre faget en forankring som gjør det robust og således uavhengig av eventuelle endringer i sykehusapotekenes organisering.*

For primærapotekene er dette en sentral interesse, fordi utviklingen av farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten trenger all den drahjelp man kan få fra den parallelle tjenesten i spesialisthelsetjenesten. Tilstrekkelig forankring må oppnås ved at de regionale helseforetakene (RHFenes) «sørge for»-ansvar utvides til også å omfatte farmasøytiske tjenester. Dette er prinsipielt et lovpolitisk spørsmål. Dets mulighet til å komme på den politiske dagsordenen vil bl.a. avhenge av i hvilken grad det kan lykkes å få beslutningstakere og sykehuseierne (RHFene) til i større grad enn i dag å erkjenne behovet for farmasøytiske tjenester i spesialisthelsetjenesten.

#### APOTEKFORENINGENS POLITIKK

Det er i dag intern strid i apotekvesenet om hvem som bør eie sykehusapotekene. I sitt brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 18.11.2005 leverer RHFene – som i denne sammenheng må antas å representere sykehusapotekenes egne synspunkter fullt ut – et sterkt forsvar for dagens offentlige eierskap. Blant de private apotekene har Apokjedens tydelig tilkjennegitt det motsatte synspunktet, og det er neppe grunn til å tro at mange øvrige private apotek er uenige i Apokjedens forslag om å privatisere sykehusapotekene.

*Med uenighet i medlemsmassen er det ikke naturlig for Apotekforeningen å ha noe synspunkt på om sykehusapotekene bør eies av det offentlige eller av private.*

Sykehusapotekene har imidlertid en meget viktig rolle innenfor apotekfarmasien, og spørsmålet om farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten er nært knyttet til spørsmålet om farmasøytiske tjenester i spesialisthelsetjenesten. Apotekforeningen kan derfor vanskelig melde seg ut av eierskapsdiskusjonen dersom debatten kommer i forbindelse med myndighetenes gjennomgang av apotekloven, men vil argumentere for at apotekloven bør overlates til RHFene – sykehusapotekenes eiere – å avgjøre hva slags eierskap sykehusapotekene skal ha. Dette samsvarer også med det overordnede prinsippet bak foretaksreformen om at helseforetakene bør ha størst mulig frihet til selv å velge virkemidlene. Ved å legge eierskapsdebatten lokalt og regionalt, vil det bli

betydelig enklere å holde fokus på nasjonalt nivå om hvilke nasjonale krav som må stilles til legemiddelforsyningen og det farmasøytiske tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Ved å legge eierskapsdebatten lokalt og regionalt unngår vi at debatten om sykehusfarmasien blir en systemdebatte på nasjonalt nivå om sykehusapotekenes eierskap – en debatt som lett vil kunne ta fokus bort fra sykehusfarmasiens innhold og dermed hvilke nasjonale krav det er rimelig å stille til de regionale helseforetakene på dette området.

*Mot denne bakgrunnen har Apotekforeningen vedtatt en politikk for spesialisthelsetjenestefarmasien. Denne politikken bygger på at foreningen skal arbeide for at farmasien får en sentral og tydelig plass i spesialisthelsetjenesten, og at dette kommer til uttrykk i lovgivningen og i nasjonale styringsdokumenter. Apotekforeningen skal også arbeide for at spesialisthelsetjenesten erkjenner behovet for farmasøytiske tjenester og gir tjenestene en tydelig plass i sitt totale tjenestetilbud.*

*Dersom eierskapet til sykehusapotekene blir et tema i myndighetenes pågående gjennomgang av apotekloven, vil Apotekforeningen gå inn for at helseforetakene får valgfrihet med hensyn til virkemidler, både når det gjelder tjenester og legemiddelforsyning. Apotekforeningen går inn for at de regionale helseforetakene selv skal kunne velge organisatorisk form på sykehusapotekene, og tar ikke stilling til bestemte eierskapsløsninger.*



# Spesialisthelsetjenestefarmasi – en kommentar

Apotekforeningen er bransjeorganisasjon også for sykehusapotekene. Sett fra sykehusapotekenes side er det derfor viktig at Apotekforeningen har et bevisst forhold til det området vi arbeider innenfor – spesialisthelsetjenestefarmasien.

De fem regionale helseforetakene (= spesialisthelsetjenesten) påpeker selv at legemidler er en vesentlig innsatsfaktor i sykehusenes pasientbehandling. Legemiddelanskaffelse, -distribusjon, -produksjon og -informasjon er en del av kjernevirksomheten og derfor helt grunnleggende og sentrale prosesser i sykehusenes pasientbehandling og pasientrettede opplæringsaktiviteter.

På denne bakgrunn er de nasjonale føringer og mål for sykehusapotekselskapene å:

- sikre sykehusene en legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris
- sikre/bevare farmasøytisk kompetanse og produksjons- og forsyningsberedskap
- sikre utdanning og tilgang til farmasøytisk kompetanse i tråd med sykehusbehov
- sikre sykehusenes legemiddelberedskap
- sikre helhetlige behandlingsskjeder for pasientene.

I dag benytter helseforetakene sykehusapotekenes markeds-kunnskap og systemer som et verktøy til å konkurranseutsette grossistene, i tillegg til å konkurranseutsette leverandørene gjennom LIS-samarbeidet. Det er dokumentert at dette har gitt gode økonomiske resultater for sykehusene.

Økonomien knyttet til sykehusapotekenes publikumsavdelinger der det foregår salg til den enkelte kunde/pasient, er spesielt utsatt for eventuelle kutt i apotekenes distribusjonsmargin. Sykehusapotekenes evne til å synliggjøre og få aksept for den farmasøytiske kompetansen overfor helseforetakene og deres pasienter blir derfor viktig også for apotekene i primærhelsetjenesten. Sykehusapotekene har også en felles utfordring med primærapotekene i å finne gode løsninger for pasienter som beveger seg mellom de to omsorgsnivåene.

I og med at både private apotek og offentlig eide apotek er medlemmer av samme bransjeorganisasjon, sier det seg selv at Apotekforeningen ikke kan ta stilling til eierskap. Dette er et område der det naturlig vil kunne være interessekonflikt mellom de to medlemsgrupperingene.

Per T. Lund  
Adm. direktør  
Sykehusapotekene ANS  
Styremedlem  
i Apotekforeningen



Foto: Sykehusapotekene ANS





## En tid for alt

Høsten binder året sammen. Den representerer både avslutning og begynnelse. Trærne feller blader for å spare krefter til ny sesong, og jorden er full av anlegg til vårens blomster.

Det er ikke bare naturen som har det travelt om høsten. Det er ganske mye vi mennesker skal ha presset inn mellom sommer og årsskiftet, da regnskapet skal avlegges.

Regjeringen har vel mye å gjøre året rundt, men det virker som om det hopper seg opp om høsten. I år har det ikke bare vært statsbudsjettet. Opsjonsbråk og sykelønnsstrid er noe av det som har preget denne høsten. Sykelønnsaken endte godt, etter at regjeringen trakk sitt opprinnelige forslag, som forutsatte at arbeidsgiverne skulle betale mesteparten for å få ned sykefraværet. Partene ble enige om en ordning som skal gjøre arbeidsgiverne skadesløse. Det har Finn Bergesen i NHO og LO's Gerd-Liv Valla sørget for. De er blitt det nye superparet, det kyskes på kinnet og klemmes, i alle fall når det er et TV-kamera eller en fotograf i nærheten. Det står imidlertid noe med liten skrift i denne avtalen også: Arbeidsgiverne ER med å betale. Det skal nemlig bli slutt på redusert arbeidsgiveravgift for arbeidstakere over 62 år. Dette er et underlig signal – for ikke å si en usedvanlig klar dobbeltkommunikasjon fra regjeringens side. I den nye pensjonsordningen skal det lønne seg å stå lenge i jobb. Samfunnet begynner å merke at hippe, coole og nyrike 50-åringer trekker seg tilbake fra arbeidslivet for å seile jorda rundt eller realisere drømmer på annet vis.

Når jeg da må betale 14,1 prosent arbeidsgiveravgift i stedet for 10,1 prosent som i dag for mine ansatte over 62 år, er det neimen ikke sikkert at jeg velger en erfaren 58-åring neste gang jeg skal ansette en farmasøyt. Det incentivet vi arbeidsgivere har hatt til å ha godt voksne, svært erfarne medarbeidere, blir desimert. Synd at det er blitt så lite debattert!

I Apotekforeningen har det også vært en travel høst. Beklageligvis har vi måttet bruke mye krefter på å imøtegå utspill fra våre legemiddelmyndigheter. Kontakten med disse har den senere tid vært preget av godt samarbeidsklima. Dette er også noe vi har framholdt og vært stolte av når vi har presentert vår apotekbransje for utenlandske kolleger. Høstens «opptrinn» med trinnpriser og apotekavanse har imidlertid satt oss tilbake. Vi håpet det var forståelse for at en trygg økonomisk situasjon er nødvendig for å opprettholde og forbedre kvaliteten på norske apotek. Fag og penger er gjensidig avhengige av hverandre. Spesielt vil en betydelig forverring i inntjening gå ut over dem som driver for seg selv, bl.a. fordi man i disse apotekene må utføre mange oppgaver som en kjede har sentralisert.

Det fortøner seg underlig at myndighetene finner det i orden at salg av hud- og hårpleiemidler, gåstaver og beroligende musikk skal subsidiere salget av reseptpliktige legemidler. Det er full enighet om at salg av legemidler er kjernevirksomheten til norske apotek. Da er det ikke mer enn rett og rimelig at kostnadene til dette dekkes av avansen på produktgruppen.

Jeg vil også minne våre myndigheter om et annet faktum: Vi er over 6000 dyktige medarbeidere i apotek, de aller fleste er autorisert helsepersonell. Vi er stolte av jobben vår, vi gjør vårt ytterste for å gi kunden det beste apoteket har å by på: våre kunnskaper og varer av høy kvalitet. Vi stiller lojalt opp når det innføres nye «ordninger» av ymse slag. En av de siste er overgangen fra pkt. 2 til pkt. 44 og 45 i refusjonslisten. Legemiddelverket sendte i den forbindelse brev til alle landets apotek med beskjed å ringe legen hver gang vi mottar en resept på pkt. 2 skrevet ut etter 1. juli i år. Vi har brukt mye tid og penger på dette – ordentlige som vi er. Hvorfor kan ikke leger pålegges å ha datasystemer som gjør det umulig å skrive ut resepter som ikke fyller de til enhver tid gjeldende regler? Hvis vi i apotek skulle gjøre den feil å registrere en resept utstedt etter 1. juli på pkt. 2, avvises den i APOK – vårt elektroniske oppgjørssystem med Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Apotekene kan være et redskap for myndighetene for å senke legemiddelregningen. Men for å spille en slik rolle, må vi ha noe igjen for det, og ikke tape mer og mer. Selvsagt skal ikke vi bidra til at regningen blir høyere enn nødvendig, men vi må få betalt for jobben vi gjør. Etter 10 år som apoteker er jeg stadig overbevist om at kompetansen i norske apotek kan brukes enda bedre enn i dag for å bedre legemiddelbruken og dermed folkehelsen. Kjære myndigheter og politikere: Nå har vi som arbeider i apotek blitt svært gode i generisk bytte, og vi har spart Folketrygden for mange hundre millioner kroner per år. Er det ikke nå på tide å utfordre apotekenes faglighet? Den er god! Vi er klare! Men vi kan ikke gjøre alt gratis.

*God jul!*

## indeks 2006

Indeksen har to hovedinndelinger: Forfatterregister og Emne/Stikkordregister.

Enkelte temaer er oppført kronologisk under egen overskrift, eks. «Aktuell kommentar».



### • FORFATTER

Andersen, Jon A: Næringspolitisk utvalg	2/78	Fjeldstad, Trygve: Apotekerleilighet på Maihaugen	4/220
Berg, Jan: Størst omsetningsvekst i sykehusapotek	4/182	Fredriksen, Gunn: Sykehusfarmasi Norge	4/174
Brustugun, Jørgen: Produksjon av legemidler til barn	4/180	Grønstad, Anne/Klem, Wendy/Wistner, Terje:	
Dalen, Vibeke: Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse		AHUS – en moderne modell for effektiv legemiddeldistribusjon	4/176
– tema for Strømutvalget?	4/208	Horn, Anne Marie: Apoforsk	2/92
Davidsson, Malin/Irgens, Mette Maja Bredal:		Irgens, Mette Maja Bredal/Davidsson, Malin:	
Klinisk farmasi på fremgang	4/177	Klinisk farmasi på fremgang	4/177
Dunn, Christopher: Kvalifikasjonskrav for farmasøyer i England	1/48	Johnsen, Astrid: Bruk av statistikk og analyse ved	
Dunn, Christopher: Nettfarmasi i England	2/102	legemiddelsalg på norske sykehus	4/175
Eide, Grethe: Apotekhverdagen før og etter apotekloven 2001	4/210	Klem, Wendy/Wistner, Terje/Grønstad, Anne:	
Ellingsen, Synnøve/Kure, Ragna/Eriksen, Inger Lise:		AHUS – en moderne modell for effektiv legemiddeldistribusjon	4/176
Alt blir gammelt med tiden	3/152	Kure, Ragna/Eriksen, Inger Lise/Ellingsen, Synnøve:	
Eriksen, Inger Lise/Ellingsen, Synnøve/Kure, Ragna:		Alt blir gammelt med tiden	3/152
Alt blir gammelt med tiden	3/152	Kvaal, Bjørn: - Treg gjennomføring, halvhjertet innhold	1/04
Finsnes, Kai: Legemiddelinformasjon – apotekenes rolle	1/18	Kvaal, Bjørn: Skremt av feil legemiddelbruk	1/05
Finsnes, Kai: En faglig spydspiss	1/59	Kvaal, Bjørn: Statens legemiddelverk: Vil satse mer i Norge	1/09
Finsnes, Kai: En vital jublant	2/68	Kvaal, Bjørn: Sosial- og helsedirektoratet: Mangler ressurser	1/12
Finsnes, Kai: Apotekforeningens politikk for		Kvaal, Bjørn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten:	
spesialisthelsetjenestefarmasien	4/188	– Kikk oss gjerne i kortene	1/14
Fjeldstad, Trygve: ACO – en alternativ vei til suksess?	1/38	Kvaal, Bjørn: Stadig flere ringer RELIS	1/16
Fjeldstad, Trygve: Helselab'en	1/45	Kvaal, Bjørn: Nå kommer blindeskrift og servicetelefon	1/36
Fjeldstad, Trygve: Legemiddeldagen 2006	2/66	Kvaal, Bjørn: Glad hun er ferdig med "negative NAF"	2/64
Fjeldstad, Trygve: Jubileum 125 år	2/67	Kvaal, Bjørn: Apotekenes vaktbikkje	2/86
Fjeldstad, Trygve: eReseptprosjektet	2/94	Kvaal, Bjørn: Kan sovne i apotekkø	3/116
Fjeldstad, Trygve: Prosjekt Blårev	2/98	Kvaal, Bjørn: Try for trygghet	3/120
Fjeldstad, Trygve: Nycomed: – Vi skaffer apotekene flest kunder	2/106	Kvaal, Bjørn: Får mye informasjon	3/134
Fjeldstad, Trygve: Inventar og planløsning	3/126	Kvaal, Bjørn: Sykehusapotekene – en godt bevart hemmelighet	4/168
Fjeldstad, Trygve: E-handel med legemidler	3/142	Kvaal, Bjørn: Vil ha apotekoverskuddet selv	4/170
Fjeldstad, Trygve: Markedsføring av sykehusapotek	4/184	Kvaal, Bjørn: Et nyttig trekantforhold	4/172
Fjeldstad, Trygve: Farmasidagene 2006: Etikken i butikken	4/204	Kvaal, Bjørn: Kan ha fem «bandasjistapotek» om et år	4/198
Fjeldstad, Trygve: FIP i Brasil	4/214	Kvaal, Bjørn: Vil ikke bli kjedeapotek	4/201

# indeks 2006

# indeks 2006

Nagell, Thor A: Nederlandske aktører satser sterkt på netthandel i Tyskland	1/52
Nemeth, Julia/Soldal, Jostein: Bransjestatistikk: Legemidler for 7,5 milliarder første halvår i år	3/148
Offenberg, Ola: NAF-Data AS	2/80
Ognøy, Anne Helen: Legemiddelinnekjøpsamarbeid – LIS	4/178
Refsum, Nina: Hvorfor har vi sykehusapotek?	1/55
Reiakvam, Lisa K/Svensgaard, Marit: E-handel: Nye distribusjonsformer for legemidler	3/138
Reinholdt, Tore: Individuell røykesluttveiledning i apotek	1/42
Skard, Olav: Ny giv for antioksidantene	3/156
Soldal, Jostein: Apotekbarometeret: Høy tillit til apotekene	3/124
Soldal, Jostein/Nemeth, Julia: Bransjestatistikk: Legemidler for 7,5 milliarder første halvår i år	3/148
Svensgaard, Marit/Reiakvam, Lisa K: E-handel: Nye distribusjonsformer for legemidler	3/138
Thune, Nina Aldin: Apoteket, en møteplass med historie?	3/128
Torvalden, Erik: NAF-gårdene AS	2/81
Wabø, Inger: Etisk refleksjon rundt informasjon i apotek	1/25
Wistner, Terje/Grønstad, Anne/Klem, Wendy:	
AHUS – en moderne modell for effektiv legemiddeldistribusjon	4/176

## • EMNE/STIKKORD

ACO – en alternativ vei til suksess? Trygve Fjeldstad (intervju med adm. dir. i ACO HUD Norge AS Per Ivar Lund)	1/38
---	------

## AKTUELL KOMMENTAR

Eriksen, Inger Lise: Det store jubileumsåret	1/44
Eriksen, Inger Lise: ... den gamle, og saa den nye tid...	2/100
Eriksen, Inger Lise: Sensommer	3/136
Eriksen, Inger Lise: En tid for alt	4/192

Alt blir gammel med tiden, Synnøve Ellingsen/Ragna Kure/Inger Lise Eriksen (om Norsk Farmasihistorisk Museum)	3/152
Apoforsk, Anne Marie Horn	2/92
Apotekbarometeret: Høy tillit til apotekene, Jostein Soldal	3/124
Apotekerleilighet på Maihaugen, Trygve Fjeldstad	4/220
Apotekenes vaktbikkje, Bjørn Kvaal (intervju med leder for Bransjerådet for apotekene Trond Waage)	2/86
Apoteket, en møteplass med historie? Nina Aldin Thune	3/128

## APOTEKFORENINGEN (HOVEDTEMA I NR 2/2006)

Glad hun er ferdig med «negative NAF», Bjørn Kvaal (intervju med dep.råd Anne Kari Lande Hasle i Helse- og omsorgsdepartementet)	2/64
Legemiddeldagen 2006, Trygve Fjeldstad	2/66
Jubileum 125 år, Trygve Fjeldstad	2/67
En vital jublant, Kai Finsnes	2/68
Lover for Norges Apotekerforening	2/74
Fagdirektørforum	2/78
Næringspolitisk utvalg, Jon A. Andersen	2/78
NAF-Data AS, Ola Offenberg	2/80
NAF-gårdene AS, Erik Torvaldsen	2/81
Apotekforeningen som helsepolitisk aktør	2/83
Apotekforeningen som arbeidsplass	2/84
Apotekenes vaktbikkje, Bjørn Kvaal (intervju med leder for Bransjerådet for apotekene Trond Waage)	2/86
Bransjerådet for apotekene i Norge – vedtekter	2/89
Stiftelsen til fremme av Norsk apotekfarmasi – vedtekter	2/91
Apoforsk, Anne Marie Horn	2/92
eReseptprosjektet, Trygve Fjeldstad	2/94
Prosjekt Blårev, Trygve Fjeldstad	2/98

Apotekforeningen som arbeidsplass	2/84
Apotekforeningen som helsepolitisk aktør	2/83
Apotekforeningens politikk for spesialisthelsetjenestefarmasien, Kai Finsnes	4/188
Apotekhverdagen før og etter apotekloven 2001, Grethe Eide	4/210
Apotekjedene svarer	3/122
Bransjerådet for apotekene i Norge – vedtekter	2/89
Bransjestandardene: Krav til apotekanlegget	3/119
Bransjestatistikk: Legemidler for 7,5 milliarder første halvår i år, Julia Nemeth/Jostein Soldal	3/148
Bruk av statistikk og analyse ved legemiddelsalg på norske sykehus, Astrid Johnsen	4/175
E-handel: Nye distribusjonsformer for legemidler, Lisa K Reiakvam/Marit Svensgaard	3/138
E-handel med legemidler, Trygve Fjeldstad	3/142
E-handel med legemidler (leserbrev)	4/222
En faglig spydspiss, Kai Finsnes	1/59
(Apotekerforeningens hilsen ved sykehusapotekenes 150-års jubileum)	
En vital jublant, Kai Finsnes	2/68
eReseptprosjektet, Trygve Fjeldstad	2/94
Et nyttig trekantforhold, Bjørn Kvaal (fra Sykehusapoteket i Tromsø)	4/172
Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse – tema for Strømutvalget?	
Vibeke Dalen	4/208
Etisk refleksjon rundt informasjon i apotek, Inger Wabø	1/25
Fagdirektørforum	2/78

## FARMASIDAGENE 2006

Etikken i butikken, Trygve Fjeldstad	4/204
Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse – tema for Strømutvalget?	
Vibeke Dalen	4/208
Apotekhverdagen før og etter apotekloven 2001, Grethe Eide	4/210

Felleskatalogen	1/30
-----------------	------

## FIP 2006

Inger Lise Eriksen: Nominert til president i FIP	2/111
FIP i Brasil, Trygve Fjeldstad	4/214

Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse	1/40
Får mye informasjon, Bjørn Kvaal	3/134
Glad hun er ferdig med «negative NAF», Bjørn Kvaal (intervju med dep.råd Anne Kari Lande Hasle i Helse- og omsorgsdepartementet)	2/64
Helselab'en, Trygve Fjeldstad	1/45

## HSH

Bestemmelser om arbeidsmiljø/HMS i den nye arbeidsmiljøloven	1/54
Gratulerer til jublanten	2/101
Forbrukerkjøpsloven	3/160
Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt når arbeidstaker er gravid	4/197

Hvorfor har vi sykehusapotek? Nina Refsum	1/55
Indeks 2006,	4/193
Individuell røykesluttveiledning i apotek, Tore Reinholdt	1/42
Inventar og planløsning, Trygve Fjeldstad	3/126
Jubileum 125 år, Trygve Fjeldstad	2/67
Kan ha fem "bandasjistapotek" om et år, Bjørn Kvaal (om Medicus Plesner Apotek)	4/198
Kan sovne i apotek, Bjørn Kvaal (intervju med Margaret Ramberg FFO)	3/116

## KUNDEN I APOTEKET (HOVEDTEMA I NR 3/2006)

Kan sovne i apotek, Bjørn Kvaal (intervju med Margaret Ramberg FFO)	3/116
Bransjestandardene: Krav til apotekanlegget	3/119
Try for trygghet, Bjørn Kvaal (intervju med Kjetil Try)	3/120
Apotekjedene svarer	3/122
Apotekbarometeret: Høy tillit til apotekene, Jostein Soldal	3/124
Inventar og planløsning, Trygve Fjeldstad	3/126
Apoteket, en møteplass med historie? Nina Aldin Thune	3/128
Får mye informasjon, Bjørn Kvaal	3/134
Kvalifikasjonskrav for farmasøyer i England, Christopher Dunn	1/48

## LEDER

Fjeldstad, Trygve: Informasjonssamfunnet	1/03
Fjeldstad, Trygve: Apotekforeningen: Same shit – new wrapping?	2/63
Fjeldstad, Trygve: Hot, hot, hot...	3/115
Fjeldstad, Trygve: I en seng på hospitalet	4/167
Legemiddeldagen 2006, Trygve Fjeldstad	2/66
Legemiddeldagen 2006,	3/137

## LEGEMIDDELINFORMASJON (HOVEDTEMA I NR 1/2006)

– Treg gjennomføring, halvhjertet innhold, Bjørn Kvaal (intervju med Harald Tom Nesvik (Frp), leder av Stortingets helse- og omsorgskomite)	1/04
Skremt av feil legemiddelbruk, Bjørn Kvaal	
Intervju med statssekretær Wegard Harsvik (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet)	1/05
Legemiddelmeldingen om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon	1/06
Statens legemiddelverk: Vil satse mer i Norge, Bjørn Kvaal (intervju med direktør Gro Ramsten Wesenberg)	1/09
Sosial- og helsedirektoratet: Mangler ressurser, Bjørn Kvaal (intervju med fung. Avd. dir. Bjørn Olav Bergholtz)	1/12
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: – Kikk oss gjerne i kortene, Bjørn Kvaal (intervju med dir. John-Arne Røttingen)	1/14
Stadig flere ringer RELIS, Bjørn Kvaal (intervju med leder for RELIS Sør Tone Westergren)	1/16
Legemiddelinformasjon – apotekenes rolle, Kai Finsnes	1/18
Legemiddelinformasjon: Kjede-enquete	1/22
Etisk refleksjon rundt informasjon i apotek, Inger Wabø	1/25
Felleskatalogen	1/30
Pakningsvedlegg	1/31
Rådet for legemiddelinformasjon	1/33
Nå kommer blindeskrift og servicetelefon, Bjørn Kvaal (intervju med rådgiver Sverre Fuglerud i Norges Blindeforbund)	1/36
ACO – en alternativ vei til suksess? Trygve Fjeldstad (intervju med adm. dir. i ACO HUD Norge AS Per Ivar Lund)	1/38
Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse	1/40
Legemiddelinformasjon – apotekenes rolle, Kai Finsnes	1/18
Legemiddelinformasjon: Kjede-enquete	1/22
Legemiddelinnekjøpsamarbeid – LIS, Anne Helen Ognøy	4/178
Legemiddelmeldingen om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon	1/06
Lover for Norges Apotekerforening	2/74
Markedsføring av sykehusapotek, Trygve Fjeldstad (Intervju med sykehusapoteker Nina Refsum om sykehusapotekenes 150-årsjubileum)	4/184



## MINNEORD

Harald Kristiansen	4/222
Nippe Strandqvist	4/223
NAF-Data AS, Ola Offenberg	2/80
NAF-gårdene AS, Erik Torvaldsen	2/81
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: – Kikk oss gjerne i kortene, Bjørn Kvaal (intervju med dir. John-Arne Røttingen)	1/14
Nederlandske aktører satser sterkt på netthandel i Tyskland, Thor A. Nagell	1/52
Nettfarmasi i England, Christopher Dunn	2/102
Ny giv for antioksidantene, Olav Skard	3/156
Nycomed: - Vi skaffer apotekene flest kunder, Trygve Fjeldstad	2/106
Næringspolitisk utvalg, Jon A. Andersen	2/78
Nå kommer blindeskrift og servicetelefon, Bjørn Kvaal (intervju med rådgiver Sverre Fuglerud i Norges Blindeforbund)	1/36
Oppfølging av Legemiddelmeldingen	3/144
Pakningsvedlegg	1/31
Pandemiberedskap	1/41
Produksjon av legemidler til barn, Jørgen Brustugun	4/180
Prosjekt Blårev, Trygve Fjeldstad	2/98
Rådet for legemiddelinformasjon	1/33
Skremt av feil legemiddelbruk, Bjørn Kvaal (Intervju med statssekretær Wegard Harsvik (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet)	1/05
Sosial- og helsedirektoratet: Mangler ressurser, Bjørn Kvaal (intervju med fung. Avd. dir. Bjørn Olav Bergholtz)	1/12
Spesialisthelsetjenestefarmasien – en kommentar	4/191
Stadig flere ringer RELIS, Bjørn Kvaal (intervju med leder for RELIS Sør Tone Westergren)	1/16
Statens legemiddelverk: Vil satse mer i Norge, Bjørn Kvaal (intervju med direktør Gro Ramsten Wesenberg)	1/09
Stiftelsen til fremme av Norsk apotekfarmasi – vedtekter	2/91
Størst omsetningsvekst i sykehusapotek, Jan Berg	4/182
Sykehusapotekene – en godt bevart hemmelighet, Bjørn Kvaal (intervju med direktør Bente Mikkelsen, Helse Øst RHF)	4/168

## SYKEHUSFARMASI (HOVEDTEMA I NR. 4/2006)

Sykehusapotekene – en godt bevart hemmelighet, Bjørn Kvaal (intervju med direktør Bente Mikkelsen)	4/168
Vil ha apotekoverskuddet selv, Bjørn Kvaal (intervju med direktør Knut Schrøder, UNN)	4/170
Et nyttig trekantforhold, Bjørn Kvaal (om Sykehusapoteket i Tromsø)	4/172
Sykehusfarmasi Norge, Gunn Fredriksen	4/174
Bruk av statistikk og analyse ved legemiddelsalg på norske sykehus, Astrid Johnsen	4/175
AHUS – en moderne modell for effektiv legemiddeldistribusjon, Anne Grønstad/Wendy Klem/Terje Wistner	4/176
Klinisk farmasi på fremgang, Malin Davidsson/ Mette Maja Bredal Irgens:	4/177
Legemiddelinnkjøpsamarbeid – LIS, Anne Helen Ognøy	4/178
Produksjon av legemidler til barn, Jørgen Brustugun	4/180
Størst omsetningsvekst i sykehusapotek, Jan Berg	4/182
Markedsføring av sykehusapotek, Trygve Fjeldstad (Intervju med sykehusapoteker Nina Refsum om sykehusapotekenes 150-årsjubileum)	4/184
Apotekforeningens politikk for spesialisthelsetjenestefarmasien, Kai Finsnes	4/188
Spesialisthelsetjenestefarmasien – en kommentar	4/191
Sykehusfarmasi Norge, Gunn Fredriksen – Treg gjennomføring, halvhjertet innhold, Bjørn Kvaal (intervju med Harald Tom Nesvik (Frp), leder av Stortingets helse- og omsorgskomite)	1/04
Try for trygghet, Bjørn Kvaal (intervju med Kjetil Try)	3/120
Vil ha apotekoverskuddet selv, Bjørn Kvaal (intervju med sykehusdirektør Knut Schrøder, UNN)	4/170
Vil ikke bli kjedeapotek, Bjørn Kvaal (intervju med apoteker Felix Ally)	4/201

## Arbeidsgivers tilretteleggings- plikt når arbeidstaker er gravid

En graviditet blir oftest ikke konstatert før det har gått noen måneder. Den vanlige standarden for arbeidsmiljøet bør derfor være slik at gravide kan utføre arbeidet uten risiko for fosteret. Omplussing og andre spesialordninger for gravide bør i utgangspunktet kun benyttes i unntakstilfeller.

Arbeidsgiver har ansvar for at gravide arbeidstakere beskyttes mot ubehag og skade som følge av arbeidssituasjon og arbeidsmiljø. Arbeidsgiver har også ansvar for å beskytte mannlige og kvinnelige arbeidstakere mot arbeidsmiljøpåvirkninger som kan gå ut over deres evne til å få barn, eller ut over barnet. Arbeidsgiver skal derfor sørge for en løpende kartlegging av arbeidsmiljøet samt iverksette nødvendige tiltak slik at en ansatt kan fortsette i jobb under svangerskapet. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 4-2 (2) b) jf. § 4-4 (2).

Er det uklart hvilke konkrete forhold i arbeidsmiljøet som kan være av betydning, kan arbeidsgiver rådføre seg med bedriftshelsetjenesten eller Arbeidstilsynet. Vanligvis vil et arbeidsmiljø som er fullt forsvarlig for andre arbeidstakere, også være tilfredsstillende for gravide eller fosteret.

Kvinner som er engstelige for at bestemte forhold i arbeidsmiljøet kan være skadelige for fosteret, har i første rekke behov for saklig informasjon. I en del tilfeller hvor engstelsen ikke er medisinsk begrunnet, kan slik informasjon bidra til å berolige den gravide. Men den gravide bør gis adgang til omplussing dersom engstelsen vedvarer, til tross for at den strengt tatt ikke er medisinsk begrunnet.

Ofte er arbeidstakeren den nærmeste til å tenke over om det er forhold i arbeidsmiljøet som kan ha uheldig innvirkning på fosterets utvikling. Arbeidstakeren bør derfor diskutere arbeid og arbeidsmiljø med legen/helsestasjonen som har ansvar for svangerskapskontrollen. Bedriftshelsetjenesten eller Arbeidstilsynet kan også kontaktes for råd og veiledning.

Tilbyr arbeidsgiver en gravid arbeidstaker et annet og bedre egnet arbeid i bytte for et arbeid som arbeidstakeren mener er skadelig i forbindelse med graviditeten, plikter arbeidstakeren å akseptere tilbudet. Blir det ikke enighet om hva slags arbeid som er egnet, kan saken tas opp med Arbeidstilsynet.

Hilde Myklebust, seksjonssjef i HSH

# Kan ha fem «bandasjist apotek» om ett år

Bjørn Kvaal  
frilansjournalist

Kundesenteret til Medicus Plesner i Oslo får 200.000 henvendelser årlig. Snart kan telefonene bli besvart av farmasøyter døgnet rundt.

Praten i tredjeetasje i den gamle pikeskolen i Pilestredet 7 i Oslo handler stort sett om urinlekkasje, stomi, brokk, ernæring og fjerning av kvinnebryst – og hva slags hjelpemidler som passer best.

## BRUKER BUDBILER

Apotekteknikere og sykepleiere ansatte hos Medicus Plesner svarer på spørsmål fra ansatte i helsevesenet, pasienter og pårørende. Bestillinger fra pasienter kjøres ut med budbiler.

I butikken på gateplan to etasjer lengre ned har du to muligheter rett innenfor døren. Til høyre kan du kjøpe noen av de råeste joggeskoene i markedet hos Löplabbet – en forretning som også eies av Medicus Plesner. Til venstre får du hjelp til å finne støttestrømper og spalischo for brukere med vanskelige føtter og dårlige knær.

Fire trappetrinn opp, innenfor spalischoene, ligger 120 kvadratmeter Medicus Plesner Apotek. Og innenfor der 70 kvadratmeter prøve -og samtalerom for brystkreftopererte.

## HAR 8000 BLÅRESEPTER

Ute på gateplan kan du komme til å møte en av de seks sykepleierne til Medicus Plesner som driver hjemmebesøk.

Selskapet har siden andre verdenskrig spesialisert seg på hjelpemidler til pasienter med tabubelagte sykdommer og plager. 8000 kunder har sine blåresepter liggende hos Medicus Plesner og får jevnlig levering av varer.

4. september åpnet Medicus Plesner også apotek i forretningen i Pilestredet.

– 1. januar 2008 har vi tre – fem nye apotek samlokalisert med våre Medicus Plesner-forretninger, sier selskapets administrerende direktør *Lars Magnus Mikkelsen*.

## – GODE PÅ ALLE FELT

På fasaden over inngangen i butikkene i Pilestredet står det «Helse, velvære, apotek». Mikkelsen mener de er gode på alle tre områder, ikke at de driver halvveis innenfor en rekke felt.

Helseavdelingen er bandasjistbutikken som selger hjelpemidler og forbruksvarer for eksempel ved stomi.

Fordi mange bandasjistikunder har andre plager, kan de få hjelp på apoteket i de samme lokalene. Apoteket ekspederer

også andre kunder som kommer innom, enten de har med resept på penicillin eller skal ha hostesaft til fireåringen. Men til forskjell fra mange konkurrenter har dette apoteket en del hjelpemidler til blant annet stomipasienter i selvvalgshyllene. «Velvære» i konseptet handler for eksempel om støttestrømper, spalisåler og fotpleieprodukter.

## LØPER ÉN GANG I UKA

Hvor kommer så Löplabbet inn, av mange regnet som spesialforretning for supermosjonister?

– Kjernekunden her er mann i midten av 40-årene, universitetsutdannet og som jogger én gang i uka. Han er altså i en alder hvor riktig valg av sko, innleggssåler og støtte for et kne som kan begynne å hangle, er veldig viktig. Her kan Löplabbet og vår velværeavdeling utfylle hverandre, sier Mikkelsen.

## – VI BLIR FLERE

Inne på apoteket har apoteker *Ali Rajabi* med seg tre farmasøyter og fire apotekteknikere. Rajabi kom til Norge i 1995, etter å ha utdannet seg i Sverige. De første 2,5 årene var han ambulerende vikar og hadde kortere og lengre opphold ved 60 apotek og sykehusapotek.

I fjor jobbet han med godkjenning og lansering av et nytt middel for hånddesinfeksjon. Produktet importeres av Medicus Plesner. Slik kom Rajabi i kontakt med Mikkelsen, og Rajabi ble apotekeren som nå er faglig ansvarlig for apotekdriften hos Medicus Plesners avdeling i Oslo.

– Dette er en type apotek og samlokalisering det vil komme flere av. Mange av våre kunder har alvorlige helseplager som de fleste apotek og allmennleger ikke kan nok om. Disse kundene trenger hjelp og råd i spesialforretninger. Med apotek, forretning og callsenter i samme bygg, kan kundene få hjelpemidler, veiledning og legemidler ett sted, sier Rajabi.

## FIRE KUNDER PER APOTEK

Etter å ha jobbet ved 60 apotek i Norge, er hans erfaring at langt fra alle apotek kan gi fullgod service innenfor bandasjist-området. Han bruker stomi som eksempel:

Det er 2000 brukere av stomiutstyr i Norge. Det gir færre enn fire pasienter per apotek i snitt. De ekspederes i snitt fem ganger årlig.

– Det betyr at apotekene bare kan ha små varelagre, de har få vareprøver og må ofte gjøre spesialbestillinger. Og ekstra alvorlig for pasienten er at de ansatte ikke har mye erfaring på området stomi. Det samme gjelder innenfor en rekke andre helseplager som Medicus Plesner har spesialisert seg på, sier Rajabi.

## MENN VELGER TELEFON

Mikkelsen legger til:

– Mange av disse pasientene synes det kan være vanskelig å prate ansikt til ansikt med en lokal apotekmedarbeider. Dette gjelder ikke minst mannlige pasienter. Her er vår servicetelefon et godt alternativ. Hos oss kan kunden snakke med en sykepleier som har spesialisert seg på sykdommer vi skal være gode på.

Mikkelsen setter også spørsmålsteget ved apotek som ikke tilbyr hjemkjøring av hjelpemidler ved urinveislekkasjer.

– Å måtte ta seg hjem med to-tre store esker med slike produkter er ikke hyggelig eller enkelt for kunden. I byer bor mange i små leiligheter, sik at det er viktig med hyppige, men små forsyninger av inkontinensprodukter, mener han

## VIL SKAPE TRYGGHET

Medicus Plesner Apotek – akkurat som andre apotek – ønsker at kunden legger igjen blåresepten hos dem.

– For kunden er det viktig å vite at de får riktig produkt og at de automatisk får det i rett tid før de går tomme for hjelpemidler, sier Mikkelsen. Han er opptatt av å gi kundene ekstra trygghet.

– Neste skritt kan være at vårt kundesenter er betjent også av farmasøyter, og at vi har døgnåpent. I dag må du selv gå til et apotek, trekke kølapp og få en ansatt til å hjelpe deg på et område han eller hun kanskje ikke kan så mye om. Med døgnåpent kundesenter kan pasientene ringe fagpersoner når det måtte passe dem. Kanskje kan det være godt å ta en slik telefon når kvelden og spørsmålene melder seg, sier Mikkelsen.

## DRAR PÅ HJEMMEBESØK

Han mener Medicus Plesner også sparer samfunnet for store kostnader når de har servicetelefonen kombinert med sykepleiere som drar på hjemmebesøk.

– Hvis du har prolaps i stomien og ligger hjemme med store plager uten hjelp og produkter, kan du ringe 113 og bli fraktet til sykehus med ambulanse. Hva koster dette, i forhold til å ha en oppsøkende sykepleier som kan hjelpe deg der og da. Vi har tatt opp dette med Rikstrygdeverket uten å møte særlig forståelse for en verdsetting av vårt tilbud, sier Mikkelsen.

## Gir råd til helsepersonell

– Vi oppfordrer kundene til å legge igjen eller sende blåresepten til en av våre forretninger. Men en del kunder har ikke resept, tross plager som trolig kan bli dekket av Rikstrygdeverket. Da råder vi dem til å kontakte fastlegen sin. Det sier apotektekniker *Ellen Schipper* ved callsenteret til Medicus Plesner i Oslo. Her deler hun kontor sammen med seks andre sykepleiere og apotekteknikere.



Fem «bandasjistapotek» innen 2008 og servicetelefon som betjenes av farmasøyter døgnet rundt. Slike mål har administrerende direktør *Lars Magnus Mikkelsen* (til venstre) i Medicus Plesner. Her sammen med *Ali Rajabi* som er apoteker ved Medicus Plesners nye apotek i Pilestredet i Oslo.

De tar i mot bestillinger og svarer på spørsmål. De som ring-er kan være pårørende, pasienter og helsepersonell.

Leger og hjemmesykepleiere har eget gratis telefonnummer til servicekontoret.

Budbilene kjører i ruter fra Stavern i Vestfold i sør til Rena i Hedmark i nord. Utenfor denne regionen sendes varene til for eksempel stomipasienter med posten. Bestiller man for over tusen kroner, er forsendelsen gratis.

Sendes varene med budbil, er varene på døra to dager etter bestilling. Går det med posten, regnes én-to dager ekstra.

– Et par døgn ekstra forsendelsestid er ikke noe stort poeng for disse kundene. Det viktige er at vi er i forkant av deres behov, sier administrerende direktør *Lars Magnus Mikkelsen*.

Schipper stortrives i jobben.

– Vær sikker på at neste telefonsamtale ikke er lik den forrige, sier hun.

Senteret får 200.000 henvendelser årlig, i følge Mikkelsen. Ti prosent er fra helsepersonell.



## Må ha 70.000 mennesker

FarmaPro gjør at Medicus Plesner vet hvor kundene innenfor deres fagområder er.

– Våre nye Medicus Plesner Apotek vil komme på steder med en budbilradius med cirka 70.000 mennesker, sier Lars Magnus Mikkelsen.

Medicus Plesner har én server som tar seg av alle trygdeoppgjør for de fem forretningene. Selskapet har egen logistikkavdeling og driftssenter. På Furuset i Oslo har de lager på 600 kvadratmeter med fire ansatte som betjener hele landet.

## Er ikke bundet til Ditt Apotek og NMD

Når kunden får sine stomiprodukter, inkontinensprodukter eller ernæringssonder levert på døra av Medicus Plesners budbiler, hvorfor kan de ikke da også få levert legemidler?

Det var bakgrunnen for at selskapet begynte å jobbe med strategien om å starte apotek.

Medicus Plesner søkte konsesjon og bygde om lokalene i Pilestredet i Oslo. Fra 150 betalende kunder i Löplabbet og bandasjistforretningen fram til 4. september i år, er tallet nå oppe i totalt 250 etter at apoteket åpnet dørene.



– Vi leverer varer med sertifiserte budbiljåførere som har identifikasjonskort som viser at de representerer oss. De er kurset i hvor viktig det er å sikre at varen kommer helt fram til kunden, fordi disse kundene har spesielle behov, sier apotektekniker Ellen Schipper ved Medicus Plesners kundesenter.



Medicus Plesner i Pilestredet i Oslo, hvor Ali Rajabi er apoteker, har valgt Ditt Apotek, Hvis Medicus Plesner åpner nye apotek, kan de ha annen kjedetilknøytning.

– Omsetningen på apoteket har vært større enn forventet. Like interessant er det at apoteket får få telefoner fra kundene. Det tar tid å bli kjent, men kundene velger tydeligvis callsenteret, sier Mikkelsen.

Hans konklusjoner så langt er at konseptet om at kundene skal få alle svar og varer på ett sted, har slått til.

Medicus Plesner vurderte alle kjedeapotek og frittstående apotek da de skulle åpne apotek og hvem de eventuelt skulle samarbeide med. Også grossistene ble sjekket for å se hvem som passet best.

– Vi landet på NMD som grossist og Ditt Apotek. Kjedesamarbeid betyr åpenhet på noen forretningsområder. En kjede var ikke aktuell fordi vi ikke ville bli kikket for mye i kortene på grunn av konkurransesituasjonen. Av samme grunn vil vi heller ikke overlate pakking og forsendelsene av legemidler til NMD, sier Lars Magne Mikkelsen.

Ditt Apotek og NMD betyr ikke at Medicus Plesner har åpnet for nye eiere.

Mikkelsen sier at neste apotek de skal åpne, kan komme til å ha en annen kjedetilknøytning. Dette vurderes ut fra den lokale apotekkonkurransen, blant annet.

### FAKTA

- Medicus Plesner AS har heleide datterselskap på Gjøvik (har kjøpt Bandasjisten Remed) og Tønsberg (har kjøpt Helsehuset) samt egne butikker på Hamar, Strømmen og i Oslo.
- Avdelingen i Oslo åpnet 4. september i år apotek som er samlokalisert med bandasjistavdelingen.
- Apoteket har tre farmasøytere og fire apotekteknikere. Ved behov brukes i tillegg apotekteknikerne i bandasjistavdelingen og i kundesenteret til Medicus Plesner som ligger i samme bygg.
- Samlet omsetning i konsernet i 2005 var 140 millioner kroner.
- Medicus Plesner og datterselskapene hadde i 2005 32.400 leveranser på døren til kunder som bor hjemme.

# Vil ikke bli kjedeapotek



Foto: Morten Brakestad

Bjørn Kvaal  
frilansjournalist

Du må passere 17 apotek i Norge, før du finner ett som ikke er med i en kjede. Å være eid av et internasjonalt konsern med et kjedekontor i Oslo passer ikke de frittstående apotekerne.

Felix Ally har vært i apotekbransjen siden han ble utdannet farmasøyt ved Universitetet i Oslo i 1985. Han har drevet apotek på Tynset og i Drammen. I dag er han apoteker – og eier – av Torvet apotek i Hokksund.

### GIR KUNDEN VALGFRIHET

Ally er én av landets 32 apotekere som har valgt å være medlem av Apotekgruppen der han er styreleder. I oktober 2006 var det totalt 565 apotek i Norge.

– Våre råd og veiledninger er basert på farmasøytisk-faglige vurderinger og i tråd med lovverket, men vareutvalget er tilpasset lokal etterspørsel og forskrivningspraksis. Dette mener jeg gir kunden valgfrihet, sier Ally.

Han legger til: – Vi ser heller ikke noe poeng i å ha et fordyrende mellomledd gjennom kjedetilknøytning.

### HAR ORGANISERT SEG

De 32 frittstående apotekene har likevel valgt en organisering gjennom Apotekgruppen. Ally betegner dette først og fremst som en fagpolitisk organisering. Halvparten av medlemmene i Apotekgruppen har i tillegg gått sammen om å forhandle fram avtaler med produsenter og grossisten Holtung.

Apotekgruppen ble dannet i 2003. Motivasjonen til å være frittstående er ulik.

– For meg er det de faglige, økonomiske og administrative utfordringene med mulighet for selvråderett som gjør at jeg vil drive et frittstående apotek. Vi kan tilpasse markedsføring, vareutvalg og service ut fra det vi mener er riktig, sier Ally.

## – MANGE LEDD BLIR DYRT

Han trekker fram prisundersøkelser som han mener bekrefter at kjedene ikke nødvendigvis gir kundene billigere legemidler. Derfor støttet Apotekgruppen Sosial- og helsedirektoratets forslag om å oppheve ordningen med at legemiddelgrossister kan eie apotek - og motsatt.

– Den liberaliserte apotekloven fra 2001 har blant annet som mål å få medisiner til lavest mulig pris. Men prisene har ikke gått særlig mye ned i kjølvannet av apotekloven. Det er mange ledd i en apotekkjede som skal ha sitt og eiere som krever avkastning på sine investeringer. Det hevdes også at enkelte legemiddelprodusenter har samme eiere som apotekkjedene, sier Ally.

## – PRISKUTT HAVNER I UTLANDET

Han mener vertikal integrering har gitt aktørene stor forhandlingsmakt overfor legemiddelprodusentene, men synes ikke dette har kommet forbrukerne til gode som forventet.

– Ordningen har ikke gitt reell konkurranse i apotekmarkedet. For vertikalt integrerte kjeder er det mulighet for at prisforhandlinger kan foregå på europeisk nivå og gevinster tas ut av morselskapet i utlandet, sier Ally.

Han trekker fram at de frittstående apotekene som er medlem av Apotekgruppen, har farmasøyter som eiere.

– Vi kan balansere fag og forretning, sier Ally, men vil ikke svare på om apotekkjedene også kan det.

– Jeg vil bare svare for de frittstående apotekene.

## SKAL BLI BEDRE PÅ KURS

Ally legger til at det også kan være ulemper å stå alene. Informasjon fra leverandører og kurs skjer ofte i kjederegi.

– Dette vil nå bli mer tilgjengelig også for frittstående apotek gjennom samarbeidet med grossisten Holtung, sier Ally.

Dessuten er det større personlig risiko, og man må ha gründeren i seg for å lykkes.

– Når det gjelder reklamemateriell, så er det forskrifter som regulerer hva vi kan markedsføre og hvordan det kan gjøres. Virksomheten er først og fremst basert på salg av legemidler, sier Ally.

## APOTEKFORENINGEN = KJEDENE

Ally har nytte av sitt medlemskap i Apotekforeningen når det gjelder farmasifaglig arbeid og dataløsninger. På det faglig-politiske plan er imidlertid avstanden for stor.

– Apotekforeningens styre domineres av kjedene, slik at foreningens syn i høringsuttalelser preges av kjedenes interesser. Når multinasjonale selskap eier både apotek, grossist og, som det hevdes noen ganger, også legemiddelprodusenter, så blir Apotekforeningens interesser og syn ofte forskjellig fra Apotekgruppens. Derfor sender vi egne høringsuttalelser, noe vi også inviteres til av myndighetene, sier Ally. Om antall medlemmer i Apotekgruppen sier Felix Ally:

– Fram til nå har vi hatt et forholdsvis stabilt antall medlemmer. Noen kommer og noen går. Vi får stadig henvendelser fra farmasøyter og apotekere som vil vite mer om Apotekgruppen, men medlemstallet vil bli påvirket av økonomi og faglige utviklingsmuligheter, sier Ally.

## FIRE NYE APOTEK

Han legger til at aldersgruppen 35-55 år er dårlig representert blant driftskonsesjonærer på landsbasis.

– Jeg tror flere i denne aldersgruppen går med en apoteker i magen, og vi ser at frittstående apotek har økt sin markedsandel ved at det er åpnet fire nye frittstående apotek de siste 14 månedene, sier Ally.

## MEDLEMSKAP I APOTEKFORENINGEN

PER 01.11.2006:

<b>Alliance apotekene</b>	126 apotek
<b>Apotek 1</b>	219 apotek
<b>Vitusapotek</b>	132 apotek
<b>Ditt apotek</b>	75 apotek
<b>Frittstående</b>	16 apotek



Apotekteknikerne Bente Christina Sagen Fjellstad (fra venstre) og Hilde Amundsen og farmasøyt Janka Klucovska jobber ved Torvet apotek på Hokksund, ett av landets få apotek som ikke er med i en kjede.

## SOLVEIG TORSVIK TIL HOD

Statsministerens kontor har ansatt prosjektutvikler Solveig Torsvik (51), Lørenskog, som politisk rådgiver for statsråd Sylvia Brustad i Helse- og omsorgsdepartementet.

Torsvik har tidligere vært blant annet stortingsrepresentant for Akershus, partisekretær i Arbeiderpartiet og statssekretær i Kommunaldepartementet.

## ARVID LIBAK STATSSEKRETÆR I HOD

Kongen har i statsråd utnevnt politisk rådgiver Arvid Libak til statssekretær for statsråd Sylvia Brustad i Helse- og omsorgsdepartementet. Libak kommer fra stillingen som politisk rådgiver i HOD.

## NORSK PRESIDENT I EUROPHARM FORUM

Styreleder i Apotekforeningen, apoteker Inger Lise Eriksen, ble fredag 6. oktober valgt til ny president for EuroPharm Forum for en periode på to år.

EuroPharm Forum er samarbeidsorganet mellom Verdens Helseorganisasjon (WHO) i Europa, og de nasjonale euro-



peiske farmasi- og farmasøytorganisasjonene. Det er i dag 41 medlemsorganisasjoner fra 33 europeiske land.

EuroPharm Forums oppgave er å bedre helsen i Europa basert på WHO's prioriteringer. Det skjer via dialog og samarbeid mellom aktørene med det mål å styrke alle sider av farmasøyters bidrag til helsetilstanden i Europa. Mer info på [www.europharmforum.org](http://www.europharmforum.org)

## NORSK VISEPRESIDENT I ESCP

Cand. pharm. Frank Jørgensen ble i oktober valgt til vise-president i ESCP – European Society of Clinical Pharmacy – for en periode på to år. Han vil da overta som president. Frank Jørgensen har siden 1998 vært ansatt ved Haukeland Sjukehusapotek i Bergen.

## NY GENERALDIREKTØR I WHO

Dr. Margaret Chan (Kina) er valgt til ny generaldirektør for Verdens Helseorganisasjon (WHO). Hun vil overta stillingen 4. januar 2007.

# Nytt om apotek

## NYOPPRETTELSE

04.09.06 Medicus Plesner Apotek, Oslo  
Eier: Medicus Plesner AS

05.10.06 Vitusapotek Majorstuen, Oslo  
Eier: Vitusapotek AS

09.10.06 Alliance apotek Samarit, Sandnes  
Eier: Alliance UniChem Norge AS

18.10.06 Vitusapotek Opsahljordet-Mysen  
Eier: Vitusapotek AS

01.11.06 Apotek St. Hanshaugen senter, Oslo  
Eier: Oslo Pharma AS

01.11.06 Alliance apotek Kristiansand  
Eier: Alliance UniChem Norge AS

# Kalender

## 2007

### 22-25. APRIL

Pharmaceutical Sciences World Congress (PSWC2007)

**Tema:** Optimizing Drug Therapy: An Imperative for World Health

**Arr:** FIP

**Sted:** Amsterdam, Nederland

### 31. AUGUST – 6. SEPTEMBER

67th 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





# Etikken i butikken

Trygve Fjeldstad  
Apotekforeningen

Årets påmeldinger til Farmasidagene 26-28. oktober slo alle rekorder. Satelittsymposiet med tittelen «Å være syk er fa'li det! Kan pasientsikkerheten forbedres?» var fulltegnet med 230 påmeldte. Fellesprogrammet om etikk hadde nærmere 650 deltakere fredag og 430 på lørdag.

Fellesprogrammet ble begge dager ledet av *Kjellaug Melvik*, klinisk forskningssjef i GSK Norge og medlem av Legemiddelindustriens Etikkgruppe.



## BUTIKKFILOSOFIEN HAR SPREDT SEG

Etikken i butikken var også tittelen på innlegget til *Einar Aadland*, 1. amanuensis, Diakonhjemmet Høgskole. Han beskrev apoteket som en forpost for utviklingen innen et helseområde som stadig blir mer forretningsmessig. Aadland

pekte på dobbeltkommunikasjonen fra myndighetene i utsagn som «mer helse for hver krone». I praksis innebærer det at de ønsker mer helse, men med færre ressurser. Aadland mener at vi her egentlig snakker om forretningsetikk der avveiningene går mellom etikk og lønnsomhet. Problemene oppstår når noe er lønnsomt, men moralsk galt, eller det er moralsk rett, men ulønnsomt.

Butikkfilosofien har spredt seg, hevdet Aadland. Aktuelle nøkkelord er: ny-kapitalisme, markedsøkonomi, svakere fagforeninger, lønnsdifferensiering, globalisering, effektivisering og en ny-liberalisering som favoriserer individet.

Et spørsmål er om organisasjoner har et sosialt/etisk ansvar, eller om det bare gjelder enkeltindivider. Aadland siterte Milton Friedman som hevder at bedrifters eneste sosiale ansvar er å øke profitten og avkastningen.

Bedriftenes samfunnsansvar er en del av dette problemkomplekset. Aadland trakk frem Enron-saken som et eksempel på et firma med en serie etiske retningslinjer på trykk, men der de ikke ble fulgt i praksis. – Etikk kan være et effektivt røkteppe, beskrev Aadland dette som.

Aktuelle etiske temaer er:

- grenseoppgang mellom smøring og gaver
- varsling (whistleblowing)
- offentlighet (transparency)
- markedsføring
- bedrifters samfunnsansvar

Verdiorientert etikk kan deles i det rette, det gale og det gode. Etikk koster på kort sikt, men vinner på lang sikt, hevdet Aadland.



## KORRUPSJON SKJER IKKE TILFELDIG

Bare litt på kanten? var tittelen på innlegget til *Eva Joly*, spesialrådgiver i Norad. Hun delte sine erfaringer fra korrupsjonsjakt i Frankrike.

Mennesker i vår tid har mistet sine referanser og ideologier, hevdet Joly. Den eneste verdien vi ser ut til å ha felles, er pengene. Vi er blitt «massemennesker» i stedet for enkeltindivider. Det innebærer at vi ikke tenker selv, men opptre som en del av fellesskapet.

Joly hevdet at næringslivet foretok mer risikoanalyser for å vurdere om de ville bli tatt for noe ulovlig, enn etiske vurderinger om det de skulle gjøre var riktig eller galt.

Korrupsjon skjer ikke tilfeldig, hevdet Joly. Det er en bevisst handling for å oppnå noe, bla. kontrakter. Etter Jolys syn var det kanskje viktigere å få gjort noe med de store korrupsjonssakene enn å bry seg så mye om noen vinflasker til jul?



## HELSEVESENET ER ET DYDSVESEN

Det hevdet *Ole Berg*, professor ved Universitetet i Oslo, i sitt innlegg Fra fag/profesyonsstyrt til insentivstyrt helsevesen. Med det mente han at virksomheten i helsevesenet er basert på etikk.

Ole Bergs «etiske trekant» består av elementene egoistisk, altruistisk og idealistisk. Disse tre begrepene styrer hvilke valg man foretar seg.

Ekte profesjoner er autonome, dvs at de styrer seg selv. De er uavhengige i sin yrkesutøvelse, men lager interne kontrollrutiner.

Kasuistikk er viktig i helsevesenet, hevdet Berg. Kasuistikk innebærer at du ser den du skal forholde deg til. Det danner grunnlaget for etikk og altruisme.

Problemet i dagens helsevesen er at klinikken industrialiseres og kommersialiseres. Det blir stadig større grad av spesialisering. Det tenkes finansiering og uniformering. Dette vil også prege utviklingen fremover, i følge Ole Berg

## MEDIA OG MEDISIN – PÅ GODT OG VONDT

Dette var tema for innlegget til *Reidun Førde*, professor II ved Universitetet i Oslo. Hun tok for seg den «ideelle» siden av media, helsevesenet sett gjennom medias briller, og de negative sidene ved media.

Media har stor makt, mente Førde. Det har derfor betydning når de gir spalteplass til saker. Media kan få hull på det Førde kalte «faglige og etiske verkebyller». Eksempler på dette er medias kritiske omtale av kosmetisk kirurgi, juks knyttet til diagnosekoding, uheldige sammenblandinger mellom leger og legemiddelindustri, feiltaksting og psykiatrimidler på avveier. Vi trenger media, for dette klarer vi ikke selv, hevdet Førde.

Men hvem kikker media i kortene? Gjøre de det selv noen gang? spurte Førde. For helsejournalistikken er ikke bare positiv. Den medfører et «intimitetstyranne», det kan gi en medikalisering av samfunnet og kan skape urealistiske forventninger. Media foretar ofte nødvendige, men uheldige forenklinger og gir kanskje omtale og prioritet til de feile sakene? Et stort problem er at de prinsipielle spørsmålene ofte blir borte i medias oppslag.

Kan vi påvirke media? spurte Førde, og svarte selv nei. Det vi må passe på, er å feie for egen dør. Det vil si å ta hensyn til etikken slik at det blir mindre å «ta» oss for. Vi må også selv ta ansvaret for en del av informasjonsvirksomheten, bl.a. for å få frem den kompleksiteten som ofte mangler.



## PRIORITERINGER I HELSEVESENET

Stortingsrepresentant *Inge Lønning* (H) tok for seg sitt arbeid med prioriteringer i helsevesenet, som endte med to NOU'er, den første i 1987 og den siste ti år senere.

Prioriteringer i helsevesenet dreier seg om et elementært problem: ressursfordeling. Det er balansegangen mellom de svake og de sterke, de som har og de som ikke har. Problemet med diskusjonene på dette området er at de ofte preges av de vanskeligste og ofte mest marginale problemstillingene.

Lønning ser det som et paradoks at vi som tilhører den delen av verden som har det best og som har mest ressurser, også bruker mest på helse. De som derimot har lite, bruker lite – og dermed forsterkes forskjellene.

Da arbeidet med prioriteringer i helsevesenet ble satt i gang i 1985, var Norge først ute. Ingen andre land hadde gjort noe tilsvarende.

Problemet med prioriteringer er at man setter noe foran noe annet, og dermed noe bak noe annet. Noen formål får





forkjørsrett. Det er viktig å ha med seg at man ikke kan kjøpe seg ut av alle problemer selv med våre oljerikdommer. På helseområdet er det ikke mulig med full behovsdekking.

Lønning I fra 1987 løste ikke prioriteringsproblemene. Etter Lønnings eget syn i dag var den for generell og overordnet, og den la opp til et komplisert nivåsystem.

Da Lønning II kom i 1997, var det naturlig å se hva som faktisk hadde skjedd i løpet av de ti årene i mellom. Psykiatrien er et godt eksempel. Alle var enige i 1987 om at psykiatrien skulle opp-prioriteres, men det skjedde likevel ikke. Relativt sett fikk psykiatrien mindre ressurser enn annen behandling i 1997 enn ti år før. Det viste at utfordringen ikke var å finne målene for prioriteringene, men å finne måtene å gjennomføre nødvendige tiltak på.

En enklere måte å tenke på, er å dele helsetjenestene inn i «skal», «bør» og «kan».

Egenandeler i helsevesenet var ment som et verktøy for å styre etterspørselen etter tjenestene i hht de valgte prioriteringene, eksempelvis mht sterilisering og IVF. Slik har det i praksis ikke fungert.

Prioriteringer er vanskelige:

- de tvinger oss til å synliggjøre dilemmaer
- de er utsatt for påvirkninger fra både pasienter og fagmiljøer
- de er politiske
- de påvirker næringsinteresser

Lønnings ønske er at fagmiljøer og politikere kan samarbeide innen dette feltet.



## VERDIBASERT LEDELSE

Bente Mikkelsen, adm. Direktør i Helse Øst RHF, tok for seg etiske utfordringer for helsepersonell.

Mikkelsen tok utgangspunkt i de nasjonale verdiene for helsetjenesten: kvalitet, trygghet, respekt. Dette er verdier som skal prege arbeidet til helsepersonell. De skal «leve verdiene», og det viktigste er å gjøre som man sier.

Utfordringene i et RHF er å bruke ressursene riktig. Medisinsk etikk er profesjonsetikk, og der må også ressursbegrepet inn. Det må stilles spørsmål om «er det verd det?»

De etiske utfordringene for helsepersonell er

- faren for privatisering av problemene (et ledelsesproblem)
- forholdet til egen autonomi (kontra standardisering i behandling)
- profesjonsetikk/nytteetikk
- målkonflikter
- forholdet til enkeltpasienter kontra det totale helsetilbudet
- legitimitet og integritet (som behandlere, ikke politikere)

Etiske retningslinjer/regler må ha et nytteetisk element, hevdet Mikkelsen. Resepten er verdibasert ledelse, og det må være en helt tydelig ansvarsstruktur.

## FRA REGLER TIL RETNINGSLINJER

Inger Wabø, apoteker på Vitusapotek Stokke og leder for Etikkrådet for farmasøyter, la frem et forslag til nye etiske retningslinjer for farmasøyter, utarbeidet av Etikkrådet i samarbeid med moralfilosof Kai Dramer.

Etiske retningslinjer for farmasøyter erstatter de tidligere Etiske regler for farmasøyter. Selv om de etiske retningslinjene i likhet med de rettslige bestemmelsene regulerer farmasøytens adferd, er ikke hensikten å detaljregulere, men snarere å veilede. Derfor er de kalt retningslinjer: De angir retningen for farmasøytens handlinger uten å angi eksakt hvilken handlemåte som er den rette.

Systematikken for de etiske retningslinjene er den følgende: Først formuleres et prinsipp, som kort forklares med litt bak-



grunnskunnskap. Deretter formuleres en retningslinje som følger av prinsippet. Så kommer en kommentar, hvor retningslinjen utdypes. Retningslinjene omfatter fem prinsipper: fremme av helse, respekt for individet, faglig integritet, tillit, kollegialitet.

Det kan oppstå kollisjon mellom en farmasietisk retningslinje og andre etiske eller rettslige normer (et etisk dilemma).

Den rettslige (og etiske) lojalitetsplikten en arbeidstager har til sin arbeidsgiver, kan for eksempel trekke i en annen retning enn hensynet til kunden/pasienten. Både ved normkollisjoner og når det av andre grunner er uklart hva etiske og rettslige normer krever av farmasøyten, er det nødvendig med etisk refleksjon og resonnering. Det er viktig at det legges til rette for dette på arbeidsplassen, og at farmasøyten selv bidrar til dette.

Når det gjelder etisk problematiske situasjoner, er det viktig å være oppmerksom på at det ikke finnes fasitsvar på vanskelige etiske spørsmål. Dette betyr imidlertid ikke at alle svar er like gode. De gode løsningene er de som er gjennomreflekterte og velbegrunnede. Således kan det finnes ulike – til og med motstridende – svar som er like gode på et vanskelig etisk problem.

## VI MÅ ØKE VÅR ETISKE HANDLINGS-KOMPETANSE

Det sa førsteamanuensis Kjersti Bakken, Senter for farmasi ved Universitetet i Bergen, i sitt innlegg om etikk i undervisningen.

Medisin dominerte funnene fra et nettsøk på etikk i helseprofesjonsutdanningene. Det var lite fra farmasien. Etikk er likevel i dag en del av alle farmasiutdanningene i Norge, særlig knyttet til farmasøytisk praksis. Meningen er at studentene skal møte etikk fra dag én og at det skal være integrert i de ulike emnene. Det som mangler nå, er en evaluering.

Suksesskriteriene for en vellykket etikkundervisning er etter Bakkens mening at den er integrert, ferdighetsrettet, eks-amsbasert og holdningsskapende.



Spørsmål som bør stilles til studentene dreier seg om:

- handel eller helse
- farmasøytens ansvar for individ, samfunn, globalt
- medikalisering og sykeliggjøring
- faglig integritet
- kollegiale forhold og fagkultur

Vi må fra etisk teori til etisk praksis, fastslo Bakken.



## ØNSKER ETISK BEVISSTHET

Etikk krever samarbeid om vi skal lykkes, sa Unni Hjelmaas, adm. direktør, Roche Norge AS i sitt innlegg om etikk i legemiddelindustrien.

Gjennom media og i andre sammenhenger opplever legemiddelindustrien at omverdenen stadig stiller kritiske spørsmål ved industriens handlinger. Ofte trekkes også indus-

triens etiske holdninger i tvil. Det kan være i forbindelse med markedsføring og salg, men kritiske spørsmål stilles også til sider ved klinisk forskning og presentasjon av forskningsresultater. Sist, men ikke minst stilles det fortsatt spørsmål ved samhandlingen mellom industri og helsepersonell.

Gjennom samarbeidsavtaler og oppdaterte regler for legemiddelinformasjon ønsker LMI å sikre medlemsfirmaene fornuftige rammebetingelser for samhandling med ulike viktige aktører i helsetjenesten. LMIs arbeid med etikk skal bidra til å oppfylle denne målsettingen. Gode etiske holdninger er viktige for industriens troverdighet. Tillit og troverdighet i forhold til samarbeidspartnere og omverdenen for øvrig, bidrar til å sikre LMIs medlemsfirmaer fornuftige rammebetingelser.

LMI sin Etikkguppe ble etablert for å øke medlemmenes kunnskap om etikk samt å skape økt bevissthet om hvordan bransjens praksis er i forhold til etiske kriterier for god forretningsetikk. Etikkguppens mandat er å skape engasjement og motivasjon for bransjens videre læring om etikk

Etikkguppen har jobbet med en rekke konkrete tiltak for å sette etikkarbeidet på dagsordenen både i LMIs styre og administrasjon og i medlemsfirmaene:

- Å tydeliggjøre hovedmål for etikkarbeidet i LMI gjennom, blant annet, plandokumenter, etc.
- Styrke LMIs kompetanse og ressurser innen etikk
- Styrke intern informasjon og rådgivning innen etikk
- Styrke intern opplæring og kompetanseutvikling innen etikk
- Profilere LMIs etikkarbeid internt og eksternt

Vi ønsker ansatte med helhetsperspektiv og etisk bevissthet, sa Hjelmaas.

Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse – var dette et tema for Strømvalget? Vibeke Dalen, medlem av Strømvalget. Se artikkel side 208.



«Verden var ikke engang som den var.» Apotekhverdagen før og etter apotekloven 2001 Grethe Eide, Dr. Scient., Fredrikstad Se artikkel side 210.





## Etikk og forsvarlig yrkesutøvelse – tema for Strømutvalget?

Vibeke Dalen

Medlem av Strømutvalget  
som representant for  
Statens helsetilsyn

Det kunne være fristende å besvare spørsmålet med at – nei, Strømutvalget diskuterte bare piller, penger og politikk. Men hvis man husker at etikk i følge Bokmålsordboka betyr moral-lære og at normativ etikk gir normer for riktig og god livs-førsel, er det ikke tvil om at både etikk og forsvarlig yrkesutøvelse ble diskutert i Strømutvalget. Det er heller ikke tvil om at den moralske pekefinger var tydelig til stede. Samtidig er det klart at de spørsmål som preget diskusjonene i Strømutvalget, til dels var noen andre enn de som preger debatten i dag.

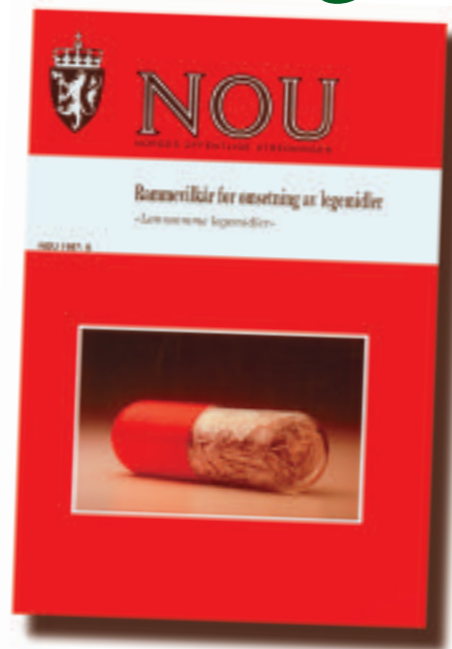
Da Strømutvalget ble oppnevnt 4. januar 1996 var status i apotekverdenen:

- Det var 250 apotek med 78 filialapotek – til sammen 328 – som ble eid og drevet som enkeltmannsforetak av personer med cand. pharm. utdanning. I tillegg var det 27 sykehusapotek.
- NMDs monopol var opphevet et år i forveien og det eksisterte 3 grossister med NMD som den dominerende.
- 260 av apotekene var knyttet til et innkjøpsamarbeid i APO-kjeden som startet januar 1995.
- Mediedebatten var preget av apotekenes inntjening, kriterier for tildeling av apotekbevillinger og av legemiddelindustriens markedsføring – særlig overfor legene.
- Det politiske bildet var sterkt preget av apotekenes inntjening og priser på legemidler.
- Første forslag til ny helsepersonellov der farmasøyter ikke var blant de grupper som ble foreslått autorisert, var framlagt i 1993.

Det er lite å finne om etikk i våre fagtidsskrifter fra 95/96. Farmasøytisk Selskaps etiske regler ble vedtatt i 1996, men Etikkrådet ble ikke opprettet før i 1999 og spalten «Hva ville du ha gjort?» i NFT, startet i 2001. Etikkrådets første leder uttalte ved etableringen av rådet: «Vi strever fælt for å oppføre oss ordentlig, men som gruppe er det reflektert lite over de etiske spørsmål man kan komme opp i». Strømutvalget representerte ikke noe unntak fra dette.

### MANDAT

Mandatet for utvalget var omfattende og hovedinnholdet i dette kan gjengis slik: «å vurdere ulike modeller for omsetning av legemidler som ivaretar de helsepolitiske målsetninger og samtidig medfører en mest mulig effektiv ressursutnyttelse».



Utvalget var sammensatt av representanter for ulike helsemyndigheter, andre myndigheter (herunder Finansdepartementet og Konkurransetilsynet) og interesseorganisasjoner (herunder NFF, NAF og LMI). I tillegg var det en kommunelege med. Lederen var professor i sosialøkonomi.

### VARIERENDE SKILLELINJER

Utvalget var delt i svært mange av de vesentlige spørsmål, men skillelinjene varierte. Det var ikke alltid slik at myndighetene hadde ett syn og interesseorganisasjonene et annet. Det var heller ikke slik at helsepersonellet sto samlet om ett syn, mens økonomene samlet seg om et annet.

### ENIGE OM FAGLIGHET

Når det gjaldt synet på apotekenes faglige virksomhet, var det imidlertid overraskende liten uenighet.

Utvalget la, med utgangspunkt i mandatet, hovedtyngden i arbeidet på å vurdere effektiviteten i og rammevilkårene (rettslige og økonomiske) for grossist og apotek. Men det ble også gitt betydelig oppmerksomhet til temaer som produsentnøytral legemiddelinformasjon, kvalitet og sikkerhet knyttet til utlevering av legemidler, apotekenes farmasøfaglige oppgaver og nødvendigheten av uavhengighet mellom forskriver, produsent og forhandler av legemidler.

For meg var de etiske aspekter i utvalgets diskusjoner tydeligst når det gjaldt forholdet mellom leger, farmasøyter og legemiddelindustri. Her ønsket et samlet utvalg klarere linjer og foreslo i alt fem tiltak for å regulere denne interaksjonen. Fire av forslagene dreide seg om forholdet mellom leger og industrien, og her var den moralske pekefinger i utvalget aller tydeligst.

*På apotekområdet oppfatter jeg at diskusjonene i utvalget dreide seg mer om apotekets rolle i samfunnet og apotekenes farmasøfaglige kontra næringsmessige virksomhet, enn om de etiske dilemmaer farmasøytene i apotek kunne komme til å møte i utøvelsen av sitt yrke.*

### HELSEPERSONELL

Midt i utvalgets arbeid ble det sendt ut et høringsnotat om ny helsepersonellov der farmasøyter fortsatt ikke var blant gruppene som ble foreslått autorisert. En samlet farmasøytisk etat i tillegg til fylkesleger og helsetilsyn uttalte at farmasøyter burde være blant det autoriserte helsepersonellet, noe som som kjent også ble resultatet. Hvilken betydning en slik autorisasjon som helsepersonell kunne få for farmasøytene utøvelse av sin yrkesrolle, ble likevel ikke diskutert i Strømutvalget.

Når det gjaldt apotekets farmasøfaglige virksomhet var utvalget overraskende samlet. Utvalget uttalte for eksempel at: «Kvalifikasjonskravene som stilles til apotekene og de sikkerhetsrutiner som apotekene pålegges, tar begge sikte på å sikre forsvarlig og medisinsk riktig legemiddelbruk. Disse kravene ansees som ufravikelige. Alle omlegginger av omsetningsformene antas derfor å måtte tilfredsstille disse sikkerhets- og kvalifikasjonskrav» (s.24).

Og videre at: «Apotekene – med sin kompetanse – har en rolle som rådgiver og informasjonsformidler i relasjon både til lege og pasient.» (s.72)

### KRAV

Utvalget var videre samstemte om at det var nødvendig med en klarere presisering av kravene til apotekvirksomhet og stilte opp en rekke krav som burde fastsettes for apotekvirksomhet uavhengig av organisasjonsform.

I tillegg mente et samlet utvalg at det måtte settes visse begrensninger mht hvem som kunne eie apotek.

Bortsett fra kravet om kvalitetsstandard på de farmasøytiske tjenestene, gjenfinnes alle disse krav i gjeldende apoteklov. Et mindretall i utvalget ønsket videre at det skulle inntas krav til apotekets informasjon og til samarbeid med det øvrige helsevesen. Disse punktene er delvis fulgt opp i gjeldende lov. Loven har i tillegg bestemmelser om vareeksponering og indirekte/passiv markedsføring.

### ETIKKEN VAR MED

Sett i ettertid og med bakgrunn i bl.a. de effektiviseringstiltak som er gjennomført i apotekkjedene, synes jeg de nevnte kvalitetskravene faktisk viser at både Strømutvalget og lovutformer forutså og tok høyde for en rekke problemstillinger som med annet og mer liberalt regelverk ville kunne gitt etiske dilemmaer på langt flere områder enn det vi har fått.

Utvalget diskuterte også det dilemma som til dels preger dagens debatt, nemlig i hvilken grad næringsinteressene overstyrer de faglige, legale og etiske hensyn i apotekvirksomheten. Og her kom uenigheten i utvalget tydelig til uttrykk. Mens utvalgets mindretall gikk mot fri etablering bl.a. fordi de ikke ønsket en konsentrasjon av eierinteresser som «vil opptre mer aggressivt og med større tyngde som innkjøper, samtidig som de kan bruke apoteket til å selge andre produkter og derigjennom styrke det næringsmessige grunnlaget for apotekdrift», så ønsket flertallet nettopp det.

Og mens mindretallet fryktet «markedsføringstiltak fra apotekenes side som i stedet for å fremme riktig bruk av legemidler i tråd med de helsepolitiske målsetninger, tvert

imot virker i retning av å øke apotekenes omsetning ved å øke legemiddelforbruket» (s.128) og at «Dersom apotekene retter sin oppmerksomhet vekk fra legemidlene og over mot andre varer, vil dette nødvendigvis måtte gå på bekostning av den veiledende virksomhet apoteket på legemiddelområdet skal ha overfor publikum» (s 128), så mente flertallet at argumentet om at næringsinteressene ville overta som styrende motiv var «noe overvurdert så lenge apoteket har enerett på salg av legemidler, myndighetene kan sette krav til faglig overoppsyn og kvalitet og at evt. informasjon skal gis der det er nødvendig. Det at det skal være en farmasøyt som faglig ansvarlig bør være tilstrekkelig» (s 123).

*Det er derfor for meg ingen tvil om at en del av dagens etiske dilemmaer ble diskutert i Strømutvalget.*

Jeg mener også at apoteklovens bestemmelser om eierbegrensninger, vareutvalg, vareeksponering og markedsføring søker å imøtekomme mindretallets bekymring slik den kommer til uttrykk i innstillingen og å motvirke at næringsinteressene tar overhånd. Det er imidlertid alltid et spørsmål om skjønn knyttet til lovbestemmelser og de ulike interessene vil alltid søke å trekke bestemmelsene lengst mulig i «sin» retning.

Det er også et spørsmål hvordan lovens bestemmelser følges opp. Jeg blir i alle fall litt nedstemt når jeg i NAT nr 2 2005 leser at legemiddelinspektørene etter tilsyn i 98 apotek kan telle på én hånd de apotek som ikke har fått avvik fra kravet om internkontroll.

### FAGLIG ANSVAR

*Det hadde, slik jeg ser det i dag, vært en fordel om Strømutvalget hadde gått noe nøyere inn i diskusjonen om farmasøytene mulighet til å utøve det faglige ansvaret driftskonsesjonærrollen forutsetter.*

I Legemiddelmeldingen (s 30) opplyses det med ECON som kilde at 63 prosent av de apotekansatte opplever en konflikt mellom faglige og kommersielle hensyn. Det er i den sammenheng interessant at departementets begrunnelse i 1998 for å foreslå at farmasøyter skulle være blant det autoriserte helsepersonellet bla. annet var at: Forslaget til ny apoteklov «vil etter departementets vurdering innebære økt behov for offentlig kontroll av farmasøytens yrkesutøvelse for eksempel gjennom en autorisasjonsordning.» (Ot.prp 13 1998-99 s.138)

### MANGLET FORUTSETNINGER

På den annen side tror jeg Strømutvalget manglet to viktige forutsetninger for å kunne ta en diskusjon om muligheten for driftskonsesjonæren til å utøve det faglige ansvar:

- For det første mener jeg utvalget hadde for liten kjennskap til forholdene i dagligvarebransjen til å kunne forutse en del av de avtaler og ordninger mellom produsent og detaljist som vi nå er blitt vant til å se også i apotek.
- For det andre forutså man ikke at kjededannelsen i apotekbransjen skulle bli så sterk og omfattende så raskt.

Som en følge av dette tror jeg at utvalget kom i skade for å overvurdere farmasøytene reelle mulighet til å utøve et faglig ansvar i de tilfelle dette går på tvers av arbeidsgivers styringssignaler. ■



Det er gått vel 5 år siden vi fikk ny apoteklov i 2001. Lovutkastet var først på høring til en rekke instanser. I høringsnotatet sto det i kapittel 2 under overskriften Behovet for ny apoteklovgivning: «Dagens apotek har røtter tilbake til år 1600, da det ble bestemt at kun personer med kongelig bevilling kunne drive handel med apotekvarer».

## «Verden var ikke engang som den var» Apotekhverdagen før og etter apotekloven 2001



**Grethe Eide**  
Dr. Scient. Fredrikstad

Medlem av Strømutvalget  
som representant for  
Norges Apotekerforening

kom, det ble gjort mange forberedende manøvrer, fordi man visste at betydelige endringer ville skje. Det var bare et spørsmål om hvor liberal den nye loven ville bli.

Før lovens forberedelser var i gang, fikk vi en rekke utredninger som i hovedsak hadde med apotekenes økonomi å gjøre. Det var en departemental oppfatning at apotekene tjente for mye, og det måtte man få regulert bort på en eller annen måte. Det lyktes tydeligvis ikke i «i det gamle systemet», slik at dette også ble et sentralt emne i Strømutvalget som utarbeidet NOU 1997:6 Rammebetingelser for omsetning av legemidler, forarbeidet til loven som kom i 2001.

### FORSKJELLIG STÅSTED

Det som fremkommer av de forskjellige utredningene, er at de ulike aktørene har forskjellig ståsted, virkelighetsoppfatning og tenkemåte. At de derfor ikke kunne enes om virkemidler er kan hende ikke så rart. Vi – apotekene – har ønsket å fremstå som faghandel og helsepersonell, med hovedtyngde på fag, mens byråkratene har hatt handel/butikk som fokus. I Strømutvalget fikk vi fagpersonene føle dette problemet i en rekke møter og i det som etter hvert skulle formuleres fra utvalget. Det var til tider stor frustrasjon på fagsiden.

Vi hadde i tur og orden vært påvirket av tunge trender som markedsliberalismen, forbrukersamfunnet, informasjonssamfunnet og etter hvert også kjøpesentermakten. Tunge trender er det som kjent vanskelig å jobbe mot, så endringer måtte komme – på godt og vondt. Det spørres da hvordan man velger å tilpasse seg: defensivt (bli anonym med på ferden) eller offensivt («ri høyt», utnytte utviklingen). Bransjen hadde et ønske om det siste, og det avstedkom betydelig aktivitet for å være godt forberedt på en ny tid. Opprettelsen av Apokjeden som et innkjøpsamarbeid for alle norske apotek var et slikt viktig skritt. Og når Apokjeden i sin aktive tilpassning valgt å satse på én grossist, Tamro, så ble det atskillige følgereaksjoner.

Men før det begynte å skje ting i forbindelse med ny apoteklov, så befant vi oss ikke på et «steinaldernivå» ut fra vårt syn. De nordiske farmasikongressene gjorde blant annet at vi konkurrerte landene imellom om å utvikle nye områder. Vi beundret det svenske systemet der man kunne legge

planer og utvikle materiell på sentralt hold og implementere dette i alle apotek. Hva vi gjorde i apotekene i Norge var mer en frivillig sak, selv om vi ble oppfordret, spesielt fra Norges Apotekerforening. Så hadde man en fremsynt apoteker, kunne det bli gjort store fremskritt. Men var lederen lite interessert i nytenkning – så ble det deretter. Det var nok en del farmasøytter som tilsynelatende resignerte med mindre de fikk med seg personalet og kunne fremprovosere aktiviteter i apoteket. Det var stor forskjell mellom apotekene og deres samfunnsengasjement, så apotekhverdagen må nødvendigvis ha fortonet seg ganske forskjellig fra den ene arbeidsplassen til den andre.

### OMSTILLINGER

Noen omstillinger hadde vi allerede arbeidet med, fra en situasjon der vi i stor grad hadde blikket rettet innover i apoteket, til å drive utadrettet virksomhet. Vi jobbet med informasjon og kommunikasjon. Kundebehandling var et nytt fokus. Apotekinnredningen endret seg. Vi fikk samtalerom, selvvalg og direktereseptur – og forbedrede datasystemer.

Vi hadde relativt mange store apotek der man sikret kompetansen gjennom å ha relativt mange ansatte i ulike aldersgrupper. Apotekeren sto ofte for en betydelig del av kompetansen og var i utgangspunktet en viktig ressursperson. I våre knapphetstider på cand.pharm. i apotek, er apotekeren i mange tilfeller blant de yngste av personalet og kan hende den minst erfarne. Apotekerne fremstår derfor ikke med den naturlige autoritet som de tidligere hadde. Dette stiller store krav til lederopplæring i apotekene – og det har tydeligvis kjedene innsett.

Kompetansen i apotek er et sentralt emne, også i nye systemet. Tidligere hadde vi mange kurstilbud fra KFFE og VETT og fra Apotekerforeningen. I dag er det mye nettbasert opplæring. Og de enkelte kjedene må sørge for opplæring av sine ansatte. Det blir flere små apotek med få ansatte, så muligheten for nedbygging av kompetanse er til stede. Utgiftsposten «personalkostnader» er etter hvert blitt kjørt ned til et minimum. Og hvor mye tid blir det da til faglig ajourhold og videreutvikling?

I apotekene har det vært et betydelig fokus på handelsvarer siden det her ligger muligheter til inntjening. Men hvordan går det da med legemiddelområdet – vårt hovedanliggende for å drive apotek? Her har selvsagt kjedene et stort ansvar, men også den enkelte farmasøyt må ta sin del. For det handler mye om hvilken rolle farmasøytene ønsker å ha i fremtiden. Evner vi å sette en faglig agenda og ta medansvar for fremtiden? Vi vet fra undersøkelser at vi fortsatt har stor tillit i befolkningen. Apotekene ønsker å være den ledende faghandelen for legemidler – og vi sier at apotek er et lavterskeltilbud innen helsevesenet. Men det gjelder å fylle dette med innhold og aktiv handling. Vi må ha tro på faget og vår betydning, slik sykehusfarmasøytene har hatt.

### I ET SKJÆRINGSPUNKT

Det er en krevende øvelse å befinne seg i skjæringspunktet mellom handel og helse. Men det er egentlig ikke noe nytt. Hele helsevesenet dreier seg for så vidt om salg. Det som er spesielt med apotekene er at vi selger både varer og tjenester, mens øvrig helsepersonell i hovedsak selger tjenester. Men har vi hatt angst for å påta oss en selgerrolle av frykt for ikke å ha blitt oppfattet som seriøse fagpersoner?

Så hva var det gode fra fortiden som er gått tapt? Det er selvsagt det store fellesskapet vi hadde, både faglig og sosialt. Dette må vi ta tak i – for skal vi overleve som fagpersoner trenger vi også å stå sammen og være stolte av vår profesjon, uansett om vi har forskjellig kjedetilørighet.

Den nye situasjonen har gitt bransjen sterkere muskler i mange sammenhenger. For å mobilisere nesten alle apotekene i Norge er det nå nok med tre telefoner så er alle kjedene i sving. Kjededrift betyr at man kan sette krav til apotekene også på kvalitetssiden. Man kan rasjonalisere ved at mange operasjoner kan foregå sentralt. Men da må vi alle i apotekene akseptere i større grad å gå i takt enn vi gjorde før.

Nå gjelder det å løfte blikket, se hvilke muligheter dette nye systemet gir – og utnytte det. ■





Unni Eriksen fra Apotekforeningen (tv) i prat med en av møtedeltakerne.

## Apotekforeningens stand

Apotekforeningen har i løpet av 2006 skiftet både navn, logo og designprogram. Dette preget også foreningens stand på årets Farmasidager. Et sentralt element i år var avspilling av DVDen som ble produsert i anledning foreningens 125 års-jubileum i mai. Der uttaler sentrale personer i og utenfor bransjen seg om Apotekforeningens rolle som bransjeorganisasjon for landets apotek. I tillegg var det postere med presentasjon av Bransjerådet for apotekene, Bransjestandardene, Apotekforeningens apotekrettete aktiviteter og kurset Smittevern i apotek og pandemihåndtering.

## Ordenen Crux venenifera, Det Giftige Kors, 2006 til Erik Andrew.

Det Giftige Kors tildeles av styret i Norsk Farmaceutisk Selskap. Styret begrunner årets tildeling med Erik Andrews fremragende og mangeårige innsats på følgende områder:

- Hans aktive bidrag til utvikling av fagområdet klinisk utprøving av legemidler i Norge. Det gjelder både på forsknings- og utviklingssiden i industrien og på undervisningssiden ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Hans arbeid innen giftinformasjon og klinisk toksikologi både nasjonalt og internasjonalt.
- Hans mangeårige innsats i et spekter av foreninger og organisasjoner i og utenfor farmasien i tillegg til et glødede engasjement for faget farmasi.



Erik Andrew er født i 1945 og ble cand. pharm. i 1969. I 1985 ble han dr. philos. ved det Medisinske fakultet, UiO på en avhandling om kliniske utprøvinger av røntgenkontrastmidler.

Erik Andrew har yrkesbakgrunn fra Farmasøytisk institutt, Fredskorpset/NORAD, Ullevål apotek og Rikshospitalets apotek og Nycomed. I 1999 ble han direktør i Giftinformasjonssentralen, fra 2002 omgjort til avdelingsdirektør i Giftinformasjonen i Sosial- og helsedirektoratet. Fra 2005 er han professor II ved Farmasøytisk institutt, UiO.

Erik Andrew har publisert 76 vitenskapelige arbeider og har holdt ca. 50 vitenskapelige innlegg i og utenfor Norges grenser.

Erik Andrew har også vært meget aktiv i foreningslivet, både i Veneficus, Farmasøytisk Idrettsforening, Norges Farmaceutiske Forening, Komiteen For Farmasøytisk Etterutdanning (KFFE), Norsk Farmaceutisk Selskap, Norges forskningsråd, Legemiddelindustriforeningen, Forum for kliniske legemiddelutprøvinger i Norge og Nordic Association of Poisons Centres.

## Årets farmasøyt – Espen Molden

Leder av Norges Farmaceutiske Forening (NFF) Anne Markestad sto for tildelingen av prisen som Årets farmasøyt 2006.



Årets farmasøyt er en utmerkelse som gis til en yrkesaktiv farmasøyt som på en spesiell måte har bidratt til å forsterke, utvikle eller befeste farmasiens og farmasøytens rolle i samfunnet, og som gjennom sin yrkesutøvelse står som et forbilde for andre farmasøytter. Sentralstyret i NFF har for 2006 besluttet å gi prisen til Espen Molden.

### BEGRUNNELSE FOR TILDELINGEN

«Espen Molden tildeles prisen for sin store innsats og engasjement for at farmasøytter skal tilegne seg oppdatert kunnskap om legemiddelinteraksjoner og anvende denne kunnskapen i sitt daglige arbeid med veiledning av kunder og pasienter og i samarbeid med leger.

Espen Molden er ansatt ved Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo, Psykofarmakologisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus, i tillegg til at han driver et firma, Pharkin AS. Han er en veldig dyktig foreleser og evner å formidle teoretisk kunnskap til studentene på en slik måte at den kan omsettes i anvendt kunnskap. Han holder en rekke

kurs for farmasøytter og leger innen farmakokinetikk og interaksjoner. Han evner å formidle tunge teoretiske fag som molekylærbiologi og farmakokinetikk på en svært god pedagogisk måte slik at farmasøytene motiveres til å anvende kunnskapen i sitt daglige virke.

Gjennom sin undervisning ved Universitetet i Oslo, i VETT og andre fora motiverer han farmasøytter til endret faglig atferd. Internasjonalt og i Norge er farmasøytrollen i endring fra kontrollør til veileder og samarbeidspartner. Det er derfor av stor betydning at han motiverer farmasøytene til å komme med løsningsforslag til forskrivende leger. Hans formidling av forskning til farmasøytene og legene bidrar til at nyere kunnskap fra forskning kommer til nytte for allmennheten.

Espen Molden er et godt eksempel på en farmasøyt som i sin yrkesutøvelse er en inspirasjonskilde og et forbilde for utallige kolleger.»

## Posterprisen

Antall postere var i år totalt 19, hvorav 11 fra universitet og 4 fra Apoforsk.

Årets jury for posterprisen bestod av Astrid T. Bratvedt fra Weifa, Johan Holst fra Folkehelseinstituttet og Wenche Strømhaug fra NFS. Som vanlig ble prisen delt ut av Jon Brynildsrud fra Weifa.

**Prisen på kr 6000,-** ble tildelt Tove Julie Evjen, Karina Guttormsen, Haldis K. Høyland, Mari Lawrence og Hildegunn Oma, Institutt for farmasi, Universitetet i Tromsø for posteren «Den synlege farmasøyten» (foto).



Hederlig omtale fikk posterne «Antioksidanter fra Xylocarpus moluccensis» (T. E. Grønhaug, H. Wangenstein, M. Alamgir, M. Sarder og K. E. Malterud) og «Naturmidler». Bruk – kunnskap – risiko» (Lone Holst og Svein Haavik).

## Beste seksjonsforedrag



To glade vinnere: Randi Strøm (th) og Silje Engdal.

Vinnerne av beste foredrag i hver seksjon får gratis deltakelse på Farmasidagene 2007.

### APOTEK- OG SAMFUNNSFARMASI

Randi Strøm: Individuell røykesluttveiledning i apotek

### FARMASIHISTORIE

Henrik Andersgaard: En folkefiende på Christiania dampkjøkken

### FORSKNING OG UTVIKLING

Silje Engdal: Herbal use among cancer patients in Ålesund and Volda

### SYKEHUSFARMASI

Anne Grønstad: Sykehusapoteket på Åhus. Legemiddelhandtering i et papirfattig og digitalt sykehus

### INTERNASJONALT ARBEID

Jochen Schreeck: Pharmacists Without Borders Germany. The role of the pharmacist in humanitarian aid



# FIP i Brasil: Innovations in patient care

Trygve Fjeldstad  
Apotekforeningen

FIP-kongressen 2006 fant sted i Salvador Bahia i Brasil de siste dagene i august. Dette var første gang kongressen ble arrangert i Latin-Amerika. Hovedtemaet var «Innovations in patient care». Hovedtemaet ble belyst via flere symposier innen flere av seksjonsområdene.

«Innovations» omfattet områder som nye legemiddelformer (nanoteknologi, bioteknologi), nye distribusjonsformer (e-resept, postordre, hjembaserte tjenester, telemedisin/farmasi, nye sykehus), nye utdannings/opplæringsformer etc. I forhold til de diskusjonene som p.t. foregår i Norge, var mange av innleggene og temaene svært relevante.

## ÅPNINGSEREMONI

Under åpningsseremonien var det hilsestaler fra dr. Jaldo de Souza Santos, President Federal Council of Pharmacy of Brasil, fra Mr Jose Agenor Alvares da Silva, Brasils helseminister som også er farmasøyt, og fra myndighetene i vertsdelstaten Bahia.

Helseministeren sa blant annet:

«Helsetjenestene er ikke komplette dersom legemiddelforsyning begrenser seg til anskaffelse, lagerhold og distribusjon. Det er nødvendig å høyne kvaliteten på helsetjenester ved også å innlemme farmasøytiske tjenester.»

Talene og andre innslag i åpningsseremonien ble knyttet sammen med underholdning og musikk tilknyttet den afrikanske kulturarven som så sterkt preger denne delen av Brasil. Et naturlig innslag var capoeira, kampsport-dansen utviklet av de afrikanske slavene.

## FAGLIG PROGRAM

I løpet av kongressen ble det arrangert et stort antall sesjoner med varierende temaer innen både farmasøytisk vitenskap og praksis. I tillegg ble det gjennomført et satelittsymposium om legemiddelbivirkninger og pasientsikkerhet.

Noen av sesjonene under hovedtemaet «innovations»:

- Innovations in patient treatment
- Innovative healthcare delivery
- Using innovations to improve patient safety
- Innovations in learning and education
- Innovation in pharmacy practice
- Patient care in the 21st century marching forward: innovations, experiences and outcomes
- International regulatory issues for innovative medicines



Blant kongressens høydepunkter var etter FIPs mening:

- The future of drug therapy and the effects on patient care (Dr. Saseen, USA)
- Gene Therapy and emerging new health care technology (Dr. G. Brooks, UK)
- Drug targeting – visions of the future (Dr. C. Lehr, Tyskland)
- Costs and ethics of innovative health care (Dr. G. Siegel, USA)
- Learning for Practice (Academic Section & IPSF)
- Managing Change (Community Pharmacy Section)
- Education & Practice in Industry (Industrial Pharmacy Section)
- Quality Issues (Special Interest Group)
- History of Pharmacy (History Working Group)
- Accreditation and education needs (USA)
- Drug and Health care Information (Information Section)
- Malnutrition and National Support (Australia)
- The Pharmacist in Public Health (Community Pharmacy Section)
- Web orientated medicines and information (Information & Industrial Sections)
- Fixed Dose Combination Products (Administrative Section)
- Infectious Diseases (Clinical Biology Section)
- Building Customer relations (Community Pharmacy Section)
- Pharmacy School Curricula (Information & Academic Sections)
- Drug Counterfeiting (Industrial Pharmacy Section)
- Natural products (Special Interest Group)

Council er FIPs høyeste organ. Her sitter representanter fra alle medlemsorganisasjonene. Norge var i år representert med (fra høyre) styreleder Inger Lise Eriksen fra Apotekforeningen, leder Anne Markestad fra Norges Farmaceutiske Forening og Ragnar Salmén, president i Norsk Farmaceutisk Selskap.



## Councilmøte

### PRESIDENTENS RAPPORT

I sin rapport til Council minnet avtroppende president Jean Parrot avdøde WHO-direktør Lee Jong-wook (1945-2006).

Sentrale momenter i presidentens tale var i tillegg:

- Forfalskning av legemidler (counterfeit medicine)
- FIP-WHO samarbeid
- De tre nye statements som Council skulle diskutere og vedta: The role of the pharmacist in the prevention and treatment of chronic disease. The role of the pharmacist in crisis management, including manmade and natural disasters and pandemics. The role of the pharmacist in pharmacovigilance
- Presentasjoner av implementering av statements (Frankrike, Norge, Sveits)
- GPP-prosjektet (Good Pharmacy Practice)
- Utdanning – gapet til dagens farmasøytiske praksis
- World Health Professional Alliance (WHPA), samarbeidet mellom farmasøyter, leger, sykepleiere, og tannleger.
- Samarbeidet med International Alliance of Patient Organisations

### NYE MEDLEMMER

Etter søknad ble det opptatt nye medlemsorganisasjoner fra Ungarn, Moldova, Mongolia, Serbia og Zambia.

### KAMAL MIDHA NY PRESIDENT

I år var det tre kandidater til å overta som ny president etter Jean Parrot:

- Inger Lise Eriksen (Norge), styreleder i Apotekforeningen
- Colin R. Hitchings (UK)
- Kamal Midha (Canada)

For første gang ga kandidatene en kort presentasjon av seg selv før valget. Det ble totalt avgitt 360 stemmer. Kamal Midha ble valgt med 257 stemmer mot Hitchings 57 og Eriksen 46.



Nyvalgt FIP-president Kamal Midha i samtale med styreleder i Apotekforeningen Inger Lise Eriksen under mottakelsen der Nordisk Apotekforening var vertskap.

### INGEN NYE NORDISKE VISEPRESIDENTER

Syv kandidater stilte til valg for de tre ledige posisjonene som visepresident.

De som ble valgt var:

John Bell (Australia) 245 stemmer  
Prasanna D. Sheth (India) 183 stemmer  
Linda Stone (UK) 162 stemmer.

De andre kandidatene var Eeva Teräsalmi (Finland, 153 stemmer), Thony Bjørk (Sverige, 113 stemmer), Wen-Shyong Lyou (Kina Taiwan, 90 stemmer) og Zakaria Gad (Egypt, 69 stemmer).

Ny visepresident fra Board of Pharmaceutical Sciences (BPS): Mario L. Rocci (USA, 336 stemmer)

Ny visepresident fra Board of Pharmaceutical Practice (BPP): Dick Tromp (Nederland, 345 stemmer)

Ny formann for Board of Pharmaceutical Practice (BPP): Philip J. Schneider (USA, 346 stemmer)

### APOTEKTEKNIKERE SOM OBSERVATØRER

Enkelte verdensomspennende organisasjoner har observatørstatus i Council. Det gjelder bl.a. WHO og de andre medlemsorganisasjonene i World Health Professional Alliance (WHPA).

Apotekteknikerne har ingen verdensomspennende organisasjon, og har derfor ingen slik status. Til Council forelå derfor et forslag om at nasjonale apotekteknikerorganisasjoner på visse vilkår skal kunne innvilges observatørstatus. Forslaget ble vedtatt med 199 mot 130 stemmer. 33 stemte blankt og 6 avsto.

### IMPLEMENTERING AV FIP STATEMENTS

FIP hadde bedt om å få presentert for Council eksempler på hvordan forskjellige FIP-statements var blitt implementert i forskjellige land.

Martine Chauve fra Frankrike beskrev fordelen med å presentere FIP statements overfor enkeltfarmasøyter via omtale i tidsskrifter og på møter. FIP statements er bl.a. tema på de internasjonale fellesmøtene mellom frankofone farmasøyter. Eksempler er statements om donasjon av legemidler og «Tobacco free future».

Inger Lise Eriksen fra Norge presenterte implementering av Good Pharmacy Practice fra FIPs statement via et nordisk arbeid frem til de norske Bransjestandardene og Bransjerådet for apotekene i Norge.

Fra Sveits ble det beskrevet implementering av statements om generisk substitusjon, egenomsorg og Continuing education programme.

### FREMTIDIGE KONGRESSER

2007 Beijing, Kina – 2008 Basel, Sveits – 2009 Istanbul, Tyrkia



## Tre nye politiske statements

FIP Council vedtok tre nye politiske statements under årets kongress:

- The role of the pharmacist in the prevention and treatment of chronic disease
- The role of the pharmacist in crisis management, including manmade and natural disasters and pandemics
- The role of the pharmacist in pharmacovigilance

### KRONISKE SYKDOMMER

Hvis det ikke iverksettes tiltak, er det beregnet at 388 millioner mennesker vil dø av kroniske sykdommer i løpet av de neste ti årene. Deretter er det forventet at dødsrykningen vil øke ytterligere.

80 prosent av disse dødsfallene vil skje i land med lavere og midlere inntekter. Effekten på økonomien i disse landene vil være merkbar.

Kroniske sykdommer omfatter hjerte/kar-lidelser, kreft, kroniske respirasjonslidelser og diabetes. Årsakene er bl.a. mangelfullt og usunt kosthold, fysisk inaktivitet og bruk av tobakk.

Det er beregnet at 80 prosent av hjerte/kar-lidelsene og tilfellene av diabetes kan forhindres ved å fjerne risikofaktorene gjennom forebyggende arbeid.

WHO-rapporten «Preventing Chronic Diseases: a vital investment» danner grunnlaget for engasjementet til FIP og dets medlemmer innen området kroniske sykdommer.

Farmasøyter utgjør en viktig del av helseteamet. FIP erkjenner at farmasøyter er en verdifull ressurs i kampen mot kroniske sykdommer, særlig knyttet til langvarig legemiddelbruk. FIP anbefaler derfor at praktiserende farmasøyter kontinuerlig forbedrer kvaliteten på sin innsats innen område kroniske sykdommer. FIPs statement beskriver punktvis hvordan en slik forbedringsprosess kan gjøres i praksis. Se [www.fip.org](http://www.fip.org) for flere detaljer fra statementet.

### KRISEHÅNDTERING

Naturkatastrofer som jordskjelv, sykkloner, tornadoer og vulkanutbrudd har krevd over tre millioner liv og har berørt tilværelsen til over 800 millioner mennesker i løpet av de siste 20 årene.

Terrorisme, opprør og folkemord har resultert i menneskeskapte katastrofer mange steder på kloden. Disse katastrofene har ført til økonomisk kaos, sammenbrudd av politiske strukturer, vold i alle grader, sult, masseflukt og utvikling og bruk av masseødeleggelsesvapen.

Mange organisasjoner både med og uten myndighets-tilknytning har et ansvar for å utarbeide kriseplaner. De bør oppfordres til å inkludere farmasøytene i sine tiltaksplaner. Farmasøyter kan bidra til å sikre at katastrofeofferer får tilgang til legemiddelforsyninger som en del av de oppgavene de utfører i dag, og som en del av en utvidet innsats knyttet til blant annet førstehjelp, skadesortering og immunisering.

FIP erkjenner naturkatastrofenes akutte natur og behovet for umiddelbar respons. FIP erkjenner også det enorme omfanget ved pandemier så vel som behovet for rask og tilgjengelig forebygging og behandling.

FIP innser at det er visse generelle og prinsipielle sider ved farmasøytens deltakelse i planlegging og gjennomføring av tiltak ved denne type katastrofer som må sees nærmere på. Det er nødvendig for at farmasøyter skal være forberedt på de situasjonene som kan oppstå. Dette omfatter bl.a. både utdanning, opplæring, erfaring og juridisk ansvar.

FIP innser at farmasøytens ansvar på dette området vil variere avhengig av hvor de arbeider. FIP oppfordrer alle farmasøyter innen alle områder av faget til å erkjenne sine roller og forberede seg på å kunne fylle dem.

FIPs statement inneholder punktvis anbefalinger for hvordan forskjellige aktører skal forholde seg på området krisehåndtering. Det gjelder:

- Myndigheter, inklusive lisensierende og regulatoriske organer
- legemiddeltilvirkere
- legemiddelgrossister
- helseforsikringsforetak inklusive bl.a. selskaper som driver innen Managed Care
- farmasøytorganisasjoner
- apotekpraktiserende farmasøyter

Se [www.fip.org](http://www.fip.org) for flere detaljer fra statementet.

### LEGEMIDDELRELATERTE PROBLEMER

WHO definerer «pharmacovigilance» som «forskning og aktiviteter knyttet til å oppdage, håndtere, forstå og hindre bivirkninger eller et hvert annet legemiddelrelatert problem.»

Farmasøyter har et viktig ansvar knyttet til løpende overvåking av sikkerheten ved legemiddelbruk. Det viser seg stadig tydeligere etter hvert som farmasøyter i økende grad ser på legemiddelbrukerens samlede forhold til sine legemidler, blant annet ved innføring av tiltak som farmasøytisk omsorg o.l. Det er derfor en stor fordel for overvåkingen av legemiddelbruken at praktiserende farmasøyter kan fremskaffe pasientens samlede legemiddelhistorie.

Kontroll av legemiddelbruk kan i dag skje på minst tre nivåer: godkjenningsordninger på myndighetsnivå, kontroll ved finansiering via en tredjepart, og ved bestemmelser knyttet til farmasøyter i praksis. WHO har notert seg at slike «programmer for legemiddelrelaterte problemer har behov for støtte hvis de skal oppnå oppsatte målsettinger.»

Dagens farmasøytrolle ved legemiddelovervåking er ikke begrenset til registrering av bivirkninger og andre legemiddel-

relaterte problemer, men omfatter også spørsmål knyttet til generisk eller terapeutisk likeverdige legemidler, gjennomgang av eldre legemidler samt tradisjonell, komplementær og alternativ medisin, substitusjon, reseptfrie legemidler, blodprodukter, biologiske legemidler, medisinsk utstyr og vaksiner.

Farmasøyten har et viktig ansvar for å oppdage bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer på et tidlig stadium, kombinert med overvåkingen av legemidlenes effekt. Farmasøyten som del av helseteamet, er en kilde til både informasjon om legemidler og til en kritisk vurdering av slik informasjon. Farmasøytens ekspertise er viktig for å sikre sikkerheten ved legemiddelbruk knyttet opp til den enkelte

## FIP Good Pharmacy Practice Project

Med bakgrunn i WHO/FIP Guidelines for Good Pharmacy Practice (GPP) har FIP en overordnet målsetning om å forbedre både standarder og praksis for legemiddeldistribusjon og -bruk i sine medlemsland. FIP har derfor tatt initiativ til et GPP-prosjekt rettet mot utviklingsland og land som allerede er i utvikling, for å kunne yte dem teknisk bistand. Det overordnede målet med prosjektet er å bidra til bedre helse og livskvalitet for befolkningen i det enkelte land.

FIP vedtok Guidelines for Good Pharmaceutical Practice i 1993. Disse retningslinjene ble utviklet som et referansedokument til bruk for lokale og internasjonale farmasiorganisasjoner og myndigheter for å etablere akseptable nasjonale standarder innen GPP. En revidert versjon ble godkjent av WHO i 1997 og samme år også av FIP Council.

GPP-retningslinjene omfatter de farmasøytiske tjenestene som farmasøyter yter overfor sine kunder. Retningslinjene anbefaler at det utarbeides nasjonale standarder for:

- helsefremmende tiltak
- legemiddelleveranser, medisinsk utstyr, pasienters egenomsorg
- forbedring av legemiddelforskrivning og -bruk

Retningslinjene er etter hvert godkjent og anvendt i en rekke forskjellige utviklingsland. I enkelte tilfeller har nasjonale faglige organisasjoner i samarbeid med lokale myndigheter også fått på plass relevant lovgivning på legemiddelområdet.

### HJELP TIL SELVHJELP

FIPs Community Pharmacy Section nedsatte i 1992 en arbeidsgruppe for å utarbeide retningslinjer for støtteprosjekter for innføring av GPP i utviklingsland. Dokumentet «GPP in Developing Countries – Guidelines for Implementation» ble vedtatt av FIP i 1998. FIPs Board of Pharmaceutical Practice



pasients behov for behandling. FIP erkjenner at farmasøyter her har en nøkkelrolle.

FIPs statement inneholder anbefalinger for både læresteder, farmasøyter i praksis, farmasøytorganisasjoner og myndighetsorganer.

Se [www.fip.org](http://www.fip.org) for flere detaljer fra statementet.

ble samtidig bedt om å iverksette tiltak med tanke på «hjelp til selvhjelp». I første omgang ble det iverksatt to pilotprosjekter i henholdsvis Thailand og Uruguay.

I pilotprosjektene har FIPs eksperter arbeidet via lokale farmasiorganisasjoner og lokale myndigheter. Prosjektene har grepet fatt i problemstillinger og områder som det enkelte land har ønsket å forbedre. FIP sentralt har delfinansiert prosjektet og bidratt med ekspertisen og et «verktøyskrin». Etter at disse prosjektene nå er gjennomført, er det planer om nye prosjekter i både Moldova, Mongolia og Vietnam.

FIP har som mål at regjeringer rundt i verden skal gjøre oppmerksom på at slike GPP-prosjekter kan gjennomføres, slik at de om mulig også kan inngå i giverlandenes andre bistandsprosjekter.

### THAILAND

I Thailand var utgangspunktet for GPP-prosjektet at bare 30 prosent av apotekene fylte – og fulgte – kravene til apotek-konsesjon. Det var derfor et sterkt ønske om å få på plass et godt akkrediteringsprogram for apotek. I første omgang konsentrerte de seg om rutine for reseptekspedering og reekspedering.

Pilotprosjektet er nettopp avsluttet, og så langt er 5 prosent av apotekene i målgruppen blitt akkreditert i henhold til det nye programmet. Disse apotekene har også kunnet dokumentere at de yter bedre tjenester overfor sine kunder enn de gjorde tidligere.

Den viktigste bistanden fra FIP har ikke vært økonomisk, men den støtten de har gitt både politisk, moralsk og praktisk.

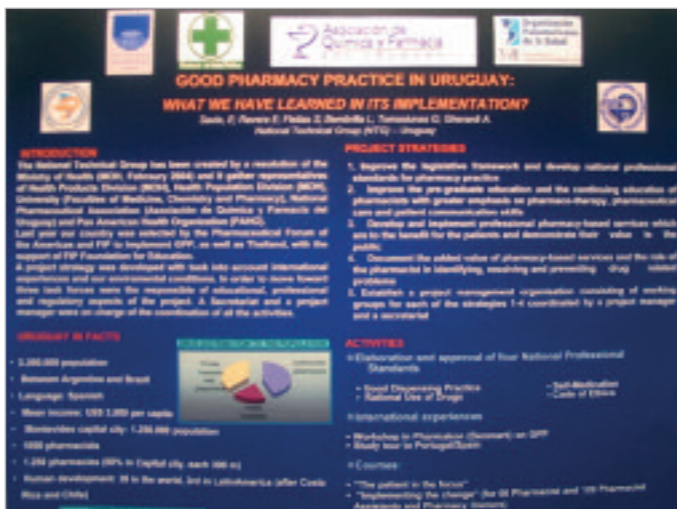
## URUGUAY

I Uruguay har det ikke vært krav om farmasøyt tilstede i apotekenes åpningstid. Det resulterte i at det ikke ble utviklet et godt farmasøytisk tilbud til apotekkundene. Dette var utgangspunktet for GPP-prosjektet.

GPP-prosjektet siktet på å få frem et forbedret lovverk, bedre farmasøytutdanning tilpasset behovet for kundetjenester og bedre retningslinjer for farmasøytisk praksis. Implementering skulle skje via kursaktiviteter. Det er så langt oppnådd resultater på alle disse områdene.

I Uruguay har GPP-prosjektet fungert som en katalysator for en rekke omfattende endringer. Prosjektet er ikke avsluttet, men deltakerne føler sterkt at de er på rett vei.

*Farmasøyer fra Uruguay presenterte sitt GPP-prosjekt på en egen poster.*



## Norske bidrag

Den norske delegasjonen til FIP-kongressen i Brasil var på ca 25 personer hvorav fire fra Apotekforeningen. To av de norske deltakerne hadde faglige presentasjoner i form av poster.

## FARMASØYTERS BIVIRKNINGSRAPPORTERING



Anne Marie Horn (foto) og medforfatter Anne Gerd Granaas fra Apoforsk presenterte en undersøkelse foretatt i 2004 av norske farmasøytters holdninger til bivirkningsrapportering. Konklusjonen på undersøkelsen var at farmasøytene hadde en positiv innstilling til å innrapportere bivirkninger. De følte også at den opplæringen de hadde fått som en del av prosjektet hadde klargjort farmasøytens rolle og forklart hvorfor og hvordan slik innrapportering skal foregå.

## SJAPPE.CYT



Stein Lyftingsmo fra Sykehusapoteket Elverum presenterte sjappe.cyt – et opplegg for systematisk navngiving og arkivering av opplysninger om cytostatikatilberedninger. Sjappe.cyt består av en mal for filnavn, en tabell for avrunding av doser, tabeller for virkestoff, emballasje, volum og oppløsningsmiddel, og maler for produksjonsdokumenter og etiketter. På foto i samtale med en annen kongressdeltaker under postersesjonen.

## Continuing education

Community Pharmacy Section har i en årrekke hatt egne opplegg på FIP-kongressene for continuing education. Dette er en egen del av programmet med egen påmelding og betaling. I 2006 bestod programmet av to halvdagssymposier med tittel «A risky Journey? Patient Safety from Home to Hospital and back». Fra Norge deltok tre deltakere fra Vitusapotek som var veldig fornøyde med både opplegget og det faglige utbyttet av etterutdanningen.

Opplegget er en blanding av forelesninger og diskusjoner i små grupper på 20-30 personer under ledelse av en profesjonell gruppeleder. Diskusjonsgruppene gir mulighet for erfaringsutveksling med kolleger fra andre land.

Årets program var akkreditert av ACPE (Accreditation Council for Pharmacy Education) slik at det var mulig å få godkjent etterutdanningspoeng for deltakelsen.

I den grad sikker legemiddelbruk er en sentral oppgave for farmasøyer uavhengig av hvor de arbeider, er det av største viktighet å sikre at vi har systemer som minimerer risikoen ved legemiddelbruk. Én måte å gjøre det på, er å sikre at «grensesnittet» mellom farmasøytene på primær- og sykehusapotek fungerer optimalt slik at faren for at pasientene utsettes for feil pga kommunikasjonsproblemer eller -feil reduseres til et minimum. Nøyaktig informasjonsoverføring til rett tid er helt sentralt.

Årets symposium gav mulighet for farmasøyer fra både primær- og sykehusapotek til å diskutere og samarbeide for sammen å kunne gi alle pasienter optimal farmasøytisk behandling ved forflytting mellom omsorgsnivåer.

Målet med årets symposium var at deltakerne etterpå skulle kunne:

- identifisere svake punkter i kommunikasjonen mellom primær- og sykehusapotek som kan være skadelig for pasienten
- vurdere hvordan slike kommunikasjonsvansker kan overvinnes for å gi pasienten maksimalt «sømløs» farmasøytisk behandling
- gi eksempler på tilnærminger og strategier som kan iverksettes for å sikre at overflytting fra pasientens bolig til sykehus og tilbake kan skje med så liten fare for legemiddelrelaterte problemer som over hodet mulig

## Heder og ære

Under åpningsseremonien ble det utdelt en rekke priser og utmerkelser til personer som har gjort en særlig stor innsats for å fremme farmasiens og farmasøytens utvikling nasjonalt og internasjonalt.

## DISTINGUISHED SCIENCE AWARD

Denne utmerkelsen tildeles annethvert år til enkeltpersoner eller grupper som har ytt et særlig stort bidrag til farmasøytisk vitenskap.

Distinguished Science Award for 2006 ble tildelt *Dr. Gordon L. Amidon* (USA) for hans arbeid innen områdene fysisk kjemi, transportfenomener og biologien knyttet til oral legemiddeladministrasjon.

## LIFE TIME ACHIEVEMENT

Denne utmerkelsen deles ut annethvert år til en enkeltperson som har vist et langvarig engasjement for å fremme farmasøytisk vitenskap

Life time achievement in the Pharmaceutical Sciences Award 2006 ble tildelt *Prof. dr. Atilla A. Hincal* (Tyrkia).

## FIP FELLOW AWARD

Utmerkelsen tildeles individuelle FIP-medlemmer som i sin karriere har vist internasjonalt lederskap, fremragende arbeid innen farmasøytisk vitenskap eller praksis, og som har bidratt til FIP utover det vanlige.

FIP Fellow Awards 2006 ble tildelt *Dr. Ryoji Konishi* (Japan), *Prof. Tony C. Moffat* (UK), *Dr. Tom Sam* (Nederland), *dr Vinod P. Shah* (USA) og *John Ware* (Australia).

## ANDRE BEDAT MEDALJEN

*Andre Bedat* medaljen er FIPs høyeste utmerkelse, og deles ut annethvert år til en farmasøyt som har gjort en ekstraordinær innsats innen internasjonal farmasi.

Andre Bedat medaljen 2006 ble tildelt *Dr Gloria Francke* (USA). Dr Francke tok sin Bachelor-grad i farmasi i 1942.



*Gloria Francke i samtale med Leif Eklund fra Apoteker-societeten under kongressens avslutningsmiddag.*

## STIPEND

Stipendiet FIP Grant for Professional Innovation skal fremme nyskaping innen farmasi og farmasøytisk vitenskap via kreative prosjekter utført av unge farmasøyer.

FIP Foundation for Education and Research og FIP Young Pharmacist Group tildelte FIP Grant for Professional Innovation 2006 til *dr Rebekah J. Moles* (Australia) til hennes prosjekt «Development of Medical Education Packages for Children and their Carers».

Målet er å kunne presentere prosjektresultater på FIP-kongressen i Beijing i 2007. Stipendiet er på 1000 Euro.



# Apotekerleilighet på Maihaugen

Trygve Fjeldstad  
Apotekforeningen

Representanter fra både Maihaugen og apotekene på Lillehammer var til stede da apoteker Britt Sørensen klippet over snoren til den nye apotekerleiligheten. Til stede var også etterkommere av apotekeren ved Lillehammer Apotek fra 1896, Thorvald Grundtvig, og hans hustru Aase Margrethe.

Med åpningen av apotekerleiligheten har Maihaugen fått det nærmeste man kommer et komplett apoteklegg. Kombinasjonen av apoteket i første etasje og leiligheten i annen etasje gir et samlet bilde av apotekerens verden, både yrkesmessig og privat.

Etter åpningen takket Maihaugens direktør Ågot Gammersvik de som hadde bidratt til at apotekerleiligheten kunne realiseres, ikke minst apotekerne Britt Sørensen og Arne Rudjord.

Apotekerleiligheten i Byen på Maihaugen åpnet 15. oktober 2006. Den viser hvordan borgerskapet i Lillehammer bodde for 100 år siden. Apoteker Britt Sørensen foretok den offisielle åpningen.



Som takk for innsatsen fikk Britt Sørensen og Arne Rudjord "en del av leiligheten" – et innrammet stykke av den rekonstruerte tapeten, her overrakt av Maihaugens direktør Ågot Gammersvik og arkitekt Kjell Marius Mathisen.



## MØBLERING OG INNREDNING

Apotekerleiligheten er innredet på grunnlag av intervjuer om og fotografier fra borgerskapsleiligheter fra årene omkring 1900. Interiøret er typisk for det bedrestilte borgerskapets stuer fra rundt århundreskiftet med møbler i flere forskjellige stilarter.

Apotekerleiligheten er Maihaugens byborgerleilighet fra 1900 og er innredet i andre etasje i Nordstrandgården fra Storgata 64 i Lillehammer. Leiligheten viser hvordan de øvre sosiale lag i en mindre by levde for drøyt 100 år siden. Borgerskapet hadde som regel både bolig og næringsvirksomhet i samme bygning. Apotekerleiligheten ligger derfor i etasjen over selve apoteket. Utstillingen forteller om livet til de som bodde og arbeidet hos en apoteker. Den enkle innredningen i pikeværelset og kjøkkenet står i kontrast til resten av apotekerboligen og understreker de store sosiale forskjellene i husstanden.

Apotekerleiligheten består av gang, kjøkken, tre stuer, soveværelse og pikeværelse. Leiligheten er tilgjengelig fra inngangen mot bakgården. En trapp fører opp til leiligheten i andre etasje. Mot bakgården ligger pikeværelse, kjøkken og soveværelse. Ut mot gata ligger de representative stuene: salong, røkeværelse og spisestue. De tre stuene ligger etter hverandre med dører mellom, i en filade, i bygningens lengderetning. Dette interiørmotivet var populært på 1700- og 1800-tallet.

## BORGERSKAPETS STUER

Innredningen av borgerskapets stuer fulgte et fast mønster, og de ulike rommene hadde hver sin funksjon i selskapslivet. Et hvert vellykket selskap begynte med et lengre måltid i spisestuen. Der var det et stort spisebord med plass til 10-12 personer. Et annet viktig møbel var skjenken med oppbevaringsplass til servise og med en stor benkeplate som var nyttig ved servering under måltidene. Etter desserten gikk damene og herrerne hver til sitt. I røkeværelset kunne herrerne nyte pipene sine i fred. Dette var gjerne et forholdsvis lite rom preget av mørke maskuline farger. Noen gode lenestoler og et røkebord var obligatorisk. Biblioteket i leiligheten kunne også være der. Damene var henvist til salongen. Dette var gjerne hovedstuen i leiligheten hvor også mennene kom når pipen var røkt ferdig. Dette rommet hadde flere sittegrupper

med plass til hele selskapet. Fargene var lysere enn i røkeværelset. Det største salongbordet sto midt i rommet med en stor lampe eller lysekrone over. Kveldens musikalske innslag kunne være akkompagnert av piano. Pianoet stod gjerne i et hjørne. Over pianoet hang det ofte en måneskinns-lampe som så vidt gav nok lys til å lese notene.

## GRUNDTVIGS HJEM

Man vet ellers svært lite om hvordan andre etasje i Nordstrandgården var innredet. Møblering og gjenstandsutvalg bygger derfor på dokumentasjon av andre apoteker- og borgerskapsleiligheter fra årene omkring 1900. Her har museenes fotomateriale vært en nyttig kilde. Et annet viktig utgangspunkt er apoteker Grundtvigs hjem i Lillehammer mot slutten av 1890-tallet. Thorvald Grundtvig var bare 27 år gammel da han overtok Lillehammer Apotek i 1896 etter sin far Otto Johannes Grundtvig. Apoteket lå i en gammel bygård i Mathiesens gate. Den unge Grundtvig valgte å flytte både apoteket og familiens bolig til en nyere og mer moderne gård. I 1898 kjøpte han en halvferdig hjørnegård ved krysset Jernbanegata-Kirkegata ved Stortorget. Han fikk innredet det store våningshuset med nytt apotek på gateplan og romslig og tidmessig bolig i andre etasje hvor de flyttet inn i 1899. Dette hjemmet er dokumentert gjennom intervjuer av apotekerens barnebarn og slektninger.

Folketellingen fra 1900 viser husstandens sammensetning og er en viktig ramme for innredningen på Maihaugen. Den unge apotekeren hadde en stor husstand på i alt 12 personer. Apotekerfamilien bestod av mor, far og tre barn på ett, to og fem år. To yngre farmasøyter og en apoteklærling bodde i samme hus. Det gjorde også gårdsgutten, barnepiken, stuepiken og kokkepiken. Apotekerleiligheten reflekterer småbyen omkring 1900, med borgerskap, tjenere og en profesjonell middelklasse representert i samme hus.

## FINANSIERING

Apotekerleiligheten er finansiert med støtte fra apotekerne Britt Sørensen og Arne Rudjord og fra Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi.



## Kunst på veggene

I anledning åpningen av apotekerleiligheten gav Britt Sørensen og Arne Rudjord et tidsriktig maleri til apotekerens finstue. Bildet heter «Fra Mesnaelva 1893» og er malt av Frederik (Jonas Lucian Bothfield) Collett (1839—1914), elev av Gude. Han er særlig kjent for sine snøbilder, mange malt i traktene omkring Mesna.



## STØTTE TIL MAIHAUGEN

I anledning ekteparet Grundtvigs sølvbryllup i 1919 skjenket de 25.000 kroner til fordeling mellom de sandvigske samlinger og flere veldedige institusjoner i Lillehammer og Grimstad, fruens hjemby.

(Kilde: Norges Apotek og deres innehavere, bind III, side 83)

## NORDSTRANDGÅRDEN

Nordstrandgården består av to bygninger som er flyttet fra en kjøpmannsgård på Lillehammer. På museet er gården supplert med tre bakgårdsbygninger som kommer fra andre gårder i samme kvartal.

- Våningshus med forretning på gateplan fra Nordstrandgården, Storgata 64, Lillehammer. Bygd 1832, demontert 1970, påbegynt gjenreist 1988.
- Bakgårdsbygning med bakeri og bolig, også fra Nordstrandgården. Bygd 1837, demontert 1970, gjenreist 1991.
- Bakgårdsbygning fra Andersengården, Storgata 72. Bygd før 1862, demontert 1976, gjenreist 1976-78.
- Pakkbu fra Storgata 70. Bygd ca. 1865, demontert 1978, gjenreist 1996-97.
- Bakgårdsbygning med blikkenslagerverksted fra Kirkegata 71. Bygd før 1872, flyttet til Maihaugen 1943.

Nordstrandgården er restaurert til slik den var omkring 1900. Innvendig er malingslag og tapeter fra en modernisering som skjedde omkring 1898 rekonstruert. Tapetene hadde frodige blomstermotiver inspirert av jugendstil og tapetmønstrene til den engelske designeren William Morris. Dørene var dekorert med en mørk ådring, en maleteknikk som imiterer edle tresorter.

(Kilde: www.maihaugen.no)





## e-handel med legemidler: Manglende oppfølgningsspørsmål

Jeg viser til NAT nr 3/2006 (Kunden i apoteket: Kan sovne i apotekkkø) der apotekkunde og leder i funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Margaret Ramberg, blir intervjuet. Hun mener at internetthandel med legemidler og levering på døren kan være god service for mange. Videre mener hun at informasjon om interaksjoner og riktig bruk kan bli ivarettatt gjennom medisinhandel på internett.

Hvorfor følger journalisten ikke opp med oppfølgningsspørsmål om hvordan det skal kunne skje? Når politikere og

byråkrater leser dette, kan flere av dem tenke at her vil internett skaffe oss lavere legemiddelutgifter. For NAF (og nesten alle farmasøyter) burde det være viktig å motarbeide internetthandel av legemidler. NAF burde også kontakte FFO og tilkjenne våre innvendinger.

Roger Karlsen  
Apoteker  
Apotek 1 Vågsbygd

## Nippe Strandqvist

Vår gode kollega og venn gjennom mange år, *Nils-Olof (Nippe) Strandqvist*, er død 75 år gammel, etter noen tids sykdom. Med ham har så vel svensk, som nordisk og internasjonal farmasi mistet en av sine fremste og mest engasjerte representanter.

I sitt hjemland Sverige hadde Nippe en lang og bemerkelsesverdig karriere bak seg da han for noen år siden trådte inn i pensjonistenes rekke. Den startet i legemiddelindustrien, og fortsatte i primærapotek før han for alvor gjorde sykehusfarmasien til sitt arbeidsområde. Så vel Kärnsjukhuset i Skövde som Akademiska sjukhuset i Uppsala nøt godt av hans store faglige interesse og engasjement gjennom mange år. Det samme gjorde Apoteksbolaget, der han i 1988 fikk i oppdrag å utforme bolagets kvalitets-sikringsarbeid, en oppgave han ivaretok til han ble pensjonist.

Det var gjennom sykehusfarmasien de fleste av oss hadde vårt første møte med Nippe. Han var en kunnskapsrik læremester for vår generasjon av sykehusfarmasøyter, men advarte mot at sykehusfarmasøytene skulle representere en isolert «elfenbenstornfarmaci». Han understreket i skrift og tale sterkt samarbeidet mellom den «slutna och öppna världen». Nippes faglige kompetanse og entusiasme fikk stor betydning for utviklingen av norsk apotek- og sykehusfarmasi. Han var en hyppig foredragsholder ved norske fagarrangementer og ble en inspirator og rådgiver for mange norske kolleger, bl.a. ved opprettelsen av Norske Sykehusfarmasøytters Forening. På oppdrag fra Norges Apotekerforening var han rådgiver i arbeidet med de norske Bransjestandarder for apotek.

Nippe var et utpreget foreningsmenneske. I to perioder ledet han Sveriges Farmaceutförbund, et engasjement som også innebar betydelig nordisk samarbeid, ikke minst gjennom Nordisk Farmaceut-Union. Han preget i høy grad møtene der, faglig og sosialt. Senere markerte han seg sterkt i FIP, der han både var visepresident, president og nå «ærespresident». Han mottok i 2002 André Bedat Award, FIPs høyeste faglige utmerkelse, og var æresmedlem bl.a. i Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Som pensjonist var han med å starte foreningen Farmasøyter uten grenser i Sverige, og var dens leder til sin død.

Nippe var en faglig entusiast hele sitt liv. Han brant for farmasøytens rolle som faglige rådgivere for kunder og helsepersonell, og han ivret for utvikling av deres kompetanse. Han motiverte sine kolleger og bidro i stor grad til den positive utvikling som har funnet sted på området. Tilsvarende var han levende opptatt av kvalitetsarbeid, og han var hovedmannen bak prosjektet Good Pharmacy Practice (GPP), som nå er internasjonalt anerkjente retningslinjer for kvalitet i apotekarbeidet. Selv var han også til sin død engasjert av Verdens helseorganisasjon som støtte for gjennomføringen av GPP i flere land, deriblant Bosnia.

Vi som gjennom mange år har latt oss smitte av Nippes begeistring, engasjement og kompetanse, vil også huske ham for hans åpne, varme og livsglade vesen, hans gode humør og hans omtanke for andre. Vi var heldige som hadde han som venn.

Våre tanker går til hans barn og barnebarn, som har mistet en kjærlig, munter og stolt far og bestefar.

Hilde og Per Flatberg  
Anne Marie Horn  
Inger Lise Eriksen  
Vibeke og Helge Nordahl

## Harald Kristiansen



*Harald Kristiansen* gikk bort 13. oktober, bare 69 år gammel. Han var født i Harstad og følte i alle år en sterk tilknytning til byen og den landsdel han kom fra.

Harald tok apotekereksamen i 1960. Under sin militærtjeneste fikk han straks faglige utfordringer og ledet arbeidet med utprøving av landets meierier som produksjonssted for sterile legemidler i krisetid. Han ble vit.ass. ved Farmasøytisk institutt, UiO, før han senere søkte videreutdanning ved Universitetene i Wisconsin og Kansas. Her fullførte han sin Ph.D. i farmasi.

Han var førsteamanuensis ved Farmasøytisk institutt 1970 – 72 før han ble laboratoriesjef i Norges Apotekerforening. Der deltok han med iver i etableringen av NAF-laboratoriene a.s på Elverum, en farmasøytisk bedrift for preparater som tidligere ble produsert i apotek.

Sin lengste arbeidstid hadde han i Nycomed, hvor han virket fra 1977 – 2000. Helt til i sommer hadde Harald deltidsarbeid i Nycomed Pharma. Han har, i viktige stillinger innenfor produksjon og kontroll, deltatt i den enorme utvikling som firmaet har hatt.

Hans faglige dyktighet og samarbeidsevner kom rikelig til nytte – også i organisasjonslivet deltok han aktivt.

Myndighetene gjorde bruk av hans fagkunnskap innenfor de norske og europeiske farmakoppekommisjonene.

Harald var den ideelle kollega å ha med på reiser i inn- og utland med sin unike evne til å se og glede seg over detaljer som ikke tilhørte hverdagen hjemme. Hans varme personlighet og ekte interesse for sine medmennesker kom ofte til uttrykk på jobb og i privatlivet.

Vi føler et stort tap over en god venn og en dyktig kollega. Våre tanker går til Wenche og hans barn og barnebarn, som mistet ham altfor tidlig.

Rolf Bjerke Paulsen og Dag Morfelt



# Den eneste myke og giftfrie tåteflasken



## NYHET!

Easyfeed er den eneste myke tåteflasken på markedet som er **fri for det kjemiske stoffet Bisphenol-A**. Dette er et stoff som ledende forskere har dokumentert er bl.a. hormonforstyrrende og kreftfremkallende. Myndighetene i San Francisco i California har forbudt all bruk av stoffet i produkter for barn under 3 år, fra og med 1. desember 2006.

Easyfeed er utviklet av den norske bedriften AK. Grieg i samråd med **Plastisk-kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet**.

Flasken blir myk ved temperering. Ved å klemme på flasken er det enkelt å hjelpe barnet med å få i seg nok næring. Easyfeed egner seg derfor godt både for **friske barn og barn som er for tidlig født, har leppe-ganespalte eller har sugeproblemer** av andre årsaker. Så hvorfor utsette barna for helse risiko når det finnes en giftfri, myk tåteflaske?

Mer informasjon og bestillingsmulighet finner du på [www.easyfeed.no](http://www.easyfeed.no)

