



Farmasi i England: Siste nytt

Som et ledd i en bevisst politikk for å lette allmennhetens tilgang til reseptpliktige legemidler, har myndighetene i UK tillatt at farmasøyter gis begrenset rett til tilleggsforordning og mulighet til å ekspedere reitererte NHS-resepter.

I desember 2003 publiserte Helsedepartementet i UK et policy-dokument kalt "Building on the Best. Choice, Responsiveness and Equity in the NHS"¹. Dokumentet bekrefter regjeringens målsetting om å gjøre det lettere for befolkningen å få tak i reseptpliktige legemidler ved å utvide gruppen helsepersonell med forskrivningsrett, og ved å forenkle prosedyrene når pasienter trenger gjentatte forsyninger av de legemidlene de allerede bruker. Disse to utspillene vil med stor sannsynlighet ha stor innvirkning på farmasøytens yrkesutøvelse i UK.*

FORKORTELSER

UK	United Kingdom = Storbritannia (England, Skottland og Wales) og Nord-Irland
DH	(UK) Department of Health
NHS	(UK) National Health Service
POM	Prescription only medicines (reseptpliktige legemidler)
RPSGB/PSNI	Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (farmasøytens profesjonelle representant og bestemmende organ). PSNI er tilsvarende i Nord-Irland
CPD	Continuing Professional Development (et obligatorisk krav om etterutdanning for å sikre 'fitness to practice' fra 2005)
CPPE	Center for Pharmacy Postgraduate Education - Univ. Of Manchester (senter for farmasøytisk videreutdanning)

1 TILLEGGSFORORDNING (SUPPLEMENTARY PRESCRIBERS)

"Supplementary prescribers" er definert som helseprofesjoner "med autorisasjon til å forskrive til pasienter med diagnose fastsatt av en uavhengig forskriver, innenfor begrensningene av en allerede avtalt behandlingsplan."² "Supplementary prescribing" er dermed "et frivillig partnerskap om forordning mellom en uavhengig forskriver og en tilleggsforordner for å iverksette en avtalt pasientspesifikk klinisk behandlingsplan basert på pasientens samtykke." Muligheten for at tilstrekkelig utdannede farmasøyter, sykepleiere og jordmødre kan fungere som tilleggsforordnere er basert på en sluttrapport fra 1999 "Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines" (The Crown Report)³. Sykepleiere og jordmødre gikk først ut fra start, og i løpet av de siste 2-3 årene har opplært personell fra de to gruppene avansert fra å kunne tilleggsforordne et begrenset antall for det meste reseptfrie legemidler, via tilleggsforordning for et utvidet legemiddelsortiment, også reseptpliktige, til å bli fullverdige tilleggsforordnere for enhver medisinsk tilstand, med ansvar for pasientvurdering og oppfølging av behandlingsregime.

I november 2002 ga regjeringen i UK det offisielle klarsignalet til at farmasøytene kunne bli tilleggsforordnere. Implementering – og eventuell utvikling til status som uavhengige forordnere – synes å følge samme opplegg som for sykepleierne, men med mye raskere progresjon. For farmasøytene snakkes det om måneder sammenlignet med de 10 årene det tok for sykepleierne. Med tanke på en slik mulighet, publiserte RPSGB⁴ et utkast til opptakskrav og nødvendig opplæring for at farmasøyter skal kunne bli tilleggsforordnere.

Opptakskravene stiller krav om at aktuelle farmasøyter er registrert i RPSGB og/eller PSNI, at de har støtte fra et NHS-kontor og en kvalifisert lege som støtte og generell veileder. Innholdsskissen til opplæringsprogrammet lister opp 11 momenter som skal oppnås, og til sammen over 60 spesielle opplæringssemner gruppert innen: konsultasjon og beslutningstaking, påvirkning og psykologi ved forordning, forordning i et samarbeidsmiljø, oppdatering innen relevant terapi, prinsipper og metoder for vurdering, kunnskapsbasert praksis og klinisk ledelse ved tilleggsforordning, juridiske-politiske-profesjonelle-etiske aspekter, forordning for folkehelsen, strategier for veiledning/opplæring/støtte, og en praksisperiode.

De foreslåtte vurderingene omfatter testing av relevante kunnskaper og kompetanse, evnen til å samarbeide med pasienten inklusive undersøkelse og forordning, reflektert forhold til læring (inkludert CPD), fullført og godkjent praksis. De aktuelle kursene kan tas sammen med sykepleiere og jordmødre. Opplæringen er beregnet avsluttet i løpet av en seks måneders periode som skal omfatte ca. 25-27 dager med opplæring på universitet/høgskole pluss 10-12 dager opplæring i et praksismiljø.

For fremtiden vil antagelig opplæringen som tilleggsforordner integreres i pensum til farmasistudiet⁵ og/eller legges opp som videreutdanningskurs. Resultatet vil kunne bli en opplæring som tar kortere tid.



I mars 2004 hadde 14 universiteter i England og ett i Skottland fått godkjent sine kurs for tilleggsforordnere av RPSGB. De første 14 farmasøytene i Skottland har fullført sin opplæring. Også i England var de første farmasøytene med rett til å tilleggsforordne, ferdige i mars. Myndighetene har som mål at totalt 1000 tilleggsforordnere skal være godkjente ved utgangen av 2004 – et mål som skal bli vanskelig å nå. RPSGB vil anmerke i sitt medlemsregister hvilke farmasøyter som er kvalifisert som tilleggsforordnere. Hvis disse farmasøytene arbeider i primærhelsetjenesten, må de benytte personlige reseptblokker på linje med leger, tannleger og sykepleiere. Farmasøyter som arbeider på sykehus, vil benytte individuelle stempler på sykehusets reseptblanketter. Til forskjell fra ordningen med gjentatt ekspedering (se nedenfor), blir ikke farmasøytene betalt spesielt for oppgavene som tilleggsforordner. Opplæringskostnadene kan likevel bli dekket av andre, ofte det lokale NHS-kontoret. Kostnadene til for eksempel vikar under opplæringen, tilrettelegging for konsultasjoner på det enkelte apotek vil måtte dekkes av den enkelte farmasøyt eller av arbeidsgiveren. Det blir utarbeidet prosedyrer slik at tilleggsforordning foretatt av farmasøyter kan etterprøves og kontrolleres like nøye som den som foretas av annet helsepersonell. Det utarbeides for tiden planer for hvordan farmasøyter kan bli uavhengige forordnere. Oppstart er beregnet til 2005.

* Regjeringen i London er hovedsakelig ansvarlig for den generelle lovgivning. Gjennomføringen av reguleringene innen helse er overlatt til de lokale myndighetene i Wales, Skottland og Nord-Irland. Her beskrives situasjonen i England, som ikke nødvendigvis er identisk med forholdene i de andre landene i UK.

** Selv om egenandelene varierer mellom landene i UK, betaler pasienter med NHS-resepter en flat egenandel på ca kr. 80 per forskrevet legemiddel uavhengig av den egentlige prisen. Ca 80 % av legemidlene utløser likevel ikke betaling av egenandel fordi pasienten av forskjellige årsaker er fritatt for betaling: sykdom, alder, lav inntekt, mottak av anti-konsepsjonsmidler eller annet behov for fast forskrevet medisiner.

*** Legen kan angi intervallene mellom hver ekspedering, men det er ofte upraktisk for pasienten hvis det i perioder er behov for mer legemidler enn normalt ved for eksempel feriereiser.

2 APOTEK FARMASØYTER: GJENTATT EKSPEDERING

De modellene for gjentatt ekspedering som nå benyttes på flere og flere steder i England, omfatter mye av de samme basisprosedyrene – med visse tillegg – som de som i dag benyttes i Norge for "blåresepter" og tilsvarende opplegg i mange andre land.

Medicines Act (Legemiddeloven) i UK fra 1968 tillot reitererte resepter, men frem til 2003 gjaldt det bare for vanlige resepter der pasienten betalte alt selv.** Fra mai 2003 kan også resepter som skal belastes NHS, reitereres.

I mangel av reitererte NHS-resepter måtte pasientene hver gang det var behov for flere medisiner for kroniske lidelser, oppsøke legen for å få en ny resept. Det medførte ofte et besøk på legekantoret, 1-2 døgns venting på resepten, nytt besøk på legekantoret for å hente resepten, bringe den til apoteket og så vente på å få den ekspedert.

65-70 % av reseptene i UK gjelder gjentatte forordninger. Denne upraktiske ordningen er beregnet til å oppta 2,7 millioner legetimer per år⁶. I praksis er ofte løsningen gjort enklere ved at mange apotek har rutiner for gratis å hente resepter på legekantorene og å ha reseptene ferdig ekspedert når pasientene kommer på apoteket.

Drivkraften bak innføringen av gjentatt ekspedering i England, er å gjøre det enklere for pasientene og å frigi legetid til mer presserende oppgaver. 80 % av alle gjentatte forordninger kan tas hånd om direkte av farmasøyter. Dette er beregnet å spare myndighetene for ca. 120 kroner per pasient per måned til unødvendig medisiner.

Systemet med gjentatt ekspedering i England bygger på fem pilotstudier fra 1997. Intensjonen er at systemet skal brukes i hele landet ved utgangen av 2004.

Pasientene kan selv signalisere sitt ønske om å delta i et program for gjentatt ekspedering eller kan bli valgt ut av lege, farmasøyt, en omsorgsperson eller annet helsepersonell. Forskjellige kriterier for opptak kan benyttes. De viktigste er pasientens eget ønske og at helsetilstanden er relativt stabil. Ved hjelp av dataprogram printer helsepersonell ut gjentatte forordninger. Reseptene kan ikke være håndskrevne.

Det benyttes to typer blanketter:

– RA-blanketten (Repeat Administration) er "originalresepten" som danner grunnlaget for gjentatt ekspedering. I tillegg til pasientopplysninger og opplysninger om medisineren opplyser RA om antallet reiterasjoner.*** RA må signeres av den behandelende legen.

– RD-blanketten (Repeat Dispensing) printes ut samtidig med RA i like mange eksemplarer som resepten skal ekspederes i hht. avtalen mellom lege og pasient. RA-blankettene er nummerert og signeres ikke av legen.

Pasientene tar reseptblankettene med til det apoteket de selv velger. RA beholdes på apoteket. Apoteket ekspederer legemidlene på en RD-blankett som apoteket så sender inn til NHS for å få betaling. Resten av RD-blankettene kan pasienten ta med seg, eller de kan oppbevares på apoteket. Uansett må pasienten komme tilbake til det samme apoteket for å benytte de gjenværende RD-blankettene, så sant ikke legen skriver ut et helt nytt sett av RA/RD-blanketter.



Pasienten betaler egenandel som vanlig for hver gang en RD-blankett ekspederes. RA-blanketten blir påtegnet hver ekspedering, og sendes til myndighetene når alle tilhørende RD'er er ekspedert eller ikke lenger er aktuelle for ekspedering av en eller annen grunn.

Systemet med gjentatt ekspedering av NHS-resepter er også et tiltak for å forbedre kommunikasjonen mellom farmasøyt, lege og pasient. Det er meningen at farmasøyten skal spille en aktiv rolle i forhold til pasientens legemiddelbruk, basert på lokale retningslinjer. Det kan for eksempel bli krav om at farmasøyten skal ta opp til diskusjon med pasienten alle spørsmål knyttet til pasientens medisinerings hver gang en ny RD-blankett skal ekspederes: det må vurderes om alle legemidlene fremdeles skal tas, concordance-begrepet og pasientens evne til å håndtere medisinerings skal vurderes, pasienten må henvises til lege ved behov, legemidler må om nødvendig nektes ekspedert.

Farmasøytene må ha tilstrekkelig opplæring for å kunne delta i programmer for gjentatt ekspedering. Det omfatter den opplæring NHS lokalt vil kreve og gjennomføring av en egen CPPE opplæringspakke⁶. Denne opplæringen tar ca åtte timer og omfatter situasjoner som belyser potensielle problemstillinger og egnete løsninger. I hht. de nye obligatoriske ledelsesprosedyrene fra RPSGB fra 2005, må dessuten alle apotek som deltar, ha skriftlig standard operasjonsprosedyre (SOP) for gjentatt ekspedering.

Betaling for gjentatt ekspedering omfatter for tiden et engangs oppstartsbeløp på kr. 2.000 og et månedlig honorar på kr. 1.300 for å yte servicen. I tillegg kommer det vanlige ekspedisjonsgebyret på kr. 13 per pakning.

VEIEN VIDERE

Det er ingen tvil om at disse to tiltakene representerer et stort fremskritt for å heve farmasiens profesjonelle status, og for å bedre farmasøytens yrkestilfredshet. Det er ingen tvil om at farmasøytene er i stand til å håndtere de to tiltakene: "å forskrive" legemidler over skranken, gi råd og veiledning og en uoffisiell gjentatt ekspedering har lenge vært en del av farmasøytens hverdag. Men det er utfordringer:

Myndighetenes finansielle støtte til å utvikle tilleggsforskriving begrenser seg til å dekke opplæringskostnadene til den enkelte farmasøyt.

Inntil personlige elektroniske journaler blir en realitet⁷, vil den vanskelige tilgangen til pasientopplysninger være et handikap for farmasøytene som arbeider utenfor helsesentra eller sykehus. Begge tiltakene forplikter farmasøytene til å være mer proaktive overfor pasientene med medfølgende økt tidspress. Løsningen kan være økt bruk av apotekteknikere slik det er på mange apotek i Norge – eller ved å øke farmasøytbemanningen slik et det er flere farmasøyt til stede i alle fall deler av dagen. Den siste usikkerheten er knyttet til hvordan pasientene vil motta de nye ordningene. Med flere nye endringer og utfordringer i horisonten vil de neste 12-18 månedene bli svært interessante for farmasøytene i England!

Litteraturliste

1. *Building on the Best. Choice, Responsiveness and Equity in the NHS.* London. Department of Health, 2003.
2. *Supplementary Prescribing. A resource to help healthcare professionals to understand the framework and opportunities.* Liverpool. National Prescribing Centre. 2003.
3. *Review of prescribing, supply and administration of medicines. Final report (Crown review).* London. Department of Health. 1999.
4. *Outline Curriculum for Training Programmes to prepare Pharmacist Supplementary Prescribers.* London. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 2002.
5. *Editorial (2004). Supplementary prescribing will be at the heart of new Medway school of pharmacy degree course.* Pharm J, 272:78.
6. *NHS Repeat Dispensing Arrangements in England. An open learning pack for all healthcare staff involved in repeat dispensing.* Manchester. Centre for Pharmacy Postgraduate Education. 2003.
7. *Moody M, Hansford D, Blake L et al. Would community pharmacists welcome electronic access to patients' clinical data?* Pharm J, 272:94-97.