

Apotekforeningens tidsskrift

nr. 4
120. årgang
november 2012
apotek.no/tidsskriftet



TEMA

apotek | verden

Les om apotek i alle hjørner
av verden – fra FIP
i Amsterdam.





BLEPHACLEAN® sterile våtservietter kan anbefales til kunder som skånsomt og hygienisk ønsker å fjerne avleiringer og smuss i øyet ved for eksempel øyeallergier eller øyeinfeksjoner.

De sterile våtserviettene representerer derfor et enklere alternativ til øyedråper og sterile kompresser ved for eksempel øyekatarr.

- Produktet er Ikke tilsatt konserveringsmiddel, parabener eller parfyme
- Rengjør uten å skape irritasjon i øynene eller på huden
- Fungerer fuktende og myker opp huden rundt øynene

BLEPHACLEAN® leveres i en eske av 20 stk. og kan bestilles i dag fra NMD grossist vnr: 904268

Ønsker dere vareprøver tilsendt er det bare å sende en e-post til:

n.hansen@thea-nordic.com

mobil: 977 98 508

Inneholder: Aqua, PEG 8, Poloxamer 184, Polysorbate 20, Capryloyl Glycine, Propylene Glycol, PEG 6 Caprylic / Capric Glycerides, Dipotassium Phosphate, Alcohol, Sodium Hydroxide, Potassium Phosphate, Centella asiatica extract, Iris florentina root, Zinc Sulphate, Retinol, Sodium Hyaluronate. Blephaclean® markedsføres i Norge av Théa Nordic Norge, Ekornrudveien 31a, 1410 Kolbotn.

Besøk gjerne våre hjemmesider: www.thea-nordic.no

innhold

4 Småstoff

apotek | verden

- 6 FIP – hundreåring i Amsterdam
- 7 Slik gjør de det i Nederland
- 10 Tverrfaglig suksess
- 14 Apotekteknikerens rolle i fremtidens apotek
- 16 Forsyningsikkerhet
- 18 Sosiale nettverk styrker pasienten
- 19 Medisinsk hjelp på apoteket
- 20 Etikk – forplikter og gir muligheter
- 21 Hva skal det stå?
- 22 Bør apotek gjenoppfinne seg selv for å overleve?
- 22 Liberalisering av apotek
- 23 Portrett: Geir Stene-Larsen
- 26 Bygge merkevare apotek
- 29 Stopper import av falske legemidler



- 31 Problemer med overgang fra digitoksin til digoksin
- 32 To falske resepter om dagen
- 34 Søker råd hos farmasøyt
- 33 Brosjyrer om barn og nytt bransjestatistikksystem
- 36 Brennende engasjement for klinisk farmasi i 25 år

Farmasidagene 2012

- 38 Legemiddelmangel i Norge
- 39 Leveringssvikt dokumentert
- 40 Får pasienten medisinen sin?
- 41 Gjennomgår legemidler
- 42 Farmasøyter og innvandrerkunder
- 44 18 milliarder kroner hittil i år
- 47 Helt lokalt: Drømmer om rulletrapp
- 48 Småstoff
- 50 Nytt siden sist



Vi mener...

Krafttak for riktig legemiddelbruk

Hvert år dør det flere ganger så mange av feil legemiddelbruk som av trafikkskader i Norge. Vi vet mye om de skadene som følger av feil legemiddelbruk, og vi vet også etter hvert mye om hva som virker for å redusere skadene. Likevel går det sakte med å få satt de riktige tiltakene ut i livet.

Jonas Gahr Støre vil som ny helseminister legge frem en ny stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Vi forventer at riktig bruk av legemidler er et av hovedtemaene i denne meldingen. Vi forventer også at meldingen raskt blir fulgt opp av konkret handling.

Pasientsikkerhetskampanjen er legemiddelgjennomganger for sykehjems-

beboere gjennomført i Sandefjord, med svært gode resultater. Oslo kommune har gjennomført legemiddelgjennomganger for 1700 sykehjemsbeboere, også med svært gode resultater. Flere kommuner har fulgt opp med tilsvarende prosjekter for sine sykehjemsboende innbyggere. Nå må dette bli et landsomfattende tilbud, med en takst som er godkjent av myndighetene. Høyre har i sitt alternative statsbudsjett for neste år satt av 5 millioner kroner til legemiddelgjennomganger. Det applauderer vi, og håper flere følger etter.

Andre land, ikke minst Storbritannia, har vist at man kan få svært gode resultater ved å bruke apotekfarmasøyter også til andre tjenester for riktig

legemiddelbruk. Ekstra tjenester for pasienter som bruker mange legemidler og når pasienter starter behandling med et nytt legemiddel har vist seg å være både effektive og lønnsomme.

Kjære helseminister: Vi roper på handlekraft. Nye tjenester for riktigere legemiddelbruk kan gjennomføres raskt, og vil gi direkte innsparinger. Apotekfarmasøytene vil bidra. Vi venter i spenning på den nye stortingsmeldingen, men i enda større grad på konkrete handlinger.

Per T. Lund
Adm. direktør i Apotekforeningen

Bedre pasientsikkerhet med e-resept

– E-resepten er et viktig ledd i samhandlingsreformen. Dette er et viktig tiltak som bedrer pasientsikkerheten, sa helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre da han besøkte Vitusapotek Jernbanetorget i midten av oktober.

■ Av Jostein Soldal, Apotekforeningen

E-resept ble innført i Oslo 16. oktober, og helseministeren fikk være med da apoteker Mari Solberg ekspederte den elektroniske resepten til Merete Østerdal.

– E-resept er trygt og enkelt. Jeg kan rett og slett ikke se noen ulemper med systemet. At apoteket nå kan se hvilke andre legemidler kunden bruker samtidig, bidrar til økt pasientsikkerhet, sa Jonas Gahr Støre.

– Erfaringene så langt er veldig gode. Dette har vi ventet på, sa apoteker Mari Solberg til helseministeren.

– En stor fordel med e-resept er at vi kan få oversikt over andre legemidler kunden bruker. Da har vi også mulighet for å bidra til at kundene unngår uheldig legemiddelbruk, sa hun.

Positive erfaringer

– Det nye systemet har levd opp til forventningene, sier Terje Wistner, direktør teknologi og e-helse i Apotekforeningen.

Med e-resept sender legen resepten til en sentral elektronisk reseptbank (Reseptformidleren), som så hentes opp av apoteket når kunden kommer. De som får forskrevet en e-resept, kan altså hente ut sine legemidler uten å ha med seg noe annet enn legitimasjon.

– Erfaringene fra vår side har vært veldig gode, og vi har stort sett bare fått positive tilbakemeldinger fra apotekene, sier Wistner til NRK.no. ●



Elektroniske resepter i datamaskinen: Helseminister Jonas Gahr Støre og apoteker Mari Solberg i Vitusapotek Jernbanetorget (Foto: NMD)

Lavt utdannede henter mest medisin

Folk med lav utdanning får utlevert mer medisiner på resept enn de med høy utdanning, ifølge en ny studie fra Folkehelseinstituttet. De med lav utdanning bruker også fler medisiner mot kroniske sykdommer enn de med høyere utdanning. Sammenhengen mellom utdanning og medisinbruk er omtrent lik for kvinner og menn.

– Kort utdanning er assosiert med høyere utgifter til legemidler, både for

den enkelte og for staten, sier Vidar Hjellvik, seniorforsker på Folkehelseinstituttet, til reseptregisteret.no.

Funnene samsvarer med resultatene i andre studier av sammenhenger mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, og kan tyde på at folk med lav utdanning har dårligere helse. I studien har forskere fra Folkehelseinstituttet sett på legemiddelutleveringer for i overkant av 600 000 voksne fra Reseptregisteret

og koblet dette med data om utdanningsnivå.

(www.reseptregisteret.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
Per Kristian Faksvåg, Apotekforeningen
Hilde Ariansen, 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

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 15. november 2012

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

ISSN-nummer 0802-8400

Spår større apotekkjeder i Sverige

Apoteket AB blir solgt. Kjeden vokser, og blir færre. Det sa tidligere leder for Apoteksbolaget, Åke Hallmann, på Apoteksdagen. Dagens Apotek refererer fra foredraget hans.

Hallmann mener at detaljhandel overlever best i store foretak. En av grunnene er at drift er kapitalkrevende. Det kommer de store foretakene til gode, ikke de små. For eksempel kjøper apotek varer med moms. De selger varer uten moms, og må vente på å få momsen tilbake. Kundene kjøper også legemidler uten å betale, og erstatningene for salget fra staten kommer langt senere. Mangel på kapital i små foretak har vært den vanligste formen for apotekkonkurs det siste året i Sverige.

I dag er ikke apotekkjedene store nok til å få stordriftsfordeler. I framtiden kommer de derfor til å integreres mer, sa Åke Hallman i følge Dagens



Detaljhandel gjør seg best i store foretak. Det kommer også til å gjelde apotek i Sverige.

Apotek. Han mener at endringer i markedet kommer til å bli tydelig i vinter. Da det svenske markedet ble deregulert sommeren 2009, ble markedet delt inn i flere store grupper. Snart får apotekgruppene, som ble regulert slik fra statens side, lov til å selge og kjøpe apotek. Hallmann spår at Kronans Droghandel, Apotek Hjärtat og Medstop kommer til å prøve å kjøpe flere apotek. Han tror også at internasjonale selskaper, som Cellesio (som eier Doc Morris) og Boots kanskje kan bli aktører i det svenske apotekmarkedet fremover.

Apoteksdagen ble arrangert av Dagens Apotek og Dagens Medicin 13. november i Stockholm.

(www.dagensapotek.se) ●

Pilotområde for kjernejournal

Trondheim og Stavanger blir pilotområder for kjernejournal. Trondheim er først ute med planlagt oppstart i august 2013. Det skriver Helsedirektoratet.

De viktigste formålene med piloten blir å undersøke om den tekniske løsningen fungerer tilfredsstillende og om brukerne er tilfredse med funksjonalitet, datakvalitet og utforming. I valg av pilotområder la Helsedirektoratet vekt på flere kriterier. Minimumskrav var utbredelse av e-resept og at det finnes akuttmottak og legevakt i kommunen. Andre viktige kriterier var selve søknaden, forpliktelse fra kommune, sykehus og systemleverandører, utbre-

delse av e-id med høyeste sikkerhetsnivå og fagmiljøene som finnes i området.

Innbyggerne i pilotområdet skal selv kunne se sin kjernejournal på helsenorge.no og kan legge inn egne opplysninger.

Brukerne av kjernejournal vil være fastlege og helsepersonell som behandler pasienter ved legevakt og akuttmottak. Fastlegen vil kunne legge inn kritisk informasjon som alvorlige lidelser og allergier. I første omgang vil kjernejournalen inneholde utleverte legemidler fra apotek, kontaktliste med spesialisthelsetjenesten, fastlege og personalia og logg over bruk.

(www.helsedirektoratet.no) ●

I Danmark sjekker apoteket legemidlene dine

Altfor mange mennesker vet ikke hva de har stående i medisinskapet. Derfor inviterer danske apotek kundene sine til medisinsjekk. Det skriver Danmarks Radio.

Kundene kan ta med seg legemidlene de har i skapet til apoteket og få en farmasøyt til å titte igjennom dem.

– Det kan være spørsmål om legemidlene er utgått på dato. Hvis det er tilfellet, kan legemidlene trygt kasseres

i apoteket. Det kan også være at man har samme legemiddel stående, bare med ulike navn. Vi kan hjelpe til slik at folk ikke tar for mye av samme medisin, forteller Jette Kjemtrup på Sædding Apotek i Esbjerg i Danmark.

(www.dr.dk) ●

Danske apotek ønsker å hjelpe kundene med å identifisere hvilke medisiner de faktisk har stående i skapet.



FIP – hundreåring i Amsterdam

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Den internasjonale farmasøytiske konferansen FIP ble arrangert i begynnelsen av oktober i Amsterdam i Nederland. Rundt 5000 deltakere fra hele verden deltok på konferansen, som i år fyller 100 år.

Hovedtemaet for jublant var hvordan forbedre helse gjennom riktig legemiddelbruk. Over hele verden jobber apotekansatte hver dag for at pasienter skal få bedre livskvalitet, samtidig som de sparer helsekroner. Gjennom foredrag, symposier, workshops og postere fikk konferansedeltakere fra

alle hjørner av kloden et godt innblikk i prosjekter som fremmer riktig legemiddelbruk. Alle medlemslandene i FIP signerte en Centennial Declaration med nøkkelmål og initiativ som plasserer farmasøyten som den viktigste brikken i å jobbe for riktigere legemiddelbruk globalt.

På hundreårsjubileet til konferansen kom også mange lands helseministere. FIP arrangerte en egen Ministers Summit, hvor de diskuterte hvordan prosjekter med riktig lege-

middelbruk kan brukes til å utforme en bedre og mer kostnadseffektiv helsepolitikk. To nøkkeldokumenter kom ut av denne prosessen, «The pursuit for Responsible Use of Medicines» fra WHO og «Advancing Responsible Use of Medicines» fra IMS Institute for Healthcare Informatics.

I dette nummeret av Apotekforeningens tidsskrift refererer vi fra er et knippe gode foredrag, med hovedvekt på nettopp hvordan apotek kan være med å bidra til riktigere legemiddelbruk.





Slik gjør de det i Nederland



Ved flere anledninger fikk deltakerne på FIP se nærmere på hvordan de nederlandske apotekene drives. Ikke minst fikk vi innsikt i hvordan den nederlandske farmasøyten oppfatter og utøver sin rolle.

■ Av Eirik Torheim, Apokus



Det er mange apotek i Nederland, hele 2000 av dem, med en geografisk tetthet som er nesten 30 ganger høyere enn i Norge. Likevel har flertallet av nederlendere ett fast apotek som de er lojale mot, og selv om apoteklov-givningen i Nederland ble liberalisert allerede i 1990 er fortsatt to tredeler av apotekene selvstendige. Hvert apotek dekker i gjennomsnitt en befolkning på drøye 8000. De har bare 1,5 farmasøyter i stallen – mot hele åtte apotek teknikere (Tallene er hentet fra FIP Global Pharmacy Workforce Report 2012). Med lange åpningstider ville det være bortimot umulig for alle apotek å ha farmasøyt tilstede til enhver tid og man har derfor åpnet for at apoteket kan være uten farmasøyt i deler av åpningstiden. Ordningen fungerer slik at det er apotek teknikere som står for selve reseptekspedisjonen, mens farmasøyten kontrollerer det farmasifaglige innholdet enten før eller etter. På denne måten kan farmasøyten gå gjennom det som måtte være ekspedert av resepter i hans fravær når han kommer tilbake. Han kan imidlertid ikke være borte i mer enn 24 timer om gangen.

På linje med legen

I Nederland har de kommet et godt stykke på vei med å bygge apoteket som helseinstitusjon. Som resultat av den nye

legemiddeloven fra 2007 fikk apotek-farmasøyten status som helsepersonell, noe som i praksis betyr at han kan gjøre vurderinger knyttet til pasientens medikamentelle behandling på lik linje med legen. Grunntanken i det nederlandske lovverket er at man som helsepersonell har lov til å utføre alle oppgaver man er kompetent til – noe som kan ha bidratt til å tone ned skillelinjene mellom lege og farmasøyt.

I motsetning til i Norge, hvor apotekfarmasøyten kun har tidligere ekspedisjoner å støtte seg på i sine faglige vurderinger, har den nederlandske farmasøyten tilgang til alle nødvendige pasientopplysninger, inkludert pasientens komplette journal og alle relevante prøvedata. Med dette har den nederlandske farmasøyten en reell mulighet til å gjøre kliniske vurderinger av legemiddelbehandlingen pasienten er satt på, og han kan aktivt ta stilling til hvorvidt behandlingsopplegget er tilpasset pasientens behov eller om det bør gjøres justeringer. Ett eksempel som ble trukket fram i denne sammenhengen var en eldre mannlig pasient som på apoteket fikk redusert doseringen av giktmiddelet allopurinol da det fremgikk av laboratorieverdiene at han hadde nedsatt nyrefunksjon.

Den tette oppfølgingen pasienten i det nevnte eksempelet fikk ved skifte

av omsorgsnivå var imponerende, særlig ved behandling eller opphold på sykehus som hadde vært planlagt en tid i forveien. Før innleggelsen fikk han en utskrift fra sitt faste apotek på hvilke legemidler han gikk på. Ved utskrivning fra sykehuset kom han tilbake til det samme apoteket for å gå gjennom nye legemidler og sikre at medisinene han fikk utskrevet fra sykehuset kunne kombineres med de medisinene han gikk på fast. På denne måten unngår man misforståelser og dobbeltforskrivning, og man sikrer seg at pasienten etterlever behandlingen han mottar. Slike legemiddelgjennomganger kan også gjøres ved hjemmebesøk hos pasienten dersom han av en eller annen grunn har vanskelig for å komme seg til apoteket.

Generisk bytte

I 2006 ble helsevesenet delprivatisert gjennom innføringen av et forsikringsbasert finansieringssystem og ifølge den nye loven er nå alle innbyggere pålagt å tegne helseforsikring. Som et resultat av denne ordningen er det forsikringsselskapene som finansierer mesteparten av legemiddelutgiftene i Nederland. Generisk bytte ble innført i 2007, og det er forsikringsselskapene som fremforhandler priser for de enkelte generiske legemidlene. Dette gjøres ved anbudsutlysninger for 6 måneder



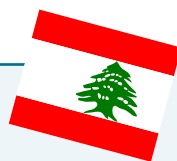
ad gangen. Ofte vil forhandlingene føre til at hvert forsikringsselskap har sin egen liste med preparater de er villige til å betale for, noe som i sin tur får økonomiske konsekvenser for apotekene ved at de må sørge for å føre legemidler som tilfredsstiller hvert enkelt forsikringsselskaps liste. Ettersom anbudene reforhandles hver 6. måned er det her en risiko for at apotekene blir sittende igjen med legemidler de ikke får solgt. Det ses nå på alternative ordninger som kan redusere apotekenes ekstrakostnader knyttet til slikt pålagt generisk bytte.

Utdanningen i Nederland

Nederland har et utdanningsløp for farmasøyter som likner den norske modellen, med 3-årig bachelor etterfulgt av et masterprogram. Der hvor man i Norge praktiserer 2-årig master med en 1-årig forskningsoppgave har imidlertid nederlenderne også inkludert et tredje år i sin farmasimaster. Sisteåret består av en utvidet praksis hvor kandidatene praktiserer kunnskapen sin både på apotek, i sykehus og gjennom bidrag til praksisnær forskning. I tillegg inneholder dette siste året en rekke praksisrettede kurs, for eksempel innen

pasientkommunikasjon og tilvirkning av legemidler. Etter grunnutdanningen kan den nederlandske farmasøyten dessuten velge å spesialisere seg innen apotek, sykehus, industri eller forskning. Denne spesialiseringen tar ytterligere to år og gjennomføres som yrkesbasert trening, i en normal arbeidssituasjon. For å fullføre spesialiseringen skal kandidaten gjennomføre en rekke definerte yrkesrelevante oppgaver med påfølgende evaluering. Spesialistfarmasøyter registreres i et eget nasjonalt register og akkrediteringen til dette registeret fornyes hvert 5. år slik at det langsiktige nivået på spesialistene sikres.

Falske legemidler – en dramatisk historie fra Libanon



En av fordelene med å delta på internasjonale kongresser som FIP, er at man får utvidet sitt perspektiv. Det vi opplever som problematisk i Norge, kan fremstå som bagatellmessige i internasjonal sammenheng. Det fremkom tydelig i et innlegg av libanesiske Ziad Nassour.

De libanesiske myndighetene har anlagt bred front for å øke folks bevissthet om falske legemidler, og ønsker å få befolkningen til å etterspørre

ekte vare. Reklamefilmer med sterke virkemiddelbruk ble vist på TV og kino. Det samme budskapet er satt på trykk på alt fra reklameplakater til posene du får legemidlene i når du handler i apotek.

Falske legemidler er stor butikk i Libanon. Og det tar liv. Ikke bare tar de falske legemidlene liv, men også de som bekjemper falske legemidler risikerer å bli likvidert av produsenter av falske legemidler.

■ Av Jon A. Andersen, Apotekforeningen

Ingen enighet om betaling

Til tross for tilsynelatende godt samarbeid mellom helseprofesjonene og et system som i stor grad lar farmasøyten bruke tiden på det han er best til har også Nederland sine utfordringer. Den største av dem er at man ikke har kommet til noen enighet om betaling for tjenestene apotekene leverer – dette til tross for den åpenbare nytten pasienten og samfunnet har av apotekenes innsats. Det gjenstår også noe arbeid med å legge til rette for elektronisk kommunikasjon mellom farmasøyten og legen slik at pasientoppfølgingen lettere lar seg koordinere og at alt helsepersonell til enhver tid har det samme beslutningsgrunnlaget. ●

Tverrfaglig suksess

Et av suksesskriteriene for å oppnå riktigere legemiddelbruk handler om å få til et godt tverrfaglig samarbeid mellom lege og farmasøyt. Et av hovedtemaene for årets FIP var «The healthcare team of the future».

■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Farmasøytens kunnskap utfyller legens, og ved å delegere noen oppgaver til farmasøytene kan legen konsentrere seg om å behandle pasienter med størst behov for medisinsk oppfølging. Forskjellige land har utviklet forskjellige modeller for slikt samarbeid. En forutsetning for samarbeidet er at helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon for sin del av samarbeidet, at det er avsatt tid (dette betyr i praksis at det eksisterer finansiering) og at de som utfører arbeidet har nødvendig kompetanse.

Denne artikkelen gir en oversikt over land som har modeller for «advanced collaborative practice» (avansert tverrfaglig samhandling) mellom farmasøyt og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Eksempler på farmasøytiske tjenester som faller inn under slik tverrfaglig samhandling er:

- Initiering, endring og monitorering av reseptbelagte legemidler (farmasøytetrekvirering)
- Bestilling og utførelse av laboratorie- og andre relevante tester
- Evaluering av hvordan pasientens legemiddelbehandling virker

- Rådgivning og undervisning av pasientene
- Administrering av legemidler (for eksempel vaksiner)



USA – integrerer farmasøyer

I USA tillater i dag 43 stater at legen delegerer noe av legemiddeloppfølgingen til farmasøyer, og dette går under betegnelsen «Collaborative drug therapy management» (CDTM). Legen velger selv om han ønsker å inngå en slik avtale med farmasøyt. Konseptet har eksistert helt siden 1970-tallet, og utbredelsen har kommet fordi man har kunnet vise til innsparinger og mer rasjonell bruk av helsepersonell. Tall fra Kaiser Permanente (Amerikansk forsikringsstiftelse) og Asheville prosjektet (farmasøyt oppfølging av astma/KOLS og diabetespasienter) har vist store besparelser ved å innføre farmasøytiske tjenester. For hver dollar som brukes på slike farmasøytiske tjenester sparer man 4 dollar i reduserte sykehusinnleggelser, sykemeldinger osv.

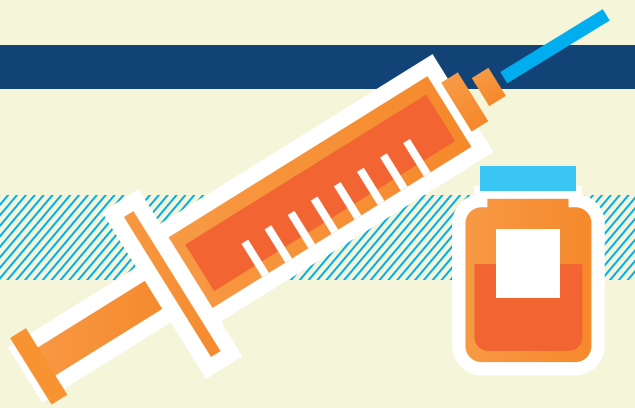
I 2003 ble det innført refusjon for Medication Therapy Management tjenester i Medicare (offentlig forsikringsordning for eldre over 65 år), men det var ikke noe krav om at tjenestene skulle utføres av farmasøyer. Obama's Helsereform i 2010 satte økt krav til kvalitet på tjenestene, og det ble innført krav om tverrfaglige team som inkluderer farmasøyt i sykehjem (Medical homes). De to siste årene har det kommet to rapporter som ytterligere understreker betydningen av å integrere farmasøytene i primærhelsetjenesten: «U.S. Surgeon General Support of Improving Patient and Health System Outcomes through Advanced Pharmacy Practice», 2011 og «Partnering with Pharmacists in the Prevention and Control of Chronic Diseases, A Program Guide for Public Health, Centers for Disease Control and Prevention», August, 2012.



England – farmasøytetrekvirering

Apotekforeningens tidsskrift har tidligere skrevet om apotek tjenester i England ►

RIKTIGERE BRUK AV LEGEMIDLER



Et av nøkkeldokumentene som kom ut av FIP-kongressen 2012 var en 220-siders rapport fra IMS om riktigere bruk av legemidler. Her er funnene i rapporten komprimert ned i en informasjonsgrafikk, oversatt etter tillatelse fra IMS.

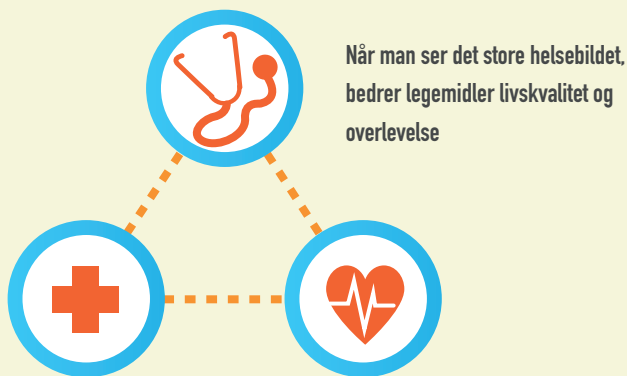
BEDRE HELSE OG REDUSERTE KOSTNADER I HELE VERDEN

Riktigere legemiddelbruk er på dagsorden verden over. Aktiviteter, kompetanse og eksisterende ressurser hos helseaktørene må koordineres og innrettes slik at pasienter både mottar riktig legemiddel til rett tid, bruker legemidlene riktig og opplever nytte av legemidlene sine.



HVORFOR BRY SEG ?

Legemidler er en del av det samlede helsetilbudet. Imidlertid er ofte legemiddelpolitikken sentrert rundt innsats for å kutte kostnader.



Imidlertid er helsepolitikken ofte innrettet mot å håndtere hvert enkelt område isolert for seg. Denne tilnærmingen gjenspeiler ikke effekten forsvarlig bruk av legemidler kan ha på de totale helseutgiftene.



ØKT TILGANG TIL NØD-
VENDIGE LEGEMIDLER



ØKT TILGJENGELIGHET FOR
PASIENTER



HØYERE
VOLUM

Legemiddelutgifter er økende, men dette skyldes mer økt volum enn økt pris

(nr 04|09), og nøyer seg her med å beskrive de to formene for farmasøytrekvirering, «Supplementary» og «Independent». Den første ble innført i 2003 og baserer seg på at en lege/tannlege og pasient inngår en frivillig avtale med farmasøyt som gir farmasøyten myndighet til å følge opp definerte oppgaver i henhold til en pasientspesifikk behandlingsplan. I 2006 ble det også innført en uavhengig forskrivningsrett for farmasøyer som har gjennomgått grundig opplæring og fått akkreditering. Slike farmasøyer kan forskrive legemidler uavhengig av lege, og uavhengig av diagnose. Disse rekvireringene skal alltid meldes til pasientens fastlege. Resepten kan ekspederes på samme apotek, men farmasøytkontrollen må gjøres av en annen farmasøyt enn den som har rekvirert. Studier viser at det er høy kvalitet på forskrivningen som gjøres. Det utarbeides nå felles kvalifikasjonsrammeverk for alt helsepersonell med forskrivningsrett, både leger, sykepleiere og farmasøyer.



Canada – noen provinser går foran

Canada er et annet land som har utviklet avanserte farmasøytiske tjenester. Tjenestetilbudet er avhengig av lovgivningen i hver provins, og inkluderer nødekspedisjoner, fornyelse av resepter, endring av dosering eller formulering, bestilling og vurdering av labprøver samt administrering av legemidler til injeksjon. Noen

provinser har farmasøytrekvirering, men det krever at lege har satt en diagnose. I provinsen Alberta betaler myndighetene for at farmasøyer skal ta opp legemiddelhistorikk og sørge for at pasienten får en korrekt legemiddelliste. Farmasøyten går også igjennom og informere om alle legemidlene, avdekker eventuelle legemiddelrelaterte problemer og blir enige om behandlingsmål og hvordan løse eventuelle problemer pasienten har. Dette journalføres i pasientens journal. Farmasøyer med rekvireringsrett kan gjøre endringer i medisineren.



Australia – fastlegene ber farmasøytene dra på hjemmebesøk

I Australia har farmasøytene foretatt hjemmebesøk til legemiddelbrukere for å gjennomgå medisinen og samtale om legemiddelbruken i over ti år. (Home Medication Review). Fastlegene vurderer hvilke pasienter som har behov for å få kvalitetssikret legemiddelbruk, og henviser dem til apotekfarmasøyt. Farmasøytene drar hjem til pasientene, går gjennom legemidlene og gjennomfører en samtale med vekt på pasientens behov. Farmasøyten utarbeider en rapport som sendes til den henvisende fastlege. Lege og farmasøyt diskuterer hvilke endringer og oppfølginger som bør gjøres, og legen blir så enig med pasienten om en oppfølgingsplan som skal sørge for gjennomføring og måling

av avtalte tiltak. Både farmasøyt og lege blir honorert for arbeidet knyttet til slike hjemmebesøk.

Samarbeid vender skepsis til tillitt

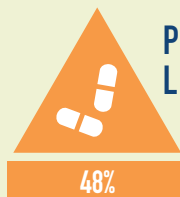
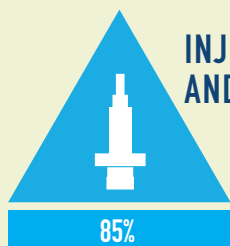
Hva synes nå legene om å samarbeide med farmasøyer på denne måten? Rosa Gallego, en lege fra Portugal, var invitert til å dele sine erfaringer og refleksjoner om det å samarbeide med farmasøyer. Hennes hovedbudskap var at leger er skeptiske til samarbeid før de får forståelse av hva samarbeidet går ut på og hvordan farmasøyer kan bidra. Legene er redd for at farmasøytene skal påpeke feil de har gjort, og derfor definerer de farmasøyten på utsiden av teamet.

Det er også mange organisatoriske barrierer for å få til et godt samarbeid. Gallego pekte på de globale helseutfordringene og behovet for økt pasientsikkerhet i legemiddelbehandlingen. For å utnytte ressursene på en rasjonell måte må vi få til samhandling som utnytter kompetansen på laveste og beste omsorgsnivå, sa hun. Hun mente samarbeid vil bli lettere med felles tilgang til elektroniske journaler, meldingsutveksling og protokoller med definerte behandlingsforløp. Gallego understreket at det ikke finnes en type helsepersonell som kan møte alle pasientens behov, og at det er helt nødvendig å samarbeide. Hun avsluttet med å si: «The ones involved become converted. How are we getting more doctors involved?» ●



VERDENS SAMLEDE VOLUM AV LEGEMIDLER HAR ØKT BETYDELIG DE SISTE 10 ÅRENE

legemiddelbruk i standardenheter i 70 land. Kilde: IMS MIDAS, 2011.



% ENDRING SISTE TIÅR

Gitt denne økningen i volumet, er det helt nødvendig å optimalisere legemidlenes verdi.

HVA KAN FORBEDRES?

Seks grep kan taes for å fremme riktig legemiddelbruk i verden.

FORBEDRING PÅ FØLGENDE OMRÅDER...

- 1 DÅRLIG ETTERLEVELSE
- 2 FEIL LEGEMIDDELBRUK
- 3 OVERFORBRUK ANTIBIOTIKA
- 4 MEDISINERINGENSFEIL
- 5 UNDERFORBUK AV GENERIKA
- 6 DÅRLIG OPPFØLGING AV POLYFARMASI

Utgiftene til annet enn legemidler (vanligvis størstedelen av helseutgiftene) ville blitt redusert fordi man får mindre bruk for tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Legemiddelutgifter ville ha økt ved vedvarende riktig legemiddelbruk, mens redusert overforbruk og feilbruk ville ha redusert legemiddelutgiftene.

Resultatet vil bli bedre helse gjennom økt livskvalitet, redusert sykkelighet og dødelighet.

...VILLE REDUSERT SAMLEDE HELSEUTGIFTER OG BEDRET BEHANDLINGSUTFALLENE

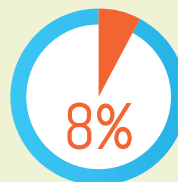
HVA STÅR PÅ SPILL ?

\$500,000,000,000!



NÆR EN HALV BILLION AM. DOLLAR

Det hadde verden sluppet å ha betale i 2011 hvis de seks grepene over hadde blitt gjennomførte.



Dette tilsvarer 8% av verdens samlede helseutgifter. Det representerer **MILLIONER AV LIV** med bedre livskvalitet takket være riktigere legemiddelbruk.

HVA BESTÅR DEN HALVE BILLIONEN AV:



Apotekteknikerens rolle i fremtidens apotek

Under årets FIP ble det for første gang invitert til satelittsymposium om apotekteknikerer i forkant av selve kongressen, noe flere visste å sette pris på. Undertegnede deltok for å få innspill til hvordan denne viktige ressursen kan brukes optimalt i fremtidens apotek.

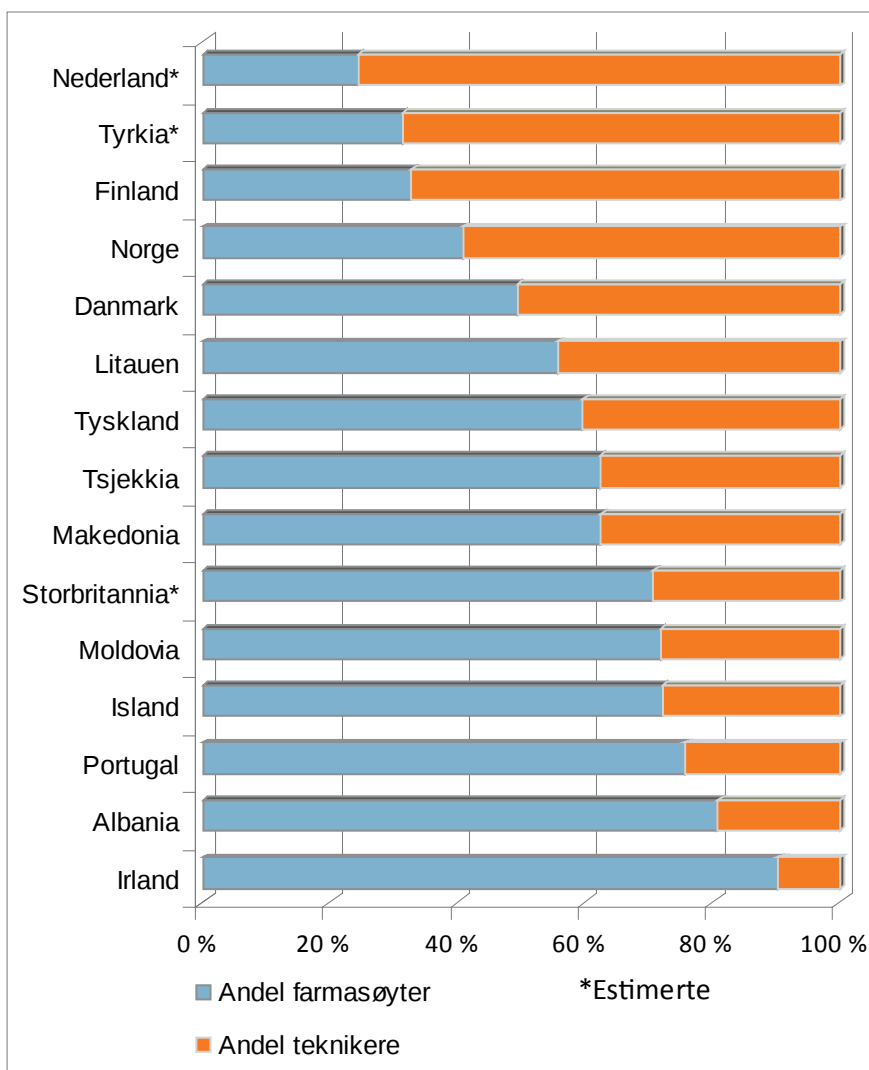
■ Av Eirik Torheim, Apokus

I internasjonal målestokk utgjør ikke apotekteknikerne noen ensartet gruppe. Tvert imot kommer de i mange forskjellige varianter og er også kjent som apotekassistenter, legemiddeldispensere og farmakonomer, for å nevne noen.

Viktig for pasientsikkerheten

Felles for dem alle er imidlertid at de utfører viktige støttefunksjoner i apoteket og i løpet av symposiet fikk vi flere eksempler på hvordan apotekteknikerer kan bidra til å støtte pasientsikkerhetsarbeidet og sikre kvaliteten på tjenestene som tilbys i apotek (se faktaboks). De enkelte land har imidlertid meget forskjellige utgangspunkt og det er nødvendig å tilpasse seg lokale forhold når man skal finne frem til de gode arbeidsmåtene. I Europa varierer andelen teknikere i apotek fra under 10 prosent av arbeidsstokken i Irland til over 75 prosent i Nederland (se figur). Tilsvarende varierer andelen farmasøyter fra under 25 prosent til over 90 prosent. Det er naturlig å tenke seg at forholdstallene mellom de to yrkesgruppene har innvirkning på hvilke typer arbeidsoppgaver apotekteknikerer utfører. I apotek med forholdsvis få farmasøyter er det kanskje nødvendig at teknikeren påtar seg mer ansvar, mens det i motsatt fall ofte er farmasøyten som utfører det farmasifaglige arbeidet.

Norge er ikke alene om å oppleve at apotekene får stadig vanskeligere rammevilkår. Dette er en utvikling som gjenspeiles over hele verden med blant annet sterk regulering og lavere legemiddelpriser som drivende faktorer. Nye legemiddelrelaterte tjenester i apotek utgjør dermed en stadig viktigere del av apotekenes økonomi og det kan godt tenkes at det er dette vi etter hvert vil bruke mest tid på. FIP-symposiet viste at apotekteknikerer kan bidra i en slik omstilling. ●



Figur: Andelen apotekteknikere varierer kraftig fra land til land (data fra FIP Global Pharmacy Workforce Report 2012).

Eksempler på hvordan apotekteknikerer kan bidra til riktig legemiddelbruk:

- Gi råd om egenpleie og innspill til hvordan legemiddelrelaterte problemstillinger kan unngås
- Avdekke legemiddelinteraksjoner og doseringsfeil
- Lytte til pasienten – har han vanskeligheter med å følge behandlingen han mottar?
- Sikre tilgjengeligheten av viktige medisiner på apotekets lager
- Samhandle med farmasøyt og annet helsepersonell

Kilde: Catherine Piron, European Association of Pharmacy Technicians (EAPI)

HVA KAN GJØRES ?

Mer enn 50 anbefalinger om implementering av pragmatiske løsninger basert på erfaringer fra land der effektdokumentasjon foreligger, er utarbeidet for helseministre og andre offentlige og private "stakeholders".

HVER ANBEFALING VURDERER HENSYN TIL:



Tid det tar før det virker
(Maks 5 år)



Effekt på helse



Innledende utgifter ved tiltaket

BESLUTNING AV HVILKE ANBEFALINGER SOM ER EGNET

Følgende vurderinger må gjøres:



Hvilke anbefalinger passer for lokale behov, og i hvilken prioritert rekkefølge?



Hvilken kompetanse må være tilstede for å oppnå effektiv implementering?

FØR IMPLEMENTERING MÅ ANBEFALINGENE VURDERES I LYS AV FØLGENDE SUKSESSFAKTORER:



POLITIKK



SAMHANDLING



UTDANNING OG
KAPASITET



IT-LØSNINGER



INSENTIVER

FEM POTENSIELLE NØKKELANBEFALINGER:

1. ____ Gi tilslutning til at farmasøyter får større rolle i oppfølgingen av legemiddelbruk.
2. ____ Invester i legemiddelgjennomgang for eldre.
3. ____ Innfør obligatorisk rapportering av antibiotikabruk.
4. ____ Tilrettelegg for en kultur der de som rapporterer feil ikke får skyld i hendelsen.
5. ____ Gi tilslutning til å målutrede pasientforløp for de vanligste ikke-smittsomme sykdommer.

Å implementere tiltak for å fremme ansvarlig legemiddelbruk kan være utfordrende, men det er viktig. Overgangen til en bedre legemiddelpolitikk vil ta tid. Men enhver leder kan ta initiativ og nødvendige skritt for å fremme riktig legemiddelbruk nå.

Forsyningssikkerhet

Legemiddelmangel er et økende problem internasjonalt, så vel som i Norge. En av foredragsholderne som så nærmere på forsyningssikkerheten var Per Troein i IMS Health. I følge Troein har forsyningskjeden for legemidler i en lang periode vært strukturert, rask og pålitelig. Dette er nå i ferd med å endres, blant annet på grunn av økt handel mellom land og økt kostnadspress.

■ Av Jostein Hamberg, Apotekforeningen

En artikkel skrevet av Verdens helseorganisasjon fra 2012¹ viser at mange land sliter med mangel på legemidler. En rapport fra IMS Health fra november 2011² om legemiddelmangel i USA, viser at to tredjedeler av de legemidlene det har vært mangel på kom fra en av følgende fem diagnoseområder: kreft, infeksjonssykdommer, hjerte-kar-sykdommer, sykdommer i sentralnervesystemet og smertelindring. Legemidler for behandling av kreft sto for 16 prosent av alle disse manglene.

Fire trøbbelfaktorer

I følge Per Troein er det spesielt fire årsaker til enkelte land opplever leveringsproblemer. Dette er regulatoriske tiltak fra myndighetene, betalingsproblemer, produksjonstekniske årsaker og parallellhandel.

Regulatoriske tiltak fra myndighetene
På grunn av den økonomiske krisen har flere land gjort regulatoriske grep

som har redusert prisene på legemidler. Dette har bidratt til at det er mindre lønnsomt å produsere legemidler.

Betalingsproblemer

Flere land har ikke mulighet til å betale for seg. Dette fører til at legemiddelleverandører velger ikke å selge til disse landene. Dette gjelder spesielt de landene som er hardest rammet av den økonomiske krisen, som for eksempel Hellas. Legemidler som var tiltenkt markedet i Hellas, blir dermed i stedet parallelleksport til land som har mulighet til å betale.

Produksjonstekniske årsaker

En ny trend er at hvem som er markedsleder i et legemiddelsegment skifter fortere. Det finnes flere eksempler på at markedslederen har skiftet fra måned til måned. En grunn til at dette skjer oftere enn før er blant annet at det i dag er færre leverandører for de ulike diagnoseområdene. Over 50 prosent av legemidlene hvor det er registrert legemiddelmangel har ikke flere enn to tilbydere, noe artikkelen fra Verdens helseorganisasjon viser til¹. Hvis for eksempel fabrikken til en av

produsentene brenner ned eller får andre produksjonstekniske problem, vil det føre til at etterspørselen rettet mot den andre produsenten blir større enn hva de har mulighet til å dekke på kort sikt.

Parallellimport/parallelleksport

Legemiddelsalg mellom europeiske land har de siste årene økt. Prisforskjeller, sammen med politikk som støtter parallellimport, har ført til at parallellhandelen i EU nå omsetter for 5,2 milliarder euro. Dette tilsvarer nærmere 39 milliarder kroner. I følge IMS Health har legemiddelomsetningen økt med 0,9 prosent. Parallellhandelen har økt med 1,5 prosent, mens legemiddelomsetning som ikke har med parallellimport har økt med 0,8 prosent.

I følge Per Troein er det ikke lenger bare de vanlige middelhavslandene som driver med parallelleksport. I tillegg eksporteres det nå sykehusprodukter fra blant annet Storbritannia, Norge, Frankrike, de baltiske landene og Belgia. Videre har Hellas og land i Øst-Europa store eksportvolum. På den andre siden er det store importmarkeder med høy vekst, herunder Storbritannia,

¹ Shortages of medicines: a complex global challenge – Andy Gray & Henri R Manasse (Bulletin of the World Health Organization 2012;90:158–158A. doi:10.2471/BLT.11.101 303)

² Drug Shortages: A closer look at products, suppliers and volume volatility IMS Institute for Healthcare Informatics 2011



Nederland og Sverige. IMS Health anslår at denne trenden vil fortsette å endres når prisene endres.

Konsekvensene av leveringsproblemer

Per Troein mener leveringsproblemene skaper økte kostnader i forsyningskjeden. Blant annet fører legemiddelmangel til at apotek/grossister må

bruke mer tid på å få finne legemidler som kan importeres. Videre vil man fort oppleve at når man først får tak i legemidler så vil man hente mer for å bygge opp lager. Dette fører igjen til at andre ikke får tak i legemidlene. Dette gjelder selv om tilbudet i utgangspunktet er stort nok til at alle kan få det de trenger. Legemiddelmangel fører også til at pasienter blir engstelige for om de

vil få de legemidlene de har behov for. Grossister og apotek taper renommé ved at de ikke klarer å skaffe nødvendige legemidler.

Alle de ovennevnte konsekvensene fører til at man får en mindre oversiktlig forsyningskjede som blant annet øker faren for at falske legemidler entrer det norske markedet via useriøse internettapotek eller på annet vis. ●

Hvordan holde faglig fokus i en kommersiell bransje?

Apotekenes rammevilkår er i dag slik at man er økonomisk avhengig av å selge varegrupper som man tradisjonelt ikke har definert som en del av apotekenes kjernevirksomhet. Hvordan skal man beholde den høye tilliten og fokus på apoteket som faghandel?

Jenelle Sobotka, President i American Pharmacist Association (APhA), fortalte hvordan de arbeider med dette i USA. Hun mener profesjonsforståelsen og fagligheten bygges gjennom grunnutdanningen, og understreket hvor viktig

det er å rekruttere studenter med riktige holdninger. Universitetet hun arbeider på har innført intervjuer i tillegg til karakterkrav ved opptak, og studentene avga en «farmasøyt-ed» før de begynte i praksis. Videreutdanningsprogrammet med akkreditering for spesialiseringer bidrar til å opprettholde fokuset på faglighet.

– Hvordan klarer en farmasøyt å opprettholde fagligheten i et kommersielt marked? spurte Sobotka, og svarte: Det starter med et godt faglig fundament og en god profesjonsforståelse.

Hvordan skal farmasøyten...

- sikre at omsorg for kunde/pasient kommer foran økonomisk avkastning
- sikre at kvaliteten på kunde/pasientbehandling opprettholdes når fokuset er på volum og rask reseptekspedering
- sikre riktig legemiddelbruk i systemer som fokuserer på kostnadsreduksjon
- fokusere på faglig praksis mens man forsøker å sikre en forfremmelse eller unngå å miste jobben

■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Sosiale nettverk styrker pasienten

I sosiale nettverk diskuterer pasientene sykdomssituasjonen sin og legemidlene de bruker. De diskuterer bivirkninger og alternative behandlinger. Pasientene gir hverandre styrke på nett.

■ Jostein Soldal, Apotekforeningen

Det er konklusjonen til farmasøyt Cody Midlam, Duquesne University i Pittsburgh i USA, når han presenterer nye trender innen bruk av sosiale medier blant pasienter.

Pasientens nye rolle på internett og i sosiale nettverk vet vi en del om, men hvordan farmasøyten skal forholde seg til den nye hverdagen, må vi foreløpig bare spekulere om, i følge Midlam.

På nettsteder som Patients-LikeMe og Alliance Health

Network har hundretusener av pasienter i flere år kunnet diskutere helse og legemiddelbruk med likesinnede.

Vi vet at pasienter med sjeldne sykdommer er de mest aktive på nettet, sa Midlam. Omtrent halvparten av denne pasientgruppen bruker aktivt internett for å lære om og diskutere sykdommen sin, mens omkring 15 prosent av pasienter uten kroniske tilstander diskuterer sykdommen sin med andre pasienter online.

E-pasienten kjennetegnes ved at han er online, i stand til å bruke teknologien, er engasjert i sin egen helse og får bedre mestringsfølelse. Ikke

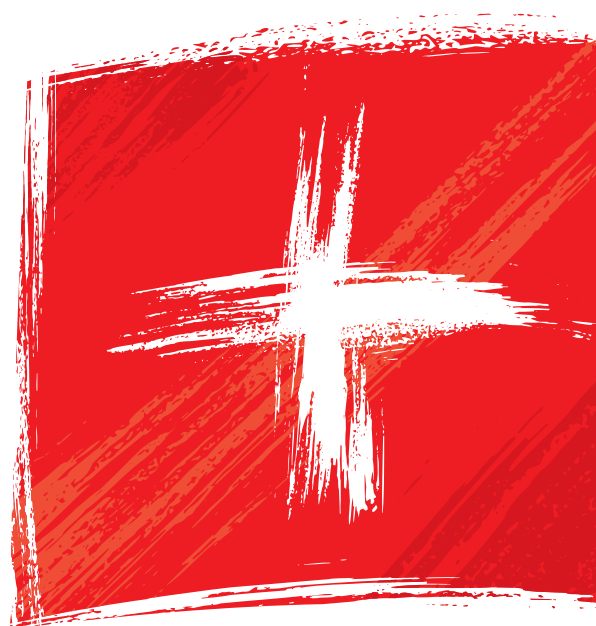
alle er i denne situasjonen. Jo flere sykdommer du har, jo mindre sannsynlig er det at du diskuterer med andre på sosiale nettverk. Men dette kan også henge sammen med alder. Ca. 10 prosent av alle over 65 år bruker nettet til å diskutere sykdom, viser Midlams kunnskapsgjennomgang.

Midlam har også funnet at 1/4 av diabetespasientene som diskuterer sykdommen sin med likesinnede, avslører følsomme sider ved sykdommen som de trolig ikke ville diskutert med legen. Det er lettere å dele sensitiv kunnskap om seg selv med andre i samme situasjon enn med profesjonelt helsepersonell, antyder Cody Midlam.

Det finnes lite dokumentasjon og kunnskap om farmasøytenes nye rolle i sosiale medier. Midlam tror at vi på kort sikt fortsatt vil se et klart skille mellom sosiale nettverk der innholdet er skapt av brukere, for brukere og mellom brukere, og profesjonelle sosiale nettverk der innholdet er drevet av helsepersonell. Men han antyder også at farmasøytens og annet helsepersonells rolle på litt sikt kan være med på å kvalitetssikre og kommentere faglige spørsmål som pasienter tar opp seg imellom. Farmasøyten kan ha en rolle som kvalitetssikrer i de pasientdrevne sosiale nettverkene. ●

Medisinsk hjelp på apoteket

I Sveits finnes det områder med god apotekdekning, men med dårlig legedekning. Det ville derfor være en fordel for de som bor slike steder om man kunne få til et samarbeid som utnyttet apotekenes infrastruktur og kompetanse, og samtidig kunne tilby medisinsk oppfølging fra lege. Den sveitsiske apotekforeningen PharmaSuisse satte derfor i gang et samarbeidsprosjekt som tar i bruk farmasøytisk rådgivning, og som åpner for medisinsk videokonsultasjon ved behov.



■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Dette var utgangspunktet for foredraget til Martine Ruggli, i PharmaSuisse: «Collaboration between physicians and pharmacists for primary health care in the pharmacy.»

Først utarbeidet PharmaSuisse behandlingsalgoritmer for utvalgte sykdommer i samarbeid med leger, og farmasøyter ble lært opp i å bruke dem. Prosjektet startet med en behandlingsalgoritme for ryggsmarter i april 2012, og nå finnes det 24 slike behandlingsalgoritmer som tilbys fra over 200 apotek.

Når en kunde kommer på apoteket med et spørsmål vil farmasøyten vurdere om symptomene faller inn under en behandlingsalgoritme. Hvis så er tilfelle er det tre mulige utfall (se figur). Farmasøyten kan finne frem til riktig behandling ved hjelp av algoritmen

hvis symptomene er mindre alvorlige. Det foreslås da et reseptfritt legemiddel. (PharmaSuisse ønsket å inkludere farmasøytrekvirering av enkelte reseptpliktige legemidler i ordningen, men det ønsket ikke andre samarbeidspartnere). Dersom symptomene er alvorlige og akutte angir behandlingsalgoritmen i hvilke tilfeller kunden skal henvises til lege, legevakt eller sykehus. I de tilfellene det ikke haster, kan kunden velge å få en videokonsultasjon med lege på apoteket. Alle konsultasjoner, både med farmasøyt og lege skjer på et lukket informasjonsrom. Kunden velger selv om de ønsker å snakke med legen alene, eller om de vil ha farmasøyten tilstede.

Farmasøytene tar 15 Sveitsiske Franc (ca 90 NOK) for rådgivningen knyttet

til en behandlingsalgoritme. Pris for en videokonsultasjon med lege er 48 Sveitsiske Franc (ca 300 NOK). De kundene som har en spesiell helseforsikring får dette dekket av forsikringen, og trenger ikke betale. De andre kundene betaler honoraret selv. Utgiftene til legemidlene kommer i tillegg. Reseptbelagte legemidler vil ofte dekkes av helseforsikringen. I april 2013 publiseres rapporten som dokumenterer tjenestens kostnadseffektivitet.

6 måneder etter at prosjektet startet er det gjennomført over 1000 behandlingsalgoritmer og 352 videokonsultasjoner. Prosjektet gjøres i samarbeid med teknologi og telekomleverandørene Swisscom og Cisco, forsikringsforetaket Helsana og telemedisinsleverandøren Medgate. ●

**Initial advice
from the
pharmacist
(triage)**

Advice, possible dispensing of drugs by the pharmacist

Videoconsultation with Medgate physician

Direct transfer (physician, emergency, therapist etc.)

Etikk – forplikter og gir muligheter



– Farmasøyter må gripe dagens utviklingsmuligheter og hele tiden «practise at the top of our license». Det finnes et større handlingsrom enn vi gjerne tror, og det er i de fleste tilfeller ikke lovverket som forhindrer utvikling av nye eller forbedring av eksisterende farmasøytiske tjenester.

■ Av Cathrine Klerck Fransson, Apotekforeningen.

Det sa Diane B. Ginsburg (M.S., R.Ph., FASHP), professor ved Texas universitet i Austin, College of Pharmacy. På FIP delte hun av sine erfaringer fra farmasien i USA i foredraget «Etics on the Move – Is Practice More Exciting?»

– Etikk er en viktig innfallsvinkel. Det er viktig at den etiske koden er kjent for alle, sa hun.

Når alle vet hva man kan forvente av en farmasøyt, forplikter dette ved at det er en form for kontrakt mellom farmasøyten og pasienten. Koden skal brukes som retningslinje for praksis, refereres til som «lovpålagt» og skal fungere som et etisk kompass for utøverne.

Ginsburg var opptatt av at etiske problemstillinger må bli tatt på alvor, både under og etter studietiden. Derfor inngår det i undervisningen på Univer-

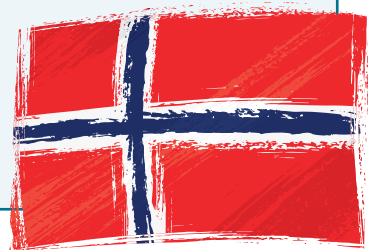
sitetet i Texas at studenter diskuterer etiske problemstillinger på tvers av ulike helseprofesjoner. I følge Gainsburg er alle tilfeller unike og det finnes ingen standardsvar for etiske problemstillinger. Hun spør at det i fremtiden generelt vil bli moralske og etiske utfordringer i spenningsfeltet mellom pasient–utøver–arbeidsgiver. Dette vil gjelde alle utøvere i helsetjenesten, inkludert farmasøyter. Det er viktig at bransjen selv tar dette på alvor. Ginsburg avsluttet sitt innlegg med følgende sitat, til ettertanke:

«We can lead the change that we believe in or we can just position ourselves to be forced to accept the change being put on us by others. The choice is quite clear... We're going to lead the change.»

William A. Zellmer, M.P.H. ●

Etikk i Norge

I Norge har vi Etiske retningslinjer som er basert på internasjonale retningslinjer og bransjestandarder for apotek (BRA). Det inngår i Etikkrådet sine oppgaver å behandle spørsmål vedrørende farmasøyters yrkesetikk. Klager på farmasøyters opptreden kan meldes til rådet. For mer info: www.nfs.no/



Hva skal det stå?

Pasienter bør være med å identifisere hvilken type legemiddelinformasjon de selv trenger. De har et annet perspektiv enn forskere og helsepersonell.

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Det sa Joanna Groves i IAPO (International Alliance of Patients Organizations). IAPO er en global organisasjon for nasjonale, regionale og internasjonale foreninger som representerer ulike pasientgrupper.

Alle land har pasienter med dårlig forståelse av egen helse og sykdom, «poor level of health literacy». Dårlig helseforståelse gjør det vanskelig å ta riktige valg i forhold til egen sykdom.

– God informasjon er nøkkelen til å maksimalisere effekten av legemidlene og forbedre pasientens helsesituasjon og livskvalitet. Informasjonen må være skrevet for pasientene slik de selv hadde uttrykt det. For å få til dette, er det viktig med partnerskap med pasientorganisasjonene i utformingen av informasjon om legemidler, sa hun, og

listet opp en del elementer som er viktig for pasientene:

– Det viktigste pasientene trenger å vite om legemidlene de tar, er at de er trygge og effektive mot den lidelsen de har. De vil vite hva slags fordeler legemidlene gir, og hvordan legemidlene kan bidra til å bedre helsen og øke livskvaliteten. Pasientene ønsker også å vite om bivirkninger. Hva de skal gjøre hvis de får en annen reaksjon enn forventet? De ønsker også informasjon om hvordan behandlingen virker sammen med annen behandling. De ønsker å vite hvordan de skal ta legemidlene sine riktig og trygt, og hvordan de skal passe behandlingen inn i sitt eget liv.

Groves listet opp noen hovedprinsipper for utforming av pakningsvedlegg:

– Informasjon skal være korrekt og forståelig

- Innholdet må være relevant og skreddersydd
- Formatet må være kulturelt og lingvistisk riktig for det landet det gjelder
- Pilottesting på hovedmålgruppe er essensielt
- Skriftlig informasjon er ikke nok. Pakningsvedlegget er kun et supplement til toveis kommunikasjon

Man skulle tro at dette var ganske så enkelt, sa Groves, men de tiltakene som er blitt gjort på utformingen av informasjon i pakningsvedleggene har ikke vært gode nok. Pasientene bør involveres i alle ledd, helt fra starten av i design og implementering, underveis i utformingen, og til kommunikasjon og evaluering i etterkant, avsluttet hun. ●



Bør apotek gjenoppfinne seg selv for å overleve?

■ Av Jon A. Andersen, Apotekforeningen

Philip J. Schneider fra University of Arizona snakket om det han kalte «disruptive innovation». Normalt tenker man på innovasjon som teknologiske fremskritt, der gjerne både pris og kvalitet øker sammenliknet med alternativene. Philip J. Schneider viste til at det ikke alltid er slik at forbrukerne vil ha fremskritt i betydningen bedre kvalitet. Innovasjoner kan «overshoot the market». Den brede masse vil ikke nødvendigvis ha det beste til enhver pris. Han viste til eksempler fra andre

bransjer, der kvalitet er blitt utkonkurrert av produkter med lavere kvalitet og lavere pris. Som eksempler på dette dro han fram at Encyclopedia Britannica er konkurrert ut av Wikipedia. Platespillere er feid av banen av håndholdte musikkavspillere med komprimert musikk. Bokhandlere møter hard konkurranse fra e-bøker.

Hvilken lærdom kan apotek trekke av dette? Jo, vi kan risikere å møte hard konkurranse fra andre distribusjonskanaler. Tilgang til informasjon og

legemidler fra andre kanaler enn apotek vokser fram, hvilket kan lede til at tradisjonelle apotek kan betraktes som «overshoot the market». Som mulig løsning trakk han fram dekomponering av apotekenes virksomhet. Man kan i større grad se distribusjon av legemidler og andre tjenester som forskjellige virksomheter, og innretter seg deretter. En mulig praktisk implikasjon av dette er at man satser mer på kompetansebaserte tjenester i apotek med egen prising. ●

Liberalisering av apotek

■ Av Jon A. Andersen, Apotekforeningen

Regelverk for eierskap og etablering av apotek varierer i Europa. Norge blir regnet som blant de aller mest liberale hva angår eierskap og etablering. I mange land er det krav til farmasøytisk eierskap, og begrensninger på etableringsadgang i form av krav om minste kundegrunnlag, minsteavstand til nærmeste konkurrerende apotek etc. I flere land er det imidlertid diskusjon om liberalisering. Apotekene i de land der liberalisering diskuteres, er som hovedregel motstandere av liberalisering. Liberalisering ble diskutert i en av sesjonene på årets FIP-kongress.

John Chave fra PGEU i Brussel innledet med en ganske balansert

fremstilling av pluser og minuser ved liberalisering. Danmarks Apotekerforening holdt et innlegg der de redegjorde for systemet i Danmark. Apotekbransjen i Danmark er tilfreds med deres system, og kan ikke se på hvilken måte en liberalisering skal kunne gagne samfunnet. Apotekerforeningen i Danmark sa videre at liberalisering ikke var et stort tema for befolkning eller de fleste politikere, men at det var en stor sak for konkurransemyndighetene.

En representant for Ungarn holdt også innlegg. I Ungarn liberaliserte man for noen år siden. Den ungarske representanten fortalte at man til slutt reverserte liberaliseringen. Begrun-



nelsen for dette virket litt merkelig sett med norske øyne: Liberaliseringen ga mer konkurranse, flere apotek og marginpress. ●



Navn: Geir Stene-Larsen

Alder: 56

Sivil status: Gift

Bosted: Bærum

Stilling: Ekspedisjonssjef, HOD

Utdanning: Lege, spesialist i indremedisin

Hobby: Golf, foto, lesing og snekring

Ønsker mer samarbeid

–Legenes vakter på sykehusene har blitt kortere og pasientene skal ha minst mulig liggetid. Det gjør det vanskeligere å følge opp effekten av medisiner. Dette og andre endringer i helsevesenet gjør det viktigere enn før å trekke inn farmasøyter i arbeidet med å vurdere den totale bruken av legemidler.

■ Av Bjørn Kvaal



– Helsevesenet og apotekene er i stadig endring. Jeg merker det tydelig selv når jeg ringer inn en resept. Jeg møter mer selvsikkerhet hos farmasøyten. De kan sette spørsmålstegn ved valg av legemiddel, dosering og informerer om bivirkninger. De har inntatt en mer aktiv rolle, sier Geir Stene-Larsen, ekspedisjonssjef i Folkehelseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet. (Begge foto: Bjørn Kvaal)

Som ung lege kunne Geir Stene-Larsen ha vakt på sykehuset fra fredag morgen til mandag ettermiddag, riktignok med mulighet for å sove litt mellom konsultasjonene.

Hyppigere vaktskifte

– Det kan sies mye om lengden på slike vakter. Men en fordel var at vi kunne følge pasientens utvikling tettere over lengre tid. I dag er det vaktskifte langt hyppigere, ofte etter bare åtte timers vakt. Det gjør det vanskeligere å observere effekten og uønskede bivirkninger av legemiddelbehandlingen hos pasientene. Derfor er det blitt enda viktigere at klinikerne lytter til de pårørende når de varsler om viktige endringer i pasientens tilstand, sier Stene-Larsen.

Han begynte i august i år som ekspedisjonssjef i Folkehelseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), etter å ha vært direktør for Nasjonalt folkehelseinstitutt siden 2001. I nyinnflyttede lokaler i Oslo sentrum, i et bygg der Enkekassen fra 1892 og to nyere bygg er forenet, sitter de rundt 250 HOD-ansatte bak nytt og moderne sikkerhetsglass og vurderer blant annet framtidens bruk av apotek og kunnskapen til de apotekansatte.

Skole og ambulanse

Stene-Larsen er spesialist i indremedisin og har hatt legestilinger i og utenfor sykehus, i legevakt, sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste, allmennpraksis og i psykiatrien. Han har hatt nærhet til kost-nytte-vurderingene i helsevesenet og konsekvenser av bruk av legemidler, sett hvordan eldre mennesker og pasienter i psykiatrien feil- og overmedisineres. 56-åringen har møtt mange pasienter som har brukt unødvendige medisiner fordi det ikke har vært foretatt en legemiddelgjennomgang, og han har erfart at viktige opplysninger er gått tapt ved bytte av omsorgsnivå.

– Dette handler også om kunnskap om hvordan man bør klare seg uten legemidler hvis det er mulig, fordi medisiner koster penger og har bivirkninger. Et av de tydeligste eksemplene på det er effekten som kan oppstå ved langvarig og kronisk bruk av smertedempende medisiner som Paracet. Hos mange hodepinepasienter blir plagene verre og ikke bedre av denne legemid-

delbruken. Derfor er det urovekkende at blant annet en del ungdom bruker reseptfrie smertedempende medisiner mot alle slags plager, også kjærlighets-sorg. Det er alvorlig hvis de tror at all smerte kan lindres med en pille, sier Stene-Larsen.

– Hva tenker du da om at det ble åpnet for salg av smertedempende medisiner på døgnåpne bensinstasjoner?

– Mange ønsker å ta mer ansvar for egen helse, og vi må ta hensyn til at folk vil velge selv og ønsker frihet. I dag har en del apotek åpent like lenge som mange kjøpesentre, altså klokken ni til 22, og da er behovet for slike varer i dagligvarehandelen og på bensinstasjoner ikke lenger så viktig en del steder i Norge, sier Stene-Larsen.

Han tror likevel det ikke vil være mulig å trekke disse varene ut av hyllene til dagligvareforretningene og bensinstasjonene i dag, på grunn av folks forventninger.

Mystikk på apotekene

Stene-Larsens første minne om apotek var da han var med mormoren sin for å hente en mikstur som apotekeren laget til henne. Det var en slags mystikk og hemmelighetens skjær over det hele, for det var ikke mulig for kundene å se hva som foregikk bak de brune, høye hyllene i ekspedisjonen. Senere minnes Stene-Larsen den lange ventetiden for å få ekspedert reseptene og en ikke utpreget vennlighet fra de ansattes side. De visste best.

– Håndverket, altså produksjonen, er borte. Men den faglige dreiningen og kvalitetssikringen har vært til beste for kunden og helsevesenet, sier Stene-Larsen.

– Har legens hverdag blitt for travel til at pasienten får en god nok oppfølging?

– Det er bekymringsfullt hvis tiden per pasient blir mindre, og behandlingen ikke blir god nok. Men i sum er jeg overbevist om at pasientene får tidligere og bedre hjelp nå enn før. Men vi kartlegger stadig mer i helsevesenet. Det gjør at vi også oftere oppdager svikt.

Stene-Larsen trekker gjerne farmasøytter inn i legenes legemiddelgjennomgang, fordi de har gode kunnskaper om bivirkninger og interaksjoner.

– Jeg tror farmasøytene og legenes kunnskap i for liten grad er integrert. En farmasøyt, i kombinasjon med legens kliniske kunnskap og erfaring, vil være til stor nytte. Samtidig skal de fortsatt ha hver sine ansvarsområder. Det er viktig å opprettholde rolleskillet mellom det å forskrive medisiner og det å selge dem, sier Stene-Larsen.

Må se nytten

Personlig tviler han på at det er sannsynlig at kommuner eller sykehus kan pålegges å ta i bruk farmasøytisk kompetanse. Det vil være bedre at en slik motivasjonen ligger hos allmennlegene og sykehus, og ikke er noe HOD pådytter dem. Men Stene-Larsen understreker at dette må være en politisk avgjørelse og at han ikke kan si hva som blir den endelige beslutningen. Som sykehuslege hadde Stene-Larsen selv stor nytte av at farmasøytters kompetanse. Blant annet ble legemiddelbruken på systemnivå, for eksempel en avdeling, kartlagt. Legene måtte forklare sine valg, og farmasøytene kunne fortelle om andre, like gode, men billigere medisiner, om interaksjoner og om bivirkninger. Det bidro til en mer reflektert holdning til medisiner hos legene.

– Hva gjør deg mest glad i arbeidet?

– At mine medarbeidere lykkes med det vi har satt oss fore.

– Hva frustrerer deg mest?

– Prosesser som tar for lang tid.

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

– Jeg ville likt et studieopphold i et spansktalende land hvor jeg kunne sette meg inn i deres måte å drive helsetjenester på.

– Hva gjør du om fem år?

– Jeg liker å holde spenningen oppe og ikke være så sikker på hva jeg gjør om fem år.

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

– Startet med en samtale med dem. Så ville jeg antakelig ha funnet på noe fornuftig sammen med dem, men en dag går fort, også i en ministers liv. ●

Bygge merkevare apotek

– Bransjestandardene er basis for bransjens egen oppfølging av kvaliteten på apotekenes tjenester, sier seniorrådgiver i Apotekforeningen, Cathrine Klerck Fransson.

■ Av Frode Alne Bolin, Apotekforeningen

Fransson leder et samarbeidsprosjekt mellom Apotekforeningen og medlemmene, der de skal se på de eksisterende bransjestandardene, og komme med innspill til nye.

Dagens standarder

Bransjestandardene skal beskrive hva kunder, pasienter, helsevesen og myndigheter kan forvente av apotekene. I noen tilfeller vil Bransjestandarder være utgangspunkt for å etterprøve kvaliteten på apotekenes tjenester.

Det finnes i dag fire bransjestandarder:

- Håndtering av falske resepter
- Rådgivning for reseptfrie legemidler
- Salg av sprøyter og kanyler
- Rådgivning til sped- og småbarnsforeldre

– Bransjestandardene er vedtatt av bransjen. De bygger på et tidligere arbeid, «BRansjester for Apotek», vanligvis omtalt som BRA-dokumentet. BRA-dokumentet bygger igjen på nordiske og internasjonale retningslinjer, og er i så måte en form for «moderstandard». Dagens fire bransjestandarder er en ytterligere konkretisering av fire utvalgte temaer, forklarer Fransson.

Rammeverk for nye standarder

I apotekbransjen blir bransjestandardene ansett for å være viktige redskap for å sikre merkevaren apotek og jobbe for at apotek forblir en faghandel med troverdighet og tillit i befolkningen.

– Bransjen har etterspurt kriterier for utarbeidelse av bransjestandarder. Apotekforeningen har derfor i samar-

beid med de fire største medlemsgrupperingene startet opp et prosjekt som skal lage et rammeverk for bransjestandarder, sier Fransson. Hun forklarer at mye av diskusjonen dreier seg om hvilket nivå bransjestandardene bør ligge på. De må være overordnet, men samtidig være såpass konkrete at de oppleves som nyttige. Rammeverket skal bidra til at vi får enda mer treffsikker bransjestandarder i fremtiden.

I tillegg til samarbeidet med medlemmene, har prosjektledelsen også hatt møter med NFF og Farmasiforbundet, for å sikre at prosjektet også er forankret hos organisasjonene til de apotekansatte.

– Prosjektet skal ikke utarbeide nye bransjestandarder, men levere forslag til temaer hvor det kan være aktuelt å lage nye bransjestandarder, påpeker Fransson.

Apotekenes forhold til standardene

For prosjektgruppen var det viktig å ta utgangspunkt i hvordan de eksisterende bransjestandardene oppleves og brukes av apotekene i dag. Kunnskap om dette kan brukes i det videre arbeidet med å utarbeide kriterier og utarbeidelse av nye bransjestandarder.

– Vi sendte ut en spørreundersøkelse til Apotekpanelet, som er et utvalg apo-



Fra venstre: Kari Svane Mellbye, Boots apotek, Solrun Elvik, Apotek 1, Anne Dyvesveen, Sykehusapotekene HF, Cathrine Klerck Fransson, Apotekforeningen, Tore Reinholdt, Apotekforeningen og Frode Alne Bolin, Apotekforeningen. Ikke tilstede: Åste Flatmark, NMD. (Begge foto: Vendil Åse)



tek, geografisk og kjedemessig spredd, som har meldt seg frivillige til å svare på undersøkelser fra Apotekforeningen. Selv om det er en liten andel av landets totale apotek som da gir sin stemme, gir undersøkelsen et hint om hvilket forhold apotek har til bransjestandarder, sier Fransson.

I daglig bruk

Apotekpanelet ble spurt om i hvilken grad de bruker de fire eksisterende bransjestandardene i sitt daglige arbeid. Standarden for håndtering av falske resepter var mest brukt. Hele 78 prosent svarte at de brukte denne. For de andre standardene svarte 60 prosent at de brukte standarden for rådgivning for reseptfrie legemidler, 38 prosent fulgte

standarden for rådgivning til sped- og småbarnsforeldre, mens 37 prosent benyttet standarden for salg av sprøyter og kanyler.

– Dette kan tyde på at særlig den bransjestandarden som omhandler falske resepter, er utformet på en vellykket måte, sier Fransson.

Riktig ambisjonsnivå

Flere av spørsmålene i undersøkelsen gikk på hvorvidt bransjestandardene opplevdes som nyttige, forståelige og på riktig ambisjonsnivå. Her varierte svarene en del for de forskjellige bransjestandardene:

– Ser vi på standarden for håndtering av falske resepter, mener 88 prosent at den er nyttig i det daglige arbeidet, like

mange at den er forståelig, og 82 prosent at den er på riktig ambisjonsnivå. Andre av standardene fikk lavere score på dette, og gir oss en pekepinn på at de kan gjøres bedre eller annerledes, sier Fransson.

Resultatene fra undersøkelsen skal analyseres videre, men prosjektlederen kan allerede konkludere med at undersøkelsen har gitt mange verdifulle innspill:

– Vi i prosjektet er veldig fornøyd med de svarene undersøkelsen har gitt oss, og er svært takknemlige overfor alle de som tok seg tid til å besvare undersøkelsen, sier Fransson.

Prosjektet avsluttes i april 2013 med overlevering av en rapport til Apotekforeningens styre. ●

Kvalitetsindikatorer – et felles mål for bransjen

Apoteksektoren ønsker å styrke sin posisjon i helsetjenesten. Da må kvalitet og utvikling kunne dokumenteres over tid i apotek. Mye av det faglige arbeidet er lite synlige utad, og bransjen må gi brukerne og myndighetene større innsikt i hvordan de apotekansattes unike kompetanse tilfører reseptlegemidlene økt verdi.

■ Av Cathrine Klerck Fransson, Apotekforeningen

Dette fremgår i Apotekforeningens strategi for 2012–2014.

Måling av indikatorer

Apotekforeningen har i samarbeid med de fire største medlemsgrupperingene startet opp et prosjekt som heter «Kvalitetsindikatorer – pilotmåling». Prosjektet har plukket ut to temaer, leveringsgrad og feilekspedisjoner. Ikke fordi det er noe grunn til å tro at det er behov for forbedringer, men fordi disse indikatorene er nært knyttet til pasientsikkerhet og apotekenes formålsparagraf. Leveringsgrad er ekstra aktuelt med tanke på at legemiddelforsyning var temaet på årets farmasidager. I tillegg vet vi at apotekene har egne kvalitetsmål på disse to områdene, noe som gir et godt utgangspunkt for felles måling. Det blir altså ikke noe nytt at man skal registrere og rapportere på leveringsgrad og feilekspedisjoner.

Nytt er at man skal ha felles definisjoner og rutiner i hele apotekbransjen. Det blir ingen revolusjon, men en forsiktig videreutvikling av kvalitetsindikatorer som skal gi et bilde av kvaliteten i apotekene som helhet.

Enkelt å registrere og rapportere

Prosjektet skal få frem felles definisjoner og rutiner og det skal etter planen gjennomføres en felles måling i september 2013. I tillegg til selve målingen skal prosjektet blant annet avstemme planer og forventninger med fagforeningene (NFF og

Farmasiforbundet) og Legemiddelverket. En viktig del av arbeidet blir å levere en kravspesifikasjon for videreutvikling av FarmaPro. Målet er at det skal være enkelt mulig å registrere og rapportere, noe som må kunne gjøres via FarmaPro i selve arbeidssituasjonen. Kvalitetsmålene må på sikt kunne hentes direkte ut av FarmaPro, men dette blir ikke tilfellet i testmålingen i 2013. Erfaringene fra pilotmålingene vil Apotekforeningen bruke videre når det skal utarbeides et rammeverk for kvalitetsindikatorer.



Fra venstre: Jon Øystein Nossen, Boots apotek, Jostein Soldal, Apotekforeningen, Anne-Kristin Bjerga Bjåen, Sykehusapotekene HF, Cathrine Klerck Fransson, Apotekforeningen, Erling Mjelva, Vitusapotek, Heidi Mirelle Eriksen, Apotek 1 og Hilde Ariansen, Apotekforeningen.

ØNSKER DU Å GI KUNDEN DIN EN GOD JUL?

Visste du at 80% av de som sliter med halsbrann
ønsker råd og veiledning fra en apoteksansatt?*



**Kun på
apotek**

10744 / 0121577-1

NYCOMED

Tlf. 800 800 30 • infororge@nycomed.no
www.somac.no • www.nycomed.no • www.etfriskerenorge.no

Et reseptfritt legemiddel for korttidsbehandling ved refluksymptomer hos voksne. Inneholder 20 mg pantoprazol. Les pakningsvedlegget nøye før bruk.

* Abstract accepted for publication at DDW 2009, Chicago The 13-nation study of upper GI systems: age and gender effects Haag, S. et al.

Stopper import av falske legemidler

■ Av Jon A. Andresen, Apotekforeningen

Helseministeren foreslår tiltak mot privatimport av falske legemidler.

Norske internettapotek

– Dette er et viktig tiltak for å trygge folks helse, og bidra til økt pasient-sikkerhet, sier adm. dir. Per T. Lund i Apotekforeningen, i en kommentar til forslaget om lovendring som regulerer privatimport av reseptpliktige legemidler. Et neste skritt bør være at det åpnes for at norske apotek innenfor strenge faglige rammer, kan sende reseptlegemidler til kundene via internettapotek. Det vil ivareta pasientsikkerhet på en god måte, sier Lund.

Netthandel fra useriøse, utenlandske nettapotek er et voksende problem i Norge. Legemidlene som sendes fra slike nettbutikker, er ofte ikke det de gir seg ut for å være. De kan være falske i betydningen at de ikke inneholder det de gir seg ut for å inneholde, eller de kan være reseptpliktige, men selges uten krav til resept fra bruker. Import og bruk av legemidler fra slike nettsteder representerer en trussel mot befolkningens helse.

Når myndighetene avdekker forsendelser av slike legemidler, har de i dag ikke anledning til å beslaglegge og destruere forsendelsen. Slikt vil kreve politianmeldelse, etterforskning, tiltale og rettskraftig dom. Denne prosessen er veldig ressurskrevende, og i praksis går forsendelsen derfor som oftest i retur til avsender. Avsender kan dermed prøve

å sende legemidlene til mottakeren i Norge på nytt, og holde på slik helt til pakken kommer frem. Utenlandske nettapotek kan faktisk gi leveringsgaranti.

Endrer reglene

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 4. september forslag til nye regler for beslagleggelse og destruksjon av ulovlig privatimporterte legemidler på høring.

Departementet vil forby privatpersoner å importere reseptpliktige legemidler ved forsendelse. Det foreslås også å opprette hjemmel i legemiddelloven til å beslaglegge og destruere ulovlig importerte legemidler.

Forslaget er begrunnet i behovet for å beskytte folkehelsen. Dette er et tungtveiende hensyn. Departementet mener å finne støtte i tidligere avgitt dom i EF-domstolen for at hensynet ►

Hver dag vurderer tollvesenet på Alnabru i Oslo 1000 brevpost daglig. 30 prosent av disse inneholder legemidler eller kosttilskudd. Nå ønsker departementet å forby privatpersoner å importere reseptpliktige legemidler ved forsendelse. Beslaglagte legemidler skal kunne destrueres.

til folkehelsen i slike tilfeller veier tyngre enn hensynet til fri flyt av varer og tjenester. De peker også på et eget direktiv i EU som gir medlemsstatene anledning til å forby distanse- salg/fjernsalg av reseptpliktige legemidler.

Legemidlers reseptstatus kan variere mellom land. Et legemiddel som er reseptpliktig i Norge, kan være reseptfritt i det landet det er kjøpt. I slike tilfeller er det reseptstatus i Norge som avgjør om produktet rammes av importforbudet eller ikke.

EF-domstolen har i en tidligere sak kommet til at et generelt importforbud mot reseptfrie legemidler er i strid med EU-regelverket. For å beskytte folkehelsen vil Helsedepartementet derfor stille krav om at det ved importen fremlegges dokumentasjon som gir tollmyndighetene grunn til å forvente at legemidlet er ekte. Dette kan eksempelvis være dokumentasjon som viser at selger i eksportlandet lovlig kan selge legemidler via internett.

Høringsfrist er satt til 4. desember 2012. ●



Den største andelen av sendingene inneholder legemidler og naturpreparater, og en gammel travar – preparater til kroppsbyggere. Potensmidler er på førsteplass blant det nordmenn bestiller over internett. På andre plass er slankemidler.

Falske legemidler i tidsskriftet

Temaet i Apotekforeningens tidsskrift nr. 2 i år var falske legemidler.

I følge Tollvesenet innføres det i Norge inntil 10 millioner ulovlige legemidler hvert år. På Alnabru i Oslo vurderer Tollvesenet 1000 brevpost daglig. Av disse inneholder om lag 30 prosent legemidler og kosttilskudd. Majoriteten av legemidlene som kontrolleres av Tollvesenet er kjøpt på internett. WHO estimerer at 50 prosent av alle legemidler solgt på nettet er piratkopier. Omsetning av falske legemidler er blitt god, global business. Globalt sett er omsetningen av falske legemidler anslått til 75 milliarder dollar i året. Til sammenligning antas narkotikaomsetningen å være på 50 milliarder dollar.

I tidsskriftet var det stor enighet blant intervjuobjektene om at regelverket måtte endres. Og nå har Helse- og omsorgsdepartementet sendt ut på høring et forslag til nye regler for beslaglegging og destruksjon av ulovlig privatimporterte legemidler. Les mer om falske legemidler på www.apotek.no/tidsskriftet.



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

Problemer med overgang fra digitoksin til digoksin

Apoteker Edle Lund ved Apotek 1 Sandvika Storsenter forteller om to reseptintervensjoner hvor kunden skulle gå fra digitoksin til digoksin.



Kasus 1

Mann 80 år kommer på apoteket med en resept som lyder på digoksin 62,5 mcg. Han har tidligere fått utlevert digitoksin 50 mcg. Indikasjonen hans er hjertesvikt (K77). Under samtale med ham kommer det frem at legen ikke har informert om at han må ha en pause på 1 uke før oppstart med digoksin.

Lege ble kontaktet per telefon. Vi blir enige med legen om at han skulle komme tilbake på legekontoet. Etter noen dager kommer han tilbake med ny resept på 250 mcg. Dosering 1 tablett daglig, med

1 døgn uten medisiner med digitalisglykosid. I Statens legemiddelverks sine retningslinjer for overgang mellom digitoksin og digoksin er det anbefalt 7 dager uten medisiner. Dette informerte vi kunden om. Kunden valgte å følge Legemiddelverkets anbefaling. Han hadde time hos legen noen dager senere og ville informere legen om hva han hadde gjort.

Kasus 2

Kvinne ca 60 år kommer på apoteket med resept som lyder på digoksin 62,5 mcg. Hun har tidligere fått utlevert

digitoksin 50 mcg. Indikasjonen er atrieflimmer (K78). Doseringen er som følger: Start dose 10 tabletter, deretter 2 tabletter daglig. Oppstart 7 dager etter avsluttet behandling med digitoksin.

I Statens legemiddelverks retningslinjer for overgang mellom digitoksin og digoksin skal det ikke være nødvendig med forhøyet startdose ved overgang fra digitoksin. Legen ble kontaktet per telefon. Legen fortalte at de hadde diskutert dette på kontoret, og at de hadde vært noe usikre på dette. Legen valgte å droppe startdosen på 10 tabletter. ●

Har du et godt eksempel på en interaksjonscase fra reseptekspedisjonen?

Dokumenterer du også oppfølgninger av resepter med interaksjoner og andre legemiddelrelaterte problemer? Apotekforeningens tidsskrift ønsker å samle opp historiene og presentere dem i tidsskriftet.

Her er et forslag til mal for en slik pasientcase:

- Pasient (Kjønn, alder)
- Problemstilling (hvorfor farmasøyten tok kontakt)
- Hva gjorde farmasøyten? (Intervensjon)
- Hva ble utfallet av intervensjonen?
- Utfallet for pasienten (resultat)
- Eventuelle refleksjoner (læring)



Apoteker Edle Lund har opplevd flere misforståelser med overgang fra digitoksin til digoksin.

To falske resepter om dagen

Falske resepter er et stadig tilbakevendende problem for leger og apotek. Med alle mulighetene til kopiering, skanning og elektronisk bildebearbeiding som er blitt tilgjengelig de seinere årene, har falsknerne fått gode hjelpemidler til å produsere falske resepter. Forfalskningene kan være vanskelige å avsløre, men årvåkne apotekansatte kniper stadig nye tilfeller. Det kan ofte være små detaljer på reseptene som utløser mistanken om at noe er feil.

■ Av Tore Reinholdt, Apotekforeningen

I 2011 ble bransjestandarden for håndtering av falske resepter etablert. Samtidig ble det i samarbeid med politiet utarbeidet et eget anmeldelsesskjema, og Apotekforeningen opprettet Resept-falskdatabasen. Apotekene rapporterer selv inn falske resepter i databasen. Basen kan også brukes av apotek som et oppslagverk for å se etter liknende tilfeller. 36 prosent av apotekene har meldt inn minst en falsk resept, og hver dag er 5 prosent av apotekene innom og sjekker databasen. Dette var temaet for

en poster til posterseksjonen på årets FIP.

11 måneder med innrapporteringer

Apotekforeningen har gjort opp status for de første 11 månedene med innrapporteringer. Opptellingen viser at det rapporteres ca 2 falske resepter hver dag. Andelen falske resepter er altså forsvinnende liten dersom man ser hen til det totale reseptvolumet.

Det er nesten utelukkende legemidler i utleveringsgruppe B som er

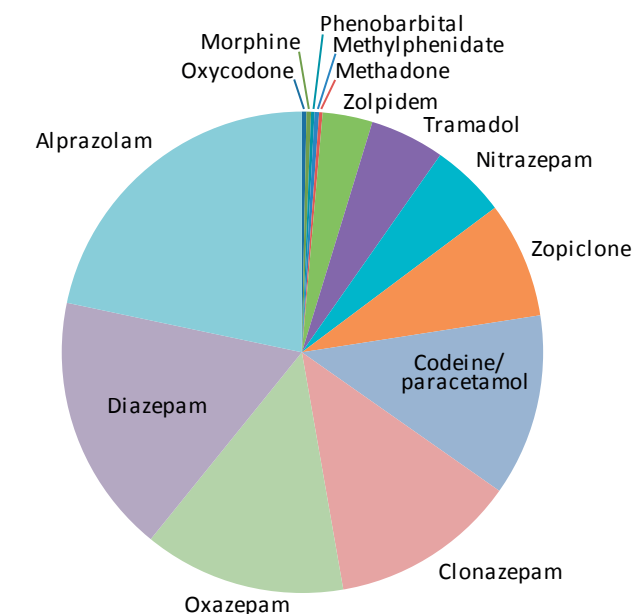


2 falske resepter registreres hver dag. Tore Reinholdt presenterte funn ved registrerte falske resepter på årets FIP-konferanse.

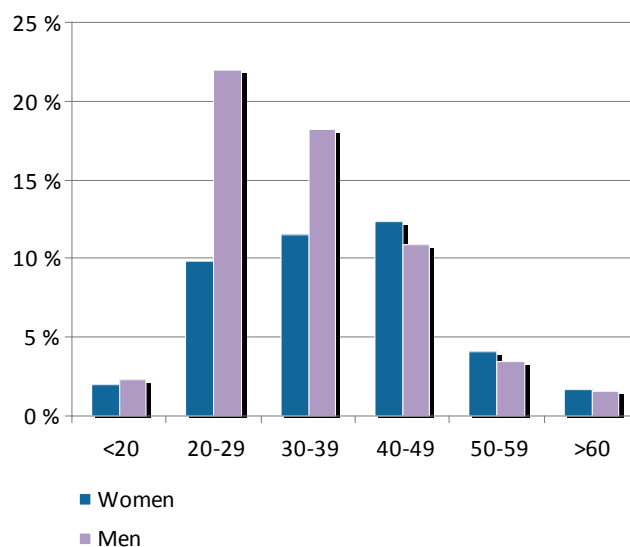
representert på de falske reseptene. Det mest frekvente legemidlet er alprazolam, etterfulgt av diazepam, oxazepam og klonazepam. Deretter følger kodein/paracetamol, zopiklon, nitrazepam, tramadol og zolpidem. Listen gir trolig et godt bilde av hvilke legemidler som er ettertraktet i misbrukermiljøer.

Xanor på forfalskertoppen

Når vi ser på frekvens av falske resepter innenfor hvert virkestoff får vi en ytterligere pekepinn på hvilke legemidler som



Falske resepter pr virkestoff



Reseptfalsknere pr alder og kjønn

er attraktive i misbruksøyemed. Det er særlig alprazolam (Xanor) som utpeker seg, men også klonazepam (Rivotril) er et legemiddel å være oppmerksom på.

På nettet diskuteres legemidlers ruspotensial i egne diskusjonsfora. Kunnskap om halveringstider, effekter, bivirkninger og anbefalinger om blandbarhet med andre legemidler eller alkohol deles åpent av mennesker som åpenbart bruker egen kropp som testlaboratorium. Og hvem er falsknerne? Tallene viser at 59 prosent er menn. De er i klart flertall i aldersgruppene opp til 40 år. I aldersklassene fra 40 år er det et lite flertall av kvinner.

Færre forfalskninger med e-resept

E-resept skal være fullt utrullet i primærhelsetjenesten våren 2013, og andelen papirresepter vil synke drastisk i løpet av det kommende året. Apotekforeningen forventer at dette vil påvirke forekomst av falske resepter på en positiv måte. Allerede nå kan vi se en fallende tendens i antall rapporterte falske resepter til Reseptfalskdatabasen.

Disse funnene ble presentert på en poster på årets internasjonale farmasøytiske konferanse, FIP, i Amsterdam i Nederland. ●

« – Xanor er en medisin du ikke vil bli avhengig av. Det er et helvete å gå av den.

fra nettforum

Brosjyrer om barn og nytt bransjestatistikksystem

På årets FIP var Apotekforeningen representert med 3 postere. I tillegg til poster om falske resepter, var temaene det tverrfaglige samarbeidet i utarbeidelsen av GODE RÅD-brosjyrer og nytt bransjestatistikksystem.

Bransjestatistikk

I år utvikler Apotekforeningen et nytt system for bransjestatistikk. Bransjestatistikken brukes som et viktig verktøy i Apotekforeningens arbeid med forutsigbare rammevilkår for apotek. Et nytt system gir kjappere, enklere og bedre tilgang til salgsstatistikk.

I det nye systemet vil dataene fra apotekene bli hentet inn daglig. Alt salg gjennom apotek blir registrert i systemet, både reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og andre varer.

Med daglig innrapporteringer fra alle apotek i Norge og et sikkert og kjapt databasesystem, kommer Apotek-

foreningens statistikk til å gi et viktig innblikk i legemiddelbruken i Norge.

GODE RÅD-brosjyrer

Behovet for kvalitetssikret informasjon til småbarnsforeldre og gravide er økende. Apotek og helsestasjoner gir gode råd om små barns helse. Apotekforeningen koordinerer en serie brosjyrer som er myntet på småbarnsforeldre og gravide og ammende. Apotekforeningen har administrert GODE RÅD-brosjyrene siden 1994.

Redaksjonen i GODE RÅD-brosjyrene består av to leger, en helsesøster og to farmasøyter. Serien består nå av 18 brosjyrer, med tilhørende fordypningsstoff for helsepersonell. Fire av brosjyrene er oversatt til engelsk, somalisk, urdu og arabisk. Forfattergruppen er en uavhengig gruppe, som lager brosjyrene på frivillig basis. Gruppen møtes ca. 4 ganger i året, hvor gamle brosjyrer gjennomgås og oppdateres, og nye brosjyrer ser dagens lys. Brosjyrene utarbeides også i samråd med eksterne sakkyndige. ●



Jostein Hamberg i Apotekforeningen
(Foto Vendil Åse).



Vendil Åse i Apotekforeningen
(Foto Tore Reinholdt).

Søker råd hos farmasøyt

Legemiddelbrukere har mange spørsmål om bruk av legemidlene sine som de ikke tar opp med legen, men som de spør farmasøyten om. Mange har vært usikre og hatt problemer over tid.

■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Apotekforeningen startet i mars 2011 et prosjekt med legemiddelsamtaler i utvalgte apotek der hensikten var å gjøre en ekstern helseøkonomisk analyse av tiltaket. 60 legemiddelsamtaler ble gjennomført i løpet av et par måneder. Apotekforeningen valgte i samråd med Helsedirektoratet å avslutte prosjektet på grunn av utfordringer som hindret gjennomføring og evaluering, men det arbeides videre med nye prosjekter for å sikre riktig legemiddelbruk.

I det følgende gis en oppsummering av funn fra legemiddelsamtalene som ble avholdt og innrapportert til Apotekforeningen før prosjektet ble stoppet. På grunn av det lave antallet legemiddelsamtaler er det ikke gjort statistiske beregninger eller analyser av datamaterialet.

Medisinliste som grunnlag

Alle legemiddelbrukerne ble spurt om de hadde medisinliste fra legen som kunne brukes som grunnlag for samtalen. Farmasøyten fylte ut en «oppfølgingsplan» og et «måleparameterskjema» for hver legemiddelsamtale. Oppfølgingsplanen inneholdt detaljerte beskrivelser av problemstillingene som ble diskutert og hvordan de eventuelt ble løst. Både fastlege og legemiddelbruker fikk kopi av denne. På «måleparameterskjemaet» klassifiserte farmasøytene problemstillingene i hovedgruppene av Legemiddelrelatert problemer (LRP), jamfør nasjonal konsensus for klassifisering av legemiddelrelatert problem. (Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3073–6.) Tabell 1 viser en oversikt over de legemiddelrelaterte problemstillingene.

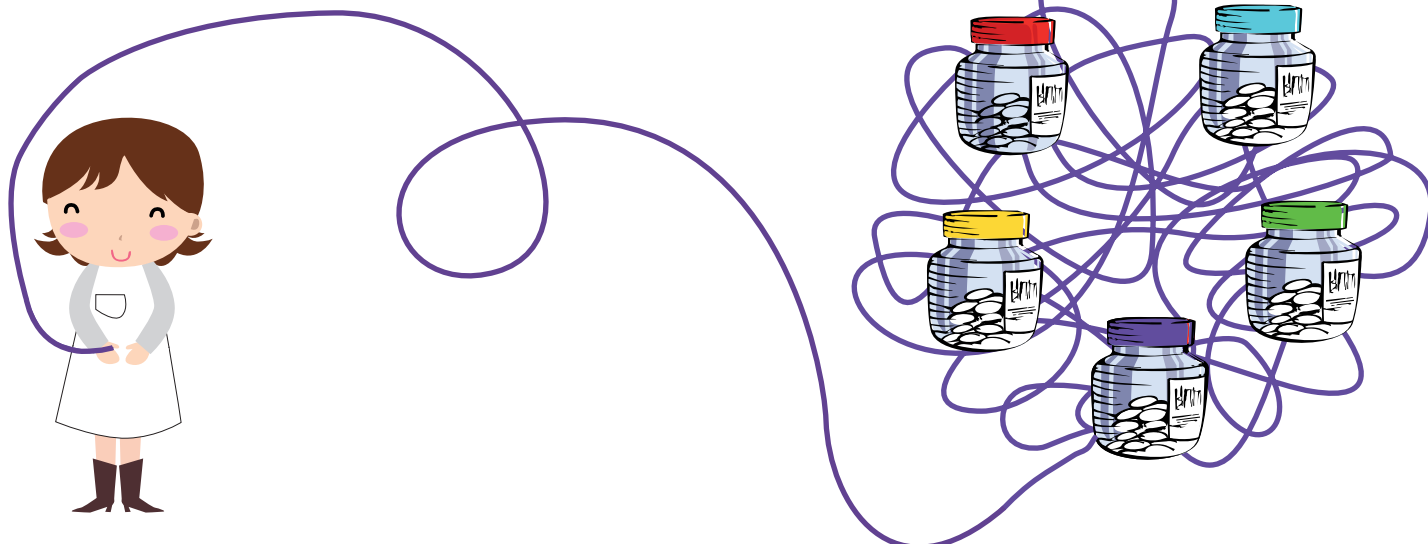
Antall legemidler avgjør

Selv om det er vanskelig å trekke noen konklusjoner ut fra et begrenset datamateriale, er det likevel en tydelig sammenheng mellom antall legemidler og antall legemiddelrelaterte problemstillinger (LRP) som er rapportert. Vårt prosjekt fant gjennomsnittlig tre LRP per samtale, det samme som publiserte studier har funnet. 2/3 av LRP som ble registrert ble tatt opp av legemid-

delbrukeren, og 1/3 ble avdekket av farmasøyt i løpet av samtalen. Det er naturlig at flesteparten av LRP ble tatt opp av legemiddelbrukeren, da dette var en tjeneste med fokus på brukerens problemstillinger. Nesten alle LRP'ene som ble avdekket ble oppgitt av legemiddelbruker å ha vart i flere måneder. Oppfølgingsplanene som beskriver samtalen viser at problemstillingene som legemiddelbrukerne har tatt opp

Tabell 1:

Legemiddelrelaterte problemstillinger ved legemiddelsamtalene (n=60)			
Totalt antall LRP	185		
Gjennomsnittlig antall LRP per samtale	totalt	Kvinner	Menn
LRP tatt opp av legemiddelbruker	3,2	3,3	2,9
LRP avdekket av farmasøyt	2,2	2,3	2
	1	1	0,9
Gjennomsnittlig antall LRP diskutert med lege før legemiddelsamtale 1	0,4		
LRP diskutert med lege før samtale 1 (i prosent av gjennomsnittlig LRP per samtale)	13 %	0,4 13 %	0,4 13 %
Inndeling av LRP:	Prosent av total antall LRP		
Rekvirering	50		
Hvorav legemiddelvalg	11		
dosering	5		
bivirkning	19		
interaksjon	14		
Legemiddelbruk	23		
Hvorav tar feil dose	5		
tar dose på feil tid	5		
sluttet uten å gi beskjed til lege	5		
praktiske problemer	3		
generisk dobbeltbruk	0		
knuser/tygger tablett	0		
annet	4		
Trygghet/innsikt	27		



er relevante å diskutere med farmasøyt. Det er i stor grad spørsmål som har betydning både for trygghet, kunnskap og kvalitet av legemiddelbehandlingen. Halvparten av LRP er relatert til hovedgruppen «Rekvirering», der interaksjoner og bivirkninger er undergruppene med flest LRP (se tabell 1). Deretter er det prosjektets egen inndeling «Innsikt/trygghet» som representerer 27 prosent av LRP. Her er spørsmål relatert til

hvorfor man skal bruke legemiddelet, legemiddelets egenskaper, bivirkninger og hvorfor man må bruke det blitt registrert. LRP knyttet til legemiddelbruk står for 23 prosent av registrerte LRP, hvor det er ganske jevnt fordelt mellom underkategoriene. Problemstillingene ble i stor grad løst enten som følge av farmasøytens råd eller ved henvisning og videre oppfølging fra legen.

En del av problemstillingene kan

farmasøyer også oppleve i løpet av en reseptekspedisjon, men som regel ligger slike spørsmål utenfor det som er forventet. Slike spørsmål er ofte vanskelige og lite egnet å besvare i løpet av en reseptekspedisjon, og legemiddelsamtalen er en bedre arena. Problemstillingene som ble tatt opp i de 60 samtalene var sjelden diskutert med lege tidligere, og hadde vart en stund. ●

Mange problemstillinger

For å gi et inntrykk av problemstillinger som ble diskutert i legemiddel-samtalene og hvordan de ble løst, gis det noen eksempler her.

Problemstilling	Intervenering	Resultat (etter 3mnd)
Vanskelig å huske å ta tablettene og holde oversikt	Farmasøyt snakket med lege og foreslo multidose	Legemiddelbruker fikk multidose
Tar alendronat sammen med de øvrige legemidlene	Farmasøyt gitt råd om riktig inntak (1/2 time før andre legemidler)	Legemiddelbruker etterlever rådet
Ofte diare som følge av metformin.	Farmasøyt ber legemiddelbruker spørre lege om mulig dosereduksjon ved neste kontroll	Legen reduserte metformindosen
Har mye smerter, men redd for å bruke for mye smertestillende	Farmasøyt forklarte og beroliget mhp bruk av smertestillende	Legemiddelbruker begynte å ta legemiddel hun var skeptisk til
Bruker mange inhalasjonspreparater for astma/KOLS behandling. Kan noe seponeres?	Symbicort kan brukes både som forebyggende og anfallsbehandling. Ta opp med legen	Legen seponerte Ventoline. Bruker nå Symbicort som anfallsbehandling og det fungerer godt.
Farmasøyt mistenker feil dosering av Exelon	Farmasøyt kontaktet lege	Ny styrke Exelon utlevert
Bruker Orudis og Ibux samtidig	Farmasøyt informerte om at dette ikke skal brukes samtidig	Legemiddelbruker kombinerer ikke lengre legemidlene
Legemiddelbruker synes han bruker for mange legemidler og har sluttet å bruke enkelte legemidler	Farmasøyt informerte og ba legemiddelbruker fortelle legen hvilke legemidler han har sluttet med.	Lege «godkjente» selvseponering av et legemiddel. Legemiddelbruker følte seg tryggere på sine legemidler og at legen skrev ut riktige legemidler til ham.



De tre apotekerne Angelika Kruse-Jensen, Ragnhild Holtskog og Vigdis Frost Lied har etter tur ledet Diakonhjemmets sykehusapoteket gjennom 25 år. Idar Magne Holme er adm. dir. for Diakonhjemmet Stiftelse. (Foto: privat)

Brennende engasjement for klinisk farmasi i 25 år

Samspill mellom legemiddelbruker og helsepersonell. Sykdoms- og legemiddelforståelse i ulike kulturer og religioner. Det var på programmet da Diakonhjemmets sykehusapotek arrangerte jubileumsseminar den 20. september.

■ Av Hilde Ariansen, Apotekforeningen

Diakonhjemmets sykehusapotek har vært en pioner innenfor klinisk farmasi. Tidligere apoteker Angelika Kruse Jensen begynte med dette på revmatisk avdeling allerede på 1980-tallet. I 1995 hadde sykehusapoteket et halvt årsverk klinisk farmasøyt, og i dag er fire årsverk fordelt på ni farmasøyter.

Gode erfaringer

Nesten alle sykehusets avdelinger har i dag tilknyttet seg farmasøyt, og erfaringer

gene er svært gode. Sykehusapoteket har også vært en pådriver i utviklingen av tjenesten «Legemiddelsamtale», som er en på forhånd avtalt samtale mellom legemiddelbruker og farmasøyt. Samtalen tar utgangspunkt i brukerens behov og bekymringer. Målet er å avdekke, forebygge og løse legemiddelrelaterte problemer, redusere bekymringer og samtidig skape trygghet hos legemiddelbrukeren.

Overlege og seksjonsgeriater Thomas Svendsen ved Diakonhjemmets syke-

hus fortalte om erfaringer fra prosjektet «Helsetjenester til eldre», som er et samspill mellom legemiddelbruker, sykehus og apotek. Hensikten er å utvikle bedre helsetjenester for de eldre, og «Legemiddelpoliklinikk» er et av tiltakene som involverer tverrfaglig samarbeid med farmasøyt. Legemiddelpoliklinikken er et lavterskeltilbud, og hører inn under den geriatriiske poliklinikken. Både sykehusleger og fastleger henviser pasienter med behov.

Som regel er dette pasienter med lange legemiddellister. Pasientene følges opp av et tverrfaglig team som består av geriater, sykepleier og farmasøyt. I samarbeidet diskuterer farmasøytene legemiddellisten, og hva pasienten ønsker å ta opp vedrørende sin legemiddelbruk. I 2011 ble det gjennomført 358 legemiddelsamtaler mellom farmasøyt og legemiddelbruker på apoteket. De aller fleste av disse samtalene ble henviset fra lege.

Ønsker samtale med farmasøyt

Leder av brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus, Hilde Hamre, fortalte om sine erfaringer som astmapasient. Betydningen av at helsepersonell aksep-

terer og anerkjenner legemiddelbrukerens erfaringer og perspektiv er viktig. Hamre mener det er nyttig at legemiddelbrukeren får svar på sine mange spørsmål om legemidler, og at informasjonen blir gjentatt.

– Det er viktig å stille disse spørsmålene flere ganger og til ulike type helsepersonell, fordi de gir sitt perspektiv på temaene, de utfyller hverandres kompetanse, sa Hamre.

Og noen ganger glipper informasjonen. Legen tror at apoteket informerer, og apoteket tror at legen informerer.

– Da jeg begynte med turbohaler, brukte jeg den i ett år uten at noen forklarte at jeg måtte vri frem neste dose, sa hun.

Hamre foretrekker å bruke et fast apotek, og hun ønsker at apoteket tilbyr henne legemiddelsamtale, og at den skjer i riktig kontekst. Hun syntes det er vanskelig å stille spørsmål i en travel skranke, og ønsker seg mulighet for dialog i uforstyrrede omgivelser. I følge Hamre er pasientene blant annet opptatt av:

- Hva må jeg vite om medisinen jeg skal ta?
- Hvor ofte skal jeg ta den?
- Hvilke medisiner kan kombineres?
- Hvordan medisinen virker, hva skal jeg gjøre for at den skal få best effekt?
- Hva kan bivirkningene være og er det alternativ?
- Når bør lege kontaktes? ●



www.citrus.no



Grønt Punkt – medisin for miljøet

Det skal betales vederlag for all emballasje brukt til apotekvarer. Det er leverandør som er ansvarlig for at dette blir betalt. Som medlem i Grønt Punkt Norge bidrar bedriften til at emballasjen blir samlet inn og gjenvunnet til beste for miljøet. Som medlem har bedriften rett til å merke emballasjen med Grønt Punkt, som viser at bedriften tar miljø- og samfunnsansvar på alvor.

Ring 22 12 15 00 eller se www.grontpunkt.no for informasjon om medlemskap.

Legemiddelmangel i Norge

Tettere samarbeid, bedre varslingsrutiner og god legemiddeletterretning. Grossister, apotek, myndigheter, pasientorganisasjoner og legemiddelindustri er tilnærmet enige om hva som sikrer norske pasienter mot legemiddelmangel.

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Stemningen var gemyttlig da aktørene begynte å diskutere mangel på legemidler på årets Farmasidager. Årets hovedtema var legemiddelforsyning. Pasientorganisasjonen startet debatten med å fortelle fra pasientens ståsted.

– Å få medisinen man trenger er en grunnleggende viktig trygghet å ha. Pasienter blir fort redde. Er ikke jeg viktig da? I mangelsituasjoner fører denne usikkerheten til at mange hamstrer medisiner. Vi må huske på at debatten må dreie seg mindre om penger og logistikk. Det er pasientenes trygghet vi snakker om, sa Guro Birkeland, generalsekretær i Norsk Pasientforening.

Bruke grossistens kompetanse

Hva kan apotek bidra med, lurte debattleder Markus Moe i Dagens Medisin på. Bør apotek ha flere legemidler på lager?

– Det er lite effektivt å øke lagrene lokalt. Det er en myte at pasientene sjeldnere får medisiner nå enn før. Hvis ikke apotek har et legemiddel, skaffer de det vanligvis innen 24 timer. Når det oppstår mangelsituasjoner,

er det viktig at distribusjonsskjeden fungerer. Grossist har et godt nettverk og gode kontakter nasjonalt og internasjonalt. De kan for eksempel skaffe samme legemiddel fra et annet land. Deretter må de gjøre avtaler med Statens legemiddelverk, som igjen behandler søknadene raskt. Pasienten får legemidlene de skal ha. Dette er en utpreget god løsning, sa Oddbjørn Tysnes i Apotekforeningen.

Hanne Andresen fra Legemiddelgrossistforeningen mener at alle kan forbedre de prosessene som allerede finnes i dag. Hun mener god kommunikasjon mellom aktørene er viktig.

– Vi kan gjøre mye nasjonalt. Men dette er også et økende globalt fenomen. Regelverket for tilgang på råvarer er for eksempel blitt mer krevende. I dette bilde er det utrolig viktig med varsel på et tidlig stadium. Vi må ha lister over legemidler i faresonen og vi må koordinere hele bransjen når en mangelsituasjon oppstår, sa hun.

Andresen mener at myndighetene bør opprette et kontaktpunkt hvor man kan samle og koordinere all informasjonen om legemiddelforsyningssituasjonen.

Samarbeid nasjonalt og internasjonalt

Leif Rune Skymoen fra Legemiddelindustrien (LMI) poengterte i sitt innlegg at alles felles mål er at pasienten får medisinen sin.

– Det kan ikke sies mange nok ganger. Noen innbiller seg at vi i industrien prøver å gjøre det vanskelig å levere noen ganger, men vi har mest å tape på en mangelsituasjon når den oppstår. Vi fra vår side skal bli flinkere til å gi beskjed i god tid, til Statens legemiddelverk, grossister og apotek, sa han. Steinar Madsen i Statens legemiddelverk vil fange opp problemer før de oppstår.

– Vi har tatt initiativ globalt for å styrke samarbeidet om mangelsituasjoner. Det er noen ubehagelige fakta vi har, ta for eksempel et kritisk legemiddel som antibiotika som kun produseres utenfor Europa. Vi kan fort komme i kritiske mangelsituasjoner i fremtiden, som rammer hele verden. Hvem skal da få legemidler? Norge er et lite land, sa han, og poengterte at vi er avhengig av god legemiddeletterretning.

– Vi trenger varsler om mangelsituasjoner, men også risikoanalyser. Vi

Apotekforeningen – jobber for deg

En vegg full av oppgaver Apotekforeningen jobber med møtte konferansedeltakere på standen i andre etasje på Folkets hus i Oslo. Et lykkehjul med Apotekforeningens strategi for apotek var en populær aktivitet.

650 personer var med å spinne hjulet de to dagene Farmasidagene varte (noen spilte flere ganger). Hver dag ble det trukket ut en vinner av en flott espressomaskin. På spillkortet var de fem områdene i Apotekforeningens strategi gjengitt. Noen spilte på lykketallet

sitt eller bursdagen, mens andre spilte på det området av strategien de synes er viktigst. Det var flest som satset på tall innenfor områdene riktig legemiddelbruk og nye tjenester. Begge dagene ble en student trukket ut som vinner.

Med omtrent 630 deltakere (utstillere og foredragsholdere kommer i tillegg) fordelt på tre dager, er Apotekforeningen godt fornøyd med besøket. Vi takker alle som kom, slo av en prat med oss og spant en runde på lykkehjulet.



Lykkehjulspinner Vendil Åse, Apotekforeningen, og studentene Camilla Gundersen, Karine Ruud, Vibeke Halvorsen og Raman Thind.



Stående debatt: Hanne Andresen fra Legemiddelgrossistforeningen, Leif Rune Skymoen fra Legemiddelindustrien, Steinar Madsen fra Statens legemiddelverk, Guro Birkeland, generalsekretær i Norsk Pasientforening og Oddbjørn Tysnes i Apotekforeningen. (Foto: Vendil Åse)

må se problemene før de oppstår. Dette arbeidet må styrkes både på nasjonalt og europeisk nivå. Derfor har nå Legemiddelverket etablert en egen nasjonal

faggruppe som skal styrke samarbeidet mellom aktørene.

Hanne Andresen la til at det er viktig å lære av de ulike situasjonene.

– Vi har erfaringer, men ingen systematisk evaluering. Det må vi få til. Da kan vi lære av feilene og få på plass en god arbeidsmetodikk når situasjoner oppstår. Og i en faggruppe i regi av Legemiddelverket må også grossistene og Apotekforeningen være med, oppfordret Hanne Andresen.

Og Legemiddelindustrien, hva kan dere bidra med? spurte debattleder Moe.

– Vi har et eksempel med mykoplasma-epidemi i fjor. Da gikk vi først tom for et legemiddel, så et annet. Leverandøren ringte Legemiddelverket, som vedtok at man kunne ta inn utenlandske pakninger. Leger skrev ut legemidlet og la ved informasjon på norsk. Slik kan vi gjøre mer av. Apotek og grossist bør ringe meg så fort det oppstår mangel på en medisin. Ikke først når apotekene er tomme. Jo tidligere, jo bedre, oppfordret Leif Rune Skymoen. ●

Leveringssvikt dokumentert

Årsakene til leveringssvikt er så langt ikke godt dokumentert. Et av foredragene på Farmasidagene var en gjennomgang av årsaker til leveringssvikt på Sykehusapoteket Oslo, Ullevål de to første ukene i september 2012.

■ Av Cathrine Klerck Fransson, Apotekforeningen

Anne Markestad, provisorfarmasøyt Varesalg profesjonell, Sykehusapoteket Oslo Ullevål (SAO) og Hanne Andresen, divisjonsdirektør Distribusjon Norsk Medisinaldepot (NDM) gikk igjennom

resultatene av kartleggingen.

Det er et økende problem i Norge at det til tider er leveringsproblemer av reseptpliktige legemidler. Leveransene fra NMD AS til SAO Ullevål ble fulgt

spesielt opp i første halvdel av september 2012.

Årsakene til restsituasjonen i testperioden ble undersøkt og dokumentert av NMD. Anne Markestad delte ►



SPAS: Serviceproduksjonsordningen var på plass, og 235 konferansedeltakere klarte å identifisere på ulike droger som delvis blir brukt i legemiddelproduksjonen. Daglig leder i SPAS, Per Steinar Lund, administrerte konkurransen og delte ut Apotekforeningens tidsskrift nr 3|2012, med temaet apotekpreparater og legemiddelforsyning.



Farmalogg: Caroline Guldahl i Farmalogg administrerte en konkurranse med spørsmål om Farmalogg. Premien var en fin iPod. (Alle foto: Kjetil Hegge.)

inn restsituasjonene etter meldte produksjonsvansker, informerte logistikkproblemer og diverse årsaker. Det viste seg å være en 50/50 fordeling mellom produksjonsvansker/logistikk og diverse årsaker.

Med utgangspunkt i alle ordrelinjer som SAO Ullevål ikke kunne levere, fortalte Hanne Andresen at det ble målt en servicegrad på 97,5 % (full-leverte linjer). 87 ordrelinjer ble ikke full-levert, av disse skyldtes 54 ordrelinjer leverandøren. Av de 54 ordrelinjene som skyldtes leverandøren var de fleste begrunnet i leverandørs-vikt. Bekreftet leveringstid ble oppdelt med ulike ukeangivelser. Hovedansamlingene for leverings-tid lå på 2 eller 3 uker (50 %) og ubekreftet leveringstidspunkt (25 %).

Dokumentasjonen de to ukene viste også noe annet. Man kan klare seg en stund ved å skifte over til et annet preparat, men så får man en domino-effekt fordi produsenten av erstatningspreparatet ikke blir varslet tidlig nok og går tom. Dette viste seg å være tilfelle med Actavis, som var et eksempel Anne Markestad viste til. Ellers viser det seg ofte at det er vanskelig å basere seg på prognoser. Disse er basert på fjoråret og kan være utdatert og «just-in-time»-logistikken skaper store utfordringer. ●

Får pasienten medisinen sin?

Er norske pasienter sikret medisinen sin?

Og hva skjer når de eventuelt ikke får den?

■ Av Frode Alne Bolin, Apotekforeningen

– Jeg vil presisere at jeg ikke har til hensikt å fordele skyld for eventuelle leveringssvikt, men i større grad forklare hvorfor det kan skje, og hvordan vi kan finne tiltak for å bøte på de utfordringene som gjelder ved legemiddelberedskap, slik at svikt i levering får minst mulig alvorlige konsekvenser, forklarte seniorrådgiver Bjørge Abotnes, fra Helsedirektoratets avdeling for medisinsk utstyr og legemidler.

Abotnes har arbeidet med et prosjekt i Helsedirektoratet, som har hatt som mål å styrke den nasjonale legemiddelberedskapen, og skulle svare på om norske pasienter er sikret medisinen sin.

Hun ga salen en oversikt over de feltene der prosjektet mente at beredskapen kunne bli bedre. Blant annet ble mer bruk av såkalte Risiko- og sårbarhetsanalyser anbefalt for å finne ut hvilke legemiddelgrupper det er viktigst å ha beredskap på. Et annet forslag er å opprette en legemiddelberedskapskomité, som kan føre kontinuerlig overvåking med situasjonen og raskt oppdage om leveringssvikt er i ferd med å oppstå.

På spørsmålet som innledet foredraget – er pasientene sikret medisinen sin – var Abotnes' svar:

– Det er ikke sikkert at pasientene får den pakningen som de er vant til,

men de får i hvert fall den behandlingen de skal ha.

Og hva skjer når pakningen skifter?

Når det oppstår mangel på et legemiddel, og pasientene må over på et annet legemiddel med samme virkestoff, kan dette lett føre til feilbehandling. Dette var et vesentlig poeng fra seksjonsoverlege og leder for legemiddelkomiteen ved OUS, Per Wiik Johansen.

– Vi kan komme i en situasjon med tilgang på en rekke forskjellige alternative legemidler, like navn, med forskjell i styrke og med innhold oppgitt i milligram og mikrogram om hverandre. Å regne på medikamentstyrke vet vi at mange synes er vanskelig, så det er opplagt at dette øker faren for feilmedisinering, mente han.

Wiik Johansen trakk frem et eksempel, nemlig da hjertemidlet digitoksin forsvant fra markedet, og måtte erstattes med digoksin. Bytteprosessen er komplisert og risikofylt, og har så langt ført til to dødsfall og flere akuttinnleggelser.

– Et viktig punkt for oss er å få tidlig varsling om eventuelle leveringsproblemer. OUS er en svær organisasjon. Vi er en supertanker, vi trenger ganske god tid på å snu oss rundt, sa Wiik Johansen. ●

Årets farmasøyt 2012

Sentralstyret i Norges Farmaceutiske Forening besluttet å gi prisen «Årets farmasøyt» for 2012 til Laila Irene Bruun. Hun får prisen for sitt pasientsikkerhetsarbeid blant annet innen kvalitetssikring av legemiddelhåndtering og sitt arbeid i pasientsikkerhetsutvalg ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Hun har også vært engasjert i Kvalitetsutvalget ved Klinikken for kreft, kirurgi og transplantasjoner.

Laila Irene Bruun er cand.pharm. fra 1988 og har hatt ulike funksjoner ved forskjellige sykehusapotek og sykehus. I tillegg har hun har en bred og variert yrkeskarriere som spenner fra fast vikar i Norges

Apotekerforening via fiskevaksiner til seksjon for Legemiddelkomité og -sikkerhet ved Oslo Universitetssykehus. Laila Irene Bruun er en sterk fagperson som er opptatt av faget, noe som blant annet har resultert i flere artikler i tidsskrifter og fagemner i bøker.

Årets farmasøyt er en utmerkelse som gis til en yrkesaktiv farmasøyt som på en spesiell måte har bidratt til å forsterke, utvikle eller befeste farmasiens og farmasøytens rolle i samfunnet, og som gjennom sin yrkesutøvelse står som et forbilde for andre farmasøyer.



Tove Ytterbø i Norges Farmaceutiske Forening deler ut prisen til årets farmasøyt, Laila Irene Bruun. (Begge foto: Kjetil Hegge)

Gjennomgår legemidler

– Legemiddelgjennomganger er et ettertraktet område for oss farmasøyter, sa rådgivende farmasøyt Solrun Elvik i Apokjeden.



Eksperter på legemiddelgjennomganger, Solrun Elvik i Apokjeden. (Foto: Bjørn Kvaal)

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Samhandlingsreform og nasjonal pasient-sikkerhetskampanje gjør legemiddelgjennomganger i sykehjem veldig relevante. Her har farmasøyter mye å bidra med.

– Det er utrolig gøy å stå her og fortelle om mine erfaringer med legemiddelgjennomganger, sa Elvik til en fullsatt sal halv fem på ettermiddagen, som siste foredragsholder ut på den ene av Farmasidagene.

1400 gjennomganger

Oslo kommune har akkurat avsluttet et prosjekt med 1400 legemiddelgjennomganger i 29 sykehjem, hvor Apotek 1 har deltatt. 18 kommunale og 11 private sykehjem er med. Legemiddellistene til pasientene var grunnlaget farmasøyten hadde før hun møtte teamet på sykehjemmet.

– Jeg liker jo å være forberedt på alle punkter, men med denne fremgangsmåten måtte vi tenke nytt. Apotek 1 har utviklet et eget verktøy. Vi gjennomfører en automatisk screening opp mot STOPP-kriteriene (Screening Tool of Older People's inappropriate Prescriptions, red. anmerkning). Dette er en viktig støtte. I tillegg vurderer vi

så godt vi kan valg av legemidler. Vi ser på dosering, mulige bivirkninger og kontraindikasjoner. Siden vi ikke vet diagnosen til pasienten eller har tilgang til lab-verdier, stiller vi oss noen spørsmål. Vi prøver å tenke ut så mye som mulig på forhånd og så vil svarene utløses i selve legemiddelgjennomgangen, sa Elvik, som har gjort 6–700 legemiddelgjennomganger.

Sykehjemmet har gjort sine kartlegginger før møtet. I selve legemiddelgjennomgangen går legen eller sykepleieren igjennom sykdomshistorien til pasienten. Teamet går så sammen gjennom legemiddellisten.

Oslo kommune Sykehjemsetaten eier resultatene, og de har foreløpig kun gått ut med noen få funn. Før gjennomgangen hadde hver pasient i gjennomsnitt 2,7 legemiddelrelaterte problemer. I løpet av legemiddelgjennomgangen ble 99,5 prosent av disse løst. Prosjektet avdekket at det var behov både for å øke dosen, legge til nye legemidler så vel som å redusere dosen eller fjerne legemidler.

– Unødvendige legemidler er den største utfordringen, sa Elvik.

Målbare parametere

Elvik fikk spørsmål fra salen om hvordan man måler samfunnsnyttens av legemiddelgjennomganger.

– Ja, hva skal vi måle på? Så syke som de eldste pasientene er, hva er forventet levetid og hva er nytten? Men så hører vi resultatet fra en endring som er gjort. Det er blant annet en enkel endring som har rørt meg. I prosjektet gjorde vi en legemiddelgjennomgang for en dement dame på rundt nitti år. Hun lå kun i senga på rommet sitt, isolert. Hun ville ikke ha besøk av familie eller pleiere. Hun ble oppfattet som deprimert. Hun gikk på Remirol, og serumkonsentrasjonen hennes var høy. Jeg synes det var grunnlag for å trappe ned. Så dosen ble gradvis redusert. Dama stod opp, ble sosial og begynte å snakke med familien sin og de andre beboerne. Hun klarte seg uten antidepressiver. Å måle livskvalitet er veldig vanskelig, sa Elvik, og avsluttet:

– Hvis du får mulighet til å delta på slike prosjekter, bør du gripe den. Det er en fin måte å bidra til riktig legemiddelbruk. Eldre på sykehjem er en svak gruppe, så man føler virkelig at man er nyttig og bidrar. ●



Ingebjørg Buajordet.

Crux venenifera

Ordenen Crux venenifera, Det Giftige Kors, for 2012 tildeles Dr. ph. Ingebjørg Buajordet. I begrunnelsen fra styret i Norsk Farmasøytisk Selskap, står det følgende: Buajordet har vært en aktiv deltaker og pådriver i utviklingen av gode systemer for legemiddelovervåking gjennom en mannsalder. Gjennom sine 35 år ved Legemiddelverket har hun aktivt arbeidet for legemiddelsikkerhet. Ingebjørg Buajordet ble født i Valdres i 1954. Hun var ferdig cand. pharm i 1977 med hovedfag i farmakologi. Hun var en av de første i Norge som tok doktorgrad innen farmakoepidemiologi og legemiddelsikkerhet. Buajordet har vært en pioner i å koble farmasøytisk og klinisk

legemiddelkompetanse. Hennes doktorarbeid har fått stort gjennomslag når det gjelder å vise sammenhengen mellom alvorlige medisinske hendelser og suboptimal legemiddelbruk ved norske sykehus. Buajordet var sentral i etableringen av Norsk forening for Farmakoepidemiologi og har ledet foreningen i flere år. Buajordet har jobbet både nasjonalt og internasjonalt med legemiddelsikkerhet og -overvåking. Hun har vært en mangeårig bidragsyter i EMA's Pharmacovigilance Working Party og selvskreven til å bli oppnevnt som Norges medlem i EMAs nyetablerte Pharmacovigilance Risk Assessment Committee.



Den største utfordringen for farmasøyer i møte med innvandrer kunder er språket. (Foto: Jens Sølvberg)

Farmasøyer og innvandrer kunder

Antall innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn er økende i Norge. Karine Lees har kartlagt hvordan norske farmasøyer opplever utfordringer knyttet til betjening av innvandrer kunder.

■ Av Vendil Åse, Apotekforeningen

Karine Lees har gjennomført et masterstudium med oppgave om farmasøyers møte med innvandrer kunder i apotek i Oslo som ligger i områder med høy andel innvandrere. Studien ble gjennomført som fire fokusgrupper. Deltakerne bestod av 19 etnisk norske farmasøyer.

– I intervjuene kom det tydelig frem at den største utfordring er språket, sa Lees.

Flere fortalte at det er lett å fraskrive seg ansvaret når språkproblemer oppstår, og de håper at legen gir nok informasjon om bruken av de aktuelle legemidlene.

– Et annet problem er at det ofte er vanskelig å avdekke analfabetisme.

Analfabeter er ofte veldig flinke til å skjule at de ikke kan lese eller skrive, og i tillegg er det lett for farmasøytene å glemme dette aspektet. Skriftlig informasjon er ikke alltid til hjelp, sa Lees, og mener at det er et behov for piktogrammer i norske apotek.

Mange av farmasøytene som Lees intervjuet synes også det er ille når barn blir bruket som tolk. Dette er en situasjon som begrenser hvilken informasjon farmasøyt kan gi.

Deltakerne i studien er ikke så opptatt av kulturelle barrierer. Men alle farmasøytene mener at generisk bytte skaper utfordringer. Det er ofte vanskelig å overtale innvandrere til å

bytte. Mange innvandrer kunder er villige til å betale ekstra for å få det legen har forskrevet. Mange tror at dyrest betyr best og at generiske legemidler er falske.

Fra salen kom det et spørsmål om det var systemer innad i kjeden for å utnytte språkkompetansen som finnes ved de ulike apotekene.

– Det er ingen kartlegging innad i kjeden om hvem som snakker ulike språk og i hvilket apotek de jobber. Men det er klart at kundene hører bedre på farmasøyer som har samme bakgrunn, og som snakker samme språk, avsluttet Lees. ●

Canoderm karbamid 5% kan forlenge de eksemfrie periodene



Canoderm inneholder karbamid (5 %) og er en legemiddelkrem spesielt utviklet til behandling av tørr hud av ulike årsaker.

I studien som nevnes ovenfor, ble 55 pasienter med atopiske lesjoner først behandlet med steroidkrem.¹ Deretter ble pasientene randomisert i 2 grupper. Gruppene fikk enten

behandling med Canoderm 2 ganger daglig eller ingen behandling (kontrollgruppe). Studien viste at hele 68 % av pasientene som ble behandlet med Canoderm, fortsatt var eksemfrie etter 6 måneder, sammenlignet med 32 % eksemfrie pasienter i den ubehandlede gruppen i samme tidsrom.²

Resultatet av ovenstående studie viser at Canoderm i tillegg til sin fuktighetsbevarende virkning mot tørr hud også kan gi lange perioder uten eksem for atopiske pasienter.

Les pakningsvedlegget nøye. Mer informasjon på www.felleskatalogen.no

Noter: 1. Wirén, K. m.fl.: JEADV 2009;23(11); 1267–1272. 2. www.legemiddelverket.no

Canoderm® 5 % krem (karbamid) , R/OTC. **ATC:** D02AE01. **Indikasjon:** Fuktighetsbevarende behandling av tørr hud av ulike årsaker. **Forpakninger:** 100 g tube og 500 g pumpeflaske. **Dosering:** Kremen påføres ved behov, gjerne flere ganger daglig og alltid etter kontakt med vann. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot den aktive ingrediensen eller mot noen av hjelpestoffene. Fullstendig forskringsinformasjon og pris finnes på www.legemiddelverket.no. Dato for gjennomgang av produktsammendraget 13.11.2009. Samtlige forpakninger oppfyller legemiddelformålene.

ACO HUD NORGE AS, NYDALSVIEIEN 36B, 0484 OSLO. www.aconordic.com

ACO
APOTEKENS COMPOSITA

18 milliarder kroner hittil i år

Apotekene omsatte for 18,0 milliarder kroner i årets tre første kvartal. Dette er en økning på 3,5 prosent i forhold til samme periode i fjor. Reseptpliktige legemidler har hatt en økning i omsetning på 3,2 prosent, mens reseptfrie legemidler og handelsvarer har hatt en økning på henholdsvis 3,6 og 4,4 prosent.

Det er store forskjeller mellom primær- apotek og sykehusapotek. I perioden har sykehusapotek hatt en omsetnings- økning på 9,7 prosent for reseptpliktige legemidler mens primær- apotek har en beskjeden økning på 1,0 prosent.

Tabell 1 Apotekenes omsetning fordelt på varegrupper 1.-3. kvartal 2012

	Mill. kr 1.-3.kvartal 2012	Samlet prosentvis endring 2011-12	Endring i primær- apotek 2011-2012	Endring i sykehusapotek 2011-2012
Reseptpliktige legemidler	11 910	3,2 %	1,0 %	9,7 %
Reseptfrie legemidler	1 616	3,6 %	3,5 %	4,8 %
Andre varer	4 493	4,4 %	4,3 %	5,0 %
Totalt	18 020	3,5 %	2,2 %	8,9 %

Tabell 2 Reseptpliktige legemidler – 5 mest omsatte virkestoff

ATC-nr	Virkestoff (eksem- pel på legemiddel)	Mill. kr 1.-3. kvartal 2012	Prosent endring 2011-12	Mill. DDD 1.-3. kvartal 2012	Prosent endring 2011-12
L04AB01	Etanercept (Enbrel)	344,6	6,4 %	1,2	15,3 %
L04AB02	Infliximab (Remicade)	328,6	9,5 %	1,6	8,6 %
L04AB04	Adalimumab (Humira)	308,0	8,7 %	0,9	9,4 %
R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruk- tiv lungesykdom (Seretide)	223,3	-1,4 %	14,7	1,0 %
R03AK07	Formoterol og and midler ved obstruk- tiv lungesykdom (Symbicort)	162,1	-2,6 %	10,4	0,1 %

Tabell 3 Reseptfrie legemidler – 5 mest omsatte virkestoff

ATC-nr	Virkestoff (eksem- pel på legemiddel)	Mill. kr 1.-3. kvartal 2012	Prosent endring 2011-12	Mill. DDD 1.-3. kvartal 2012	Prosent endring 2011-12
N02BE01	Paracetamol (Paracet)	138,4	3,9 %	10,6	0,8 %
N07BA01	Nikotin (Nicorette)	132,3	-0,3 %	4,7	-2,5 %
M01AE01	Ibuprofen (Ibux)	118,2	3,0 %	8,9	1,0 %
R01AA07	Xylometazolin (Otrivin)	67,8	10,3 %	14,5	6,1 %
R06AE07	Cetirizin (Zyrtec)	46,3	3,4 %	6,9	4,6 %



Blant de reseptfrie virkestoffene, selges det mest paracetamol.

TNF- α hemmerne Enbrel, Remicade og Humira topper fortsatt listen over de mest omsatte legemidlene. Samlet har de hatt en omsetning på 981,1 mill. kroner i de første 9 månedene i 2012. Dette er en økning på 8,1 prosent, mens forbruket målt i definerte døgndoser (DDD) har økt med 10,9 prosent.

Også for reseptfrie legemidlene er det de samme virkestoffene som tidligere som har hatt størst omsetning. De 5 mest solgte virkestoffene omsatte for 503,0 mill. kroner. Dette utgjør over 30 prosent av den totale omsetningen for reseptfrie legemidler i norske apotek. ●

LUS

Salget av lusemidler økte med 13,5 prosent de tre første kvartalene i 2012 sammenlignet med samme periode i 2011. Til sammen ble det solgt over 105 000 pakninger for behandling mot lus.

Mest bruk per innbygger er det i Oslo, men det er Sogn og Fjordane som har hatt den største økningen i salget av antall pakninger.

Oslo er det fylket som har solgt mest lusemidler både hvis man ser på antall pakninger og antall pakninger per 1000 innbyggere. Sogn og Fjordane som i 2012 ligger omtrent på landsgjennomsnittet når man ser på antall pakninger per innbygger, hadde en økning på over 100 prosent fra 2011. Hele 9 av 19 fylker har hatt en økning i antall solgte pakninger på over 20 prosent. Hvis man ser på antall solgte pakninger per 1000 innbyggere topper Oslo, Akershus og Østfold listen, jf. tabell 4. Det er i Finnmark og Nordland det selges minst lusemidler per innbygger.

Tallene for de tre første kvartalene i 2012 viser en nedgang i salget av legemidler til bekjempelse av lus på 17 prosent i forhold til samme periode i fjor. Samtidig har produkter som ikke inneholder insektgifter en salgsøkning på 96 prosent. Malation er det virkestoffet som det er solgt mest av i 2012, med et salg i overkant av 40 000 pakninger.

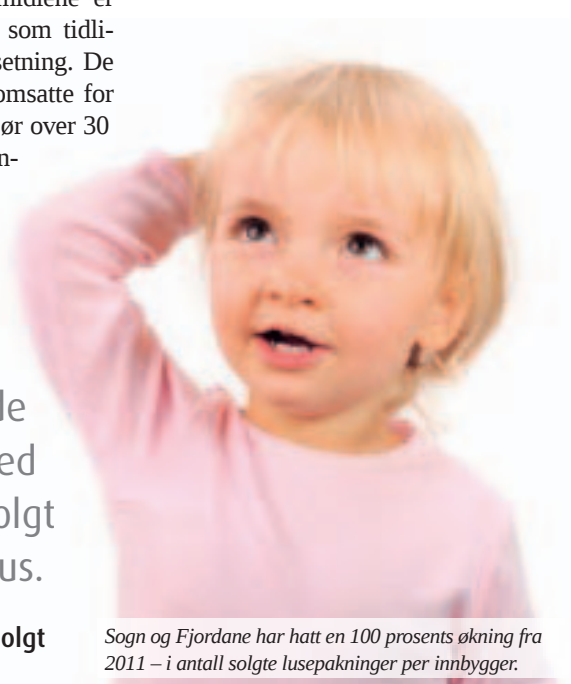
I 2011 kom nye produkter, Linicin Solution og Linicin Shampo. I tillegg til Linicin prevent spray som er ment å forebygge mot å få lus. Dette er produkter som ikke inneholder insektgifter, men som «mekanisk» tar livet av lusene. Hvis Linicin prevent spray inkluderes i totalen, solgte disse produktene 49 prosent av alle solgte pakninger i årets tre første kvartal, mens de i 2011 sto for 25 prosent. ●

Tabell 4 Antall pakninger solgt av lusemidler per fylke

Sogn og Fjordane har hatt en 100 prosents økning fra 2011 – i antall solgte lusepakninger per innbygger.

Fylke	1.–3.kvartal 2012, ant. pkn	Prosent endring 2011–12	Ant pkn per 1000 innb
Oslo	20 437	2,5 %	33,3
Akershus	14 240	13,3 %	25,6
Østfold	6 964	21,2 %	25,0
Vestfold	5 663	5,1 %	24,0
Aust-Agder	2 662	7,3 %	23,9
Rogaland	9 881	17,2 %	22,3
Vest-Agder	3 862	7,8 %	22,2
Sogn og Fjordane	2 374	102,6 %	21,9
Hordaland	10 314	26,0 %	21,0
Buskerud	5 487	26,4 %	20,7
Nord-Trøndelag	2 466	35,3 %	18,5
Telemark	2 707	16,4 %	15,9
Sør-Trøndelag	4 667	-4,7 %	15,7
Oppland	2 912	29,7 %	15,6
Troms	2 379	36,9 %	15,0
Hedmark	2 828	26,1 %	14,7
Møre og Romsdal	3 447	11,7 %	13,4
Finnmark	841	26,7 %	11,4
Nordland	1 769	-26,9 %	7,4
	105 900	13,5 %	21,2

Kilde: Apotekforeningen og SSB (befolkningstall per 1. januar 2012). Tallene inkluderer legemidler som inneholder dimetikon, malation, permetrin og benzylbenzoat. I tillegg er handelsvarene Hedrin og Linicin (med unntak av Linicin prevent spray).





Vi ønsker alle ansatte og medlemmer i Apotekforeningen God jul!

Adventstiden kan være en koselig tid. Lukten av nybakte pepperkaker sprer seg i huset. Overalt skinner det fra levende lys. Og snart skal juletreet pyntes. Dessverre er det slik at dette også øker brannfaren. Vi unner virkelig alle å tenne levende lys og kose seg med fersk julebakst. Bare vær litt ekstra forsiktig.

if.no/apotekforeningen
02400



Apotekforeningen



Rolig, vi hjelper deg.

Helt lokalt

Lisa Grinaker

Apoteker

Boots Apotek Molde

Cand. Pharm fra Tromsø, kull '99



■ Fortalt til Frode Bolin, Apotekforeningen

Drømmer om rulletrapp

Jeg trives i lederrollen, og liker å sette meg hårete mål: Jeg vil at apoteket vårt i Molde skal være det første apoteket i Norge med rulletrapp!

Molde er det første stedet jeg er apoteker. Apoteket vårt åpnet den tredje i tredje i '03. Så nå har jeg snart vært apoteker på det samme stedet i ti år.

Da vi åpnet apoteket, fikk jeg en utfordring fra adm. dir. om at «Lisa, du må sette deg et skikkelig hårete mål for apoteket». Og da ble svaret mitt at «Jeg skal være apoteker på det første apoteket i Norge som får rulletrapp!». Og det var jo så hårete at det nærmest var å se på som en umulighet. Nå etter ti år – fremdeles så er det en umulighet, men vi kjenner at vi er litt nærmere.

Jeg trives veldig godt med lederrollen, jeg synes det er artig å jobbe med medarbeiderne, jobbe for at vi skal få et godt arbeidsmiljø, og ha en prestasjonskultur: sette mål og være litt krevende, pushe på medarbeiderne og oppleve at de synes det er kjekt.

Jeg både håper og tror at kundene opplever apoteket vårt som et veldig hyggelig sted. Grunnen er at vi har et veldig godt arbeidsmiljø, og det smitter ut i apoteket. Vi fikk jo prisen «Pharmacy Of The Year Boots International 2012». Det opplever jeg som en bekreftelse på at Boots apotek Molde er et bra sted både å jobbe på, og å være kunde på.

I en by som Molde er det ingen bydelsapotek, så kundegrunnlaget er 'alle i Molde som velger å dra til byen, og ikke bare gå på kjøpesenter'. Vi har alle aldersgrupper, friske og syke. Og vi har mange lojale kunder. Men Apotek 1 ligger på andre siden av gata, så hvis det er kø hos oss, kan kundene nesten trekke seg to kølapper.

Da vi åpnet, var det tre apotek i Molde allerede. Jeg husker jeg tenkte at «hm, dette kan bli tøft, med fire apotek

på det befolkningsgrunnlaget». Et halvt år etter åpnet enda ett apotek.

Jeg ønsker at apotek skal være et lavterskeltilbud. Det skal være et sted hvor folk føler de er velkommen med sine plager og problem. Apotek kan på den måten dekke et tomrom mellom det folk selv vet, det de finner på internett og det de får vite hos legen. Vi er en viktig bidragsyter til å kvalitetssikre faglig informasjon om behandling av sykdom og plager. Hadde vi ikke vært der, hadde kunder gått glipp av viktig faglig informasjon om sin helse. Slik tror jeg apoteket bidrar til å gjøre byen bedre å bo i.

Om ti år tror jeg apoteket vårt fremdeles er det beste i byen. Og kanskje har vi også rulletrapp i et to etasjes apotek. ●

Bytte av biologiske legemidler i apotek

Legemiddelverket åpner for å sette biologiske legemidler på byttelisten.

Statens legemiddelverk har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede prisregulering og byttelisteordning for biologiske legemidler. Legemiddelverket foreslår å endre apoteklovens § 6-6. Denne paragrafen er lovgrunnlaget for bytteordningen i apotek. Den foreslåtte endringen innebærer at det vil være hjemmel for bytte også av biologiske legemidler.

– Hvis myndighetene ønsker å innføre en slik bytteordning er det en forutsetning at de har gjort grundige faglige vurderinger, slik at bytte er helt trygt for pasientene. For apotekene er det også viktig med entydige kriterier for når bytte kan finne sted. Bytte av biotilsvarende legemidler krever tid

og god informasjon av farmasøytene på apoteket for at bytteordningen skal fungere godt. Derfor kan det bli nødvendig å legge opp til en ny tjeneste med utvidet informasjon og rådgivning til pasientene i apoteket, sier Oddbjørn Tysnes, som er direktør for næringspolitikk i Apotekforeningen.

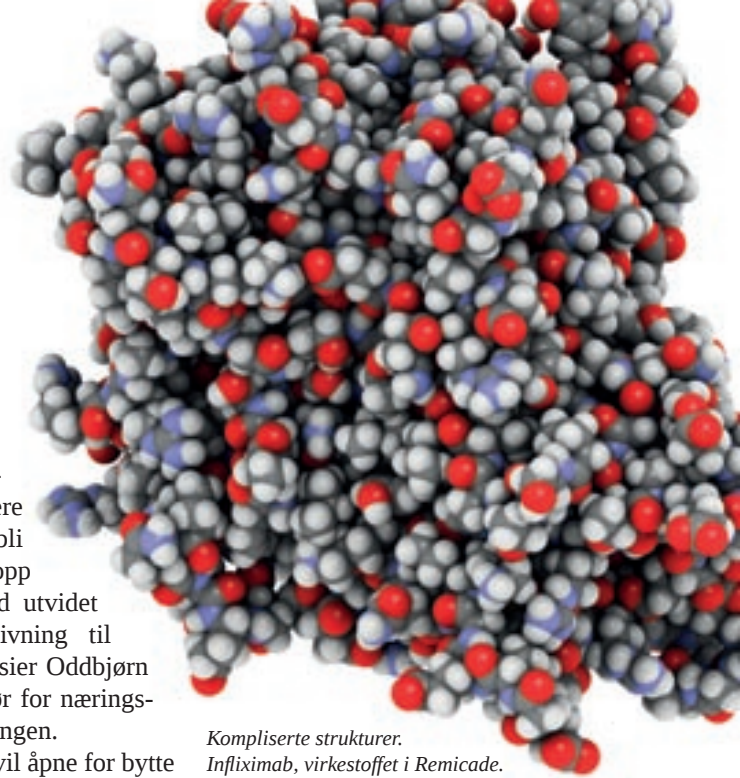
Om myndighetene vil åpne for bytte av konkrete legemidler vil bli vurdert i hvert tilfelle. Legemiddelverket vil vurdere all relevant informasjon om egenskaper ved legemiddelet og ved pasientgruppen før en beslutning blir tatt. Legemiddelverket foreslår også at Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter kriterier for myndighetenes beslutninger om byttbare legemidler

*Kompliserte strukturer.
Infliximab, virkestoffet i Remicade.*

i forskrift. Det vil gjøre forvaltningen av bytteordningen tydeligere og mer transparent.

Rapporten er nå sendt over til Helse- og omsorgsdepartementet, som vil sette en høringsfrist for forslaget.

Les mer på apotek.no/legemiddelverket.no ●



Riktig legemiddelbruk i to timer

I et to timer langt møte med Stortingets Helse- og omsorgskomite 25. oktober, presenterte Apotekforeningen forslag til mer målrettet bruk av apotek for å sikre at pasientene bruker legemidlene sine riktig.

I møtet med Helse- og omsorgskomiteen presenterte Apotekforeningen fire temaer:

- Apotekenes bidrag til riktig legemiddelbruk og hvordan dette bidraget ved enkle midler kan bli enda større
- Tiltak for å gjøre legemidler lettere tilgjengelig på en trygg måte, blant annet gjennom farmasøytresept og ved å åpne for norske nettapotek
- Legemiddelpriser og avanse som gir riktigere resultat
- E-resept og bruk av e-helse som blant annet øker pasientsikkerheten

– Helse og omsorgskomiteen viste interesse for alle disse temaene, og det var en god dialog om både økt pasientsikkerhet, legemiddelpriser og -advanse og e-resept.

Komiteen har fått viktige innspill når de nå skal behandle statsbudsjettet, og når de til våren skal behandle både pasient-

sikkerhetsmelding og e-helsemelding fra regjeringen, mener adm. direktør Per T. Lund i Apotekforeningen. ●



Helse- og omsorgskomiteen i møte med Apotekforeningen. (Foto: Jostein Soldal)

FarmaPro 5 i alle apotek

I slutten av oktober har migreringsfabrikken til Espire fullført siste migreringspulje og alle primærapotek kjører nå på FarmaPro5 – alt i henhold til plan!

Alle primærapotek og nesten alle sykehusapotek er nå over på FarmaPro 5. Det gjenstår kun fem sykehusapotek før FarmaPro4 «gravlegges». I samarbeid med Sykehusapotekenes plan skal tre sykehusapotek migreres i november (Hamar, Kongsvinger og Elverum) og to over nyttår (Gjøvik og Lillehammer). ●

Hold av tirsdag 23. april 2013

Datoen for Legemiddeldagen 2013 blir 23. april. Stedet vil være Felix konferansesenter på Aker brygge.

Legemiddeldagen er Apotekforeningens årlige konferanse om apotek- og legemiddelpolitikk. Målgruppen er alle som er interessert i fagfeltet apotek og legemidler. Legemiddeldagen ble første gang arrangert i 2005. Konferansen samler 150–200 deltaker fra blant annet apotekbransjen, helsemyndighetene og legemiddelindustrien. Temaer

tidligere år har vært apotekenes plass i helsetjenesten, utviklingen i legemiddelpriser og –markedet, nye helsetjenester i apotek og ressursbruk og legemiddelbruk.

Målet med Legemiddeldagen er å rette søkelyset mot aktuelle apotek- og legemiddelrelaterte saker fra ulike vinkler, ofte med bidrag fra andre europeiske land.

Program for Legemiddeldagen 2013 vil bli presentert i begynnelsen av 2013. ●

LAR-pasientene må likebehandles med andre

Behandlingen av pasienter under legemiddelassistert rehabilitering må normaliseres. De må få like rettigheter som andre hjemmeboende pasienter, og LAR-legemidlene bør finansieres over blåreseptordningen, mener Apotekforeningen.

– Apotekene har vært en viktig aktør på LAR-området helt siden oppstarten av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Apotekenes hovedoppgave i LAR er å håndtere, istandgjøre og utlevere de aktuelle legemidlene, samt overvåke pasientenes inntak av legemidler når det kreves, sa fagdirektør Per Kristian Faksvåg til Stortingets Helse- og omsorgskomite under hørin-

gen om stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk».

Et viktig prinsipp i LAR-forskriftene har vært å gi et mest mulig likt behandlingstilbud og sørge for at prinsippet om normalisering blir gjennomført. Til tross for denne målsetningen, er det allikevel store ulikheter med hensyn til hvor utleveringen finner sted, og tjenestene som tilbys er avhengig av hvilke ordninger spesialisthelsetjenesten tilbyr der den enkelte bor. – Vi opplever at normaliseringsprinsippet og LAR-pasientenes rettigheter er satt under press og at sykehus og kommuner strides om hvem som skal betale for kostnadene for overvåket inntak av LAR-legemidler. Det synes som om

kampen for å slippe å ta regningen for disse kostnadene i stor grad er styrende for hvilken utleveringsordning som tilbys. Hensynet til pasientene kan da bli satt til side, sa Faksvåg i høringen.

Les mer på apotek.no. ●



Xwear.no

Kompresjonsstrømper gir opptil 30% bedre sirkulasjon og restitusjon i dine føtter...

Til arbeid,
sport og
fritid!



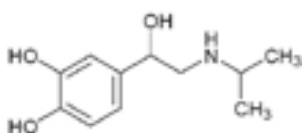
KONKURRANSE



Hvilke virkestoff?

Vi fortsetter å teste folks kunnskaper. Send svarene på e-post til vendil.aase@apotek.no innen 1. februar 2013 og bli med i trekningen av 4 flax-lodd. Oppgi postadressen din også. Svarene kommer i tidsskriftet nr. 01|13.

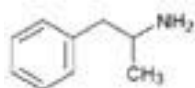
Oppgave 1:



Oppgave 2:



Oppgave 3:



Lykke til!

Finner du ikke svarene på alle? Send inn de du får til.

Nye driftskonsesjoner

Her er en oversikt over nye driftskonsesjoner i perioden 30. august til 1. november 2012.

Apoteker	Apotekets navn	Gyldig fra
Agnieszka Wanda Maslanka-Nygård	Apotek 1 Brotorvet	30.08.2012
Silje Veslemøy Stange Bekkevold	Vitusapotek Økern	01.09.2012
Ingelin Hamre	Apotek 1 Førde	01.09.2012
Rüdiger Dicks	Apotek 1 Nittedal	01.09.2012
Elin Benberg Antonsen	Vitusapotek Hemne	01.09.2012
Lars-Peter Sørensen	Vitusapotek Notodden	01.09.2012
Veronica B. Johansen	Boots apotek Strømmen	01.09.2012
Erika Andersson	Vitusapotek Vormsund	01.09.2012
Hamid Mahmood	Ditt apotek Åneby	03.09.2012
Luan Van Vo	Vitusapotek Elverum	13.09.2012
Dag Tormod Hausken	Apotek 1 Kleppestø	17.09.2012
Agnes Marianne Gombos	Pulsapoteket Skøyen	20.09.2012
Agnes Eva Hillestad Duserud	Vitusapotek Opsahljordet – Mysen	24.09.2012
Fride Iversen	Boots apotek Spelhaugen	24.09.2012
Cathrine Bakkene Elsås	Boots apotek Marienlyst	01.10.2012
Quang Mai Cu	Vitusapotek Rasta	01.10.2012
Radoslaw Kowalski	Vitusapotek Nesodden	01.10.2012
Gulzeb Aziz	Vitusapotek Enebakk	01.10.2012
Lise-Lotte Stange Mathiesen	Vitusapotek Bø	01.10.2012
Annbjörg Susanna Hætta	Vitusapotek Stathelle	01.10.2012
Shima Mohammad Fawzi	Ditt apotek Skedsmokorset	01.10.2012
Henryk Adam Domaradzki	Boots apotek Arendal	01.10.2012
Anne-Sofie Karin Lysheden	Apotek 1 Mjøndalen	01.10.2012
Arni P. Kristjánsson	Boots apotek Bien Hønefoss	01.10.2012
Bjørn Gustavsen Krabbesund	Vitusapotek Tvedestrand	01.10.2012
Jenny Elise Steffensen	Vitusapotek Sirkus Shopping	03.10.2012
Zahra Bizhannia	Vitusapotek Mysen	08.10.2012
Janos Varadi	Ditt apotek Luster	08.10.2012
Ngoc Quyen Ly	Q-apoteket Asker	10.10.2012
Xuan Thi Le Fjeld	Vøyenenga apotek	10.10.2012
Barbara J. Les	Boots apotek Odda	11.10.2012
Ana Mastilo	Vitusapotek Brumunddal	11.10.2012
Jakub Wojciech Chowaniec	Apotek 1 Mediegården	15.10.2012
Mohammed Russel Karim	Apotek 1 Vestvågøy	16.10.2012
Estella Iris Sulic	Vitusapotek Jar	18.10.2012
Hanne Aasberg	Vitusapotek Strømmen Storsenter	25.10.2012
Vincent Ruca Kagabo	Apotek 1 Havnegården	25.10.2012
Ulrich Andreas Dannhardt	Apotek 1 Tasta	25.10.2012
Jussi Johannes Jukka	Vitusapotek Moelv	29.10.2012
Karina Gundersen	Boots apotek Sentrumsgården	01.11.2012
Sune Kent Roger Starkman	Boots apotek Lillehammer	01.11.2012
Erica Huu Thien Khuong	Apotek 1 Oslo City	01.11.2012
Eva Brøndbo	Boots apotek Nordre	01.11.2012
Ann Lisbeth Torbergsen	Boots apotek Sortland	01.11.2012
Jon Åge Aune	Vitusapotek Byåsen	01.11.2012

Kilde: Statens legemiddelverk.

(Lys blå bakgrunnsfarge er nyetablerte apotek.)

nytt om | apotek

Dato	Nyetablerte apotek	Eier
30.08.12	Apotek 1 Brotorvet, Stathelle	Apotek 1 Norge AS
01.09.12	Ditt apotek Åneby AS, Hakadal	Ditt apotek Åneby AS
10.09.12	Apotek 1 Stortorget Tromsø	Apotek 1 Norge AS
13.09.12	Vitusapotek Elverum	Norsk Medisinaldepot AS
17.09.12	Apotek 1 Kleppstø senter, Kleppstø	Apotek 1 Norge AS
03.10.12	Vitusapotek Sirkus Shopping (tidl. Vitusapotek KBS kjøpesenter)	Norsk Medisinaldepot AS
08.10.12	Apotek 1 Oslo City	Stjerneapoteket Oslo City AS
10.10.12	Ditt apotek Skedsmokorset AS	Ditt apotek Skedsmokorset AS
24.10.12	Vitusapotek Jar	Norsk Medisinaldepot AS
25.10.12	Vitusapotek Strømmen Storsenter	Norsk Medisinaldepot AS
25.10.12	Apotek 1 Havnegården, Arendal	Apotek 1 Norge AS
25.10.12	Apotek 1 Tasta	Apotek 1 Norge AS
01.11.12	Lindenes apotek	John Billy Nenningsland Lindenes apotek AS
14.11.12	Boots apotek Mortensrud Torg, Oslo	Boots Norge AS
15.11.12	Boots apotek Jekta, Tromsø	Boots Norge AS
15.11.12	Apotek 1 Skovveien, Oslo	Apotek 1 Norge AS

KALENDER 2013

14. – 15. februar

4. Nasjonale Konferanse om hjerneslag
Sted: Oslo

13. – 15. mars

18th Congress of EAHP
Tema: «Improving patient outcomes-
shared responsibility»
Sted: i Paris, Frankrike

17. april

APGI (International Society for Drug
Delivery Sciences and Technology)
Coating workshop: The Place for Innovation
in Film Coating
Sted: Lille, Frankrike

25. april

Legemiddeldagen 2013
Sted: Felix, Aker brygge, Oslo

**14. – 15. mai**

Nasjonale helseøkonomikonferanse
Sted: Bergen

31. august – 5. september

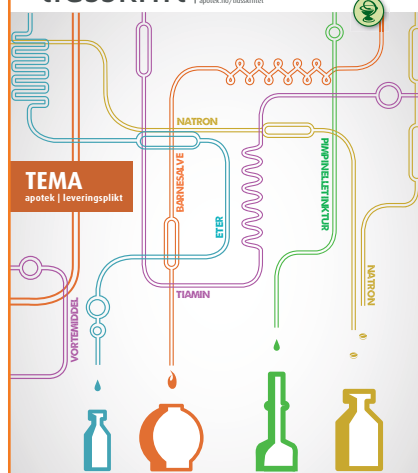
73rd FIP
Tema: Towards a Future Vision for Complex
Patients
Sted: Dublin, Irland

**30. september – 01. november**

Farmasidagene 2013
Sted: Folkets hus, Oslo

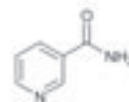
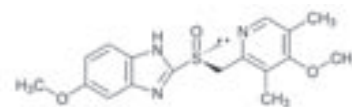
Apotekforeningens
tidsskrift

Nr. 3
120. årgang
september 2012
apotek.no/tidsskriftet

Svar på
konkurranse
i 03|12

I forrige nummer av Apotekforeningens tidsskrift viste vi tre formler og spurte om hvilke virkestoff vi hadde funnet fram til. Fem av de innsendte svarene var helt riktige, gratulerer alle sammen. Jan Havlas fra Vitusapotek Molde ble trukket ut som vinner! Gratulerer. Fire flaxlodd er på vei i posten.

Løsningen på konkurransen:

Oppgave 1: Tiamin**Oppgave 2: Nikotinamid****Oppgave 3: Esomeprazol**



Kvalitet.

Ny blodsukkerstrimmel – CONTOUR® NEXT

Ny innovativ teknologi fra Bayer forbedrer
nøyaktigheten:

- CONTOUR® NEXT, forbedret blodsukkerstrimmel med Bayer logoer
- Gir enda mer nøyaktige resultater¹
- Klarer sammen med blodsukkerapparatet CONTOUR® XT $\pm 10\%$ ²



1. Data på fil, Bayer HealthCare Diabetes Care.

2. Report from the evaluation SKUP/2012/94, www.skup.nu. Fixed limit without cut off

Nyhet!

