

innhold

4 Småstoff

Apotek | økonomi

- 6 Apotekenes lønnsomhets-
utvikling – hva skal vi leve
av i fremtiden?

10 Legemiddelekspedisjon i apotek

- 12 Kjappe tall og fakta

- 14 Priser på legemidler

- 16 Vil du ha 22,88 kroner,
30 prosent margin eller
181 prosent avanse?

- 19 Flere høyt utdannede gir
press på samlede lønns-
kostnader

23 Liste over nyttige bytter

- 24 Primærapotek og sykehus-
apotek



- 27 Portrettet: Får farmasøyter til
å se rødt

- 32 Rørende oppdagelser

- 35 – Leger og farmasøyter må
samarbeide bedre om de
eldre

38 Stort behov for legemiddel- samtaler

- 40 Ut i butikkhyllene

- 41 Nye navn i Tromsø

- 42 Fremtidens helseutfordringer

- 44 Redusert legemiddelsalg

- 46 En vellykket rekvirering

- 47 Stafetten: – Må få bruke sin
kompetanse!

- 48 Småstoff

- 50 Nytt siden sist



Gjør det som virker

Den årlige apotek- og legemiddelkonferansen Legemiddeldagen ble arrangert 12. mai i Oslo. På agendaen sto spørsmålsstillingen; Apotekloven 10 år – hva med de 10 neste? Statssekretær Ragnhild Mathisen i Helse- og omsorgsdepartementet la vekt på at apotekene og farmasøytene spiller en viktig rolle for å sikre at legemidler blir brukt riktig. Apotekenes rolle som faghandel og som legemiddelrådgiver blir viktigere i årene fremover, spår statssekretæren. Regjeringen har nå rettet oppmerksomheten mot pasientsikkerhet, og i 2012 vil den fremme Norges første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Apotekene bidrar til økt pasientsikkerhet, og det er viktig å

ha fortsatt fokus på dette i fremtiden, understreket Mathisen.

Den politiske debatten som fulgte la Høyres nestleder, Bent Høie, vekt på at apotekene er en viktig del av helse-tjenestens lavterskeltilbud. Hans klare budskap er at helsemyndighetene må begynne med å iverksette de tiltakene vi vet at virker. Legemiddelgjennomgang både for pasienter i sykehjem og for andre med kompleks legemiddelbruk er ett slikt tiltak. Og her kan apotekene spille en viktig rolle.

Vi registrerer en bred politisk enighet om at apotekene har og må fortsette å ha en posisjon som lavterskeltilbud i helsetjenesten. Alle ønsker å utnytte den

farmasøytiske kompetansen bedre, og legger vekt på at apotekene spiller en rolle for sikker og riktig legemiddelbruk. Vi gjør gjerne Bent Høies ord til våre egne: Tiden er inne for å gjøre det som vi vet virker!

Denne utgaven av Apotekforeningens tidsskrift hadde deadline før Legemiddeldagen. Det vil derfor bli en mer fyldig omtale av konferansen i neste utgave som kommer i begynnelsen av september. I mellomtiden kan du lese omtalen og se noen av presentasjonene fra Legemiddeldagen 2011 på hjemmesiden vår www.apotek.no.

Jostein Soldal, Apotekforeningen

Apotekene gjør det bra

Apotekbransjen kommer godt ut i Norsk Kundebarometers årlige oversikt. – Dette skyldes den jobben mange kompetente ansatte gjør hver dag, sier Oddbjørn Tysnes, konstituert adm. dir i Apotekforeningen til NRK.

Norsk kundebarometer viser hvilke butikker og bransjer forbrukerne har best tillitt til. Apotekene har ligget i toppen av dette barometeret i flere år, skriver NRK. At apotekbransjen kommer så godt ut er ikke overraskende for Apotekforeningen.

– Det har vi gjort tidligere også, sier Tysnes. Han tror dette skyldes den jobben mange kompetente ansatte gjør hver dag.

– Legemidler og helseprodukter er viktige for folk, og de ansatte har høy kompetanse og er flinke til å gi råd. Folk opplever at de kan stole på disse rådene de får på en annen måte enn andre steder, mener Tysnes. ●



Med høy kompetanse og gode råd havner apotekbransjen høyt opp på kundebarometeret. (Illustrasjonsfoto: Baard Næss, Inkognito)

Samordning av medisinlister

Farmasøyter må ha en viktig rolle innen tilsyn av forskrivninger, i form av sjekk av indikasjon, dosering, interaksjoner osv. I en travelt hverdag bør det henvises til farmakologisk tilsyn for pasienter med kompliserte legemiddelregimer. Det er noen av konklusjonene i en

rapport støttet av Legeforeningens kvalitetssikringsutvalg.

Norsk forening for klinisk farmakologi har tatt initiativet til prosjektet og de har fått penger til et tverrfaglig forprosjekt angående trygg legemiddelbehandling. Foranledningen er at sam-

ordning av medisinlister mellom ulike behandlingsnivå har vist seg å være vanskelig, og bivirkninger og feil legemiddelbruk er vanlig. Rapporten Trygg legemiddelbehandling finnes på sidene til legeforeningen.

(www.tidsskriftet.no) ●



Apotekforeningen

Ansvarlig utgiver

Norges Apotekerforening
ved administrerende direktør

Redaktør

Vendil Åse, vendil.aase@apotek.no

Redaksjonsråd

Petter Moi, apoteker Vitusapotek Majorstuen
Vegar Lindland Nordeng, apoteker Boots apotek Grünerløkka
Edle Lund, apoteker Apotek 1 Sandvika Storsenter
Hilde Ariansen, konst. fagdir, Apotekforeningen
Vendil Åse, redaktør, Apotekforeningen

Adresse

Slemdalsveien 1
P.B. 5070 Majorstuen
0301 Oslo
Telefon: 21 62 02 00
Faks: 22 60 81 73

Annonser

Add Media v/Erik Sigurdsson
Mobil 900 30 943
e-post: erik@addmedia.no

Design/produksjon

07 Gruppen AS

3981/0108/2.000

Forsidefoto: Dreamstime, kollasj Vendil Åse

Foto uten byline: Dreamstime

Apotekforeningens 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.

Redaksjonen avsluttet 10. mai 2011

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

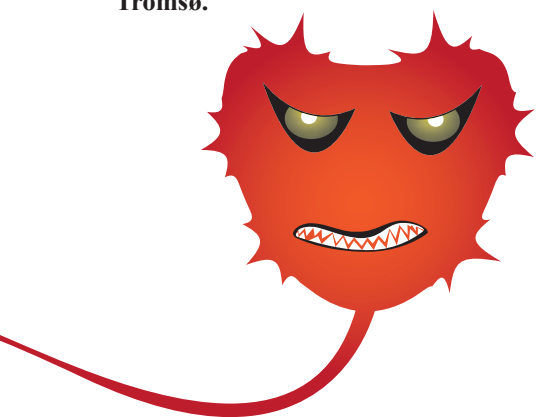
ISSN-nummer 0802-8400

Fagpressen



50 år uten antibiotika for å knekke resistens

Dersom bakterier har blitt resistente mot en type antibiotika, så må dette legemiddelet være ute av markedet i hele 65 år før det igjen kan brukes, i følge forskere ved universitetet i Tromsø.



Antibiotika har vært «vidundermedisinen» i over 50 år. Den har holdt befolkningen frisk og rask ved effektivt å drepe bakteriene som har gjort oss syke. Problemet er at flere års overforbruk av disse legemidlene har ført til at bakterier har utviklet resistens mot alle kjente antibiotika. De har med andre ord blitt motstandsdyktige mot medisinene som tidligere kunne hamle opp med dem. Også landbruksnæringens praksis med å gi antibiotika til sunne husdyr har bidratt til problemet.

Forskere ved Universitetet i Tromsø forsøker å forstå hvilke bakterielle pro-

sesser som påvirker resistensnivåene når man av ulike årsaker ikke lenger kan benytte seg av et gitt antibiotikum. Man har lenge trodd at dersom man kuttet forbruket av antibiotika når resistensnivåene var blitt for høyt, ville resistensen forsvinne av seg selv. I teorien ville man da kunne gjenoppta bruken av legemidlene etter at de har vært på «ferie». Denne antagelsen viser seg å være i overkant optimistisk, ifølge forskere i Tromsø. Deres nylig publiserte data antyder at disse verdifulle legemidlene må sendes på ferie i mange tiår.

(www.forskning.no) ●



Regeringen med ny apotekutredning i Sverige

Deler av apotekmarkedet kommer til å bli ytterligere utredet. Prisfastsettelse og 24-timersregelen er noen av de sakene som regjeringen vil se nærmere på. Det skriver Läkemedelsvärlden.

24-timersregelen omhandler hvor lang tid apotekene har på seg for å skaffe kundene et bestemt legemiddel. Andre spørsmål som skal taes opp til

revisjon er prisfastsettelse, doselegemidler og legemidler til dyr. Dette er problemstillinger som ikke ble vurdert godt nok under omreguleringen for over et år siden. Arbeidet med de aktuelle spørsmålene er nå inne i en intensiv fase, før strategien skal presenteres i løpet av juni.

www.lakemedelsvarlden.se/ ●



Ny bransjeforening for legemiddelgrossistene

Det er etablert en ny bransjeforening for norske legemiddelgrossister. Foreningens navn er «Legemiddelgrossistforeningen», og foreningen er åpen for alle aktører som har distribusjon av legemidler som viktigste virksomhetsområde. Foreningen har som formål å være en aktiv pådriver i alle spørsmål som vedrører legemiddelgrossistenes rammevilkår og vil bidra til å synliggjøre grossistenes rolle i det legemidelpolitiske landskapet. Styreleder og kontaktperson i Legemiddelgrossistforeningen er Øystein Askim, Apokjeden Distribusjon AS. ●

Hva forteller tallene?

Apotek- og legemiddeløkonomi er et krevende fagfelt. Vanlige markedsmekanismer er av ulike grunner satt ut av spill, og staten må inn å regulere. I motsetning til de fleste andre varer, er det staten som fastsetter prisen på reseptpliktige legemidler. Selv om apotek på en del områder ligner annen detaljhandel, er apotekenes økonomi i stor grad styrt av staten gjennom statens ensidige fastsettelse av hvor mye avanse apotekene maksimalt skal ha på salg av reseptpliktige legemidler. For fagøkonomer er apotekmarkedet interessant nettopp fordi vanlige markedsmekanismer i stor grad er satt ut av spill av markedets særegenheter og offentlig regulering. Men er markedet og mekanismene som gjør seg gjeldende der til å forstå for vanlige folk – farmasøyter, apotek teknikere eller mannen i gata?

Temaet i denne utgaven av Apotekforeningens tidsskrift har vi kalt Apotek og økonomi, for å belyse dette brokete feltet med sine mange ord og uttrykk. Apotekenes økonomi er uløselig knyttet til den statlige legemiddelpolitikken med dennes vektlegging av lavest mulige legemiddelpriser. Det hevdes at det ikke er mulig å leve utelukkende av legemiddelsalg. Skal apotek kunne leve av salg av reseptpliktige legemidler alene, eller forutsetter forsvarlig apotekøkonomi at man også har et vesentlig innslag av handelsvarer og reseptfrie legemidler?

Apotekavansen er en betaling fra staten til apotekene for å utføre alle de offentlige påleggene som gjelder når man utleverer legemidler, bl.a. informasjon til pasienten og kontrolloppgaver. Ingen reseptekspedisjon er lik, men felles for mange er at de er tidkrevende. Informasjon skal gis, det skal etterses at forskriveren ikke har snublet i dosering eller mengde, refusjonsregler skal kontrolleres, og i en del tilfeller må forskriver kontaktes. Ofte trenger pasienten litt ekstra informasjon, for eksempel ved generisk bytte. Dekker apotekavansen virkelig alle disse oppgavene? Ingen har fasitsvaret, så dette blir stadig diskutert.

Avanse, margin, trinnpris, maksimalpris og lignende begreper svirrer i luften når apotekøkonomi diskuteres. Det er lett å gå vill i ord og uttrykk og i politisk retorikk. På de følgende sidene presenteres en blanding av synspunkter fra apotekbransjen og rene fakta, som vi tror kan bidra til at leseren lettere finner veien i villniset av ord og uttrykk, tall og tallmagi. ●

■ Av Jostein Soldal, Apotekforeningen





Apotekenes lønnsomhetsutvikling – hva skal vi leve av i fremtiden?

Apotekenes rammevilkår og eierstruktur har endret seg markant de siste 10 årene. Antall apotek er nesten fordoblet, kjededrift dominerer, åpnings-tidene er utvidet og kundene er svært godt fornøyd med det tilbudet apotekene gir. Likevel er det grunn til å være på vakt når lønnsomheten i apotekenes kjernevirksomhet settes under sterkt press. ►

■ Av Hans Arvid Karlsen, NMD

« – Vår simulering viste at med norsk prisnivå og svensk avansemodell ville Vitusapotek tjent ca 100 millioner kroner mer i 2010 sammenliknet med avansemodellen i Norge.

Innledningsvis er det grunn til å slå fast følgende: Utviklingen i apoteksektoren siden 2001 har vært formidabel, men uten at det har medført vesentlig økning i antallet medarbeidere i apotek. Volumutviklingen både innen kjernevirksomheten resepthåndtering og handelsvarer har vært betydelig. Veksten har i all hovedsak kunnet skje ved en markant effektivitetsøkning i verdikjeden.

Prisutvikling patentert reseptmedisin

I 2003 endret Legemiddelverket reglene for prisfastsettelse på legemidler. De norske prisene fastsettes på bakgrunn av gjennomsnittet for de 3 laveste prisene av et utvalg fra 9 referanseland. Resultatet er at Norge i dag har de laveste prisene på patenterte legemidler

i Nord-Europa. Dette har blant annet blitt bekreftet i solide prisundersøkelser utarbeidet av SNF. Årlige prisrevisjoner har medført at staten har spart milliarder. For apotek er resultatet lavere inntjening per enhet fordi avansen i stor grad er prosentbasert.

Prisutvikling byttbare reseptmedisiner

Da den nye apotekloven ble innført i mars 2001 åpnet man samtidig muligheten for generisk bytte. Dette var en helt ny ordning, og det var utfordrende for apotekene å forklare kundene om legemiddelbytte. Samtidig ble ikke kundene «straffet» for å reservere seg mot bytte. Myndighetene dekket ekstrakostnaden. Manglende besparelser medførte innføring av indeksprissystemet, som senere ble erstattet av dagens trinnprissystem. Trinnprissystemet har, som maksimalprisrevisjonene, også medført besparelser i milliardklassen, og dette er blant annet bekreftet av Legemiddelverket. Så langt har dette systemet gitt apotekene incentiver til å overbevise kundene til å bytte, men stadige innstramminger i systemet gjør at lønnsomheten i apotek reduseres år for år.

Prissammenligninger med andre skandinaviske land

Jevnlig dukker det opp medieoppslag som forteller at kopimedisiner er betydelig dyrere i Norge enn i Danmark og

Sverige. Utfordringen, for apotekbransjen, er at mediene kun ser på en liten del (ca 10 prosent) av apotekenes omsetning av reseptbelagte legemidler ved slike sammenlikninger. Et område som er lønnsomt for apotek i Norge sammenliknes med ulønnsomme områder i Sverige og Danmark. Der lønnsomheten er bedre i Sverige og Danmark (ca 90 prosent av omsetningen) vies liten eller ingen interesse. Slike undersøkelser ville vist at apotekene i Norge får uforholdsmessig dårlig betalt for resepthåndteringen.

I Danmark forhandler Apotekerforeringen med myndighetene om hvor stor margin apotekene totalt skal ha på årsbasis, og avansestrukturen fastsettes slik at apotekene oppnår denne totalinntekten. Om det innebærer lav avanse på kopimedisin er uinteressant i og med at det kompenseres med høyere avanse på originallegemidler.

Hovedforskjellen mellom Norge og Sverige er at svenskene har valgt en avansestruktur som medfører at inntekten per solgte enhet er mye jevnere enn i Norge. Samtidig er prisene på originallegemidler vesentlig høyere enn i Norge. Når parallellimport til Sverige representerer ca 15 prosent av markedet mot ca 2 prosent i Norge, så er dette et tydelig tegn på at prisnivået i Sverige er høyere enn i Norge. For å vise forskjellen mellom de skandinaviske avansemodellene så har NMD gjennomført



en avansesimulering på patenterte legemidler. Celesio har som kjent etablert apotek i Sverige, og NMD har derfor god innsikt i de til enhver tid gjeldende legemiddelpriser i Sverige. Vår simulering viste at med norsk prisnivå og svensk avansemodell ville Vitusapotek tjent ca 100 millioner kroner mer i 2010 sammenliknet med avansemodellen i Norge.

Lønnsomhet i bransjen

I Norge har pris- og utgiftsfokus fra myndighetene medført at de fleste originalprodusenter enten har nedbeholdt eller flyttet salgfunksjonene til et annet skandinavisk land. Myndighetene i Norge ser på legemidler som en utgiftspost, og ikke i stor nok grad som en mulighet til å lindre og behandle folks helseplager. Til tross for dette lanseres likevel innovative produkter i Norge. Hvis legemiddelprodusentene hadde sluttet å lansere nye og innovative produkter, eller trukket gamle og ulønnsomme produkter ut av markedet, ville kanskje prispresset fra myndighetene ha minsket.

Apotekene på sin side har akseptert nye oppgaver og strengere regelverk samtidig som «betalingen» ikke har vært lønn- eller prisjustert gjennom mange år. Nye apotek åpnes jevnlig.

Sett fra helseforvaltningens side kan det derfor se ut som om alle aktører tjener godt, eller i hvert fall godt nok. Dessverre har verken produsentene eller apotekerne noe valg. Prinsipalene ønsker vekst og økt markedsandel, og aktørene er på konstant jakt etter nye og mer lønnsomme produktkategorier eller tjenester.

Fremtidens apotek i Norge?

Vi vet at ikke alle bruker sine legemidler som forskrevet, og mange legemiddelbrukere får ikke optimal nytte av sin behandling. Apotekene ønsker å bidra ved å veilede om riktig legemiddelbruk, og gjennom rådgivning bidra til best mulig behandling for den enkelte. Dette vil også bidra til totalt sett god utnyttelse av hver helsekrone.

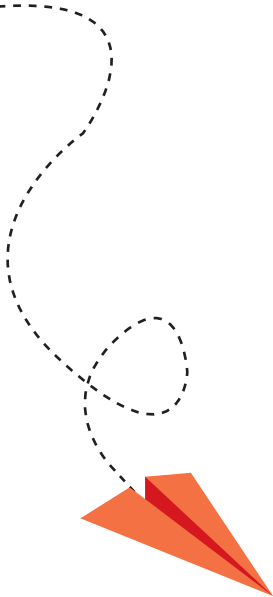
Helsedepartementet har uttalt at de ikke er interessert i å gi kostnadsdekning for myndighetspålagte oppgaver i apotek. De mener apotekene kan selge handelsvarer og reseptfrie legemidler til en høyere pris enn i andre kanaler fordi vi har fagkompetanse og monopol på deler av legemiddelsalget som igjen sikrer kundestrøm.¹ Dette er en utfordring for både apotekbransjen og myndighetene. Jo mer ikke-regulert omsetning vi får, jo mindre er det offentlige villige til å betale for myndighetspålagte oppgaver. Dette innebærer at apotekene i teorien

kan velge to retninger. Den ene er å redusere ikke-regulert omsetning og håpe på at myndighetene dekker tapet. Det er neppe sannsynlig. Den andre retningen er å øke salget av ikke-regulerte varer til et nivå der man kan leve av denne omsetningen alene. Behovet for effektivisering vil bli stort for å ivareta forventningene til inntjening så lenge utviklingen i rammevilkårene fortsetter i dagens retning.

Spørsmålet blir:

Hvordan skal man finansiere de myndighetspålagte oppgavene i fremtidens apotek når myndighetene ikke vil gi kostnadsdekning gjennom avansen? ●

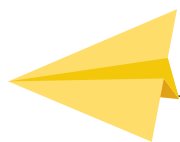
¹ Høringsnotat fra HOD, Juni 2007. Pricing av byttbare legemidler og apotekenes maksimalavanse.



Legemiddel- ekspedisjon i apotek

Alle som henter ut legemidler på resept skal føle seg trygge på at apoteket kvalitetssikrer behandlingen før utlevering. En legemiddelekspedisjon kan derfor ta tid og medgåtte ressurser skal dekkes av avansen på legemidler. Hva innebærer egentlig en legemiddelekspedisjon?





■ Av Kristin Sagberg, farmasøyt

«88» roper farmasøyten, og en eldre dame med rullator reiser seg og tusler mot skranken. Hun plukker opp en bunke med resepter fra vesken sin og legger den på ekspedisjonsbordet foran farmasøyten. «Jeg trenger en ny ladning» sier hun og begynner å bla i arkene. «Den» og «den» sier hun og peker. «Marevan er jeg nesten tom for og den der for blodtrykket har jeg ikke tatt de siste dagene». Farmasøyten samler sammen reseptene og går systematisk gjennom dem sammen med kunden. Reseptene har ulike datoer og er skrevet ut av ulike leger. Flere av legemidlene står oppført på flere resepter og kunden har hentet ut på ulike tidspunkter og på ulike apotek. I følge avstemplingslappene på reseptene ble det hentet ut propranolol for bare tre uker siden, og farmasøyten spør om kunden virkelig skal ha metoprolol nå eller om legen kanskje har ment at hun skulle bytte fra metoprolol til propranolol ettersom disse legemidlene er veldig like og propranololresepten er nyest? «Å ja, er de det» sier damen og fortsetter «Jeg har visst tatt begge deler i tre uker, kan det være derfor jeg føler meg så svimmel?»

En legemiddelekspedisjon er ikke bare et varesalg. Visst skal man selge en vare, men et legemiddel er ikke en hvilken som helst vare, det er en vare som krever spesiell kontroll og kommunikasjon. Det skal kontrolleres at varen stemmer overens med legens ordinasjon, samt at denne er logisk og oppfyller myndighetenes regelverk. Om apoteket oppdager en feil eller noe som ser ut til å kunne være feil på resepten, må pasientens lege ofte kontaktes for å sikre at pasienten får rett behandling eller at blåreseptforskriften er fulgt og refusjonskoder er riktige. Dessuten skal det også ofte kommuniseres med kunden om rett bruk, bivirkninger, generisk bytte osv. Og ettersom alle



Dekker avansen apotekene har på legemiddelsalget den tiden farmasøyten har brukt på kunden?
Illustrasjonsfoto: Jens Sølvberg.

kunder er forskjellige, så har de et ulikt behov og er ulikt mottagelige for slik informasjon. Noen vil vite alt, andre har «brukt disse tablettene i 15 år og kan alt det der».

Kunder og resepter finnes i alle varianter. Alt fra de enkle p-pillerreseptene som kan reekspederes, til de mer kompliserte reseptene til en diabetiker med metabolsk syndrom og KOLS. Fra en oversiktlig hvit lapp til en tykk bunke med krøllete blå og hvite resepter i en salig blanding. Fra den tause kunden som «bare skal ha», til den pratsomme enslige pensjonisten viss mann gikk bort etter lang tids sykdom og pleie i hjemmet. Fra kunden som glatt godtar alt med et smil, til kunden som ikke godtar noe annet enn «det beste» og ikke tar fem øre for å dele sine meninger høylytt med alle andre på apoteket, enten det gjelder generisk bytte eller lang ventetid.

Etter en telefonsamtale til kundens lege vedrørende blodtrykkstablettene og et par andre saker sorteres reseptene og bunken tynnes betydelig ut. Farmasøyten og den eldre damen blir enige om hva hun skal ha og legemidlene

registreres, plukkes frem, etiketteres, kontrolleres, signeres og betales. Den eldre damen tar imot posen og takker for all hjelp og for at farmasøyten orket å høre på henne. «Nå skal ikke jeg oppholde deg mer» sier hun og smiler mot farmasøyten. Farmasøyten forsikrer at det bare var hyggelig å kunne være til hjelp, og står igjen med en god følelse av å ha bidratt til bedre legemiddelbruk og et lyspunkt i hverdagen hos den eldre damen. Selv om det innebærer at de neste enkle ekspedisjonene må gå litt ekstra raskt.

Denne historien beskriver en helt vanlig kunde, en helt vanlig dag på et helt vanlig apotek. Ved salg av en pakke med 100 Marevan 2,5 mg, er maksimal utsalgspris fastsatt til 125,40 kroner. Apoteket sitter da igjen med en avanse på 27,12 kroner. Apotekene har en viktig oppgave med å bidra til å forvalte samfunnets ressurser på en god måte, et ansvar bransjen er mer enn villig til å ta så lenge forutsetningene gjør det mulig. Dekker avansen apotekene har på legemiddelsalget den tiden farmasøyten har brukt på kunden? ●

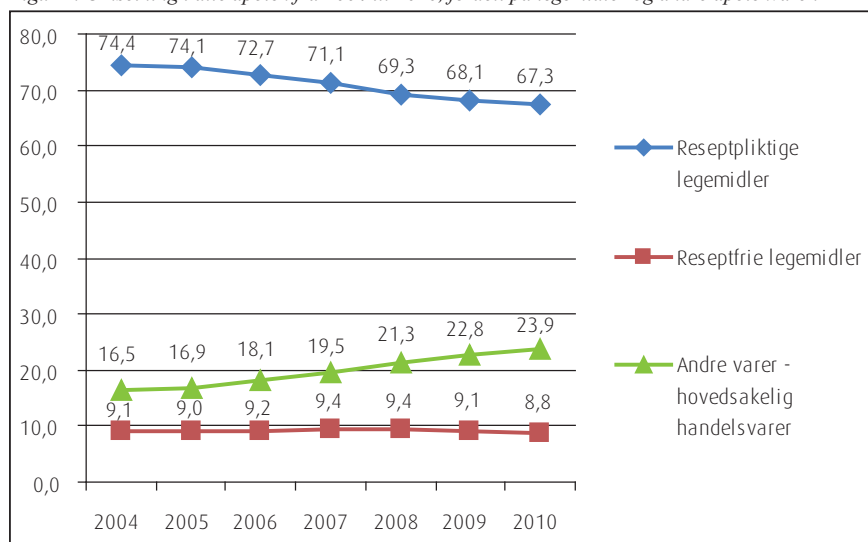
Kjappe tall og fakta

Apotekene har ansvaret for at befolkningen og landets sykehus til en hver tid har tilgang til de legemidlene de trenger. I 2010 hadde norske apotek over 45,1 millioner kundeekspedisjoner og håndterte over 30 millioner resepter. De aller fleste av oss kjøper legemidler på apoteket en eller flere ganger i løpet av året. Her er noen kjappe apotekøkonomiske fakta:

Tabell 1: Total og gjennomsnittlig omsetning i apotek (mill. kr)

	2010 mill. kr inkl. mva	2010 mill. kr ekskl. mva	Prosent endring 2009-10
Total omsetning i apotek	23 354	18 791	2,7
Gjennomsnittlig omsetning per apotek	34,8	28,0	-0,8

Figur 1: Omsetning i alle apotek fra 2004 til 2010, fordelt på legemidler og andre apotekvarer.



Tabell 2: Total og gjennomsnittlig omsetning i apotek (mill. kr)

	2010 mill. kr inkl. mva	2010 mill. kr ekskl. mva	Prosent endring 2009-10	Prosent-andel
Total omsetning i primærapotek	18 927	15 216	2,1	81,0
Total omsetning i sykehusapotek	4 427	3 575	5,4	19,0
Gjennomsnittlig omsetning per primærapotek	29,6	23,8	-1,6	
Gjennomsnittlig omsetning per syke- husapotek	134,1	108,3	5,4	

- Apotekene hadde i 2010 en totalomsetning i underkant av 23,4 milliarder kroner inkludert merverdiavgift. Dette er en vekst på 2,7 prosent sammenlignet med 2009. Gjennomsnittlig omsetning per apotek var i 2010 34,8 mill. kroner, en reduksjon på 0,8 prosent i forhold til 2009. At den gjennomsnittlige omsetningen per apotek er redusert samtidig som totalomsetningen øker, henger sammen med at antall apotek øker. (Tabell 1.)

- Legemidlenes andel av totalomsetningen i apotek har vist en nedgående tendens etter 2004. I 2010 utgjorde legemidler 76,1 prosent av apotekenes totale omsetning, mot 83,5 prosent i 2004. Figur 1 viser omsetning i alle apotek fra 2004 til 2010, fordelt på legemidler og andre apotekvarer.

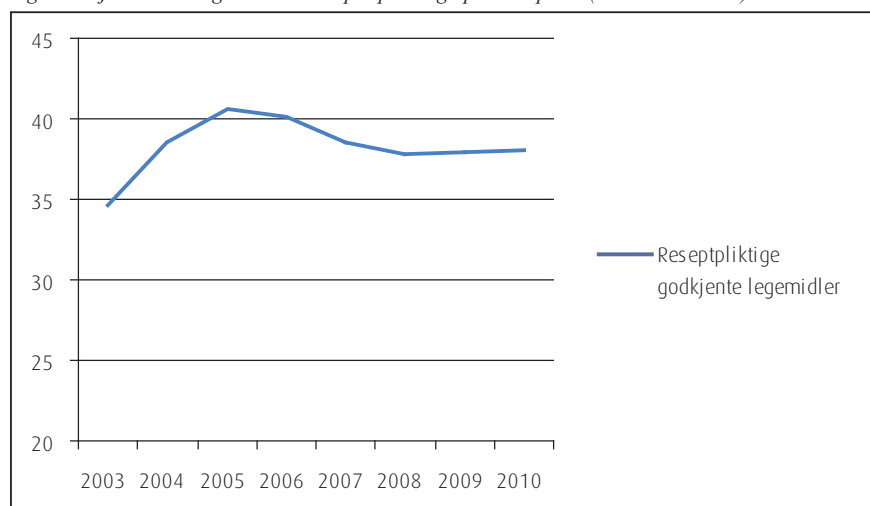
- Den gjennomsnittlige bruttoavansen per pakning for reseptpliktige legemidler har vært tilnærmet uendret siden 2004, se Figur 2. Bruttoavanse på et legemiddel er det apoteket sitter igjen med etter å ha solgt varen og trukket fra innkjøpskostnadene. Også gjennomsnittlig bruttoavanse per pakning på blå resept og hvit resept har vært tilnærmet uendret. Primærapotekene tjente med andre ord gjennomsnittlig like mye på å selge en pakning av et reseptpliktig legemiddel i 2004 som de gjør i

2010. Dette er med nominelle kroner. Med reell prisvekst ville imidlertid et legemiddel med en bruttoavance på kroner 38,59 i 2004 økt avansen med 5,28 kroner i 2010. I tillegg til dette har lønnsutgiftene økt mer enn prisveksten, noe som bruttoavansen også skal dekke.

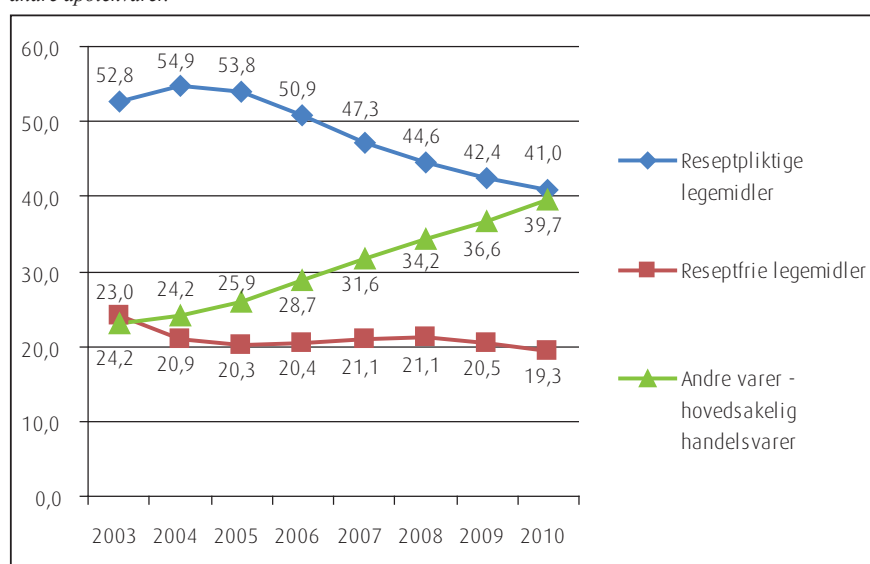
- Hvis man dekomponerer prisene og ser nærmere på hvor mye apotekene faktisk tjener på salg av legemidler, bidrar de reseptpliktige legemidlene med kun 41 prosent av apotekets totale fortjeneste. Figur 3 viser utvikling i primærapotekenes bruttofortjeneste fra 2003–2010 fordelt på legemidler og andre apotekvarer.

- Det er store forskjeller på omsetning i primærapotek og sykehusapotek. Gjennomsnittlig omsetning per primærapotek er redusert med 1,6 prosent siden 2009. I samme periode er gjennomsnittlig omsetning per sykehusapotek økt med 5,4 prosent. (Tabell 2.) ●

Figur 2: Gjennomsnittlig bruttoavance per pakning i primærapotek (nominelle kroner)



Figur 3: Utvikling i primærapotekenes bruttofortjeneste fra 2003–2010 fordelt på legemidler og andre apotekvarer.



Priser på legemidler

Som i de aller fleste vestlige land regulerer også norske myndigheter prisene på reseptpliktige legemidler. Den viktigste grunnen for dette er å skjerme samfunnet og befolkningen mot urimelig høye legemiddelpriser, siden vilkårene for priskonkurranse er dårligere i legemiddelmarkedet enn i de fleste andre markeder.

Viktigst i denne sammenheng er mangelen på konkurrerende alternative legemidler i perioden et legemiddel er patentbeskyttet, kombinert med tredjepartsfinansiering gjennom blåreseptordningen. Det siste fører til lav prisfølsomhet, ettersom den «tredjepart» som betaler for legemidlet (i Norge folketrygden via refusjonsordningen), er en annen enn den som bestemmer legemiddelbruken (legen), som igjen er en annen enn brukeren.

Legemiddelomsetningsavgiften

Avgiften innkreves av grossistene på vegne av staten, ved at avgiftsbeløpet tillegges på fakturaen til apoteket. Fra 1. januar 2009 er avgiften på 0,55 prosent av innkjøpsprisen (eksklusive mva). Apotekene har ikke anledning til å kreve avgiften dekket av kunden, og må således dekke avgiftsbeløpet av apotekavansen.

Merverdiavgift

For alt salg av legemidler, både reseptpliktige og reseptfrie, avkreves full merverdiavgift på 25 prosent. For næringsmidler er det 14 prosent merverdiavgift.

Fastsettelse av priser på legemidler

Det er staten som fastsetter den maksimale prisen apotekene kan selge et reseptpliktig legemiddel for. Fastsettelse av maksimalpris foregår i tre trinn:

A) Innhente priser andre land

Legemiddelverket fastsetter maksimal innkjøpspris for apotek (maksimal AIP) til gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidlet i følgende ni land: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Grunnen til at disse ni landene brukes, er at de blir sett på som de mest relevante å sammenligne Norge med.

Siden norsk pris settes lik gjennomsnittet av de tre laveste observerte prisene for hvert produkt, vil norske priser alltid være blant de tre laveste observerte prisene på produktnivå. Det kan være ulike land som er billigst på de ulike produktene, mens norsk pris alltid vil være gjennomsnittet av de tre billigste. Av den grunn vil gjennomsnittsprisen for alle legemidler sett under ett i Norge med stor sannsynlighet bli lavere enn gjennomsnittsprisen i de land vi sammenlikner oss med.

SLV vurderer priser på 280 virkestoff årlig.

B) Avansefastsettelse

Myndighetene har bestemt at apotekenes maksimale avanse skal bestå av et prosentpåslag på apotekets innkjøpspris kombinert med et kronetillegg per pakning.

Apotekavansen for et legemiddel der apotekenes innkjøpspris (AIP) er på 300 kroner vil da bli:

$$\text{Avanse} = (200 \text{ kr} \times 0,07) + (100 \text{ kr} \times 0,04) + 22,00 \text{ kr} = \mathbf{40,00 \text{ kr}}$$

For narkotiske og vanedannende legemidler – såkalte A-/B-preparater – mottar apoteket 10 kr ekstra i avanse.

Til fratrekk i apotekets avanse kommer legemiddelomsetningsavgiften på 0,55 prosent av AIP. I dette tilfellet tilsvarer det $(300 \text{ kr} \times 0,055) = 1,65$ kroner.

Apotekenes innkjøpspris	Prosenttillegg	Kronetillegg per pakning
0 – 200 kroner	7,00 %	22 kroner
> 200 kroner	4,00 %	22 kroner

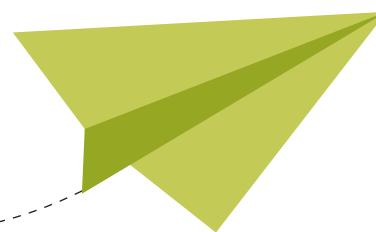
C) Merverdiavgift

Summen av apotekenes innkjøpspris og apotekenes avanse tillegges merverdiavgift på 25 prosent. Denne summen er den maksimale prisen apotek kan kreve av kunden.

Maksimal utsalgpris = apotekenes innkjøpspris + avanse + mva

Maksimal utsalgpris (med AIP 300 kr) = 300 kr + 40 kr + 85 kr = **425 kr.** ●





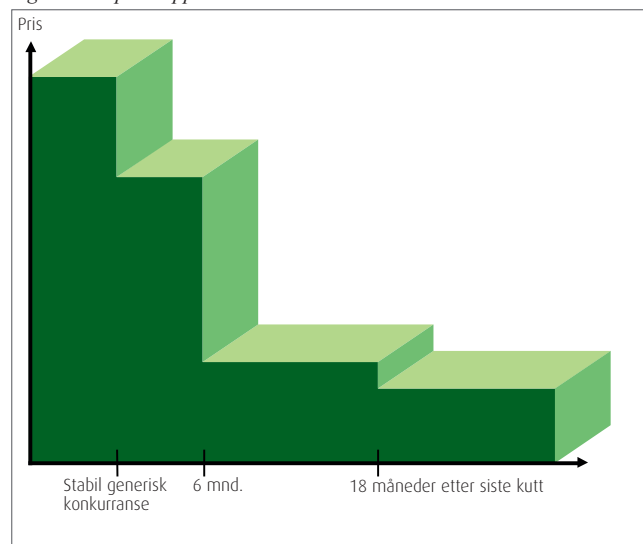
Trinnprismodell

For 68 av virkestoffene på SLVs bytteliste (per februar 2011) skal apoteket tilby et alternativ hvor prisen er mye lavere enn maksimalprisen. Det fastsettes en trinnpris per byttegruppe for henholdsvis små og store pakninger. Alle apotek er forpliktet til å kunne tilby minst en liten og en stor pakning i hver byttegruppe til trinnpris. Trinnpris kan fastsettes når originalpreparatet har fått stabil generisk konkurranse i Norge fra minst ett generisk preparat. Stabil generisk konkurranse anses å foreligge når legemidlene er oppført på byttelisten og det ikke kan dokumenteres alvorlige leveringsproblemer for det generiske legemidlet.

Trinnprisene fastsettes på AUP-nivå (apotekenes utsalgspris). Trinnprisen er det maksimale beløp folketrygden refunderer og er den maksimale prisen apoteket kan kreve for legemidler i en bestemt byttegruppe. Unntak gjelder dersom legen har medisinsk grunn til å reservere pasienten mot bytte. I slike tilfeller kan folketrygden refundere inntil legemidlets maksimalpris, uavhengig av trinnpris. Dersom legen ikke har reservert mot bytte og pasienten selv ikke ønsker bytte, kan apoteket kreve legemidlets maksimalpris av pasienten.

Virkestoffer som inkluderes i trinnprissystemet får en prisreduksjon ved inklusjon, og et kutt seks måneder etter at stabil generisk konkurranse inntraff. Hvis virkestoffet 12 måneder etter siste kutt går over en terskelverdi, som avhenger av omsetning, vil trinnprisen reduseres ytterligere. ●

Figur: Trinnpristrappe



Generisk bytte

Med apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001, ble regelen om generisk bytte introdusert. Statens legemiddelverk utarbeider en liste over generiske byttbare legemidler, som er funnet likeverdige og derfor byttbare, og/eller der det er konkurranse mellom original- og parallellimporterte¹ legemidler. Generisk konkurranse vil normalt kunne inntre når originallegemidlets patenttid er utløpt, og likeverdige produkter finnes på markedet, mens konkurranse mellom original- og parallellegemiddel vil kunne oppstå før patenttiden er utløpt.

Byttelisten danner grunnlaget for hvilke legemidler apotekene kan foreslå bytte mellom. Den oppdateres hver måned og distribueres til apotekene. Hvis legemidlet utleveres på blå resept skal apoteket utlevere det billigste legemidlet så lenge legen eller pasienten ikke har reservert seg mot bytte. Ordningen med generisk bytte bidrar til å redusere legemiddelutgiftene både for folketrygden og den enkelte legemiddelbruker.

Oppføring på byttelisten er et kriterium for inkludering i trinnprissystemet. ●

¹ Et parallellimportert legemiddel er et legemiddel som er registrert i Norge, men som importeres utenom produsentens offisielle kanaler. Legemidlet kjøpes normalt billigere i et annet EØS-land og selges dermed til en lavere pris.

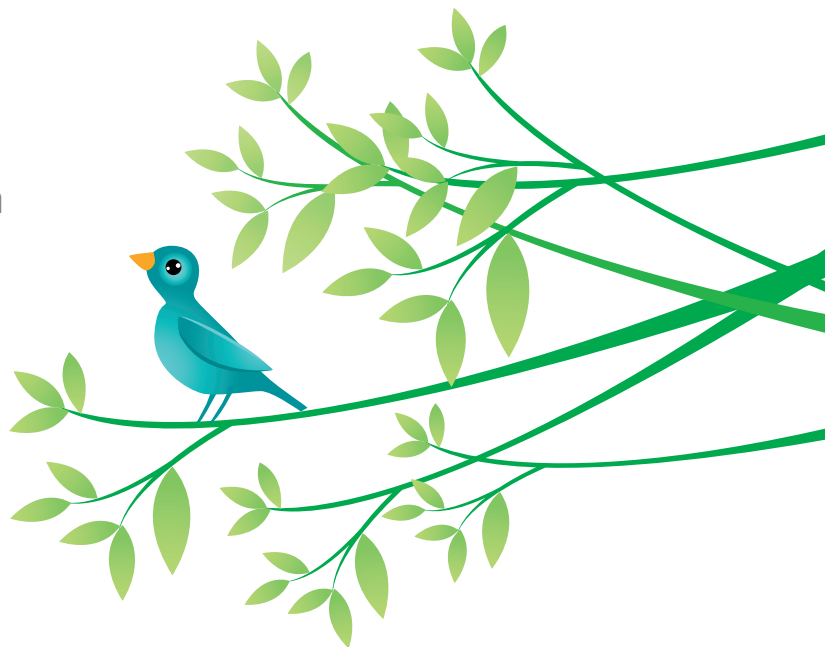
Tabell: Trinnpris

Tid fra stabil generisk konkurranse inntraff	Salg under 100 mill. kr. (siste år før generisk konkurranse)	Salg over 100 mill. kr. (siste år før generisk konkurranse)	Ved salg over 100 mill. kr. etter siste priskutt
Straks	-30 %	-30 %	
Etter 6 mnd.	-55 %	-75 %	
Ytterligere kutt 12 måneder etter siste kutt	-65 % (for legemidler som omsetter for mer enn 15 mill. kr.)	-80 % (for legemidler som omsetter for mer enn 30 mill. kr.)	-85 % (for legemidler som omsetter for mer enn 100 mill. kr.)

Kilde på sidene 12-15:
Apotek og legemidler 2011
Legemiddelmarkedet

Vil du ha 22,88 kroner, 30 prosent margin eller 181 prosent avanse?

Økonomi kan være forvirrende saker. Begreper flyr hit og dit og kan høres overbevisende ut. Men det er lett å la seg forlede av begrepsbruken. Høy margin i prosent trenger ikke være mer lukrativt enn lav margin. Alt er relativt. Og hva med avansen? Er avanse og margin det samme? Som om ikke forvirringen er stor nok fra før, er svaret på sistnevnte både ja og nei samtidig av og til, men stort sett ikke. Dette høres helt ubegripelig ut, og er det nesten. Her belyses og forklares ubegripelighetene med noen talleksemples.



■ Av Jon A. Andersen, Apotekforeningen

Talleksempel – atorvastatin 80 mg 100 pk

Hva får apoteket for å ekspedere en resept med atorvastatin 80 mg 100 pk? Hva får øvrige ledd i omsetningskjeden (grossist, leverandør og staten gjennom merverdiavgiften)? I nedenforstående tabell har vi dekomponert prisen på dette legemidlet ut av apotek. Siden dette er et produkt som er inkludert i trinnprissystemet, ser vi på både når produktet omsettes til maksimalpris, og når det omsettes til trinnpris.

	Kroner			Andel av utsalgspris (margin)	
	Maksimalpris	Trinnpris	Reduksjon	Maksimalpris	Trinnpris
GIP	997,05	179,24	82 %	71 %	64 %
Grossisten tjener ¹	49,85	8,96	0 %	4 %	3 %
Apoteket tjener	69,82	35,16	82 %	5 %	13 %
Mva	279,18	55,84	80 %	20 %	20 %
AUP inkl mva	1 395,90	279,20	80 %	100 %	100 %

¹ Forutsetter at grossistens avanse er 5 prosent av GIP.

I tabellen over halveres apotekets avanse i kroner når produktet omsettes til trinnpris. Apotekets margin øker derimot fra 5 prosent (69,82 kroner) til 13 prosent (35,16 kroner). Prosentutviklingen får det til å se ut som apotekene tjener nesten 3 ganger mer enn før, til tross for at kronene viser at apotekene i dette regneeksempelet har fått halvert sin inntekt.

Tabellen over viser også en effekt av hvordan trinnprissystemet er innrettet: Når prisen ut av apotek går ned 80 prosent, må leverandørprisen gå ned med *mer* enn 80 prosent. I tabellen over er leverandørprisen redusert med 82 prosent, samtidig som også apotekene har fått redusert sin inntjening i kroner. Dette henger sammen med at apotekenes avanse ikke bare baseres på prosentpåslag på innkjøpspris, men også har

et fast kronetillegg. Kronetillegget sørger for at det prosentuelle prisfallet for leverandøren blir større enn det prosentuelle prisfallet ut av apotek. De 20 prosentene som er igjen av utsalgsprisen når kunden har fått sitt prisfall på 80 prosent, fordeles på en annen måte enn tidligere mellom apotek, grossist og leverandør. Leverandørens andel av utsalgsprisen synker fra 71 til 64 prosent, grossistens andel synker fra 4 til 3 prosent, mens apotekets andel stiger fra 5 til 13 prosent. Likevel tjener ingen parter mer enn før.

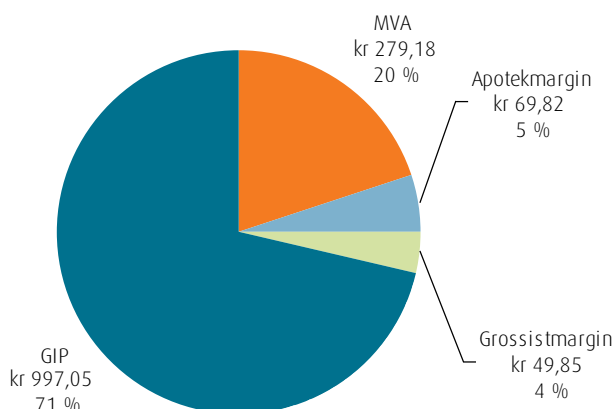
Både tabell og graf viser at det er den som betaler som har størst glede av trinnprisingen. Betaleren får 80 prosent priskutt. Størstedelen av dette priskuttet skyldes redusert betaling til leverandøren. Dette er et uttrykk for at patentet er utløpt og leverandøren derfor ikke lenger kan høste monopolprofit. Apoteket har imidlertid ikke fått noe mindre jobb av patentutløpet, slik at det er rimelig at apotek rammes mindre hardt enn leverandørene av trinnprissystemet. Det kan imidlertid diskuteres om det er rimelig at apotekene skal risikere å tjene *mindre* etter patentutløp enn før patentutløp, spesielt i lys av at patentutløp og inklusjon av virkestoffet i byttelista medfører økt informasjonsbehov i apotek.

Hvis vi forutsetter at både apotek og grossist beholder det samme antall avansekroner etter inklusjon i trinnprissystemet som før, viser følgende tabell hvor forskjellig inntrykk man kan få av samme antall kroner tjent, avhengig av om man snakker om margin eller avanseprosent.

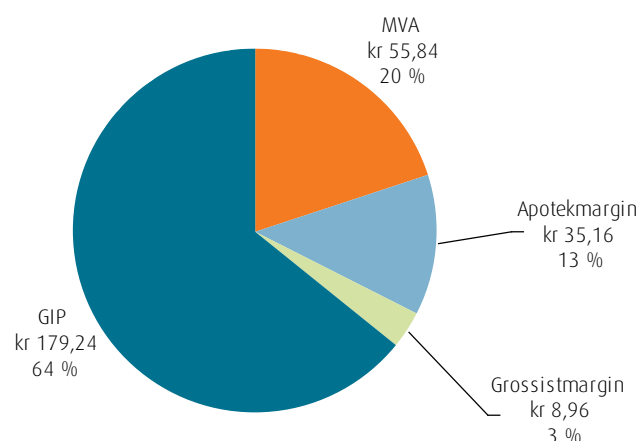
Salg til	Apotekets inntjening i kroner	Margin i prosent	Avansepåslag i prosent
Maksimalpris	69,82	5 %	6,7 %
Trinnpris	69,82	25,5 %	45,5 %

Er avanse og margin det samme? Tja. Selv om prosentene er ulike, kan kronebeløpene disse forskjellige prosentene gir være like. ►

Atorvastatin til maksimalpris



Atorvastatin til trinnpris



Tal eksempel – diclofenac 2 mg 100x1 pk

Avansereguleringen gir som konsekvens at apotekenes avanse målt som prosentpåslag på innkjøpspris kan se veldig store ut etter inklusjon i trinnprissystemet, selv om apotekenes avanse kan ha gått ned målt i kroner. Dette kan illustreres ved å se nærmere på diclofenac 2 mg 100x1 pk.

Salg til	Apotekets inntjening i kroner	Margin i prosent	Avansepåslag i prosent
Maksimalpris	24,84	30 %	61 %
Trinnpris	22,88	52 %	181 %

En apotekavance på 22,88 kr og en AIP på 12,64 gir en apotekavance på hele 181 prosent. Faktum er at apoteket tjener 1,96 kroner mindre, selv om avansen i prosent har steget. Det er denne type prosentregning som tidvis stiller bransjen i uheldig lys i media. Man velger å vektlegge den sensasjonspregede fremstillingen (økninger i prosenter) fremfor det faktum at alle i verdikjeden får mindre penger i kassa.

Er avanse og margin det samme?

Disse begrepene brukes ofte feilaktig om hverandre. Differansen mellom apotekets utsalgspris og innkjøpspris definerer apotekets inntjening målt i kroner. Dividerer vi disse kronene på utsalgsprisen, får vi marginen på produktet. Dividerer vi samme beløp på innkjøpsprisen, får vi avanseprosenten. Dermed kan marginen aldri bli høyere enn 100 prosent (apoteket mottar hele utsalgsprisen selv, med null i innkjøpskostnad), mens avanseprosenten i prinsippet kan bli uendelig stor (apoteket mottar hele utsalgsprisen selv, med null i innkjøpskostnad). En uendelig stor avanseprosent er det samme som en margin på 100 prosent.

Margin og avanse – definitorisk forskjell

Når man selger et produkt til en kunde, genereres noen kroner i forskjell mellom AUP og AIP. Dette er det apoteket tjener på salget.

Avanse er påslaget apoteket gjør på innkjøpspris (differansen mellom AUP og AIP). Dividerer vi avansepåslaget med innkjøpsprisen, får vi avansepåslaget målt i prosent.

$$a = \frac{AUP - AIP}{AIP}$$

Vi ser at avansepåslaget a i prinsippet kan bli uendelig stort. Jo lavere AIP, desto høyere avansepåslag målt i prosent.

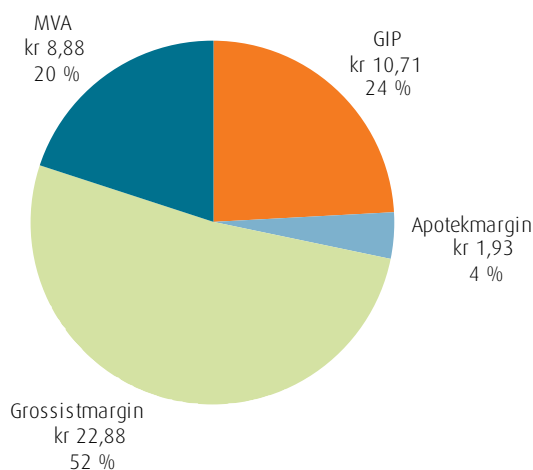
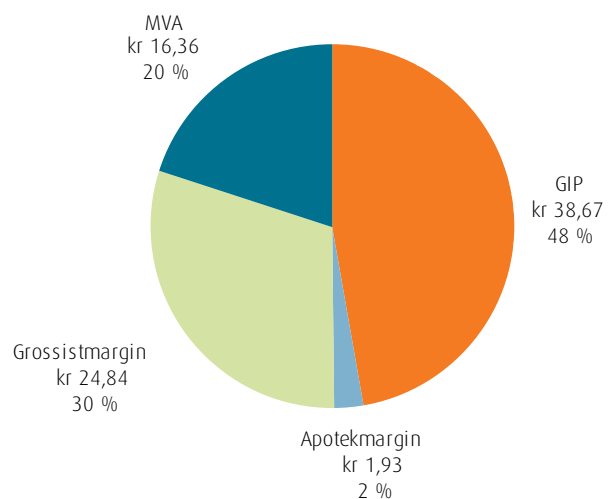
Marginen er apotekets påslag som andel av utsalgspris, og kan således maksimalt bli 100 prosent.

$$M = \frac{AUP - AIP}{AUP}$$

Margin og avanse er således kun omformuleringer av hverandre. AUP på 50 og AIP på 5 gir avansepåslag på 1000 prosent, og en margin på 90 prosent. I begge tilfeller tjener apoteket 45 kroner.

Oppsummering

Legemiddelpriiser synker årlig. Spesielt stort er prisfallet ved inklusjon i trinnprissystemet. Degressiviteten i apotekenes maksimalavansestruktur tilsier dermed at avansepåslaget i prosent av innkjøpspris øker. Marginen målt i prosent vil også øke av samme årsak. Men antallet kroner salget gir apoteket går ned. Det er kroner kundene betaler med, ikke prosenter. Ergo er det kronepåslagene i distribusjonsleddene man bør holde øye med, ikke prosentpåslagene. ●

Diclofenac til trinnpris**Diclofenac til maksimalpris**

Flere høyt utdannede gir press på samlede lønnskostnader

Apotekenes arbeidsstyrke er i endring med stadig flere medarbeidere med høyere utdanning. Økt kompetanse sikrer en bedre tjeneste til apotekenes brukere, og representerer slikt sett en ønsket utvikling. Samtidig medfører utviklingen økte kostnader, noe som er utfordrende innenfor en ramme med regulert avanse. ►

■ Av Erik Magnus Sæther, Oslo Economics

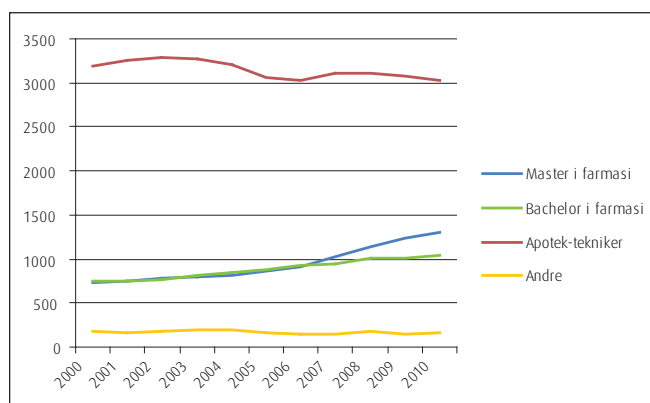


I denne artikkelen belyses utviklingen for de ulike stillingsgruppene i apoteksektoren, og i deres lønnsnivå. Deretter analyseres utviklingen i apotekenes samlede lønnskostnader, inkludert forholdet til bruttoavansen for reseptpliktige legemidler over tid. Tilslutt løftes det frem noen sentrale problemstillinger innen HR-området når flere apotek skal bemannes med høyere utdannende innenfor regulerte inntektsrammer.

Flere med bachelor- og masterutdanning

Ser man på perioden etter ny apoteklov i 2001 har antallet med utdanning på bachelor- og masternivå økt, mens de andre yrkesgruppene i apotek er noe redusert, som vist i Figur 1. Antallet provisorfarmasøyter, universitetsutdannede med mastergrad, har steget med over 70 prosent i perioden fram til 2010 til 1304. I samme periode har antallet reseptarfarmasøytene, høyskoleutdannede med bachelorgrad, økt med nesten 40 prosent til 1042. Antallet apotekteknikere per 1.1 2010 var 3034 (ned 7 prosent), mens andre ansatte utgjorde 155 (ned 4 prosent). I samme periode har antall apotek steget med nesten 50 prosent til 682 i 2010.

Figur 1: Antall ansatte 2000 – 2010



Kilde: Apotek og legemidler 2010, Apotekforeningen

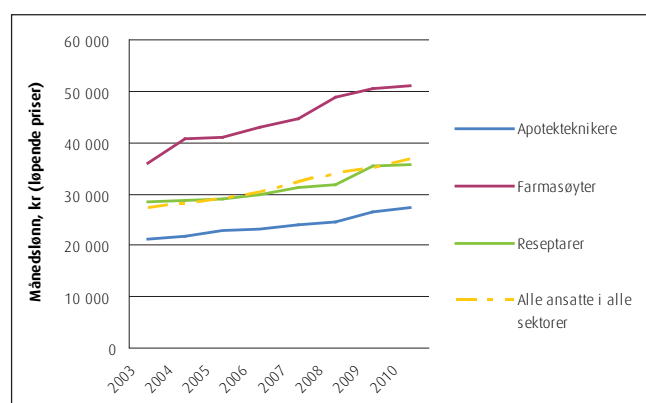
Høy lønnsvekst på masternivå

Farmasøytene med masterutdanning har hatt enn høyere lønnsvekst enn samfunnet ellers de siste årene, mens reseptarer og apotekteknikere har hatt en lavere lønnsvekst enn snittet for alle lønnstakere.

SSB gir oss data om månedslønn i perioden 2003 til 2010. Månedslønnen for farmasøyter var kr 51 000 i 2010. For reseptarer var månedslønnen kr 35 800, og for apotekteknikere kr 27 300. Månedslønnen for alle ansatte i Norge uavhengig av sektor var kr 36 700 i 2010. Gjennomsnittlig månedslønn omfatter avtalt lønn, uregelmessige tillegg, bonus, men har ikke medregnet overtidsgodtgjørelse.

Ser vi på lønnsveksten i perioden 2003–2010 som vist i Figur 2 er økningen i månedslønn på 41,7 prosent for farmasøyter, mens den for alle ansatte i samfunnet var på 34,6 prosent i samme periode. Lønnsutviklingen for reseptarer og apotekteknikere ligger noe lavere på henholdsvis 25,3 prosent og 29,2 prosent. Lønnsveksten er regnet som datolønnsvekst per 1.10 hvert år og ikke som årslønnsvekst som også benyttes som mål på lønnsvekst. Det er ikke korrigert for prisvekst i perioden.

Figur 2: Månedslønn i kr 2003–2010 (løpende priser)



Kilde: Statistikkbanken SSB

Tabell 1: Antall ansatte 2000 – 2010

	Master i farmasi	Bachelor i farmasi	Apotektekniker	Andre	Sum
2000	727	742	3186	173	4828
2001	756	749	3256	161	4922
2002	781	758	3295	175	5009
2003	799	816	3280	198	5093
2004	819	843	3207	189	5058
2005	857	884	3068	168	4977
2006	913	929	3033	144	5019
2007	1028	949	3102	154	5233
2008	1141	1004	3111	174	5430
2009	1239	1010	3078	154	5481
2010	1304	1042	3034	155	5535
2001–2010	72,5 %	39,1 %	-6,8 %	-3,7 %	12,5 %

Kilde: Apotek og legemidler 2010, Apotekforeningen

Tabell 2: Månedslønn i kr, 2003–2010 (løpende priser)

	Apotekteknikere	Farmasøytter	Reseptarer	Alle ansatte i alle sektorer
2003	21 137	35 981	28 570	27 261
2004	21 712	40 734	28 769	28 242
2005	22 780	41 137	29 002	29 159
2006	23 034	42 918	29 957	30 539
2007	23 929	44 699	31 187	32 263
2008	24 500	48 800	31 800	34 100
2009	26 600	50 600	35 400	35 300
2010	27 300	51 000	35 800	36 700
	29,2 %	41,7 %	25,3 %	34,6 %

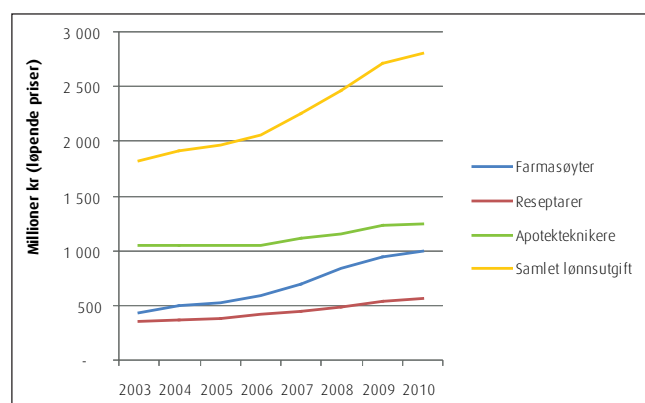
Kilde: Statistikkbanken SSB

Endret arbeidsstyrke og høy lønnsvekst gir stor vekst i samlede lønnskostnader

For apotekene medfører den samlede effekten av flere høyt-utdannede og høy lønnsvekst for farmasøytene en betydelig økning i de samlede lønnskostnadene, som illustrert i Figur 3. Som et anslag på samlede lønnskostnader er månedslønn her multiplisert med 12 og deretter tillagt arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader. Dette er igjen multiplisert med antall ansatte i hver stillingsgruppe.

For 2003 gir anslaget en samlet lønnskostnad i apotekene på om lag 1,8 milliarder kroner, mens det i 2010 hadde beløpet vokst til 2,8 milliarder kroner (løpende priser). Nesten 60 prosent av økningen skyldes økte lønnskostnader for ansatte med master, selv om de tallmessig utgjør knapt en fjerdedel av de ansatte i 2010. ►

Figur 3: Anslag på samlet lønnsutgift etter stillingsgruppe, 2003–2010, millioner kr



Kilde: Statistikkbanken SSB og Apotek og legemidler 2010, Apotekforeningen



Lønnskostnader vokser mer enn avansen

Økningen i lønnskostnadene må ses i sammenheng med utviklingen i avansen som myndighetene regulerer. En økning i de samlede lønnsutgiftene er ikke bærekraftig hvis den stiger mer enn avansen (dekningsbidraget) som skal betale andre kostnader enn varekostnadene og gi fortjeneste. Apotekenes bruttomargin defineres som den prosentvise andelen av apotekets utsalgspris (AUP) uten merverdiavgift, som ikke går til innkjøp av legemidler (vareforbruket). Bruttomarginen skal følgelig dekke alle kostnadene til apoteket (lønn, husleie etc).

For apotekene økte de samlede lønnskostnadene med 54 prosent i perioden 2003 til 2010, mens bruttoavansen for den reseptpliktige omsetningen økte med 44 prosent. Lønnskostnadene økte med andre ord mer enn avansen knyttet til den reseptpliktige omsetningen, som medfører krav om kompetanse på masternivå på hvert apotek. De ansatte medvirker selvfølgelig også til omsetningen av reseptfrie legemidler og andre varer der utviklingen i omsetning har vært gunstigere enn for reseptpliktige legemidlene. Omsetningen av reseptpliktige legemidler dominerer like fullt med 64 prosent av omsetningen i 2010, selv etter flere år med relativ nedgang. (Andelen var 74 prosent i 2004.)

En måte å illustrere den senere års utvikling er å bruke indeksform både på anslåtte lønnskostnader og på bruttoavanse for den reseptpliktige omsetnin-

gen. Hvis vi setter alle størrelser til 100 i 2003, vil indeksen i 2010 være 154 for samlede lønnskostnader og 144 for avansen. Utviklingen i lønnskostnadene for master i farmasi ligger betydelig høyere med en indeks på 231 i 2010.

Noen perspektiver på utviklingen

En viktig effekt av Apotekloven har vært en økning i antall apotek, lengre åpnings-tider og kortere ventetider i apotek. Dette har stilt krav til hvordan de ansatte arbeider og hvilke kompetanse man har behov for. Loven innebærer blant annet krav om driftskonsesjon som bare kan innvilges til cand. pharm/master i farmasi. I perioden 2003 til 2010 har antallet på masternivå økt fra 1,5 til 1,9 per apotek. Dette i en periode der antallet apotek har økt fra 520 til 682. Strukturendringene har medført en reduksjon i reseptpliktig omsetningen per master fra 12,5 millioner kr i 2003 til 9,6 i 2010. En nedgang på hele 33 prosent hvis man tar hensyn til realprisutviklingen. Denne utviklingen hadde ikke vært mulig uten en økning i omsetningen av andre varer og en stabil omsetningsandel for reseptfrie legemidler. I perioden har vi også sett en betydelig reduksjon i antallet apoteketeknikere per apotek, mens antallet reseptarer per apotek har vært tilnærmet stabilt, selv om det er noe redusert.

Økningen i høyere utdannende er en naturlig del av samfunnsendringene der stadig flere tar høyskole og universitets-utdanning. Antall studieplasser gir økt tilbud av denne type arbeidskraft og flere apotek gir etterspørsel etter ansatte som

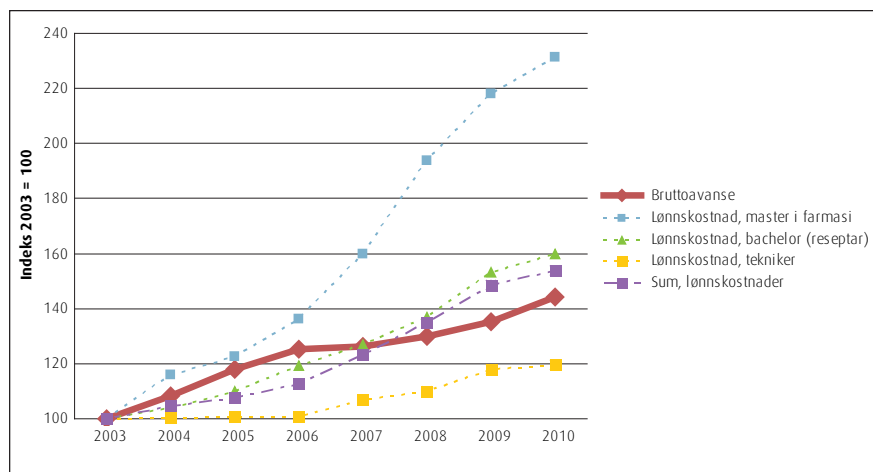
kan få driftskonsesjon. Utviklingen må også ses i sammenheng med en bredere faglig styrking av apotekjenesten som vil komme befolkningen til gode. Lege-middelsamtale er et eksempel på «nye» tjenester der høy faglig kompetanse er nødvendig.

Det er grunn til å følge den videre utviklingen på HR-området der det er grunn til å forvente stadig flere av de høyt utdannede. Utviklingen må ses i sammenheng med strukturendringene der reseptpliktige legemidler står for en stadig lavere andel av samlet omsetning og avanse. Av samfunnshensyn er apoteksektoren regulert både i forhold til krav til kompetanse og i forhold til en rekke andre faktorer som vareutvalg. Slik påvirkes kostnadsutviklingen, samtidig som det er tak på avansen på legemidler. Avansen fra omsetningen av andre varer enn legemidler kan slik sett få en stadig økende betydning i forhold til å opprettholde ønsket kompetanse i apotekene. ●

Kommentar fra Apotekforeningen

Apotekforeningen vil bemerke at grafen ikke sier noe om lønnsnivåer for de ulike arbeidstakergruppene. Kurvene er uttrykk for månedslønn ganger antall ansatte, slik at flere ansatte vil få kurvene til å stige, selv om lønningene står i ro. Figuren viser således at det er tiltakende avvik mellom avanse-kronene myndighetene innvilger apotekene, og det antall ansatte apotekene må ha for å kunne tilfredsstille regelverkens kompetansekrav, slik at lovpålagte oppgaver kan utføres.

Figur 4: Relativ utvikling i lønnskostnad og bruttoavanse for reseptpliktige legemidler, 2003–2010.



Kilde: Statistikkbanken SSB og Apotek og legemidler 2010, Apotekforeningen

Liste over nyttige bytter

Byttelisten feirer ti år i år. Lojale og pliktoppfyllende apotek er grunnen til at ordningen fungerer så bra, mener Elisabeth Bryn i Statens legemiddelverk.

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

– Simvastatin er det enkeltlegemiddelet som har gitt de største innsparingene. Dette legemidlet har vært på byttelisten fra 1. april 2003, og har vært med i trinnprissystemet siden innføringen i 2005, sier Bryn, som er avdelingsdirektør ved Avdeling for legemiddeløkonomi i Legemiddelverket.

Den totale effekten av byttelisten og trinnprissystemet utgjør en besparelse på 2 milliarder kroner årlig. Ordningen med generisk bytte bidrar til å redusere legemiddelutgiftene både for folketrygden og den enkelte legemiddelbruker.

Legen forskriver

Før byttelisten ble innført, ble legene oppfordret til å forskrive det billigste legemiddelet for de ulike behandlingene.

– I 1987 ble legene oppfordret til å skrive ut det billigste synonympreparatet, og i 1991 ble dette et påbud. Men ingen av disse tiltakene hadde spesielt stor effekt. Da Apotekloven ble innført, ble generisk bytte på apotek innført som et nytt virkemiddel for å få lavere priser på legemidler, sier Bryn.

Men besparelsene lot vente på seg.

– Selve byttelisten alene ga ikke lavere priser. I begynnelsen fikk den nok litt motstand, fordi man ikke så

vesentlige prisforskjeller mellom originalpreparater og generika. Byttelisten i kombinasjon med Trinnprissystemet som ble innført i 2005, var tiltaket som reduserte prisene vesentlig.

Apotekene har jobben

De legemidlene med høyest omsetning på byttelisten ble inkludert i Trinnprissystemet i 2005.

– Det var der vi så det største potensialet for prisreduksjon, sier hun.

I dag er 70 virkestoff fra byttelisten inkludert i trinnprissystemet.

– Med denne ordningen er det helt klart apotekene som har den største jobben med byttene. Vi oppfordrer i vår kommunikasjon med legene at de skal informere pasienten om at hun kanskje blir spurt om hun vil bytte legemiddel på apoteket, og at det er greit, sier Bryn.

Legemiddelverket gjennomførte for to år siden en kampanje om likeverdig bytte i apotek og legekantor.

– I følge Apotekbarometeret fra den perioden, ser det ut til at kundene har fått økt trygghet rundt medisinsbytte, sier Bryn.

Effektiv trekant

Elisabeth Bryn mener de har fått til en effektiv prisregulering ved hjelp av byttelisten, trinnpris og foretrukket legemiddel. Men om byttelisten fortsetter i

Hva er byttelisten?

Med apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001, ble regelen om generisk bytte introdusert. Listen danner grunnlaget for hvilke legemidler apotekene kan foreslå bytte mellom, og den oppdateres hver måned. Apotekene informerer pasienten om priser på legemidler som Legemiddelverket har vurdert som likeverdige, og kan ofte tilby rimeligere legemidler enn det legen har rekvirert. Forutsetningen for at et legemiddel skal komme på Legemiddelverkets bytteliste, er at legemidlet må ha markedsføringstillatelse, og at det anses som medisinsk likeverdig med et annet legemiddel. Oppføring på byttelisten er et kriterium for inkludering i trinnprissystemet. Både legen og pasienten har rett til å reservere seg mot at apoteket bytter til et billigere legemiddel.

samme form etter innføring av e-resept og FEST er hun ikke sikker på.

– Vi legger til rette for en teknisk løsning i e-resept hvor legene kan forskrive generisk, altså skriver virkestoff i stedet for originalnavnet på resepten. Legen overlater dermed til apotekene å velge blant de byttbare legemidlene. Det kan dermed tenkes at generisk forskrivning kommer til å supplere byttelisten, avslutter hun. ●



Primærapotek og sykehusapotek

Det finnes mange ulike typer apotek. Alt fra det store sykehusapoteket som produserer legemidler selv til et lite apotek på et kjøpesenter. I denne artikkelen ser vi nærmere på forskjellen mellom sykehusapotek og primærapotek.

■ Av Jostein Hamberg, Apotekforeningen

For å få apotekkonsesjon må eier ha en driftsansvarlig provisorfarmasøyt. Driftsansvarlig kalles apoteker. På alle apotek må det i hele åpningstiden være en farmasøyt tilstede.

Ansatte

Det er store forskjeller også mellom apotekene innad i gruppene primærapotek og sykehusapotek. På grunn av at kundegrunnlaget er forskjellig er det imidlertid mye større forskjeller mellom disse to hovedgruppene av apotek. Dette gjenspeiler seg blant annet i gjennomsnittlig antall årsverk per apotek. I primærapotek er det i gjennomsnitt utført 7,2 årsverk, mens det i sykehusapotek gjennomsnittlig er utført 28,3 årsverk per apotek. Farmasøytenes andel av det totale antallet årsverk er imidlertid ganske like, med henholdsvis 42,7 prosent i primærapotek og 41,0 prosent i sykehusapotek. Hvis vi ser på andelen av farmasøyter med master i farmasi (provisorfarmasøyt) er forskjellen imidlertid større, med henholdsvis 21,8 prosent i primærapotek og 32,3 prosent i sykehusapotek.

Salg

Største delen av omsetning i primærapotekene er basert på salg til den enkelte legemiddelbruker, mens den største del av sykehusapotekenes omsetning kommer fra salg til sykehus. I 2010 var 83 prosent av primærapotekenes legemiddelomsetning knyttet til salg på resept, mens tilsvarende tall for sykehusapotekene var på 39 prosent. Mens

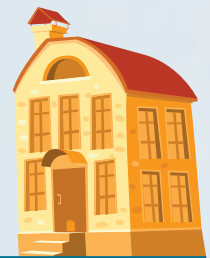
salg på ordre utgjorde kun 4 prosent av primærapotekenes samlede legemiddelomsetning, utgjorde denne andelen 59 prosent for sykehusapotekene. Den resterende andelen, henholdsvis 13 prosent for primærapotek og 2 prosent for sykehusapotekene, kommer hovedsakelig fra salg av reseptfrie legemidler som ikke er forskrevet på resept. ●

	Primærapotek	Sykehusapotek
Antall apotek*	649	33
Antall ansatte (årsverk)**	5 573 (4 599)	1 025 (935)
Antall farmasøyer (årsverk)**	2 179 (1 964)	420 (383)
Gj.sn.antall ansatte (årsverk) per apotek***	8,7 (7,2)	31,1 (28,3)
Gj.sn.antall farmasøyter (årsverk) per apotek***	3,4 (3,1)	12,7 (11,6)
Andel av legemiddelomsetning på resept	83 %	39 %
Andel av legemiddelomsetning på ordre	4 %	59 %
Gj.sn. pakningspris (kr, inkl. mva)	203	574
Andel av totalomsetning som ikke er legemiddelomsetning (hovedsaklig handelsvarer)	26 %	15 %

* Per 31. desember 2010

** Per 1. oktober 2010

*** Ansatte (årsverk) og antall apotek per 1. oktober 2010



Ulike former for apotek

Primærapotek

Apotek som hovedsaklig baserer seg på salg av legemidler til den *enkelte legemiddelbruker*, enten etter resept fra forskrivere eller reseptfritt salg, kalles primærapotek. Betegnelsen indikerer apotekenes tilhørighet i primærhelsetjenesten, dvs. helsetjenestens førstelinje. Primærapotek er drevet av private aktører, og nærmere 88 prosent av primærapotekene er helt eller delvis eid av de tre apotekkjedene Boots apotek, Apotek 1 eller Vitusapotek.

Per 1. mai 2011 var det 660 primærapotek fordelt på 250 kommuner, noe som innebærer at 91 prosent av Norges befolkning bor i en kommune med minst ett primærapotek.

Filialapotek

Et filialapotek er et apotek under samme apotekkonsepsjon og driftskonsepsjon som et hovedapotek. Hovedapoteket er definert som det apotek hvor apotekeren har den stedlige ledelsen når driftskonsepsjonen også omfatter filialapotek. I de fleste tilfellene er et apotek filialapotek fordi det på grunn av mangel på provisorfarmasøyer ikke har vært mulig å ansette en egen apoteker. Hvis det ikke er mulig å ansette en apoteker, kan det søkes Legemiddelverket om filialstatus. Her er det ikke skilt mellom hovedapotek og filialapotek, og de omtales derfor samlet som primærapotek. I følge Legemiddelverket var det 81 filialapotek per 4. januar 2011.

Sykehusapotek

Sykehusapotek er et apotek i samlokalisering med et offentlig sykehus eller privat sykehus som inngår i offentlige helseplaner, og som har legemiddelforsyning til sykehuset som sin primær oppgave, dvs. farmasøytisk spesialisttjeneste. Sykehusapotekene har hovedsaklig offentlig eierskap. Sykehusapotek har også anledning til å selge legemidler direkte til enkeltpersoner. På grunn av beliggenheten består sykehusapotekenes individuelle kunder hovedsakelig av sykehusets pasienter og ansatte. Sykehusapotekene er en del av spesialisthelsetjenesten, organisert som helseforetak, og eid av de regionale helseforetakene.

Per 1. mai 2011 var det til sammen 32 sykehusapotek. Av disse var 17 eid av Sykehusapotekene HF (Helse Sør-Øst), 6 av Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, 4 av Sjukehusapoteka Vest HF og 3 av Sykehusapotek Nord HF. To sykehusapotek er eid av ideelle stiftelser med sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak.

Medisinutsalg

På steder der det ikke er mulig å etablere apotek, kan det etableres medisinutsalg. Medisinutsalg er et separat utleveringssted for legemidler, underlagt et lokalt apotek. Medisinutsalg kan sees på som apoteksystemets forlengede arm i områder med lang vei til nærmeste apotek. Selv om medisinutsalget ofte er

fysisk lokalisert i en dagligvarebutikk eller annen forretning, må det ikke forveksles med dagligvarebutikker og bensinstasjoner etc. som selger legemidler utenom apotek (LUA-ordningen).

Det lokale apoteket er ansvarlig for drift og faglig tilsyn av medisinutsalg. Driften er underlagt offentlige reguleringer, med regler for oppbevaring og utlevering av legemidlene. Legemiddelutvalget i utvalget må godkjennes av kommunelegen. Mange medisinutsalg har også en pakke-kommisjonsordning med apoteket. Det betyr at medisinutsalget leverer ut pakker med reseptmedisin til pasienter, etter at resepter er ekspedert fra apoteket.

Legemiddelomsetning utenom apotek

Legemiddelomsetningen hjemlet i forskrift om salg av legemidler utenom apotek (LUA) skjer hovedsakelig i regi av de store dagligvare-, kiosk- og bensinstasjonskjedene, og har ingen tilknytningspunkter til apotek, slik medisinutsalg har. Dette begrunner hvorfor LUA-omsetningen har et mer begrenset sortiment enn medisinutsalgene. ●



NYHET
RESEPTFRITT PÅ APOTEKET



SLUTT MED ØMME KNÆR OG LEDDSMERTER



Glucosamin Pharma Nord er et reseptfritt legemiddel til lindring av symptomer ved mild til moderat slitasjegikt (artrose)

Glucosaminsulfat – derfor!

De fleste vitenskapelige undersøkelser viser, at glucosaminsulfat har en bedre og mer pålitelig virkning enn for eksempel glucosamin-hydroklorid, som er en annen alminnelig anvendt glucosamin-kilde.

Utover at Glucosamin Pharma Nord inneholder glucosaminsulfat, får man en rekke klare fordeler ved preparatet som for eksempel at det:

- ➔ er det eneste reseptfrie preparat med glucosaminsulfat
- ➔ gir smertelindring etter 2-4 ukers behandling
- ➔ kan hemme nedbrytningen av leddbrusk
- ➔ virker strukturforbedrende på leddbrusken
- ➔ forbedrer bevegeligheten i de angrepne ledd
- ➔ har et "lett-å-åpne" lokk.

Kapslene med Glucosamin-pulver kan deles og pulveret oppløses i f. eks. vann eller yoghurt.

 **Pharma Nord**
www.pharmanord.no



Navn: Jørgen Skavlan

Alder: 53 år

Sivil status: Gift, tre barn

Bosted: Oslo

Stilling: Allmennlege og medeier ved Din Lege AS, Oslo

Utdanning: Spesialist i allmennmedisin i Dublin og Oslo, 1981

Hvorfor denne utdanningen: – Jeg ville bli arkitekt og kom inn på en fancy arkitekt-utdanning i London. Men fordi det på 1970-tallet var vanskelig å få jobb som arkitekt, ble det i stedet medisin i Dublin, som jeg hadde som nummer to på ønskelista. Moren min sa: Du kan alltid bli lege og ha arkitektur som hobby, men ikke motsatt

Hobby: Jeg liker å trene på studio eller ute med bikkja, jeg er ikke en del av Birkebeinerstrømmen. Ellers liker jeg å male og å bruke kulturtilbud

Får farma- søyer til å se rødt

Hos Jørgen Skavlan er det høyt under taket. Men hun som behøver kun to minutter av legens tid, skal helst ikke ha et sekund mer. Slik skal det bli rom for pasienten som trenger en prat som kan ta tre kvarter.



– Hvorfor skal farmasøyter varsles om mulige interaksjoner på grunn av legens forskrivninger, og ikke legen selv? spør allmennlege Jørgen Skavlan.
(Begge foto: Bjørn Kvaal)

■ Av Bjørn Kvaal

– Det er noen dager det skjærer seg tidsmessig. Men jeg er snart klar.

Allmennlegen haster forbi i korridoren i det tidligere Røde Kors-bygget fra 1917. Her driver ti leger Din Lege AS. Med seg har de en sykepleier og ti administrativt ansatte.

Farmasøyter ringer

To-tre ganger i uken får Skavlans forskrivninger det til å blinke rødt på farmasøytenes skjermer. Forskrivningene kan for eksempel gi interaksjoner Skavlan ikke var klar over.

– Egentlig skulle det blinke rødt allerede på min pc-skjerm når jeg taster inn medisiner som kan være til skade for pasienten. I Sverige har de hatt e-resept i fem år. Der er fire av fem resepter elektroniske. I Norge må en farmasøyt ringe meg og si at jeg har gjort en feil, sier Skavlan.

– Ja, jeg gjør feil

Han innrømmer med letthet at han gjør feil. At han kan føle seg usikker. At pasienter har fått plager på grunn av hans forskrivninger. Den legen som ikke innrømmer feil, er egentlig veldig usikker, tror Skavlan. Men det betyr ikke at Din Lege skulle hatt en egen farmasøyt. Det koster penger, og i dag gjør farmasøytene på apotekene kvalitetssikringen gratis for legene.

– Før skulle jeg huske navnene på flest mulig legemidler. I dag vet jeg forskjellene på gruppene. Det er godt nok for meg, selv om legemiddelproducentene påstår at nettopp deres produkt er det beste, sier Skavlan.

Bygger muskler

Han fronter helsepolitiske saker på vegne av allmennleger, som like gjerne Legeforeningene kunne ha gjort. Kan-skje er det fordi han er så velformulert.

Selv prøver han også å være velformet. Han trives i selskap med lydbok på øret og endorfinene når han løper

av gårde i en time på tredemølle. Eller med styrketrening. «Vi voksne menn bør trene styrke, vet du».

Hos Din Lege stiller én av de ti legene med blanke ark om morgenen. Hit skal pasienter som må tas utenom køen kunne komme. Den største forskjellen nå er at stadig flere av de 24 pasientene Skavlan skal møte hver dag egentlig har behov for å prate. Rumlingen i magen er et påskudd for å få time, ensomhet, savn, sorg eller kjedsomhet er det egentlige problemet.

– Banale problemer

Men det er ikke slik Skavlan vil bli brukt. Ikke har han utdanning til det, dessuten går det på bekostning av tiden til pasienter han egentlig skal hjelpe.

– Ofte er det banaliteter, selv om det for pasienten oppleves som et stort problem, sier Skavlan.

Apotekforeningen og Legeforeningen strides om hvem av dem som representerer lavterskeltilbudet i helsevesenet. I snitt er du hos legen med egne problemer 2,6 ganger i året. Tar vi med når du følger barn eller foreldre til legen eller er innom for å hente en resept, er vi på et legekonto fire ganger årlig.

– Vi må spørre oss om vi er så syke som disse tallene tilsier. Svaret mitt er nei, sier Skavlan.

Avgir nødig pasienter

– Kan da apotekene overta noen av legenes pasienter?

Skavlan bøyer seg fram, legger brystet nesten mot lårene. Grubler. Retter seg opp igjen. Lener seg sakte fram, fortsetter å gruble. Gjentar spørsmålet for seg selv.

– Farmasøytene er veldig gode på legemidler, og apotekene har mange hudpleieprodukter. Jeg tror jeg like gjerne vil sende en del pasienter over til spesialister som til apotekene, sier Skavlan.

– *Også en pasient som bruker astmainhalatoren feil?*

– Nei, da kan nok en modell fra England være en idé, hvor en velutdannet astmasykepleier ville ha gitt tilstrekkelig hjelp, sier Skavlan. – Derimot tror jeg apotek i enda større grad skal brukes på legemiddelsamtale og -gjenomgang med pasienten, sjekke at legens informasjon har nådd fram og så videre.

Vil bli kikket i kortene

Dette krever kunnskap om legemidler som de fleste allmennleger ikke har. Det er ingen konkurranse mellom apotek og lege om hvem som skal betjene kundene og farmasøyten kommer ikke i noen etiske dilemma rundt ønske om salg av produkter fordi det er legens forskrivninger som det skal prates om, mener han.

Skavlan synes det er nyttig at farmasøytene «kikker ham i kortene», at de har sine rutiner og kompetanse som fanger opp feilene han og legekolegaer gjør. Både leger og farmasøyter er satt til å gjøre en jobb for pasientens beste, selv om Skavlan ikke er overbevist at alle leger vet å se nytten av dyktige farmasøyter.

Ser ikke helheten

– Farmasøyter har ikke helhetsbildet rundt for eksempel en diabetes-pasient. De kjenner ikke familien og den medisinske historien i slekta, livsstil, arbeidssituasjon og så videre. Alt dette skal vi ikke ha inn på apoteket. Dette er legens ansvar.

– Men apotek som tilbyr måling av blodsukker sier de er nøye med å informere om at ved unormale verdier bør pasienten oppsøke lege?

– Jeg har pasienter som kommer hjem etter ferie i Spania. Her har de fått målt blodtrykket sitt på apoteket. Verdiene er skyhøye. Poenget er at noen verdier bør måles på legekonto, andre mer objektive verdier som blodsukker kan i større grad måles hjemme, på apotek ►

eller hva som er enklest for pasienten. Det viktige er at en del faglige vurderinger er det legen som er utdannet til å gjøre. Pluss at vi har en avstand til legemiddelprodusentene, sier Skavlan.

Apotek er trygghet

Men han legger til at en del eldre pasienter har et godt forhold til apoteket sitt. De ansatte her vet også når pasienten bør oppsøke legen sin.

– Tidligere var det mange feil som må ha gått hus forbi på apotekene. De hadde ikke mulighet til å oppdage all feilmedisinering fordi det var kun manuell kontroll av reseptene, selv om det var færre legemidler. I dag er det flere apotek som har direkte nummeret mitt. Slikt gjør det også enklere å varsle, sier han.

Vil ha mer multidose

Skavlan er glad for at multidose er tatt i bruk i Oslo. Mange av pasientene hans har stor nytte av å få dosepakket medisinene sine. Samtidig er det fortsatt et informasjonsproblem rundt generisk bytte.

– Med generisk bytte har det blitt enda viktigere med multidose, mener Skavlan.

Selv har han to pasienter som har valgt å kjøpe multidose selv. De faller ikke inn under offentlige ordningen, men synes hverdagen blir enklere og medisineringsen tryggere med de ferdigpakkede tablettene.

– *Hva gjør deg mest glad i arbeidet?*

– Når jeg har utrettet noe, gjort en forskjell. Mye av tidsbruken min på legekantoret er ganske banal. Jeg er en reseptpusher, selv om det har betydning for den enkelte. Men når jeg har vagt riktig strategi, for eksempel da jeg tidligere i dag klarte å sette av 40 minutter til en pasient som jeg oppdaget etter hvert var i en personlig krise, så føles det meningsfullt. Dette er god allmennmedisin i praksis.

– *Hva frustrerer deg mest?*

– Pasienter som kommer med banale problemer, når jeg må bruke mye energi på det som burde vært unødig helsebekymring.

– *Du får fri med lønn i seks måneder for å videreutdanne deg. Hva ville du ha studert?*

– Lært å spille saksofon eller blitt flinkere i fransk.

– *Hva gjør du om fem år?*

– Sitter her på legekantoret, men bruker mer tid på kultur og politisk debatt uten at jeg kan si å ha en klar partitilhørighet. Også regner jeg med å ha blitt bestefar.

– *Hva ville du gjort med apotekbransjen, hvis du var helseminister for en dag?*

– Forsert utviklingen med e-resept så vi hadde god samhandling mellom førstelinjetjeneste, apotek og spesialisthelsetjenesten. Slik kunne vi ha kommunisert trygt, enkelt og godt. Dette bygger også tillit. Når for eksempel Vituskjeden klatret fra 19. plass til niendeplass på et tilitsbarometer jeg så nylig, så har de og apotekbransjen gjort noe viktig og bra. De formidler en trygg profil som er bra for hele helsebransjen, hvor jeg også inkluderer legemiddelindustrien. ●



Kan hjelpe mot lette kramper i bena!



Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et veldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i frukt-juicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge! Floradix Magnesium® kan hjelpe for blodsirkulasjonen og mot lette kramper i bena.

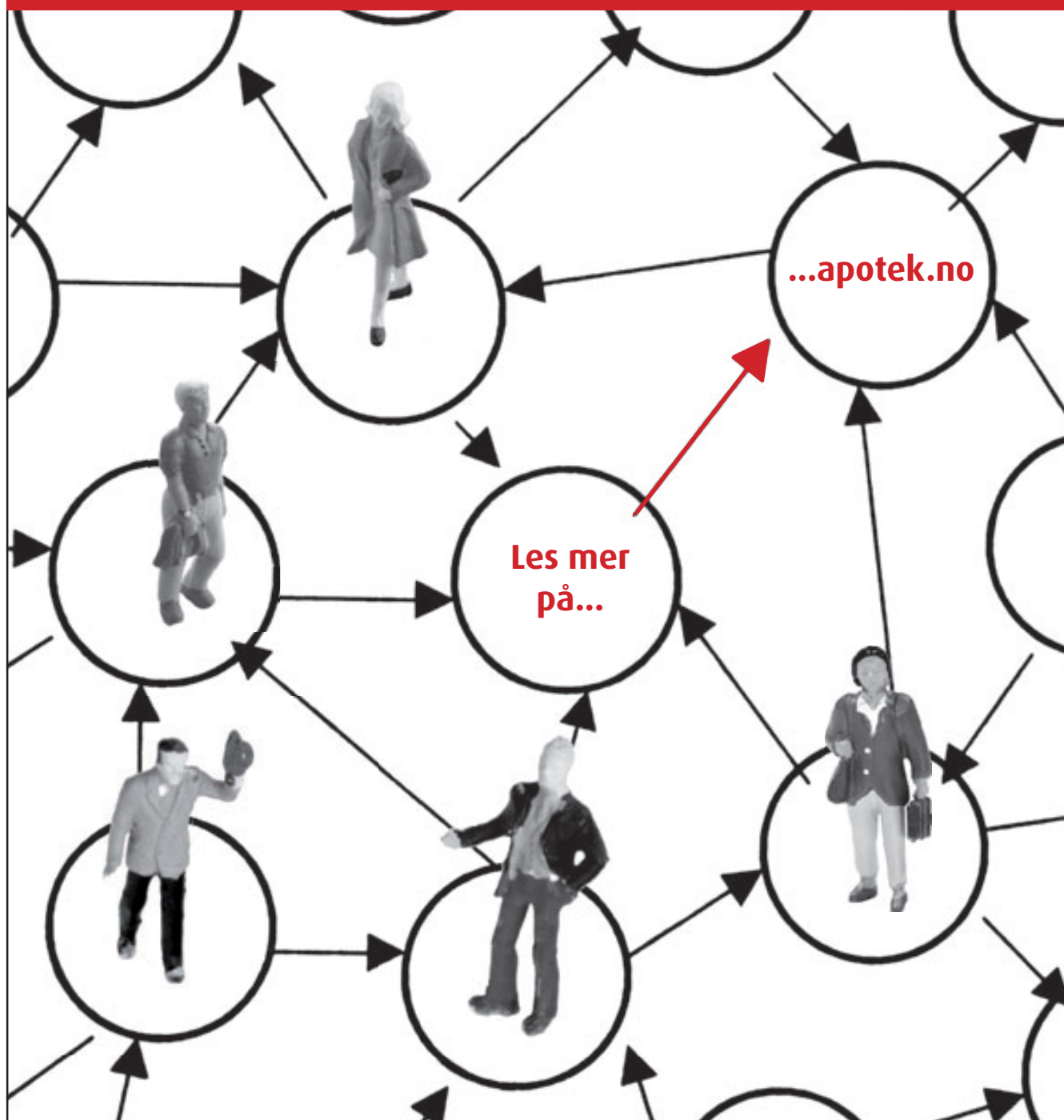
Floradix Magnesium® kjøpes hos:



Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Legemiddeldagen 2011

Gikk du glipp av Legemiddeldagen 2011? Fortvil ikke. Les om dagen på www.apotek.no/legemiddeldagen. Her finner du også mange av presentasjonene.



Apotekforeningen

Rørende oppdagelser



En pasient ved Nygård sykehjem i Sandefjord kunne flytte hjem til kona etter at han hadde hatt en gjennomgang av legemidlene han stod på. Apotekfarmasøyt Alfhild Hov synes til tider det er rørende å være med i prosjektet som ser på riktig legemiddelbruk blant beboere på sykehjemmet.

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Tilsynsfarmasi i Vestfold

I Vestfold er det et innkjøpssamarbeid mellom kommunene, Vestfold offentlige innkjøpssamarbeid (VOIS), hvor Apotek 1 siden 2007 har hatt en rammeavtale på farmasøytisk tilsyn og undervisning. Hvert år deltar ca 1200 kommuneansatte, både sykepleiere og helsefagarbeidere, på kurs i legemiddelhåndtering. Farmasøytisk tilsyn gjøres hovedsakelig etter revisjonsmetoden, noe som er effektivt og som engasjerer kommunene på en annen måte enn tidligere. Tema for tilsyn i Vestfold i 2010 var «Legemiddelavvik: registrering og oppfølging». Nå i 2011 er det «Fullmakt til å dele ut legemidler».

Farmasøyt Alfhild Hov deltar i et prosjekt som ser på riktig legemiddelbruk blant beboere på et sykehjem i Sandefjord. (Foto privat)

Prosjektet Alfild Hov deltar i er en del av Pasientsikkerhetskampanjen som heter I trygge hender. Et av innsatsområdene her er å se på riktig legemiddelbruk i sykehjem, og nå kjøres det et pilotprosjekt med gjennomganger av legemidler til pasienter på to av avdelingene ved Nygård sykehjem i Sandefjord. Sykehjemmet har 160 døgnplasser, samt et dagsenter.

Farmasøyt med

I utgangspunktet var ikke farmasøyt med i prosjektet, som startet opp i desember 2010. Hovedgrunnen til dette var at det ikke var gitt noen ekstra midler til gjennomføring.

– Men da sykehjemmet skulle begynne med den praktiske delen av prosjektet, nemlig legemiddelgjennomgangene, ringte de meg å spurte om jeg kunne tenke med å delta likevel, sier Alfild Hov.

Hov arbeider på Apotek 1 Nordstjernen i Sandefjord, og som tilsynsfarmasøyt i flere kommuner i Vestfold. Siden 2008 har hun blant annet utført farmasøytisk tilsyn på Nygård sykehjem to hele dager i året, og kjenner slik sett både leger og sykepleiere på hjemmet.

– Vi er blitt enige om å bruke noen av kommunetilsynsmidlene for 2011 i dette prosjektet, og så dekkes resten av apoteket. Jeg er så glad de spurte meg. Det er en unik situasjon for meg personlig og for hele apotekbransjen at en farmasøyt deltar i en slik pilot. Meningen er at det på bakgrunn av dette prosjektet skal utvikles en nasjonal veileder for legemiddelgjennomganger i sykehjem, sier Hov.

Andre lignende prosjekter som er gjennomført andre steder vil også være med på å danne grunnlaget for den nasjonale veilederen.

Allerede resultater

Legene og sykepleierne ved Nygård sykehjem har gjort legemiddelgjennomganger siden mars. Hov har fått tilsendt flere legemiddelgjennomganger som hun har evaluert ved skrivebordet på apoteket.

– Jeg har fått tilsendt legemiddellister, diagnosene og den medisinske sjekklisten for pasientene som har hatt legemiddelgjennomganger. Sjekklisten har legene og sykepleierne på sykehjemmet utarbeidet som et ledd i arbeidet

med prosjektet. Pasientene sjekkes for en rekke ting, som puls, blodtrykk, pust, vekt, blodprøver, jern- og leververdier osv. Til sammen gir disse dokumentene meg et helhetsbilde av pasienten, og jeg kan vurdere legemidlene pasienten tar og mulige interaksjoner. Jeg bruker noen sjekklister selv, blant annet STOPP-listen¹ og en artikkel som heter «Konsensus for klassifisering av legemiddelrelaterte problemer»², sier Hov. Hun forteller at de ansatte på sykehjemmet som er med i prosjektet er utrolige positive.

– I tillegg til at de får gjort nye vurderinger av hvert enkelt legemiddel, opplever de at livskvaliteten til beboerne allerede er betraktelig bedre. Beboere som har hatt legemiddelgjennomganger er for eksempel blitt mindre trøtte, de har fått bedre førlighet i kroppen og noen opplever at det er lettere å få utbytte av fysioterapitimene sine. I tillegg opplever sykepleierne og legene at erfaringene er overførbare, og slik sett får gjennomgangene positive ringvirkninger for mange flere beboere enn akkurat den pasienten som får gjennomgangen, sier Hov.

Nygård Sykehjem ønsker å fortsette med legemiddelgjennomganger etter at prosjektet er avsluttet, og de ønsker å utvide det til alle avdelingene.

Muntlige gjennomganger

I tillegg til skrivebordsgjennomgangene, har Hov deltatt på fire legemiddelsamtaler sammen med lege og sykepleier på Sykehjemmet.

– Da går vi sammen igjennom diagnosene, prøvene fra den medisinske sjekklisten og legemiddellistene. Det er satt av 30 minutter til hver gjennomgang, sier Hov.

Hun opplever at disse tverrfaglige samtalene gir et bedre bilde av pasienten, enn gjennomgangene hun har fått tilsendt. Sykepleieren og legen har mye informasjon om både historikk til pasienten og til den medisinske behandlingen som ikke kommer med på et skjema.

– I tillegg er det mye enklere for meg å komme med innspill underveis når vi sitter i samme rom og snakker om en

pasient. I de legemiddelgjennomgangene jeg har fått tilsendt i etterkant og løst ved skrivebordet på apoteket, har jeg gitt skriftlige evalueringer. Da tar man ikke med like mye som man kan gjøre i en muntlig samtale. Jeg følte det var lettere å bidra og foreslå endringer i de samtalene hvor jeg deltok sammen med legen og sykepleieren på sykehjemmet, sier Hov.

Hov gjennomførte også en interaksjonskontroll i løpet av de 30 minuttene de hadde tilrådighet. I tillegg opplevde Hov at mange små problemstillinger ble løst med en gang, og slik sett sparte blant annet legen en del tid. ►

Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender

Pasientsikkerhetskampanjen har som hovedmål å redusere antall pasientskader, bygge varige systemer og strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Kampanjen skal nå sine mål ved å innføre forbedrings tiltak på noen utvalgte innsatsområder. I første omgang er det fire innsatsområder: Trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet på infeksjoner, Legemiddelskader, Slagbehandling og Psykisk helse. Fagrådet i prosjektet har vurdert legemiddelskader- og feil som et innsatsområde med godt forbedringspotensial. Ekspertgruppen konkretiserte dette hovedområdet til to satsinger: Samstemming av legemiddellister og Riktig legemiddelbruk i sykehjem.

Prosjektet som ser på riktig legemiddelbruk i sykehjem har blant som tiltak legemiddelgjennomgang senest to uker etter innkomst til sykehjem, og kontroll ved første tilsyn etter at pasienten har vært innlagt i sykehus eller behandlet hos spesialist. Det foreslås også at sykepleier og lege samarbeider om prioriteringsliste til legemiddelgjennomgang, og at alle pasienter vurderes for legemiddelgjennomgang to ganger årlig. Det skal legges ut en mal for legemiddelgjennomgang, og utvikles en nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang i løpet av kampanjen. Et lokalt pilotprosjekt ved undervisningssykehjemmet i Sandefjord er nå godt i gang med legemiddelgjennomganger og registreringer. Denne piloten skal evalueres etter første kvartal 2011.

¹ Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46: 72–83.

² Ruths S, Viktil K, Blix H. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3073–6.

– Legen spurte for eksempel om hvilket virkestoffet det var i en medisin vi snakket om, og hva et legemiddel het og hvor mange styrker det kommer i. Da kunne jeg svare umiddelbart, sier hun.

Stol på fagkunnskap

Apoteket i Sandefjord samarbeider med hjemmehelsetjenesten og de organiserer multidoser.

– Vi har kontakt med leger daglig. Slik sett er vi vant til å jobbe tverrfaglig. Men i dette prosjektet blir det

likevel en helt annen måte å jobbe tverrfaglig på. Her går vi sammen i dybden på hver pasient, på tvers av profesjon, og det gir meg mange nye og gode erfaringer. Erfaringer som også er nyttige å ha med seg i arbeidet i apoteket, sier Hov.

Hun føler absolutt at det er bruk for hennes farmasøytiske fagkompetanse.

– Jeg ser ting med andre øyne. Jeg har for eksempel vært med på å utarbeide skjemaet som de bruker ved legemiddelgjennomganger, og har blant

annet fått med et punkt hvor de krysser av for om pasienten er mye trøtt på dagtid, sier hun.

Hov har ikke erfaring fra før med å delta i slike prosjekter eller legemiddelgjennomganger.

– Men jeg anbefaler alle farmasøyter som får spørsmål om å delta i slike prosjekter om å bli med. Selv om vi ikke har konkret erfaring fra akkurat det samme før, har vi fagkunnskapen vår, sier Alfild Hov. ●

UiO : Farmasøytisk institutt Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

Kurs i Nasjonale fag for farmasøyter

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomfører Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo kurs i *Nasjonale fag for farmasøyter* høsten 2011.

Kursopplegg

Kurset gjennomføres i uke 34 og 39 med fire uker lesetid mellom samlingene. Kurset avsluttes med en kurstest som ved bestått resultat kvalifiserer for kursbevis.

Kursinnhold

Undervisningen og pensum omfatter følgende områder:

- Oppbygging og organisering av helsetjenesten i Norge innen farmasiområdet
- Helse- og sosialrett og håndtering av legemidler
- Kulturforståelse og nasjonale satsingsområder

Krav til autorisasjon

Ved farmasiutdanning fra land utenfor EU/EØS er bestått kurs i *Nasjonale fag for farmasøyter* et krav for autorisasjon som farmasøyt i Norge.

Påmeldingsfrist: fredag 1. juli 2011

Kursavgift: kr 13.500,-

Norskkunnskaper: All undervisning og kurstest vil være på norsk.

For mer informasjon og påmelding se:

<http://www.uio.no/studier/evu/kurs/matnat/farmasi/nasjonalefag/>





– Leger og farmasøyter
må samarbeide bedre
om de eldre

Det er få medisiner som er prøvet ut på eldre. Leger og farmasøyter må derfor samarbeide over tid for å finne ut hva slags legemidler den enkelte pasient trenger, og bistå hverandre faglig slik at faren for interaksjoner reduseres.

■ Av Bjørn Kvaal

Det mener Sigurd Sparr, professor i geriatri og leder for Geriatriisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) i Tromsø.

Tre råd til studentene

Når han underviser medisinstudenter om eldre og legemidler, har han tre råd han særlig trekker fram for de kommende legene:

- Sett pasienten på så få medisiner som mulig.
- Start low, go slow, but go all the way. I praksis betyr det at man skal starte med lav dose og økte sakte, men at pasienten skal få terapeutisk dose.
- Når den gamle har symptomer på sykdom og trenger medisiner, så skal legen umiddelbart tenke bivirkninger. Bruker pasienten andre medisiner, er det fare for interaksjoner?

Sparr er 70 år og sitter også i helsepolitisk utvalg i Pensjonistforbundet.

Nye krav i Sverige

I Sverige er Pensionärens Riksorganisation og Sveriges Pensionärförbund i gang med et samarbeid med Apoteket Farmaci i perioden 2010–2014. Bakgrunnen er at det i Sverige er 1,6 million pensjonister, og tallet øker. Mange bruker en rekke legemidler, og mange bruker dem feil.

Blant kravene til de svenske forningene er at alle over 75 år tilbys en systematisk gjennomgang av sin legemiddelbehandling. Dessuten vil de at alle skal ha én lege med totalansvar for hele behandlingen.

Sigurd Sparr mener at en legemiddelgjennomgang hos personer som bruker flere medisiner ofte er nyttig. Men han vet ikke om det er den beste ressursutnyttelsen å gi alle over 75 år et slikt tilbud.

Vanskelig å ha oversikt

– Alle er enige om at eldre trenger bedre oppfølging rundt sin medisinering, men i forholdet til helsevesenets totalt økonomiske situasjon, så må nytten av en slik pengebruk dokumenteres grundig. Vi må se en slik eventuell prioritering i lys av også andre behov eldre har rundt blant annet riktig medisinbruk, forskning på eldre og legemidler og så videre, mener Sparr.

Samtidig er han usikker på om det lar seg gjøre å gi én lege ansvaret for hele oppfølging av pasienten.

– Det ideelle hadde vært om en fast lege hadde oppfølging av deg gjennom hele systemet, enten du var på sykehjem, på sykehus eller hjemmeboende eller byttet omsorgsnivå. I dag er norsk helsevesenet organisert på en tungvint måte, men om pasienten skulle ha en fast lege som fulgte deg helt inn på sykehjemmet, så ville det bli mange leger for sykehjemmet å holde oversikt over, tror Sparr.

Han tror at faste leger som bistår hjemmetjenesten kan være en like god utnyttelse av helsevesenets ressurser.

Utviklet for de unge

Med unntak av demensmedisin, får gamle stort sett legemidler som er utviklet til yngre voksne. Det til tross for at gamle bruker flere medisiner som utsetter dem for flere bivirkninger, i tillegg til at kroppen tar opp virkestoffene på en annen måte enn når man er yngre.

Årsaken er først og fremst at kroppen til gamle mennesker har dårligere reguleringssevne. Det betyr blant annet at medisiner som påvirker hjernen lettere gjør dem forvirret. Medisiner mot høyt blodtrykk øker faren for svimmelhet og dermed risikoen for fall, for eksempel. Faren for bivirkninger på nyrene er også større hos eldre.

Må følge pasienten

Mangel på forskningsbasert kunnskap om eldre og legemidler gjør at Sparr mener det er ekstra viktig å følge opp medisineringen av den enkelte pasient. Det vil i praksis si best mulig kunnskap om medisinerne og om pasienten. I tillegg trengs det kontinuitet og tverrfaglig samarbeid.

– Dessverre er det i en del tilfeller uferne leger som er tilsynsleger. Mange som jobber med eldre er dessuten ofte presset på tid. Der en personlig prat og en hånd å holde i kunne vært god medisin, blir i stedet erstattet med en pille, sier Sparr.

Eldre krever mer

Samtidig erfarer han at eldre pasienter i økende grad forventer «en pille mot alt som er ille».

– Som bestefar har jeg vært med på korpsturer og andre arrangement hvor jeg møter barn og ungdom. De ber oftere om en pille ved hodepine og moderate plager. Dette er holdninger de blant annet har fått med seg fra sine foreldre om at livet generelt skal gå på skinner. Det nye er at også flere eldre kommer med krav om et mer problemfritt liv, sier Sparr.

Når dette kombineres med leger som ikke har tid, men samtidig ønsker et best mulig liv for pasienten, så er det en del av forklaringen på at eldre bruker stadig flere medisiner.

– Men uavhengig årsak til medisiner, så er det i hvert fall viktig at legemidlene brukes mest mulig riktig, sier Sparr.

Glad for medisinliste

Derfor synes han at Apotekforeningens kampanje for bruk av medisinlister som pasienten har med seg er bra. Pasienten kan være på reise, og får en akutt lidelse som fører til sykehusinnleggelse. Eller



Sigurd Sparr, professor i geriatri og leder for Geriatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord Norge, oppfordrer apotek og sykehusapotek til å bruke enda mere ressurser på å informere leger om kunnskapen farmasøyter har – og hvordan den kommer pasienten og helsevesenet til gode. (Foto: Jan Fredrik Frantzen, UNN)

hun vet ikke hva sykehuset har startet opp av behandling og medisiner, samtidig som det tar tid før fastlegen får oversikten. Pasienten kan også lett blande eller glemme navn på legemidlene.

– En bærbar journal er derfor til stor nytte, sier Sparr.

Gir råd til legene

Eldre som han snakker med har stort sett gode erfaringer med lokale apotek. Sparr sin nærkontakt med farmasøyter og apotek er først og fremst gjennom den kliniske farmasøyten på geriatrik avdeling på sykehuset i Tromsø og samarbeid med sykehusapoteket.

Farmasøyten jobber sammen med leger og det øvrige helsepersonellet i et prøveprosjekt som pågår nå. Konkret deltar farmasøyten på previsitt og foretar gjennomgang av pasienters legemiddelbruk. Feil bruk, feil dosering, bivirkninger legene ikke var klar over og å skape oversikt over alle medisinen tidligere og dagens leger har satt pasienten på, er noen av oppgavene.

– Fortsett å informere

– Kliniske farmasøyter burde spille en større rolle i helsevesenet. At deres kompetanse ikke er tatt i bruk i enda større grad, tror jeg skyldes at leger ikke tenker over at denne kunnskapen finnes. Hadde de gjort det, så hadde de nok øvet større press på sykehussjefene for å få flere slike stillinger, tror Sparr.

Han oppfordrer derfor apotek og sykehusapotek å satse enda mer ressurser på å informere om kunnskapen farmasøyter har – og hvordan den kommer pasienten og helsevesenet til gode.

Behovet for nye og effektive tjenester for eldre vil øke i takt med at flere blir gamle. Sparr mener at anslagsvis 335 000 flere eldre i 2030 vil gi et behov for 5000 nye sykehussenger. Det tilsvarer åtte sykehus på størrelse med UNN i Tromsø, og vil kreve en investering på 50 milliarder kroner.

– Er ikke attraktive nok

Sparr mener lite er gjort for å ruste opp helsesektoren til å møte disse utfordringene, og utelukker ikke at det kan ha med synet på eldre å gjøre.

– Gamle skal snart dø, og kanskje er det mindre attraktivt å stelle med et menneske som har problemer med urinlekkasje, er rynket og kanskje forvirret, sier han. ●

Alder og helse

Verdens helseorganisasjon har gitt denne betegnelsen på menneskers alder:

- Ung: Under 45 år.
- Middeldrende 45–60 år.
- Eldre: 60–75 år.
- Gammel: Over 75 år.

Aldringsprosessen setter tydelige tegn på mennesker fra vi er i 30-årsalderen, men akselererer ved rundt 75 år. Dette fører til at sykdomstegnene blir annerledes enn hos unge, og diagnostikken krever derfor spesiell kunnskap:

- Behandling fører lettere til komplikasjoner
- Den gamle har ofte flere tilstander samtidig som gjør at det lettere oppstår interaksjoner og problemer med multifarmasi.



(Foto: privat)

Stort behov for legemiddelsamtaler

– Jeg har en sterk følelse av at det er et behov for denne tjenesten ute blant legemiddelbrukerne, sier farmasøyt ved Vitus Apotek Bekkestua, Silje Bøyum. Før påske hadde hun fire legemiddel-samtaler på én uke.

■ Av Frode Alne Bolin, Apotekforeningen

Apoteket på Bekkestua i Bærum er et av apotekene som for tiden tilbyr legemiddelsamtaler til dem som er faste brukere av fem eller flere legemidler. Hun synes det har vært enkelt å verve folk til samtalene.

– Ja, det har gått fint. Mange er positive og svarer ja med en gang. Andre ønsker mer informasjon, så de kan tenke litt over det før de svarer, forklarer hun.

Flere legemidler – flere spørsmål

Det er også flere som har blitt vervet til samtale av Bøyums kolleger. De har så blitt ringt opp for å avtale tid for samtale. Så langt har hun ikke behøvd å avvise interesserte som går på færre enn fem legemidler.

– Nei, de som har spurt om samtalene, har vært personer som bruker mer enn fem legemidler. Jeg tror at de som er mest interessert, er de som bruker

mange legemidler. Jo flere legemidler, desto mer har de å spørre om, tror hun.

Kan gi bedre hverdag

Etter opplæringen i legemiddelsamtaler i januar, har Bøyum gjennomført et titalls samtaler. Hun begynner nå å få gode rutiner på forberedelse og gjennomføring av samtalene.

– En del pasienter har en oppdatert liste over deres faste medisiner skrevet av fastlege, såkalt legemiddelliste. Noen ganger har jeg på forhånd fått legemiddellisten, noe som gjør det lettere å få oversikt over pasientens totale legemiddelbruk før legemiddel-samtalen. Jeg kan dermed før samtalen blir gjennomført se om det kan være uheldige legemiddelkombinasjoner. Andre viktige aspekter å vurdere er etterlevelse, altså hvor lett det er for legemiddelbrukeren å ta medisinen til riktig tid og mengde.

I løpet av samtalen er det viktig å finne ut om det er noe legemiddelbrukeren selv lur på. Da er det ofte spørsmål om bivirkninger, og om legemidlene går greit sammen.

– Jeg tror mange føler det betryggende å få en bekreftelse fra farmasøyt på at legemidlene trygt kan brukes sammen. Et annet viktig poeng er å forklare grunnen til at de tar medisinen.

Andre vanlige spørsmål kan være når man skal ta medisinen og om de skal tas sammen med mat eller uten. I en samtale viste det seg at legemiddelbrukeren trodde at de forskjellige legemidlene måtte tas til separate tider. Vedkommende tok derfor tablettene hver for seg, med tre timers mellomrom, og brukte opp hele formiddagen på medisineringsen sin.

– Jeg kunne da fortelle at legemidlene trygt kunne tas samtidig. Jeg synes dette er et godt eksempel på hvordan disse samtalene gir legemiddelbrukerne en bedre hverdag, sier Bøyum entusiastisk.

Nyttige samtaler

Tilbakemeldingen fra kundene er en viktig suksessfaktor for legemiddel-

samtalene, og så langt har tilbakemeldingene vært svært gode.

– Ja, folk er veldig positive, og virker fornøyde. De setter pris på at man har god tid til å lytte til dem, og er interessert i å sette seg inn i deres situasjon, sier den unge farmasøyten. Noen ganger har hun måttet ringe hjem til legemiddelbrukerne for oppfølging, de har da uttrykt at de er fornøyde, og glade for den gode servicen.

Før påske hadde Bøyum fire legemiddelsamtaler i løpet av én uke. Hun mener dette illustrerer etterspørselen etter tjenesten.

– Jeg har en sterk følelse av at det er et behov for denne tjenesten ute blant legemiddelbrukerne. Alle virker også positive til å komme tilbake til oppfølgingssamtale etter ca. tre måneder. Det hadde de antakelig ikke vært, dersom de ikke følte at den første samtalen var nyttig, poengterer hun.

En god apotekjeneste

Hverdagen i apotek er som oftest travel, likevel synes Bøyum det har fungert bra å flette inn legemiddelsamtalene i hverdagen.

– Når jeg skal ha en samtale, blir det satt av tid i planen. Det at både apoteket og legemiddelbrukeren vet at man har satt av tiden, gjør at dette fungerer bra, mener hun.

Bøyum synes tjenesten med legemiddelsamtaler passer godt i apotek, siden farmasøyt får utnyttet den høye kompetansen de har på nettopp dette.

– For oss er dette også en anledning til faglig fordypning, som vi setter stor pris på, legger hun til.

På apoteket på Bekkestua er mange av kundene eldre legemiddelbrukere. Bøyum opplever derfor samtalene som en naturlig og god forlengelse av den samtalen de har ute i resepturen.

– Jeg tror mange legemiddelbrukere setter pris på denne anledningen til å stille spørsmål som ikke er så enkle å stille ute i lokalet, eller spørsmål de ikke rakk eller husket å stille hos fastlegen.

Positive fastleger

Etter legemiddelsamtalen melder Bøyum tilbake til fastlegen om at pasienten har gjennomgått en samtale, hva som ble sagt og gjort, samt en oppfølgingsplan.

– Jeg har snakket med flere fastleger på telefon, og de virker veldig positive og uttrykker at de synes det er et bra tiltak, sier hun, og legger til:

– I tillegg til den tilbakemeldingen fastlegen får fra oss, tror jeg det er viktig at legemiddelbrukeren selv gir en tilbakemelding til fastlegen om hvordan de opplevde legemiddelsamtalen, fastslår Bøyum. ●

Legemiddelsamtaler

Apotekforeningen har fått økonomisk støtte av Helsedirektoratet og Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi til å gjennomføre et prosjekt med legemiddelsamtaler i apotek. 29 farmasøyt fra 28 ulike apotek fikk i januar og februar opplæring, og har tilbudt legemiddelsamtaler siden slutten av mars. Per 1.mai var det gjennomført 60 samtaler i prosjektet. Hensikten med prosjektet er å gi grunnlag for en helseøkonomisk analyse for å vurdere hensiktsmessigheten av legemiddelsamtaler utført i apotek. Legemiddelsamtalene som tilbys i prosjektet består av en samtale mellom legemiddelbruker og farmasøyt på inntil 30 minutter og en oppfølgingssamtale etter tre måneder på inntil 15 minutter. Samtalene kan tilbys dem som bruker fem faste legemidler eller mer, som selv håndterer legemidlene sine og har samtykkekompetanse. Legemiddelbrukerne skal også ha et eller flere spørsmål eller tema som de ønsker å samtale om, som ikke er naturlig å løse i forbindelse med en vanlig reseptekspedisjon. Legeforeningen har bedt om å bli sterkere involvert i prosjektet, så Apotekforeningen har besluttet en midlertidig pause i prosjektet for å diskutere samhandlingen mellom farmasøyt og lege knyttet til legemiddelsamtalen. Prosjektet vil starte opp igjen over sommeren.

Ut i butikkhyllene

Nå kan et flertall av legemidlene som har vært å finne bak disken i dagligvaren plasseres i selvvalget sammen med for eksempel sjampoflasker og leppepomader. Uheldig, mener Apotekforeningen.

Nå er det lov å selge flere legemidler fra butikkens selvvalgshyller.

■ Av Tore Reinholdt, Apotekforeningen

Legemiddelverket har, med virkning fra 18.04.2011, fastsatt en liste over hvilke reseptfrie legemidler som kan omsettes i selvvalg i LUA-utsalgene. Listen inneholder de aller fleste LUA-legemidlene. Ved fastsettelse av listen har Legemiddelverket lagt vekt på hvilke legemidler de ikke anser å være egnet for selvvalg, basert på fare for misbruk eller alvorlig feilbruk. Bare smertestillende legemidler, meklozin, nesepomader mot nesetetthet og nødprevensjon er unntatt fra listen.

Feil og overforbruk

Apotekforeningen er enig med Legemiddelverket i at disse legemidlene ikke er egnet for selvvalg. For øvrig mener Apotekforeningen at langt flere legemidler burde vært unntatt fra listen, men Apotekforeningen har ikke nådd frem med sin argumentasjon.

Når et flertall av LUA-legemidlene flyttes fra sin nåværende plass bak kassen og plasseres ute i butikkenes selvvalgshyller vil dette bidra til en ikke ønsket alminneliggjøring av legemidler. Endringen innebærer at den alminnelige respekten for legemidler bygges ned med risiko for påfølgende feilbruk og overforbruk. Samtidig flyttes legemidlene stadig lenger vekk fra tilgjengelig helse- og legemiddelfaglig kompetanse, slik at andelen legemiddelsalg som følges av informasjon om riktig legemiddelbruk blir mindre. Foreningens grunnleggende syn er at den utviklingen som Legemid-

delverket nå legger opp til er uheldig og man er bekymret for konsekvensene på lengre sikt.

Referansegruppe

Legemiddelverket har etablert en referansegruppe som skal gi innspill til den videre utviklingen i sortiment mv i LUA-ordningen. I referansegruppen sitter foruten Apotekforeningen, representanter for Norges Farmaceutiske Forening, Norges Colonialgrossisters forbund, Legemiddelindustriforeningen, Forbrukerrådet og Konkurransetilsynet. Apotekforeningens vurdering er at referansegruppen burde hatt et sterkere innslag av representanter med helse- og legemiddelfaglig kompetanse. Dette for å sikre at de helsefaglige argumentene kunne få tilstrekkelig plass og tyngde i diskusjonene.

Unntakene

Følgende konkrete vurderinger ligger til grunn for unntakene:

Smertestillende legemidler

Paracetamol har forholdsvis smalt terapeutisk vindu. Konsekvenser av overdosering er potensielt svært alvorlige. Paracetamol anses derfor ikke egnet til selvvalg. For å unngå ulike omsetningsrammer medfører utilsiktet vridning i forbruksmønstrer av smertestillende legemidler, ansees øvrige smertestillende legemidler heller ikke egnet til plassering i selvvalg.

Meklozin

Legemiddelverket har tidvis mottatt bekymringer fra apotek om mulig misbruk av meklozin. Problematikken er også kjent gjennom omtale i media. Henvendelse til FHI/Rettstoksikologisk institutt tyder imidlertid på at problemstillingen er mindre kjent i fagmiljøet. Legemiddelverket planlegger derfor en kartlegging av problemstillingen blant apotek. Inntil videre informasjon foreligger, plasseres meklozin ikke i selvvalget.

Nesepomader mot nesetetthet

Bruk av oksymetazolin og xylometazolin i mer enn 5 dager sammenhengende hos barn, eller 10 dager sammenhengende hos voksne, kan føre til medikamentell rhinitt. Legemiddelverket frykter at plassering i selvvalg kan øke uheldig bruk og forekomst av medikamentell rhinitt. Ved uriktig bruk og høy dosering kan preparatene også gi systemiske bivirkninger, særlig hos barn. Disse legemidlene frarådes derfor brukt til barn under 2 år. Preparatene anses ikke egnet for plassering i selvvalg.

Levonorgestrel

Ordningen med salg av nødprevensjon i utsalgsteder utenom apotek skal evalueres i løpet av 2011. Legemiddelverket vil i påvente av evalueringen ikke endre omsetningsformen for nødprevensjon utenom apotek. ●

Nye navn i Tromsø

På intensiv- og oppvåkningsavdelingen ved UNN Tromsø har de gitt alle medikamentene nye navn.

■ Av Frank Lande, Pingvinen, Universitetssykehuset Nord-Norge

– Paracetamol er navnet på et virkestoff, og altså det generiske navnet vi nå skal bruke i stedet for merkevarenavn som Paracet, Pinex, Panodil eller Paracetamol «Actavis», sier Birgith Jørgensen Nerskogen, avdelingsleder ved intensiv- og oppvåkningsavdelingen.

I det nye årets første uke gikk leger og sykepleiere på avdelingen over til å bruke kun generiske navn på medikamentene.

– Vi har måttet omstrukturere medisinerommene våre. Tidligere var medikamentene organisert alfabetisk etter salgsnavn, men vi har nå gått over til det som kalles ATC-systemet. Der organiseres de etter terapiområder eller organer som legemidlene virker i, samt deres farmakologiske og kjemiske egenskaper. For oss blir det en annerledes måte å tenke på, ettersom vi tidligere har forholdt oss til det navnet legemiddelprodusenten har gitt på medikamentet, sier Nerskogen.

Mindre forvirring

Patenter på medikamenter varer et visst antall år, og deretter er det fritt fram for flere å produsere det samme medikamentet under ulike salgsnavn. Derfor må de som forskriver medisiner stadig forholde seg til nye salgsnavn, selv om det egentlig er det samme legemiddelet.

– Det generiske navnet på legemiddelet endrer seg derimot ikke. Fordelen er dermed at de som foreskriver medikamenter slipper å oppdatere seg på hva apoteket til enhver tid har kjøpt inn, sier Nerskogen.

– Vi har en gjennomstrømning av rundt 50 pasienter i døgnet, og de

skrives ut til andre avdelinger med generiske navn på medisinkurven. Denne generiske ordinasjonen må da følges opp på de ulike postene, og derfor er det viktig for oss at hele sykehuset følger etter, sier hun.

Lars Marius Ytrebø er professor II og overlege på intensiv- og oppvåkningsavdelingen. Han tok initiativ til omleggingen da han fant grunn til å tro at de ikke alltid forskrev billigste alternativ, og dermed ikke var lojal overfor LIS-avtalen som alle er pålagt å følge.

– En av de viktigste fordelene ved å forskrive generisk er at man gjør seg helt uavhengig av produsentens salgsnavn av medisin. Da er man også bedre i stand til å følge LIS-avtalen (legemiddelinnkjøpsamarbeidet). Helse Nord har stipulert potensialet for innsparinger til 30 millioner kroner for 2010. Som overlege på intensiv ønsket jeg at vi i større grad etterlevde avtalen, sier Ytrebø.

Bedre system

Farmasøyter ved sykehusapoteket har stått for opplæring i generiske navn for de ansatte ved avdelingen.

– Vi har laget oversiktslister som viser valgmulighetene når man forskriver et virkestoff, sier apoteker Sidsel Kristiansen.

Kristiansen er delaktig i innkjøp av medikamenter, og sier at de fortrinnsvis velger det synonympreparatet som er billigst.

– Hvis det billigste preparatet som inneholder paracetamol viser seg å være Pinex, så tegner vi en avtale med produsenten av nettopp det medikamentet. Det betyr at hvis en lege skriver Paracet på medisinkurva, så gir vi pasienten Pinex. Fordi det skal dokumenteres hva pasienten får, har legen måttet følge med på innkjøpsavtalene. Når man forskriver det generiske navnet blir det enklere, fordi vi da vet at pasienten får det medikamentet som til enhver tid er på innkjøpslista, sier Kristiansen. ●



Maria Eklund Thoresen (t.v.) er medisineromansvarlig på intensivseksjonen, mens Margrethe Gravesen (t.h.) har ansvaret for medisinerommet på oppvåkningsseksjonen. Birgith Jørgensen Nerskogen er avdelingsleder.

Fremtidens helseutfordringer

Hører Stortinget på Apotekforeningen, blir apotekene viktige brikker i å løse fremtidens helseutfordringer.

Stortinget har Stortingsmeldingen om en nasjonal strategi for helse og omsorg til behandling. 11. mai la Apotekforeningen fram sine synspunkter for Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Her kan du lese en forkortet versjon av foreningens synspunkter.

Høykompetent og effektiv

Norge har et høykompetent, trygt og effektivt apotektilbud. Apotekene distribuerer legemidler sikkert og raskt, og de finnes i alle deler av landet. Alle apotek skaffer et hvert legemiddel innen 24 timer. Apotekenes kvalitets-systemer sikrer at riktig medisin kommer til rett kunde, og at det ikke finnes falske legemidler. Apotekene er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud som har ansatt høyt utdannet helsepersonell. Apoteket er en viktig sosial arena for mange pasientgrupper og et sted man oppsøker med sine helseplager. Apoteket gjør en viktig jobb med å si hvem som bør oppsøke lege og hvem som kan få hjelp av helsepersonellet i apoteket.

Farmasøytrevirering av egnede reseptpliktige legemidler vil gi økt

Nasjonal helse- og omsorgsplan

Gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ønsker regjeringen å stake ut den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Regjeringens utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen.

Planen har vært igjennom en bred høring, blant annet med en elektronisk netthøring som var åpen fra oktober i fjor til 18. januar i år. Meningen var å nå utover de tradisjonelle høringsinstansene,

og få synspunkter fra alle som er engasjert i fremtidens helsetjeneste. Apotekforeningen har skrevet flere høringssvar her.

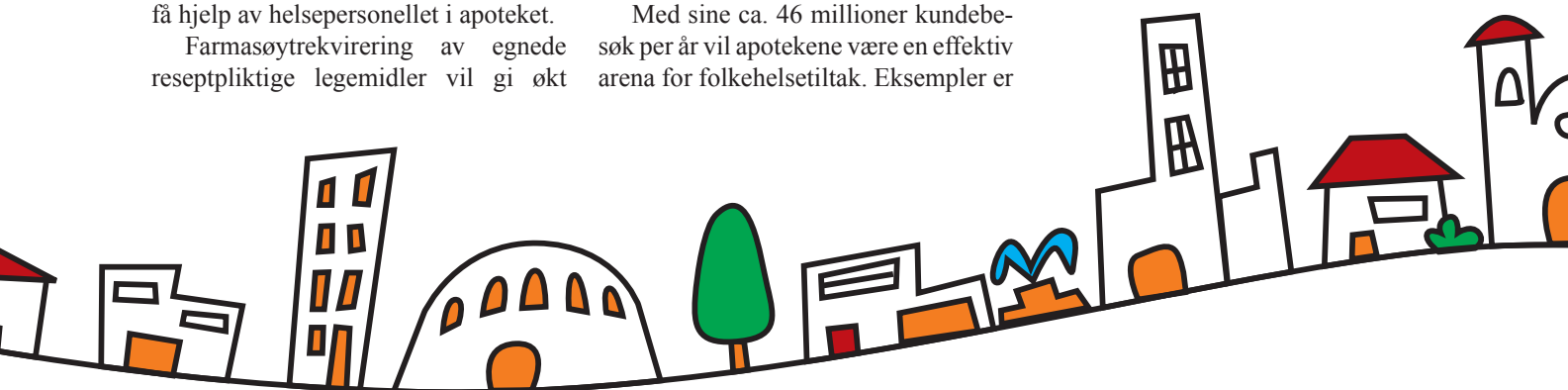
Regjeringen la fram meldingen 8. april. 11. mai i år møtte Apotekforeningen til høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Her fikk Apotekforeningen 10 minutter til å legge fram egne synspunkter og svare på spørsmål fra komiteen, i tillegg til et skriftlig innlegg. (Høringen fant sted etter deadline for dette tidsskriftet.)

Alle innspillene skal brukes i Stortingets behandling av meldingen i midten av juni.

tilgjengelighet for publikum og gi besparelser for helsetjenesten uten at pasientsikkerheten blir svekket. Econ Pöry har på oppdrag fra Helsedirektoratet nylig gjennomført en evaluering som viser at farmasøytrevirering kan være et effektivt og velegnet virkemiddel.

Med sine ca. 46 millioner kundebe-søk per år vil apotekene være en effektiv arena for folkehelseiltak. Eksempler er

individuell røykesluttveiledning, eller målinger for å avdekke risiko for utvikling av folkesykdommer som diabetes, høyt blodtrykk eller forhøyet kolesterol, der kunden bør oppsøke lege for videre oppfølging.



Nye oppgaver for apoteket

Apoteket har tradisjonelt hovedsakelig vært en distribusjonskanal for legemidler, men får i økende grad en rolle som rådgiver. Samhandlingsreformen skal sørge for riktig utnyttelse av helsepersonell, tiltak som fremmer helse, forebygger sykdom og gir helsetjenester der folk bor. Apotekene er en attraktiv partner i dette bildet med over 6000 ansatte helsepersonell, en

godt utbygd infrastruktur, tilstede i de fleste kommuner og ofte med lange åpningstider.

Det vil være god samfunnsøkonomi å gi flere oppgaver i helsetjenesten til apotekene:

- Legemiddelfaglig rådgivning både overfor enkeltpasienter og kommunal helsetjeneste.
- Rådgivning for virksomheter som håndterer legemidler, bl.a. sykehjem

- Utvikle multidose for å målrette ordningen mot dem som har best nytte av det.
- Innsats mot livsstilssykdommer. Apotekene kan bl.a. bidra til at flere tidligere oppdager utvikling av diabetes.
- Avlaste legevakt, helsesøster og legekantor ved å erstatte kravet om legeresept for enkelte legemidler med utlevering fra farmasøyt i apotek etter fastsatt prosedyre. ●

Melding til Stortinget

I Meld. St. 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), ønsker regjeringen en bedre kvalitetssikring av legemidler og legemiddelbruk. De vil satse på følgende tiltak: Medisinlister, legemiddelgjennomganger, e-resept og forskrivningsstøtte, kollegabasert terapiveiledning til leger, pasientveiledning og multidose. Her oppsummeres kapittel 8.6 om Legemidler og legemiddelbruk.

Medisinliste

Som en del av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som startet i 2011 skal pasienten få utdelt en medisinliste som inneholder en oversikt over alle legemidler pasienten tar. Listen skal til enhver tid være oppdatert og inkludere kosttilskudd og naturmidler som kan interagere med legemidler dersom de tas samtidig. På sikt skal det etableres en elektronisk kjernejournal slik at listen blir tilgjengelig for alt nødvendig helsepersonell i alle deler av helsetjenesten.

Legemiddelgjennomganger

Bedre utnytting av farmasøyters kompetanse kan bidra til riktigere legemid-

delbehandling. En måte å utnytte denne kompetansen er å opprette tverrfaglige team bestående av lege, sykepleier og farmasøyt som skal utføre legemiddelgjennomganger der pasientens totale legemiddelbruk sett i forhold til diagnoser, effekt og bivirkninger vurderes. Legemiddelgjennomganger bør gjennomføres systematisk på sykehus, sykehjem og hos hjemmeboende pasienter med omfattende legemiddelbruk.

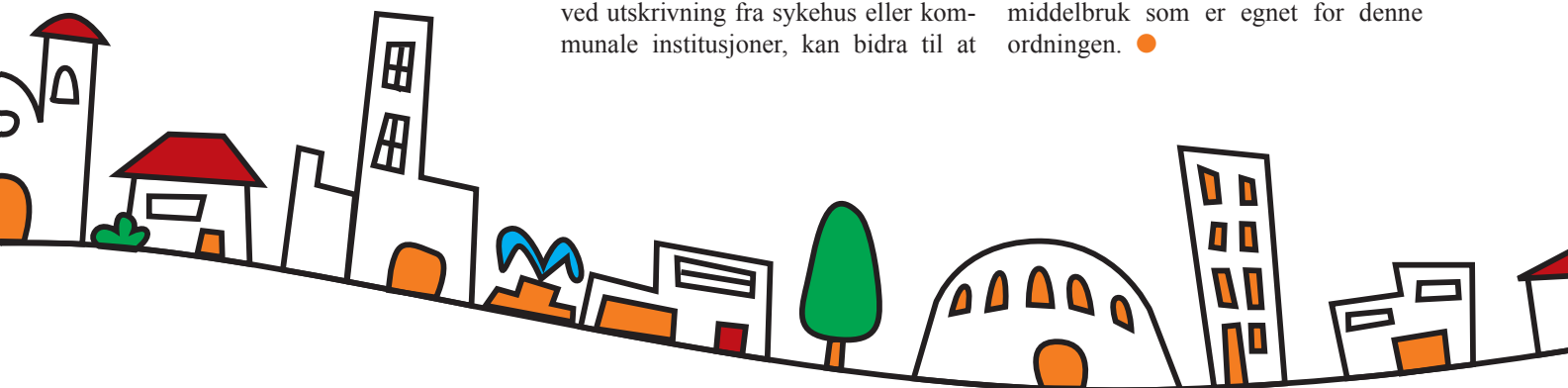
Pasientveiledning

Pasientveiledning er et annet område der farmasøyter kan bidra med sine legemiddelkunnskaper. En samtale mellom pasient og farmasøyt, for eksempel ved utskrivning fra sykehus eller kommunale institusjoner, kan bidra til at

pasienten får en bedre forståelse for egen legemiddelbruk. En slik samtale tar utgangspunkt i pasientens spørsmål om egen legemiddelbruk, og pasienten bør få råd om legemiddelhåndtering, toleranse og mulige bivirkninger.

E-resept og forskrivningsstøtte

Å få på plass e-resept og forskrivningsstøtte anses som viktig, og systemet bør inkludere verktøy for varsling av uheldige kombinasjoner og for tilpassning av dose ved nedsatt organfunksjon og ved ulike aldre. Det skal satses på en hensiktsmessig bruk av multidose, og det vil være aktuelt å fremme økt bruk blant pasienter som har en legemiddelbruk som er egnet for denne ordningen. ●



Redusert legemiddelsalg

Det er solgt legemidler for 5,5 milliarder kroner første tertial 2011, en nedgang på 0,7 prosent fra samme periode i fjor. Sykehusapotekene, som først og fremst leverer legemidler til sykehusenes pasienter, hadde en økning på 2,4 prosent. Omsetningen av legemidler i primærapotekene er redusert med 1,7 prosent.

■ Av Jostein Hamberg, Apotekforeningen

Omsetningen målt i definerte døgndoser (DDD), som er et mål på hvor mye legemidler som er brukt, er tilnærmet lik samme periode i fjor. At forbruket er stabilt mens omsetningen er redusert, betyr at prisen på legemidlene fortsetter å gå ned.

Apotekene hadde i første tertial samlet en omsetning på 7,4 milliarder kroner, en økning på 1,3 prosent fra 1. tertial 2010.

Tabell 1: Omsetning i apotek 1. tertial 2011

	1. tertial 2011 mill. kr inkl. mva	Prosent endring
Reseptpliktige godkjente legemidler	4 758	-1,3
Reseptpliktige legemidler på godkjenningfritak	98	7,0
Reseptfrie legemidler	673	2,5
Andre varer	1 845	7,8
Totalt	7 374	1,3

Tabell 2: De ti virkestoffene med størst omsetning 1. tertial 2011
mill. kroner

	ATC 5. nivå	Virkestoff (eksempel på legemiddel)	1. kv. 2011 mill. kr	Prosent endring
1	L04AB01	Etanercept (Enbrel)	137,4	-4,8
2	L04AB02	Infliximab (Remicade)	126,9	0,8
3	L04AB04	Adalimumab (Humira)	119,1	-4,5
4	R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom (Seretide)	91,2	-9,1
5	N02BE01	Paracetamol (Paracet)	87,5	3,9
6	A02BC05	Esomeprazol (Nexium)	68,2	7,3
7	R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom (Symbicort)	65,4	-8,5
8	C10AA01	Simvastatin (Zocor)	64,9	-6,7
9	M01AE01	Ibuprofen (Ibux)	62,4	8,2
10	N07BA01	Nikotin (Nicorette)	60,7	2,3

Apotek og legemidler 2011

Denne boken er det nærmeste man kommer en komplett oversikt over legemiddelforbruk i Norge i 2010. Apotek og legemidler kommenterer og analyserer viktige endringer i legemiddelforbruket og -omsetningen fra 2009 til 2010. Boken gir et overblikk over utviklingen i apoteknæringen, med oversikter over apotekdekning, sysselsetting og økonomi. Apotek og legemidler gir rask oversikt over systemer og regler for legemiddeldomsetning og finansiering av legemidler i Norge. Dessuten finner man sammenligninger mellom de nordiske landene.

Apotek og legemidler kan bestilles gratis på apotekforeningen@apotek.no.





Det er de tre revmatismelegemidlene Enbrel, Remicade og Humira som topper omsetningsstatistikken. Disse legemidlene har hatt en kraftig vekst de siste årene. Hittil i år er imidlertid omsetning redusert med 3,0 prosent, samtidig som forbruket i DDD er økt med 2,2 prosent.

På listen over legemidlene det er størst forbruk av (målt i definerte døgndoser – DDD) ligger acetylsalisylsyre (Albyl E) på toppen. Acetylsalisylsyre er et blodfortynnende legemiddel som brukes av ca. 375 000 nordmenn i henhold til Reseptregisteret.

Blant de ti mest forbrukte legemidlene har det kolesterolsenkende legemiddelet atorvastatin (Lipitor) den største endringen i forbruk fra første tertial 2010, med en økning på 21,3 prosent. Atorvastatin gikk av patent og fikk konkurranse fra kopilegemidler høsten 2008, og har siden sommeren 2009 vært med i ordningen for foretrukket legemiddel. Dette har ført til at atorvastatin har stått for det meste av forbruksøkningen av kolesterolsenkende legemidler det siste året.

Tabell 3: De ti virkestoffene med størst forbruk 1. tertial 2011, mill. definerte døgndoser (DDD)

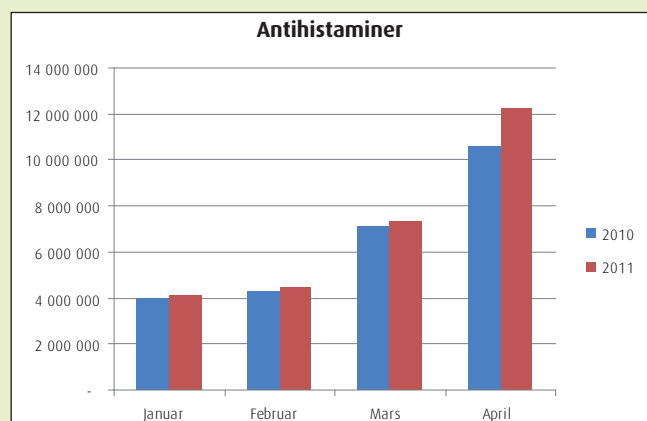
	ATC 5. nivå	Virkestoff (eksempel på legemiddel)	1. kv. 2011 mill. DDD	Prosent endring
1	B01AC06	Acetylsalisylsyre (Albyl-E)	36,7	-0,8
2	C10AA01	Simvastatin (Zocor)	31,9	-5,1
3	A01AA01	Natriumfluorid (Flux)	26,3	-14,1
4	C10AA05	Atorvastatin (Lipitor)	21,5	21,3
5	R06AE07	Cetirizin (Zyrtec)	18,0	7,2
6	N05CF01	Zopiklon (Imovane)	17,5	-3,3
7	C08CA01	Amlodipin (Norvasc)	16,0	-0,3
8	C09AA05	Ramipril (Triatec)	14,0	2,5
9	A11GA01	Askorbinsyre, usammensatte preparater (Nycoplus C-vitamin)	14,0	-4,9
10	N02BE01	Paracetamol (Paracet)	13,4	5,4



Økt salg av allergilegemidler

For de første fire månedene i år er det solgt 8,4 prosent mer allergilegemidler i apotek målt i definerte døgndoser (DDD) enn i fjor. Det viser omsetningsstatistikk fra Apotekforeningen.

Figuren viser omsetning målt i DDD av antihistaminer for årets fire første måneder i 2010 og 2011. Tallene omfatter både reseptfritt og reseptpliktig salg fra apotek. Mens salget i januar til mars i år lå to til fem prosent høyere enn 2010, var salget i april over 15 prosent høyere.



En vellykket rekvirering

Farmasøytrekvirering og apotek er satt under lupen. Analytikerne likte det de så.

■ Av Tore Reinholdt, Apotekforeningen

5. november 2009 ble farmasøyer gjen-
nom særskilt forskrift gitt en tidsbegren-
set rett til å rekvirere Tamiflu og Relenza.
Rekvireringsretten ble gitt som et tiltak
i arbeidet med å sikre befolkningen til-
strekkelig tilgang til influensalegemidler
under den pågående influensapandemien.
I etterkant av pandemien har ECON
PÖYRY på oppdrag fra Helsedirektoratet
evaluert ordningen med farmasøytrekvir-
ring. De fikk også i oppgave å vurdere
om farmasøytrekvirering kunne være et
egnet virkemiddel for permanent bruk på
andre områder enn ved pandemi.

Habilitet

I sin rapport diskuterer ECON blant annet
spørsmålet om farmasøytenes habilitet i
forhold til dobbeltrollen som rekvirent og
selger av legemidler. Dette spørsmålet er
helt avgjørende i forhold til muligheten til
å kunne utbre ordningen farmasøytrekvir-
ring til nye legemidler. For farmasøye-
tene er det svært positivt at ECON ikke
finner tegn til slik rolleblanding.

Flere legemidler

Om det er ytterligere legemidler som
egner seg for farmasøytrekvirering må
avgjøres av helsemyndighetene. Hvert
enkelt legemiddel som foreslås innlem-
met i en ordning må vurderes i forhold
til et sett spørsmålsstillinger, blant
annet knyttet til pasientens mulighet til
å foreta en selvdiagnose, og om betyd-
ning og omfang av nødvendige råd og
veiledning fra farmasøyten slik at det
så langt som mulig sikres at pasienten
vil bruke det aktuelle legemiddelet
riktig.

Dersom konklusjonen er positiv
for et stort nok antall legemidler, kan
det vurderes å innføre farmasøyt-
rekvirering/betinget utlevering. Det er
flere grunner til at en ny ordning må
gjelde et stort nok antall legemidler. En
ny ordning vil kreve ressurser av for-
valtningen å etablere og vedlikeholde,
som alternativt kan brukes til andre
formål. Et stort nok antall legemidler
er også en forutsetning for å få etablert
en god og velfungerende ordning i
apotekene, og for å bli kjent og godtatt
i befolkningen.

Europa bestemmer

Reseptstatus for legemidler som omset-
tes i Norge fastsettes i stadig større grad
via de sentrale godkjenningsordningene
i EMA. Dette betyr at norske legemid-
delmyndigheter stadig får tilsvarende
mindre innflytelse på hvilke legemidler
som skal være henholdsvis reseptplik-
tigg eller reseptfrie i Norge. Rapporten
fra ECON viser hvordan bruk av et
virkemiddel som farmasøytrekvirering
kan gi norske myndigheter en bedre
kontroll med hvor fritt eller restriktivt
legemidler skal omsettes i Norge. ●

Rapport og Farmasøyt- rekvirering

ECON PÖYRY har på oppdrag fra
Helsedirektoratet evaluert ordningen
med farmasøytrekvirering og vurdert
om farmasøytrekvirering kunne være
et egnet virkemiddel for permanent
bruk på andre områder enn ved pan-
demi. Her er en kort oppsummering
av rapporten:

Vi har evaluert den midlertidige
ordningen med farmasøytrekvirering
som gjaldt under svineinfluensaen.
Ordningen ga farmasøyer rett til
å forskrive influensalegemidlene
Tamiflu og Relenza. Vår vurdering er
at målet med ordningen – økt tilgjæn-
gelighet – ble nådd, men at det også
foregikk mye hamstring på grunn av
høy etterspørsel. Implementeringen
skjedde på rekordtid og var svært vel-
lykket. Om farmasøytrekvirering er et
egnet virkemiddel for permanent bruk
må vurderes for ett og ett legemiddel.
Vurderingen må baseres på om lege-
midlene egner seg for egenomsorg,
og hvilken bistand farmasøyt kan gi.
En eventuell ordning må ha et visst
omfang for å legitimere ressursbruk
og for å bli velfungerende i apotek og
kjent i befolkningen.



Analyseselskapet ECON har evaluert farmasøytrekvireringen av Tamiflu og Relenza på oppdrag fra
Helsedirektoratet. Illustrasjonsfoto: Jens Sølberg.



Werner Frøynes i Fusa Apotek utfordrer med spørsmålet: Norge ligger etter en del andre land når det gjelder å utnytte farmasøytens kompetanse. Først og fremst på sykehus, men også i apotek. Hva gjør FI, og hva er gjort de siste 20 årene, for å bedre denne situasjonen?

Må få bruke sin kompetanse!

Karen Marie Ulshagen er enig i at Norge kunne utnyttet sin farmasøytiske kompetanse bedre. Og at fagmiljøene er lavmælte. Derfor har hun store forventninger til sitt første ferdige kull med kliniske mastere.

■ Av Frode Alne Bolin, Apotekforeningen



Karen Marie Ulshagen, Instituttdirektør ved Farmasøytisk institutt i Oslo

Karen Marie Ulshagen sitter på direktørkontoret på Farmasøytisk institutt på Universitetet i Oslo. Her har hun sittet i 7 år, og skulle ha gode forutsetninger for å gi et oversiktsbilde av utviklingen i sitt eget fag. Så vi går like i strupen, og spør om hennes utfordrer Werner Frøynes har rett – ligger Norge etter andre land når det gjelder å utnytte farmasøytenes kompetanse?

– Ja, jeg kan delvis si meg enig i det, svarer Ulshagen, og utdyper:

– Når det gjelder å utnytte farmasøytisk kompetanse, kan vi snakke om to tradisjoner: det er de engelskkulturelle landene, som USA, Australia, England osv. De er kommet lengst innen klinisk farmasi. Der er farmasøytene blitt en naturlig del av den kliniske hverdagen. Tradisjonen i resten av verden og Europa, som vi i Norge er en del av, ligger lengre bak. Samtidig så har det skjedd en god del i det siste, og avstanden minsker. Men jeg er slett ikke sikker på om vi skal så langt som vi for eksempel ser i England. En farmasøyt må beholde en solid forankring i naturvitenskapelige basalfag for å bidra på selvstendig basis i samarbeid med annet helsepersonell.

Samarbeid med bransjen

De siste tiårene har det vært en klar utvikling mot mer klinisk fokus, ikke

bare i bruk av farmasøyten, men også i utdannelsen. Man startet omleggingen av studiet på begynnelsen av 90-tallet, gjennom å vektlegge problemorientert læring med kliniske case. I 2003 ble studiet lagt om igjen, og i samarbeid med bransjen kom man frem til en ny studieplan, der man vektla å se på legemidlene og pasienten sammen.

– I tillegg så vi at det var behov for en spesialistutdanning i klinisk farmasi. Resultatet ble at vi opprettet masterprogrammet i klinisk farmasi høsten 2009, sier hun fornøyd, og legger til at det nye masterprogrammet bidrar til å bygge opp kompetanse på instituttet som også kommer grunnutdanningen til gode.

Det nye videreutdanningstilbudet var en milepæl innen farmasien, og kanskje noe av det viktigste som hadde skjedd på lang tid.

– Det første kullet fra masterstudiet i klinisk farmasi er ferdige nå i 2011. Det skal bli veldig spennende å se om de får jobber som svarer til deres kompetanse, sier farmasidirektøren.

Forsiktige farmasøyter

Ulshagen er, som svært mange i det norske farmasøytiske fagmiljøet, sikker på at samfunnet kunne spart store summer hvis farmasøytisk kompetanse hadde vært bedre utnyttet. Men det er dess-

verre ikke ofte at disse synspunktene når opp til overflaten i den offentlige debatten. Er de norske farmasøytiske fagmiljøene for lavmælte?

– Ja, det kan jeg gjerne gå med på. Men ikke bare i Norge, faggruppen er ganske lik både over landegrenser og kontinenter. Vi farmasøyter er nok generelt forsiktige med å si noe som vi ikke er 100% sikre på er vitenskapelig dokumentert, sier hun smilende.

– Men selvfølgelig, det gjøres og sies en del, og internasjonalt skjer det mye, mener Ulshagen.

Hun mener den viktigste trenden utvilsomt er mot mer klinisk farmasi, men har samtidig et hjertesukk:

– Men for å kunne møte den trenden og de nye kravene, så er det bare en mulighet, og det er å få midler til å opprette nye stillinger. Og det sliter vi nok dessverre med å få gehør for! ●

Karen Marie Ulshagen sender stafettpinnen videre til Gro Ramsten Wesenberg i Statens legemiddelverk:

Når skal Legemiddelverket ta konsekvensen av de dataene som foreligger, og stoppe salget av smertestillende medikamenter på bensinstasjoner og i dagligvarehandel?

Medisinlister på TV

Hilde Ariansen i Apotekforeningen og apoteker Vegar Nordeng har tatt med seg en eldre pasient på TV2s God Morgen Norge, og snakket om hvor viktig det er å skaffe seg en medisinliste.

Anledningen var apotekenes kampanje med medisinlister som ble gjennomført i mars i år.

Pasienthistorie

– Vi vil oppfordre kundene våre til å skaffe seg medisinlister fra fastlegene sine, sier Hilde Ariansen, fagdirektør i Apotekforeningen til TV2s God Morgen Norge. Apotekfarmasøyt Vegar Nordeng forklarte at det ikke var uvanlig at en pasient ofte går til fastlegen og får én medisin, og til legevakslegen og får en annen. Dermed er det bare klienten selv som er klar over hvilke medikamenter han eller hun kombinerer.

– Om det er en ny kunde som ikke har vært i mitt apotek før, må jeg kanskje stille noen kontrollspørsmål for å avdekke at det ikke er noen potensiell uheldig legemiddelbruk, sier apotekfarmasøyt Vegar Nordeng til God Morgen Norge.

Jan Syversen på 72 år fortalte at han bruker fem forskjellige medikamenter daglig. Fastlegen hans og legen på sykehuset skrev hver for seg ut medisinske preparater som ikke må kombineres.

– Jeg vet jo egentlig ingenting, jeg bare spiser det jeg får, sier Syversen.

Det kunne ha gått galt. Det var farmasøyt Nordeng som først oppdaget den potensielle faren.

– Syversen kom innom apoteket med to resepter på legemidler som ikke går så godt sammen, sier Nordeng.

– Han dro i gang noen telefoner til fastleger og laboratorier, forteller Syversen.

Deretter ble det satt en stopper for den uheldige medikamentmiksen. Nå har Syversen anskaffet seg en medisinliste.

Apotekskampanje

I kampanjen med medisinlister, oppfordrer apotekene kundene sine til å skaffe seg oversikt over medisinene sine fra fastlegen. Videre anmodes kundene å ha medisinlisten for eksempel i lommeboka, og vise den når de henter ut medisinene sine på apoteket eller opp-

søker lege. Apotekforeningen samarbeidet med Statens legemiddelverk om utarbeidelsen av materiell, som bestod av plakater og hendige, små avrivningsblokker. Kampanjen har også vært på landets fastlegekontor, hvor Statens Legemiddelverk har samarbeidet med Legeforeningen. ●

Kundene ble i mars oppfordret til å be fastlegen sin om en oversikt over legemidlene sine.



Vårens kurstilbud 2011

Her finner du en oversikt over høstens kurstilbud til Apotekforeningens opplæringsvirksomhet. Gå inn på www.apotek.no for mer informasjon om kursene. Klikk deg inn fra Utdanning og arbeid.

Korte samlingskurs for apotek teknikere

	Dato
Sår og sårbehandling	28.09.11
Smerte og smertelindring	18.11.11
Farmakologi	15. – 16.09.11
Kreft og kreftbehandling	26.09.11
Fordøyelse	14.10.11
Ingredienser i hudprodukter	18.10.11
Naturlegemidler	28.10.11
Psykiske lidelser	18.11.11
Kosthold og ernæring	25.11.11
Logistikk	

Kurs for både farmasøyter og teknikere

	Dato
GMP med fokus på aseptisk produksjon	13. – 14.09.11
LAR	

Korte samlingskurs for farmasøyter

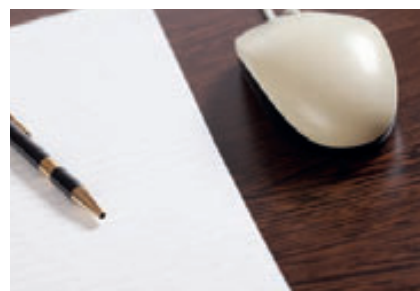
	Dato
Apotek og legemiddellovgivning	
Pasientrettigheter	
Kreft og kreftbehandling	2.11.11.
Legemiddelbehandling av hjerte- og karsykdommer	
Legemidler ved reumatiske lidelser	
Legemidler ved lungesykdommer	7.10.11
Hormoner og hormonbehandling	
Polyfarmasi – bibirknings- og interaksjonsproblematikk	
Psykiske lidelser og psykofarmaka	3. – 4.11.11
Genteknologi	
Logistikk for apotekere	

Felles anmeldelsesskjema til falsk resept

Politidirektoratet har nå ferdigstilt et nytt skjema som apotek heretter alltid skal benytte ved anmeldelse av falske resepter. Formelle krav knyttet til anmeldelse av falsk resept er samtidig gjennomgått. Det er fastslått at apotek kan anmelde falsk resept ved å sende inn anmeldelsesskjemaet per post. Det er også avklart at det ikke er nødvendig å vedlegge «styrets fullmakt». Den falske resepten skal derimot alltid vedleg-

ges anmeldelsen. Anmeldelse skal alltid skje til nærmeste politimyndighet.

Anmeldelsesskjemaet er laget i to versjoner; en vanlig pdf, samt en pdf beregnet til bruk ved utfylling elektronisk. Politidirektoratet ber om at anmeldelsesskjemaene holdes innenfor apotekbransjen slik at de ikke kommer på avveie. Skjemaene kan dere dermed finne på apotekenes intranett, apotek-info: <http://10.1.4.203> ●



Apotek kan nå anmelde falske resepter via et anmeldelsesskjema.

Populært med klinisk farmasi

15. april gikk søknadsfristen ut for å søke erfaringsbasert masterstudium i klinisk farmasi. Over 30 søknader er mottatt.

Solveig Kristensen, leder av opptakskomiteen er fornøyd med antall søkere og kvaliteten på søkerne.

– I år har vi reell konkurranse om studieplassene, og vi må dessverre si nei til kvalifiserte søkere. Vi har hatt mange søkere fra primærapotek, så det blir sannsynligvis ny rekord i antall primærfarmasøyter som starter opp til høsten. Dette er gledelig, fordi det

har vært en klar målsetning å ta opp kandidater som spiller mangfoldet av arbeidsteder der klinisk farmasi utøves, sier Solveig Kristiansen.

Opptakskomiteen har nylig hatt møte og de vil om kort tid sende ut tilbud til dem som har fått plass. ●

80% av de som sliter med halsbrann besøker ikke legen, men søker råd på apoteket¹⁾

HUSK! Mange av dine kunder velger produkter «av gammel vane» – hjelp de med å velge det best egnede produktet

NYCOMED

	Alginate (skumbarrieremidler)	Antacida (syrenøytraliserende)	Syrehemmer (H2 blokker + antacida)	Syrehemmer (H2 blokker)	Protonpumpe- hemmere (PPI)
Virkemåte^{2,3)}	Danner et "lokk" over mageinnholdet som hemmer sure oppstøt	Nøytraliserer magesyren	Nøytraliserer magesyren og hemmer produksjon av magesyre	Hemmer produksjon av magesyre	Sterkest hemming av magesyreproduksjon
Symptomer og grad av plager^{2,3)}	Lindrer symptomer ved lettere plager	Lindrer symptomer ved lettere plager	Lindrer symptomer ved moderate plager	Lindrer symptomer ved moderate plager	Lindrer symptomer ved moderate plager og kan brukes når annen behandling ikke virker
Produktnavn³⁾	Gaviscon	Novaluzid, Link, Titalac	Pepcidduo	Pepcid og Zantac	Somac Control og Pantoloc Control
Fordeler (effekt)³⁾	Rask effekt	Rask effekt	Rask effekt i opptil 12 timer	Effekt i opptil 12 timer	Overlegen syrehemming – Langvarig effekt i opptil 24 timer – 1 tablett i døgnet
Ulemper³⁾	Kortvarig lindring – Hyppig dosering	Kortvarig lindring – Hyppig dosering	Lindring i 12 timer – 1 tablett, må doseres 2 ganger daglig – Mulig redusert effekt over tid	Ikke umiddelbar lindring 1 tablett, må doseres 2 ganger daglig – Mulig redusert effekt over tid	Ikke umiddelbar lindring
Gravide og ammende³⁾	Anbefales til gravide og ammende	Anbefales til gravide og ammende	Anbefales ikke til gravide og ammende	Anbefales ikke til gravide og ammende	Anbefales ikke til gravide og ammende
Resepthenskrivning⁴⁾	ca. 2 av 10 ganger			ca. 8 av 10 ganger	

1) Abstract accepted for publication at DDW 2009, Chicago The 13-nation study of upper GI symptoms: age and gender effects Haag, S. et al. 2) Norsk legemiddel håndbok 2009. 3) Felleskatalogen 2010. 4) Reseptregisteret 2009.

Alle produktene som er nevnt i denne annonsen er reseptfrie legemidler. Somac Control er et reseptfritt legemiddel for korttidsbehandling ved refluksymptomer hos voksne. Inneholder 20 mg pantoprazol. Les pakningsvedlegget nøye.

Ta kontakt på tlf: 800 800 30
info@nycomed.no
www.etfriskerenorge.no, www.somac.no

0101275-1/10438

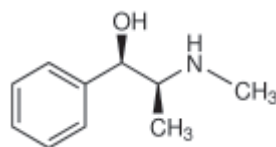
KONKURRANSE



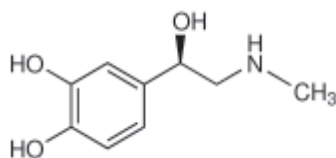
Hvilke virkestoff?

Vi fortsetter å teste folks kunnskaper. Denne gangen er det tre ulike oppgaver dere kan løse. Send svarene på e-post til vendil.aase@apotek.no innen 1. august og bli med i trekningen av 4 flax-lodd. Oppgi postadressen din også. Svarene kommer i tidsskriftet nr. 03|11.

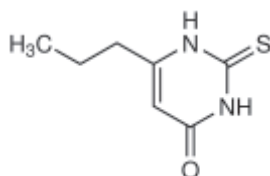
Oppgave 1:



Oppgave 2:



Oppgave 3:



Lykke til!

Nye driftskonsesjonærer

Her er en oversikt over nye driftskonsesjonærer som er gyldige for perioden februar 2010 og med 10. mai 2011.

Driftskonsesjonær	Apotekets navn	Gyldig fra
Lena M. Martinsson	Boots apotek Flisa	01.02.2011
Helle Engtro	Vitusapotek Trondheim Torg	01.02.2011
Harald Stener	Sykehusapoteket Lillehammer	01.02.2011
Lena Grøneng	Boots apotek Elverum	01.02.2011
Veli Pentti Tapio Heilala	Boots apotek Sauda	01.02.2011
Katrine Hollund	Vitusapotek Symra	01.02.2011
Elisabeth Keilholz	Apotek 1 Buskerud Storsenter	01.02.2011
Helene Helgesen Moen	Boots apotek Kremmertorget	01.02.2011
Randi Nilsen Rømme	Vitusapotek Brekstad	01.02.2011
Asefeh Moradi	Boots apotek Slemdal	04.02.2011
Romina Zadehkabir	Ditt apotek Ganddal	08.02.2011
Konny Bente Johansen	Vitusapotek Svanen – Bodø	21.02.2011
Lilly Tu Thien Khuong	Stjerneapotek Glasmagasinet	22.02.2011
Roosbeh Konarboland	Ringens apotek	26.02.2011
Chris M. Jacobs	Vitusapotek Kragerø	28.02.2011
Fredrik Libäck	Vitusapotek Frederik Stangs gate	28.02.2011
Linda Liereng	Vitusapotek Gjøvik	28.02.2011
Catherine Granum Saug	Sykehusapoteket Elverum	01.03.2011
Dag Christian Skøien	Boots apotek Sande	01.03.2011
Sivert Nøtsund Strømmand	Boots apotek Samarit	01.03.2011
Aase Camilla Viehbrock	Boots apotek Hønefoss	01.03.2011
Jussi Johannes Jukka	Vitusapotek Moelv	01.03.2011
Kirsti Wang Forså	Apotek 1 Halsøy	01.03.2011
Per Bjurgren	Apoteket Neptun	01.03.2011
Nam Cong Pham	Ditt apotek Bogafjell	07.03.2011
Sigrunn Vaag	Ditt apotek Fauske	08.03.2011
Inger-Marie Vassbotn	Boots apotek Rakkestad	12.03.2011
Håvard Røkke	Sandviken apotek	14.03.2011
Åsa Alexandersson	Vitusapotek Førde	14.03.2011
Santokh Singh Judge	Ditt apotek Gamlebyen	15.03.2011
Ragnar Madsen	Apotek 1 Grimstad	17.03.2011
Håvard Horn	Apotek 1 Lofotsenteret	18.03.2011
Bengt Axel Wallin	Torshov apotek	25.03.2011
Johild Skipenes	Apotek 1 Flekkefjord	30.03.2011
Bent-Runar Solheim	Apotek 1 Vikersund	31.03.2011
Anne Kari Eriksen	Boots apotek Nesbyen	01.04.2011
Thuy Nga Lam	Vitusapotek Tuven	01.04.2011
Sverre Høyem	Søgne apotek	01.04.2011
Anna Larsen	Vitusapotek Hommersåk	01.04.2011
Inger-Marie Nystad Wulfsberg	Vitusapotek Hønefoss	01.04.2011
Mohamad Karouni	Vitusapotek Tromøy	01.04.2011
Brit Volden	Boots apotek Sølvkronen	01.04.2011
Silja Eilertsen	Vestvågøy apotek	01.04.2011
Eilen Tungland	Apotek 1 Strand	01.04.2011
Thor Engen	Apotek 1 Brumunddal	04.04.2011
Jan Helge Ølmheim	Alliance apotek Årvoll	05.04.2011
Dominique Viki	Boots apotek Laksevaag	06.04.2011
Gøril Bratseth	Boots apotek Torgkvartalet	07.04.2011
Cecilia Hjalmarsson	Vitusapotek Frekhaug	14.04.2011
Elisabeth Risheim Kvam	Liseapoteket Asker	14.04.2011
Jon Åge Aune	Apotek 1 Stjørdal	15.04.2011
Hilde Anny Noss	Vitusapotek Jevnaker	27.04.2011
Elisabeth Ekelund	Boots apotek Moa	28.04.2011
Anne Karine Almendingen	Vitusapotek Linden Park	01.05.2011
Libor Fiser	Etne apotek	01.05.2011
Dordi Elin Drønen	Sykehusapoteket Oslo, Rikshospitalet	01.05.2011
Annbjörg Ringheim Kvello	Sykehusapoteket Oslo, Radiumhospitalet	01.05.2011
Silje Glæserud Hjeltvedt	Boots apotek Bøler	01.05.2011
Gunvor Steine Fosnes	Vitusapotek Lena	09.05.2011
Linn Christin Isaksen	Vitusapotek Helsehuset Tromsø	09.05.2011
Katrin Abrahamian	Ditt apotek Kløfta Stasjon	10.05.2011

Kilde: Statens legemiddelverk.