

Helsetjenester i apotek

Rapport fra en prosjektgruppe nedsatt av Apotekforeningen

Januar 2008



Apotekforeningen

Helsetjenester i apotek

Rapport fra en prosjektgruppe nedsatt av Apotekforeningen

*Lavterskel helsetjenester i apotek
bedrer folkehelsen*

1	SAMMENDRAG	4
2	HVORFOR HELSETJENESTER I APOTEK?	6
2.1	Politisk bakgrunn	6
2.2	Nye forutsetninger for å lykkes.....	6
2.3	Om prosjektet.....	8
2.3.1	Prosjektets formål	8
2.3.2	Målsetting	8
2.3.3	Arbeidsform og prosess	8
2.3.4	Sammensetning	8
2.4	Helsetjenester i apotek	9
2.4.1	Apotekenes plass i helsetjenesten	9
2.4.2	Samarbeid med andre helsepersonellgrupper og pasientgrupper.....	10
2.5	Visjon for fremtidens helsetjenester i apotek.....	11
2.6	Referanser	11
3	UTVALG AV HELSETJENESTER.....	12
3.1	Suksesskriterier	12
3.2	Syv helsetjenester i norske apotek	12
3.3	Metode for informasjonsinnhenting.....	13
4	HELSETJENESTER I APOTEK	14
4.1	Astma – sjekk inhalasjonen	14
4.1.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten?.....	14
4.1.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	14
4.1.3	Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land.....	15
4.1.4	Referanser	16
4.1.5	Andre kilder	16
4.2	Legemiddelsamtaler	17
4.2.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten?.....	17
4.2.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	18
4.2.3	Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land.....	18
4.2.4	Referanser	20
4.2.5	Andre kilder	21
4.3	Apotek som formidler av offentlige helsekampanjer - Folat og graviditet.....	22
4.3.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten	22
4.3.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	22
4.3.3	Hvordan gjennomføres tilsvarende i andre land	23
4.3.4	Referanser	23
4.4	Apotekets tjenester til personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	24
4.4.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten?.....	24
4.4.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	25
4.4.3	Hvordan gjennomføres helsetjenesten i andre land	25
4.4.4	Referanser	25
4.4.5	Andre kilder	26
4.5	Diabetesveiledning.....	27

4.5.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten	27
4.5.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	28
4.5.3	Hvordan gjennomføres helsetjenesten i andre land	28
4.5.4	Referanser	29
4.5.5	Andre kilder	29
4.6	Kolesterolmåling	30
4.6.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten?.....	30
4.6.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge?.....	30
4.6.3	Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land.....	31
4.6.4	Referanser	31
4.6.5	Andre kilder	32
4.7	Røykesluttveiledning	33
4.7.1	Hvorfor er det behov for denne tjenesten?.....	33
4.7.2	Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge	33
4.7.3	Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land.....	34
4.7.4	Referanser	35
4.7.5	Andre kilder	35
5	RAMMEVILKÅR	36
5.1	Dagens rammevilkår	36
5.2	Rammevilkår som understøtter helsetjenester i apotek	36
5.3	Potensielle habilitetsproblemer	37
6	VEIEN VIDERE	38
6.1	Utvikling, standardisering og implementering	38
6.2	Nødvendige forutsetninger.....	38
6.3	Helsepolitisk forankring.....	39
6.4	Bransjestandarder.....	40
6.5	Kompetansekrav	40
7	KONKLUSJONER OG POLITISK VEIKART.....	42

1 SAMMENDRAG

Apotekbransjen har de siste årene gjennomført en rekke forsøk og pilotprosjekter med helsetjenester i apotekene. Likevel er det få tjenester som tilbys på permanent basis, innenfor en strukturert og bransjeovergripende ramme. Gjennom prosjektet ”Helsetjenester i apotek” har Apotekforeningen ønsket å bringe bransjen et skritt nærmere realiseringen av permanente helsetjenester basert på bl.a. bransjestandarder. Målet for prosjektet har vært å få en bred faglig forankring i det farmasøytiske miljøet for nye og forbedrede legemiddelfaglige helsetjenester i apotek.

Prosjektet har, som beskrevet i kapittel 2, identifisert noen sentrale forutsetninger som nå legger til rette for at bransjen skal kunne lykkes med innføring av helsetjenester i apotek. Det er en økt erkjennelse av legemiddelbrukerens udekkede behov. Det har skjedd strukturelle endringer i apotekbransjen gjennom kjededannelse som legger bedre til rette for bred, ensartet iverksetting av tjenester. Og det er en økt politiske interesse for apotek som mulig leverandør av helsetjenester.

Prosjektgruppen har drøftet en rekke ulike helsetjenester som kan tenkes ytt fra apotek. Man har hentet erfaringer fra apotekbransjer i andre vestlige land, og man har vurdert tjenestebehov ut fra mangler i det eksisterende helsetjenestetilbud i Norge. På bakgrunn av et sett av suksesskriterier beskrevet i kapittel 3, har prosjektgruppen kommet frem til at det kan være aktuelt å utvikle syv helsetjenester i apotek. De er beskrevet i kapittel 4. Beskrivelsen av hver av de syv helsetjenestene følger en felles mal:

1. Hvorfor er det behov for denne tjenesten?
2. Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge
3. Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land
4. Referanser

De syv helsetjenestene som omtales i rapporten er:

- **Astma og KOLS-veiledning – Sjekk inhalasjonen**

Apotekene er godt tilrettelagt for å kunne gi en standardisert tjeneste tilrettelagt for demonstrasjon av og opplæring i riktig inhalasjonsteknikk til astma- og KOLS-pasienter.

- **Legemiddelsamtaler**

Apotek vil kunne tilby en planlagt, strukturert og dokumentert samtale hvor målet er at pasienten får innsikt i, blir trygg på og oppnår best mulig effekt av sin legemiddelbehandling. Det vil i stor grad dreie seg om praktisk bruk av legemidlene og forståelse for hvorfor riktig legemiddelbruk er viktig. Apotekenes tilbud skal være et supplement til den informasjonen pasienten får av egen lege.

- **Apotek som formidler av offentlige helsekampanjer - Folat og graviditet**

Apotek kan spille en viktig rolle som formidler av myndighetsinitierte informasjonskampanjer, særlig innenfor forebygging og helseinformasjon. Som eksempel har apotek gode forutsetninger for å videreformidle myndighetenes anbefalinger om nytten av ta folat i forbindelse med svangerskap. Informasjon kan gis i forbindelse med salg av

eggløsningstester, graviditetstester og ved salg av prevensjonsmidler. I tillegg bør informasjon være tilgjengelig for alle, for å kunne nå unge kvinner før de tenker på å bli gravide.

- **Apotekets tjenester til personer i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

Apotekene bør ha ambisjon om å utvide tilbudet til å inkludere alle de LAR-pasientene som ønsker det, for å bidra til å normalisere deres tilværelse. Apotekene vil følge opp Sosial- og helsedirektoratets Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

- **Diabetesveiledning**

Apotekets helsepersonell møter jevnlig diabetikere og personer som er i risikogruppen for utvikling av diabetes type 2. Dette setter apotekene i en posisjon der de kan være med å hjelpe myndighetene med å nå målene med bedre diabetesomsorg og tidligere identifisering av mulige diabetikere.

- **Kolesterolmåling**

Kolesterolmålinger på apotek kan brukes for å finne ut om personer i risikogrupper bør oppsøke lege for diagnostisering og eventuell behandling. Videre kan farmasøytene regelmessige kontakt med pasienten brukes mer bevisst for å følge opp pasientens legemiddelbruk. I denne oppfølgingen kan kolesterolmålinger benyttes for å se om pasienten når de behandlingsmålene legen har satt.

- **Røykesluttveiledning**

Røykesluttveiledning i apotek vil være et lavterskeltilbud til personer som vurderer å slutte å røyke. Publikum får tilgang til høyt kvalifisert helsepersonell med spesielt høy kompetanse på legemidler, og som har gjennomgått tilrettelagt opplæring for å drive røykesluttveiledning i en en-til-en situasjon.

Denne rapporten har ikke som mål å utrede alle detaljer som må være på plass for å realisere helsetjenestene. Formålet har først og fremst vært å etablere en bredest mulig bransjeenighet om hvilken retning det videre arbeidet må ha, og å legge noen føringer for hvilke tjenester det bør satses på. Derfor finner man ikke en utførlig beskrivelse av de enkelte tjenesten. I det videre arbeidet for å realisere helsetjenestene, kort beskrevet i kapittel 6, vil det bli lagt særlig vekt på å utvikle en bransjestandard for den enkelte tjeneste, bringe på det rene at legemiddelbrukerne og myndighetene ser nytten av og ønsker et tilbud om helsetjenestene, og fastsette kompetansekrav og eventuelle godkjenningsordninger for både helsepersonellet og apotekene.

2 HVORFOR HELSETJENESTER I APOTEK?

2.1 Politisk bakgrunn

Våren 2007 debatterte Stortinget hvilken rolle apotekene kan ha innenfor helsetjenesten, med vekt på hvilke muligheter som finnes for å bruke apotekene for å dekke viktige behov for helsetjenester. Debatten viste at det er bred politisk enighet om at apotek kan spille en større rolle for mange pasientgrupper enn tilfellet er i dag. Apotek har en lav terskel for kontakt mellom helsepersonell og pasient, og potensialet i denne enkle tilgangen på helsepersonell er ikke fullt ut utnyttet.

Utgangspunktet for debatten var en interpellasjon fra stortingsrepresentant Jan Bøhler:

”Det er av stor betydning for befolkningen hvordan apotekenes rolle og funksjonsmåte utvikles. Etter at de ble organisert i kjeder med grossister og andre som eiere har apotekdekningen landet rundt utviklet seg i positiv retning. Det fins samtidig mangler i tilgjengeligheten og betydelig forbedringspotensial. Blant annet er det mange steder et svært begrenset tilbud av vaktapotek på nattestid og helligdager. Det burde også kunne skapes tilbud om lavterskeltjenester på apotekene, f.eks. målinger av blodsukker og blodtrykk, enkle kontroller av KOLS-rammede, bidrag til legemiddelassistert rehabilitering osv. (...)” (1)

I Stortingets innstilling til statsbudsjettet i desember 2007, finner stortingsflertallet grunn til å minne om mulighetene som ligger i å utnyttet apotekressursen bedre innenfor helsetjenesten:

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har også ved flere anledninger tatt til orde for at man i langt større grad enn i dag bør se på muligheten for at apotekene kan ta på seg flere oppgaver enn det som er tilfelle i dag. Det er viktig å kunne bruke den fagkunnskapen de ansatte i apotekene innehar. Flertallet ber derfor om at en ser på hvilke muligheter som her foreligger” (2)

Allerede ved behandlingen av Legemiddelmeldingen (3) i 2005 ble det fra Stortinget understreket at apotekene kan spille en mer sentral rolle innenfor helsetjenesten:

”Apotekene kan, eventuelt sammen med lege avdekke feilbruk, uheldige kombinasjoner av legemiddelbruk osv. Komiteen har merket seg at « apotekene kan være en arena for oppfølging av legemiddelbruk ». Det er en viktig oppgave, og apotekene må settes i stand, både økonomisk og faglig, til å ta seg av slike oppgaver” (4).

Når Apotekforeningen i 2007 har tatt initiativ til et prosjekt som skal finne frem til de helsetjenestene det bør satses på å tilby i apotek, gir vi et svar på behov som har ligget der lenge, og som senest i vår igjen ble satt på dagsordenen i Stortinget.

2.2 Nye forutsetninger for å lykkes

De siste årene er rammebetingelsene for apotekbransjen endret, slik at bransjen framstår som mer handlekraftig en noen gang. Fire viktige forutsetninger er endret:

1. Det er en økt erkjennelse av legemiddelbrukerens behov
2. Det er en økt politiske interesse for helsetjenester i apotek
3. Kjedeorganisering av apotekene gir bedre evne til å implementere felles standarder
4. De apotekansattes rolle som helsepersonell har blitt tydeligere

Dette er viktige forutsetninger for å kunne lykkes med en innføring av helsetjenester i apoteksektoren basert på bransjestandarder.

Pasientens nye krav og forventninger til helsetjenesten forutsetter at helsetjenesten kontinuerlig er i stand til å fornye seg. Dette gjelder ikke bare innen spesialisert medisin som kreftbehandling og kirurgi, men gjelder også tilbudet i primærhelsetjenesten, herunder apotek. Et av apotekenes bidrag til fornyelse, vil være å tilby nye helsetjenester som kan møte befolkningens nye forventninger og behov. Apoteket ønsker derfor å gi et tilbud til alle legemiddelbrukere om helsetjenester.

En viktig faktor i utviklingen av nye helsetjenester i apotek, vil være den videre utviklingen innen klinisk farmasi. Vi ser allerede økt innslag av klinisk farmasi i apotek, og vilje til økt satsing innen universitetsmiljøet. Den faglige modningen innen klinisk farmasi har kommet langt de siste årene. Med en mulig videre satsing i form av en egen masterutdanning innen klinisk farmasi ved Universitet i Oslo, vil fagets utvikling bli ytterligere styrket. Klinisk farmasi har nettopp som sitt mål at farmasøyten skal bidra til å forebygge legemiddelrelaterte problemer i samarbeid med annet helsepersonell og pasienten selv. Dette er midt i kjernen av mulige nye helsetjenester i apotek.

Kjedeorganiseringen i den norske apotekbransjen, er godt egnet for standardisert implementering av nye helsetjenester. Apotekkjedenes styrings- og kvalitetssystemer er på et høyt nivå, og forholdene ligger til rette for iverksetting av standardiserte tjenester av høy og jevn kvalitet. I det enkelte apotek – kjede eller ikke kjede – vil det fortsatt være begrensninger knyttet til kompetanse, økonomi og tilgang på fagfolk. Men dette er utfordringer som vil bli løst, gradvis og planmessig i takt med at apotekbransjen får og tar på seg nye oppgaver.

De apotekansattes rolle som helsepersonell har blitt tydeligere definert i helsepersonelloven. Også arbeidsprosessen i apotek, bl.a. med direktereseptur, har bidratt til at farmasøytene har mer kundekontakt nå enn tidligere.

2.3 Om prosjektet

2.3.1 Prosjektets formål

Prosjektet Helsetjenester i apotek ble etablert høsten 2006, på bakgrunn av en erkjennelse om at det er vanskelig å komme videre i utviklingen av det legemiddelfaglige tjenestetilbudet i apotek, uten en bred faglig forankring i det farmasøytiske miljøet.

I prosjektbeskrivelsen for prosjektet, er formålet beskrevet slik:

Prosjektet skal bidra til :

- I. å frembringe kunnskap, erfaringer og dokumentasjon om helsetjenester i apotek fra andre land
- II. skape bredest mulig enighet i farmasimiljøet om hvilke helsetjenester i apotek det er verdifullt å innføre i Norge
- III. en felles visjon for helsetjenestetilbudet i framtidens apotek

2.3.2 Målsetting

Prosjektgruppen har selv definert målet med prosjektet slik:

- Øke verdiskapningen i apotek for legemiddelbrukeren
- Øke samfunnsnyttien av legemidler og legemiddellkunnskap
- Synliggjøre apotekets bidrag som lavterskeltilbud for riktigere legemiddelbruk og helseveiledning
- Etablere en bransjeenighet om Apoteket og gjensidig anerkjennelse i farmasibransjen og deretter i helsetjenesten

2.3.3 Arbeidsform og prosess

Prosjektets oppgaver og prosess har i hovedsak omfattet:

1. Kartlegge og gjennomgå dokumentasjon om helsetjenester i apotek i Norge og andre relevante land
2. Vurdere anvendbarhet av mulige helsetjenester i apotek i forhold til norske behov
3. Definere ønskelige helsetjenester i apotek
4. Vurdere hvilke rammebetingelser som må ligge til grunn for innføring av slike tjenester
5. Drøfte ulike strategier for innføring av disse helsetjenestene i Norge

Foreløpige konklusjoner fra arbeidet ble presentert på Legemiddeldagen 10. mai 2007.

2.3.4 Sammensetning

Prosjektet har hatt følgende deltakere:

Anne Elisabeth Smedstad, Apotekforeningen
Anne Markestad, Norges Farmaceutiske Forening
Berit Regland, Farmasiforbundet
Bror-Lennart Mentzoni, Kilen apotek

Frode Hellesnes, Schering-Plough
Hedvig Nordeng, Farmasøytisk institutt, UiO
Hege Willoch, Apoteket St. Georg
Kai Finsnes, Apotekforeningen
Marit Andrew, Alliance apotek
Oddbjørn Tysnes, Apotekforeningen
Per Olav Kormeset, Legemiddelindustriforeningen
Pål Rydstrøm, Pfizer
Ragnar Salmén, Norsk Farmaceutisk Selskap
Åge Nærdal, GlaxoSmithKline

Deltakerne er personlig invitert, og representerer kun seg selv i prosjektet. Prosjektsekretariatet har bestått av Jostein Soldal, Agnes Gombos og Jon Andersen, Apotekforeningen. Per Espen Stoknes, Stoknes Futures, har vært prosjektfasilitator. Prosjektet er gjennomført ved fem lunsj-til-lunsjsamlinger vinteren og våren 2007, og gjennom bruk av en wiki-basert prosjekt-web.

2.4 Helsetjenester i apotek

2.4.1 Apotekenes plass i helsetjenesten

Prosjektgruppen har kommet frem til følgende definisjon av helsetjenester i apotek:

- Helsetjenester i apotek er et supplerende lavterskel helsetilbud, bygget på apotekenes kjernekompetanse og rettet mot et bredt publikum

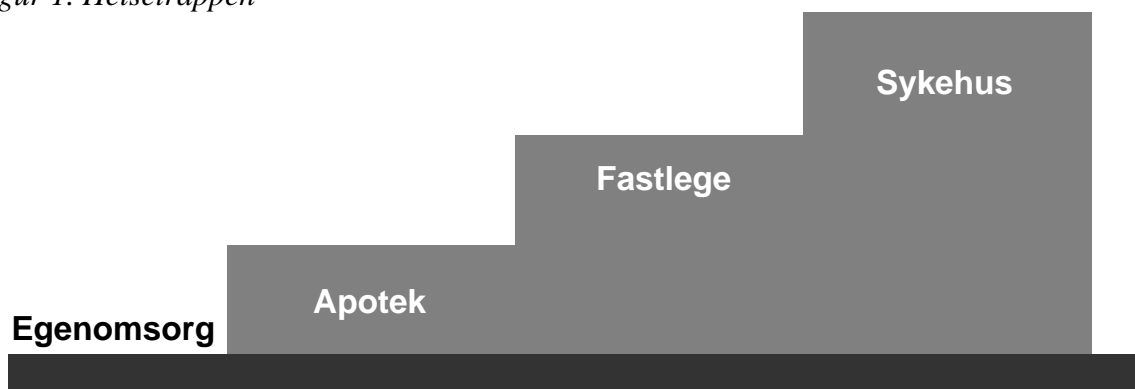
Definisjonen må ses i lys av at det er et økende press på de spesialiserte helsetjenestene, og helsebudsjettet øker betydelig år for år. Dessuten er det grunn til å tro at legemiddelbruken vil fortsette å bli mer kompleks og sammensatt. Forbruket av legemidler fortsetter også å øke, selv om utgiftsveksten har stagnert.

Med stadig voksende forventninger til hva helsetjenesten kan løse av helseproblemer, kan forholdene ligge til rette for etablering av nye lavterskel helsetjenester som innrettes mot både forebygging av helseplager og riktig legemiddelbruk. Apotekene og deres ansatte kan medvirke i begge disse oppgavene.

”Laveste effektive omsorgsnivå” (LEON) er et sentralt prinsipp i norsk helsetjeneste, for å sikre mest mulig effektiv ressursbruk, både av helsepersonell og penger. Nye helsetjenester i apotek vil kunne bli en buffer og et nytt trinn i helsetjenestehierarkiet, der man både fanger opp de som ikke har behov for tjenester på et høyere nivå, og bidrar til at færre må behandles på høyere nivå i helsetjenesten.

Målet med denne rapporten er å beskrive hvordan vi kan gi nytt innhold i apotek-trinnet i ”Helsetrappen” (se figur 1). Apotekene har en rolle å spille i denne trappen, og denne rapporten skal bidra til å tydeliggjøre denne rollen, innenfor en helsetjeneste som er under konstant press og forventninger om stadig å yte flere og bedre tjenester.

Figur 1. Helsetrappen

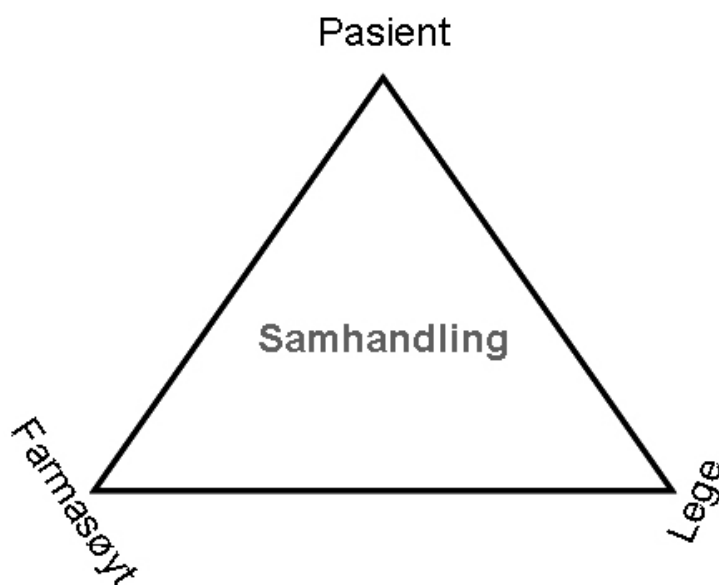


2.4.2 Samarbeid med andre helsepersonellgrupper og pasientgrupper

Prosjektgruppen har kun hatt deltakere fra det farmasøytiske miljø, fordi man på dette stadiet har ønsket å skape en visjon for apotek og et utvalg tjenester som profesjonen og legemiddelbransjen i stort kan stå samlet bak. Deretter må innholdet i denne prosjektrapporten drøftes med både ulike profesjonsgrupper innen helsetjenesten, og ikke minst med de fremtidige brukerne av tjenestene.

Tydelige roller er en forutsetning for samarbeid, på samme måte som respekt over profesjonsgrensene er det. Gode helsetjenester i apotek tar utgangspunkt i legens totale behandlingsansvar for pasienten og at pasientens diagnose er legens suverene domene. Men deretter vil ulike helsetjenester i apotek kunne komme inn og understøtte behandlingen. Andre helsetjenester i apotek kan ha som formål å identifisere risikogrupper og henvise personer med høy helserisiko til lege, slik at det i det hele tatt blir mulig med legebehandling. Slikt samvirke mellom farmasøyt, pasient og lege endrer farmasøytrollen og gir innhold i begrepet klinisk farmasi.

Figur 2. Samspill



Det er viktig at nye helsetjenester i apotek standardiseres, slik at de blir forutsigbare både for pasienten og for andre helseprofesjoner. Dette er spesielt viktig der tjenesten forutsetter et aktivt grensesnitt mot andre profesjoner, og da først og fremst legene. Derfor vil det heller ikke være mulig å oppnå suksess med nye helsetjenester i apotek, uten at både helsepersonell og legemiddelbrukerne involveres i gjennomføringsfasen.

2.5 Visjon for fremtidens helsetjenester i apotek

En sentral oppgave i prosjektet har vært å komme frem til en omforent visjon for helsetjenester i apotek. Prosjektgruppen har blitt enig om følgende formulering:

- **Lavterskel helsetjenester i apotek bedrer folkehelsen**

2.6 Referanser

1. Referat fra møte i Stortinget 17.04.07: <http://www.stortinget.no/stid/2006/s070417-04.html> lastet ned 27.11.07
2. Stortinget, Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008), s. 60
3. St.meld. nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, kap. 4
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/Helse- og omsorgsdepartementet/dok/regpubl/stmeld/20042005/Stmeld-nr-18-2004-2005-/4.html?id=406534](http://www.regjeringen.no/nb/dep/Helse-og_omsorgsdepartementet/dok/regpubl/stmeld/20042005/Stmeld-nr-18-2004-2005-/4.html?id=406534) lastet ned 27.11.07
4. Innst.S.nr.197 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om legemiddelpolitikken
<http://www.stortinget.no/inns/inns-200405-197.html> lastet ned 27.11.07

3 UTVALG AV HELSETJENESTER

Mange land i den vestlige verden har implementert et sett av helsetjenester i apotek.

Prosjektgruppen har drøftet en rekke ulike tjenester som kan være aktuelle å tilby i apotek. Man har på den ene siden tatt utgangspunkt i hva som er alminnelige folkesykdommer, og vurdert om apotekenes kompetanse er relevant for å bidra til å redusere forekomsten av disse sykdommene. I tillegg har gruppen innehentet informasjon om eksisterende helsetjenester i apotek i andre vestlige land, og vurdert om disse er relevante i en norsk kontekst.

3.1 Suksesskriterier

For å vurdere om en helsetjeneste i norske apotek kan bidra til å bedre folkehelsen, har prosjektet satt opp et sett av suksesskriterier, som er brukt for å vurdere hver enkelt helsetjeneste.

Det har ikke vært noen forutsetning at alle kriterier må være oppfylt, og de ulike kriteriene har svært ulik vekt i de vurderingene som er gjort.

1. Tjenesten *tjener pasientens* beste
2. Tjenesten er *samfunnsøkonomisk* lønnsom
3. Tjenesten bidrar til å *utjevne sosiale forskjeller* i helse
4. Tjenesten kan realistisk gjennomføres etter *enhetlige og profesjonelle standarder*
5. Tjenesten er egnet for å styres av en *bransjestandard* som er felles for alle apotek
6. Pasienten eller annen betaler er villig til minimum å *dekke kostnadene* forbundet med tjenesten
7. Apoteket har et *unikt grunnlag* for å levere tjenesten
8. Tjenesten fører i liten grad til *motsetningsforhold* mellom apotek og øvrig helsetjeneste
9. Tjenesten er *basert på dokumentasjon* som understøtter nytteverdien

3.2 Syv helsetjenester i norske apotek

På bakgrunn av disse suksesskriteriene, har prosjektgruppen vurdert hvilke helsetjenester det kan være realistisk å innføre i Norge. Disse tjenestene er nærmere beskrevet nedenfor. Her nevnes de i uprioritert rekkefølge:

- Astmaveiledning – Sjekk inhalasjonen
- Legemiddelgjennomganger
- Folat i forbindelse med graviditet
- Apotekets tjenester til personer i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Diabetesveiledning
- Kolesterolmåling
- Røykesluttveiledning

3.3 Metode for informasjonsinnhenting

For å finne relevante artikler om helsetjenester i andre land, er det foretatt søk i ulike databaser gjennom Helsebiblioteket. I tillegg til artikkelsøkene har prosjektdeltagerne bidratt med dokumentasjon og artikler. Relevante artikler er hovedsaklig identifisert ved søk i Pubmed for de 5-10 siste årene.

Det ble funnet flest relevante artikler om helsetjenester i følgende databaser og tidsskriftarkiver:

- Pharmakon AS database og evidensrapporter
- Europharm Forums toolbar – en samling artikler og beskrivelser av tjenester fra de andre medlemslandene
- Pharmacy World and Science
- The Pharmaceutical Journal
- The Annals of Pharmacotherapy
- Journal of the American Pharmacists Association

Informasjonssøkene har vært selektive, og intensjonen har ikke vært å få et komplett bilde av alle helsetjenester som utføres i apotek verden over. Snarere har formålet vært å finne gode eksempler på hva som er gjort og hva som har vært mulig i andre land, samt i noen grad å dokumentere effekten av helsetjenesten.

4 HELSETJENESTER I APOTEK

4.1 Astma – sjekk inhalasjonen

Astma- og KOLSpasienter besøker apotek jevnlig for å hente sine inhalasjonslegemidler. Pasientene får veiledning om riktig bruk av legemidlene, men det ligger ikke til rette for praktisk oppfølging av inhalasjonsteknikken. Apotekene ønsker å kunne gi en strukturert tjeneste tilrettelagt for demonstrasjon av og opplæring i riktig inhalasjonsteknikk.

4.1.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten?

En spørreundersøkelse på nett fra Norges Astma- og Allergiforbund viser at hele 76% av alle astmapasienter er usikre på om de bruker astmamedisinen riktig (1). Denne undersøkelsen ble offentliggjort i mai 2007. I en studie fra 2002 (2) ble det vist til gode effekter av astmaopplæring. Enkel informasjon og opplæring vil medføre riktigere bruk av inhalasjonsmedisin, og større mulighet til å nå behandlingsmålet. I følge Reseptregisteret er det 392 000 personer i Norge som bruker astma- og KOLS-midler (3).

I en interpellasjon i Stortinget 17. april i 2007 spør Sonja Irene Sjøli (H) hva helseministeren vil gjøre for å styrke kunnskapen om astma, og sikre at det iverksettes forebyggende tiltak for å redusere forekomsten av astma blant barn. Statsråden svarer at en Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergi for perioden 2007-2011 skal utarbeides.

I tillegg til astmatikere er det en voksende gruppe pasienter med diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Disse benytter også inhalasjonspreparater, og har like stort behov for riktig veiledning. I november 2006 ble Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 presentert: Regjeringen ønsker med det forebyggende arbeidet å bidra til å hindre at sykdommen oppstår. I tillegg er det viktig at mennesker som alt er rammet både kan få stilt diagnosen, og bli fulgt opp med den nødvendige behandlingen, slik at de unngår unødig sykkelighet og lidelse.

4.1.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

En ”inhalasjonssjekkjeneste” bør utvikles i samarbeid med Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF) og med Lærings- og mestringssenterene. Det vil være formålstjenlig å se til den danske modellen hvis dette skal utvikles i Norge. Den danske modellen er veldokumentert, og framstår som enkel å gjennomføre.

I første omgang kan det være det ønskelig å gjennomføre et pilotprosjekt for å etablere tjenesten i Norge. Målet med pilotprosjektet blir å etablere en strukturert tjeneste i apotekene, og å se om denne tjenesten er nyttig for pasient og samfunn. Erfaringene vil kunne danne grunnlag for implementering av en slik tjeneste til alle brukere av inhalasjonslegemidler.

4.1.3 Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land

4.1.3.1 Danmark

I Danmark har staten og apotekene inngått en avtale hvor apotekene skal tilby en tjeneste for å sjekke om brukere av astmainhalatorer bruker legemidlene riktig og dermed oppnår best utbytte av behandlingen. Statens forventninger i avtalen er at apotekene tilbyr en ensartet tjeneste, den skal være strukturert og kvalitetssikret. Tjeneste kalles "Tjek på inhalation" (4).

Tjenesten tilbys alle førstegangsbrukere, og flergangsbrukere der man opplever at det kan være problemer tilknyttet inhalasjonsteknikken og legemiddelbruken. Grunnen til oppfølgingen kan være bytte mellom to typer inhalatorer, samtidig bruk av flere typer inhalatorer, stort forbruk av anfallsbehandling (beta-2-agonister), høyt forbruk av inhalasjonssteroider eller hyppige kurer med orale steroider. Spesielt barn og eldre skal vurderes for tjenesten, dessuten personer som gir uttrykk for at de har problemer med inhalasjoner eller at effekten ikke oppleves som god nok. Lege kan også henvise til tjenesten.

Tjenesten omfatter individuelt tilpasset instruksjon i inhalasjonsteknikk og demonstrasjon av korrekt inhalasjonsteknikk. Det gis råd om riktig bruk, og, om nødvendig, henvisning til andre tjenester. Samtalen tar omtrent 10 minutter. Alle ansattegrupper på apoteket kan identifisere og henvise pasienter til tjenesten, men det er kun farmasøyter og farmakonomer med spesiell opplæring som kan gjennomføre tjenesten.

Det er utarbeidet standardformularer med sjekklister for hva som skal sjekkes under samtalen. Utfylte skjemaer lagres i 5 år som dokumentasjon for at tjenesten er gjennomført. Pasienter som deltar gir sitt samtykke til dette. Dokumentasjonsskjemaene kan også benyttes til oppfølging av pasient, for eksempel ved en senere inhalasjonssjekk.

4.1.3.2 Finland

I Finland er de i ferd med å utvikle en strukturert astmatjeneste i apotek. Tjenesten skal bestå av ulike moduler som settes sammen etter pasientens behov. Modulene består blant annet av inhalasjonsteknikk, opplæring om sykdom, hvordan leve med astma, røykesluttveiledning. Tjenesten de vil tilby fra apotek vil være en 20 - 40 minutters samtale avhengig av pasientens behov. Samtalens innhold dokumenteres og dokumentasjonen gis til pasient og pasientens lege. Det er ønskelig at lege også henviser pasienter til denne tjenesten. Det forventes at apotekene får betalt for tjenesten, men det er ikke klart hvor mye det bør være, eller hvem som skal betale. De farmasøytene som skal tilby denne tjenesten må først gjennomgå en spesiell utdanning i emnet. (Informasjon mottatt fra den finske apotekerforening.)

4.1.3.3 Storbritannia

I Storbritannia har Lloydspharmacy fått en pris for sin modell:

"A new service that enables people with asthma to get advice and support from pharmacists has received a Pharmaceutical Care Award. The innovative scheme, developed by Lloydspharmacy in partnership with Asthma UK, is the first of its kind to be offered by a large pharmacy chain. The Asthma Medicines Support Service identifies those who are experiencing difficulties controlling their asthma symptoms by asking them to complete a simple questionnaire on asthma control. Those whose asthma symptoms are shown not to be

under control are invited to attend a Medicines Use Review (MUR) with their pharmacist."
(5)

4.1.4 Referanser

1. Norges Astma- og Allergiforbunds hjemmesider, lastet ned 29.11.07
<http://www.naaf.no/no/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Usikre-pa-riktig-bruk-av-astmamedisin/>
2. Gallefoss F, Bakke P: Effekter av astmaopplæring i en randomisert, kontrollert undersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 28, 2002; 122: 2702–6
3. Folkehelseinstituttet, Reseptregisteret, lastet ned 29.11.07
<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
4. Danmarks Apotekerforening: "Tjek på inhalation" , lastet ned 29.11.07
<http://www.apoteket.dk/servlet/apoteket/artikel?cx=736&id=8211>
5. Fra Storbritannia, lastet ned 29.11.07
http://www.asthma.org.uk/corporate_partners/pharmacy_support.html

4.1.5 Andre kilder

6. Helserevyen 14. februar 2007: Opplæring er svært nyttig for astmatikere, lastet ned 29.11.07 <http://www.helserevyen.no/index2.asp?newsid=4916>
7. *Thorax* 2003;58:851-854
Barbanel D, Eldridge S, Griffiths C: Can a self-management programme delivered by a community pharmacist improve asthma control? A randomised trial
8. Evrim Alyamaç D, Ersoy C, Bulent ES: Community pharmacists' perception of asthma: a national survey in Turkey, *Pharmacy World & Science*, Volum 29, number 3 / June, 2007:199-204

4.2 Legemiddelsamtaler

En legemiddelsamtale i apotek vil bestå av en samtale mellom pasient og farmasøyt der problemstillinger rundt pasientens legemidler blir diskutert. Det vil i stor grad dreie seg om praktisk bruk av legemidlene og forståelse for hvorfor riktig legemiddelbruk er viktig. Apotekenes tilbud skal være et supplement til den informasjonen pasienten får av egen lege.

4.2.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten?

I legemiddelmeldingen "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" (1) nevnes legemiddelgjennomganger som et mulig tiltak for riktigere legemiddelbruk. Ønsket er at legemiddelgjennomganger skal gi den enkelte pasient bedre helse gjennom bedre legemiddelbruk og at den enkelte pasient og samfunnet skal få lavere legemiddelkostnader og bedre utnyttelse av ressursene

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har fått i oppgave å gjennomføre prosjekter som kan vise om dette er mulig å oppnå. Det er iverksatt prosjekter med midler fra SHdir på følgende områder:

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

Det er allerede gjennomført flere prosjekter med legemiddelgjennomganger i Norge. Best beskrevet er legemiddelgjennomganger i sykehus blant annet gjennom farmasøyten Kirsten Viktils doktorgradsarbeide (2). I sin avhandling konkluderer hun med at legemiddelrelaterte problemer er svært hyppig og øker med antall legemidler. Både i Viktils studier og en del andre sykehusstudier fokuseres det på at man må kjenne flere av pasientens kliniske data for å kunne identifisere LRP. I Storbritannia beskrives en tilsvarende tjeneste, "Medication review" (se omtale av Storbritannia nedenfor), og de framhever at denne ikke må blandes sammen med tjenesten "Medicine use review" som tilbys i apotekene.

Pilotprosjektet "Legemiddelgjennomganger i apotek" (Legemiddelsamtaler) ble gjennomført med samtaler med pasienter våren 2007. En Legemiddelsamtale i apotek ble i prosjektet definert som:

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

- Pasientens behov
- Pasientens legemiddelbruk

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

Resultatene vil bli ferdigbehandlet i løpet av høsten 2007. Det ble registrert LRP i 127 av 135 samtalene (94 %), og totalt ble det registrert 543 LRP. Det ble avdekket mellom 0 og 12 LRP i samtalene, gjennomsnittlig 4 LRP per samtale. I ca 10 % av tilfellene gjør lege en endring i

forskrivningen basert på resultater av legemiddelsamtalen mellom farmasøyt og pasient. I pilotprosjektet er ikke pasientens laboratorieverdier kjent, og det er ikke garantert at apoteket har oversikt over pasientens fullstendige legemiddelregime. De LRP som avdekkes, dreier seg stort sett om pasientens praktiske legemiddelbruk, forståelse for å følge legens forskrivning og tidspunkter for inntak av legemiddeldosene. I tillegg kommer en del registreringer av bivirkninger og mulig interaksjoner. Pasientene i prosjektet er svært godt fornøyd med denne tjenesten, og de aller fleste mener dette er et tilbud apotekene bør ha på permanent basis.

Legemiddelsamtaler er et nyttig verktøy for at legemiddelbrukerne skal få bedre innsikt i egen behandling, og nok kunnskap til å bruke legemidlene riktig. Legemiddelsamtaler er spesielt nyttig for personer som bruker mange legemidler, eller bruker legemidler som krever spesiell opplæring i teknikk for bruk. Grupper som gjerne bruker mange legemidler samtidig – eksempelvis eldre mennesker og kronisk syke – vil ha størst utbytte av legemiddelsamtaler.

4.2.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

Det kan være hensiktsmessig å vurdere om legemiddelgjennomganger skal gjennomføres på to nivåer, en enklere legemiddelsamtale i apotek og en mer fullstendig legemiddelgjennomgang i spesialisthelsetjenesten.

Den legemiddelsamtalen som gjøres i apotek må gjennomføres av farmasøyt, være enkel og ha pasientens legemiddelbruk i fokus. Utgangspunktet bør være en mest mulig fullstendig legemiddelprofil basert på resepter, ekspedisjoner og pasientens egne innspill. I noen tilfeller kan legemiddelprofilen innhentes fra fastlegen. Legemiddelprofilen analyseres med sikte på å avdekke eventuelle interaksjoner og bivirkninger, og gjennom samtalen med pasienten avdekkes det om pasienten opplever slike. I tillegg registreres og diskuteres andre legemiddelrelaterte problemer. Pasienten samtykker til deltagelse og til at rapport fra samtalen eventuelt sendes behandlende lege. Eventuelle intervensjoner etter legekontakt, som følge av samtalen, bør dokumenteres. Farmasøytene inviterer pasienter de ser kan ha nytte av en slik samtale og leger og annet helsepersonell kan henvise sine pasienter til denne type tjeneste. Det kan være aktuelt med kampanjer for å gjøre tjenesten kjent.

I spesialisthelsetjenesten kan en legemiddelgjennomgang være mer avansert blant annet ved at man legger laboratorieverdiene og legemiddelopplysningene til den enkelte pasient til grunn. Gjennomgangen bør være et tett samarbeid mellom pasient, farmasøyt og lege, og kan initieres av lege, pasient eller farmasøyt. Legemiddelrelaterte problemer som avdekkes må diskuteres, og det må legges en oppfølgingsplan for legemiddelbruken. Legemiddelgjennomgangen vil gi bedre muligheter til å vurdere om behandlingsmålet best nås med eksisterende behandling og legemiddelbruk, eller om det er grunnlag for endringer. Gjennomføring av tjenesten må dokumenteres.

4.2.3 Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land

Legemiddelgjennomganger er innført som en fast tjeneste på apotek i flere land. Noen resultater er beskrevet nedenfor. Flere land har valgt en form der legemiddelgjennomganger gjøres på ulike nivåer. Resultater viser at det avdekkes legemiddelrelaterte problemer i alle ledd av legemiddelbehandlingen.

4.2.3.1 Sverige

I Sverige har de innført tjenestekonseptet ”Bokad rådgivning” som sitt tilbud om legemiddelgjennomganger. Pasienten kan få tilbud om to ulike rådgivningstyper, den ene på 15 minutter, den andre på 30 minutter. 15-minuttersløsningen er for de pasientene som trenger litt ekstra informasjon utover det som gis under ekspedisjonen av legemidlene. Dette kan være ekstra-informasjon om bruken av legemidlene, for eksempel veiledning om riktig astmainhalasjonteknikk etc. 30-minuttersløsningen er en gjennomgang av alle legemidlene pasienten bruker. Man går igjennom bruksområder, doseringer, interaksjoner, bivirkninger etc. Pasienten får med seg en oversikt over sin legemiddelprofil, og denne lagres også i apotekets database. Legemiddelprofilen inneholder en samlet oversikt over legemidlene pasienten bruker, eventuelle opplysninger om allergier, og om andre vanskeligheter som har kommet fram under samtalen.

Tjenestene ble innført i 2006. Det er til nå ca 20 000 pasienter som har mottatt 15-minutters-tjenesten fordelt på 700 apotek og ca 5500 har gjennomført 30 minutters rådgivning på 220 apotek. Det er ca 250 nye pasienter som mottar 30-minutters rådgivning hver måned (3).

Mellom 800 og 1000 farmasøyter har fått opplæring, og gjennomfører nå slike tjenester. Tjenesten er gratis for pasienten, alle utgifter dekkes av staten gjennom deres finansiering av statsmonopolet Apoteket AB.

4.2.3.2 Australia

I Australia kan legemiddelgjennomganger kun gjennomføres i apotek der apoteker har inngått en spesiell avtale med helsemyndighetene. Apoteker forplikter at alle legemiddelgjennomgangene (Home medicines review, HMR) gjøres i henhold til avtalte standarder og kvalitetssystemer. Farmasøytene må ha gjennomført opplæring i kommunikasjon og ha forståelse for problemer knyttet til legemiddelanvendelse (concordance) for å kunne gjøre dette. Pasientene kan selv velge apotek for samtalen, men apoteket må være registrert. Det er langt flere registrerte apotek (rundt 4000) enn akkrediterte farmasøyter. Apotek som ikke har egne akkrediterte farmasøyter må leie inn slike når en pasient ønsker HMR fra dette apoteket. Det finnes flere farmasøyter som har HMR som fulltidsjobb med å utføre slike tjenester for apotekene.

Tjenesten tilbys til hjemmeboende pasienter med stor risiko for legemiddelrelaterte problemer, etter henvisning fra lege. Problemene kan være bruk av mange legemidler, bruk av potente legemidler, eller legemidler som er vanskelig å håndtere. HMR kan også gjennomføres som oppfølging etter utskrivning fra sykehus. En pasient kan ikke få gjennomført en HMR oftere enn hver 12. måned.

Lege vil gjennomføre en første konsultasjon som avdekker behovet for HMR, og vil fylle ut et anbefalingsskriv som går til apoteket. Farmasøyten på apoteket avtaler tidspunkt for hjemmebesøk direkte med pasienten, og samler inn nødvendig informasjon for gjennomgangen. Farmasøyten gjennomfører samtalen, og lager en rapport over de funnene som er gjort og de anbefalingene som er gitt. Denne sendes lege og utleveres til pasient. Lege møter pasienten for andre gang, og sammen utarbeider de en oppfølgingsplan for legemiddelbruken (4).

Farmasøytsamtalen består av et møte mellom farmasøyt og pasient hjemme hos pasienten. Møtet varer 30 - 45 minutter. I tillegg skal farmasøyten utarbeide en skriftlig rapport. Farmasøyten (apoteket) får betalt AUD 180 (ca. NOK 900,-) per HMR, mens legen får AUD 134 (ca. NOK 670,-)

I mars 2007 var 1719 farmasøyter akkreditert for å gjennomføre HMR. Fra oppstart i 2001 til mars 2007 er det gjennomført 133000 HMR (januar -mars 2007: 9061 HMR). Rundt 4000 apotek er registrert for å kunne tilby tjenesten(5).

4.2.3.3 Storbritannia

Medicines use review (MUR) er etablert som en "advanced service" etter NHS Community Pharmacy Contractual Framework; en rammeavtale mellom helsemyndighetene i Storbritannia og private apotek (6). Farmasøytene må akkrediteres før de får gjennomføre tjenesten selvstendig. "Medicines use review" er en enklere legemiddelgjennomgang og må ikke forveksles med "medication review". En "medication review" skal alltid bygge på fullstendig legemiddelliste og laboratorieverdier.

MUR skal gjennomføres som en samtale ansikt til ansikt med pasienten på egnet sted i apoteket. Farmasøyten inviterer pasienter som tilfredsstillende bestemte kriterier, for eksempel bruk av mange legemidler og bruk av legemidler for langtidslidelser. Pasienten må ha benyttet det aktuelle apoteket i minst tre måneder for å kunne få en MUR, og de kan kun få MUR hver 12. måned. Også annet helsepersonell kan henvise pasienten til en MUR hos en farmasøyt. Intervensjoner vil bli formidlet til pasientens lege, det samme blir foreslåtte anbefalinger.

Både apotek og farmasøyt må være akkrediterte for å gjennomføre MUR, og apoteket kan få betalt for inntil 400 MUR per år, med £25 per gjennomgang. Det er ikke fastsatt noe bestemt tid en MUR-samtale skal ta, men de varer gjerne rundt 15 - 20 minutter.

Rundt 4500 apotek tilbyr MUR (mars 2007), og 14162 farmasøyter er akkreditert til å gjøre det. Fra oppstart i 2005 til mars 2007 er det gjennomført ca 704000 MUR (januar - mars 2007: 205321 MUR).

4.2.4 Referanser

1. Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005): Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk
2. Viktil K: *Drug-related problems in hospitalized patients, A major challenge in current medicine*. Doktorgradsavhandling ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, våren 2007.
3. Personlig meddelelse fra Anna-Karin Ütterström, Apoteket AB, Sverige
4. Bell JS: Medication management Review in Australia: An overview of the development, implementation and evaluation. *Dosis* vol 23, no 1/2007
5. Home medicines review, Quarterly statistics, end March quarter 2007. QUM services facilitator program, Pharmacy Guild of Australia, National secretariat www.guild.org.au

6. The new contractual framework, lastet ned 29.11.07
<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Medicinespharmacyandindustry/Communitypharmacycontractualframework/index.htm>

4.2.5 Andre kilder

Gilbert AL, Roughead EE, Beilby J, Mott K, Barratt JD: Collaborative medication management services: improving patient care. Med J Aust 177: 189-192, 2002

Making an impression with MURs, www.pjonline.com 27.februar 2007

Medicines use reviews: the first year of a new community pharmacy service, www.pjonline.com 27.februar 2007

4.3 Apotek som formidler av offentlige helsekampanjer - Folat og graviditet

4.3.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten

I 1998 lanserte myndighetene retningslinjer om bruk av folat i svangerskapet. I retningslinjene anbefales det å ta 0,4 mg folat hver dag fra en måned før forventet befruktning, og i graviditetens første to til tre måneder. Anbefalingene er basert på forskning som viser at risikoen for å få barn med ryggmargsbrokk (neuralrørsdefekter) reduseres med mellom 50 og 75 % hvis kvinnen tar folattilskudd. Studier fra andre land tyder på at den beskyttende effekten av folat gjelder både blant kvinner generelt, og blant kvinner som tidligere har hatt et svangerskap med foster med neuralrørsdefekt.

I Norge fødes om lag 60 barn i året med neuralrørsdefekter. Det har ikke blitt påvist en nedgang i neuralrørsdefekter i Norge siden introduksjon av de nye retningslinjene. Det er grunnlag for å anta at informasjon om folatbruk ikke har nådd godt nok ut i befolkningen.

En norsk undersøkelse fra 2000, viser at bare omkring 15 prosent av gravide kvinner startet med folat før siste menstruasjon, slik nasjonale anbefalingene tilsier. Studier viser at ca. 35-58 % av kvinner i Norge bruker folat i løpet av svangerskapet. De fleste starter imidlertid for sent til at det kan forventes effekt på forekomst av neuralrørsdefekter (1).

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det informeres om folat til kvinner gjennom prevensjonsveiledning, når leger fjerner spiraler, ved utføring av graviditetstester og ved salg av prevensjonsmidler og graviditetstester (2). Dette innebærer at flere yrkesgrupper som blant annet leger, jordmødre, helsesøstre og farmasøyter involveres i arbeidet. For å få til en fornuftig informasjonstjeneste i apotek vil det være formålstjenlig å utarbeide tjenesten i samarbeid mellom disse gruppene.

4.3.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

I apotek vil det være aktuelt med folat-informasjon i forbindelse med salg av egglosningstester, graviditetstester og ved salg av prevensjonsmidler. I tillegg bør informasjon være tilgjengelig for alle, for å kunne nå unge kvinner før de tenker på å bli gravide.

En effektiv tjeneste for å fremme folatbruk vil med fordel kunne gjennomføres i samarbeid mellom apotek, leger (allmennleger, gynekologer), jordmødre og Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet informasjonsmateriell, og dette bør utnyttes også i apotekenes tjenestetilbud.

Følgende tiltak kan tenkes:

- Feste klistremerker med ”bruk folat...” på alle graviditetstester, egglosningstester og p-piller
- Ha en plakat hengende i apoteket med oppfordringer til å spørre om folat

- Distribuere informasjonsbrosjyre i samarbeid med leger og jordmødre til utdeling til aktuelle kvinner
- Utarbeide en felles bransjestandard med standardiserte spørsmål og svar i forbindelse med folat og graviditet
- Utvikle et opplæringsprogram for apotekansatte

4.3.3 Hvordan gjennomføres tilsvarende i andre land

I de fleste europeiske land fins retningslinjer for bruk av folat til i forbindelse med graviditet. Flere land har hatt nasjonale kampanjer og utarbeidet informasjonsmateriell som distribueres via apotek. I Danmark har Dansk Apotekerforening laget et informasjonsskriv "Folsyre under graviditeten" (3).

I Storbritannia har The Royal Pharmacy Society utarbeidet en standard/anbefaling for hvordan apotek kan gjennomføre tiltak for å øke kunnskapen om folsyrebruk og neuralrørsdefekter blant fertile kvinner (4).

I Nederland brukes klistremerker på p-pille-pakninene for å informere om folat på apotek.

I USA har det vært gjennomført en nasjonal kampanje for å øke bruken av folat ved svangerskap. Under kampanjen er legemidler som utleveres til kvinner blitt merket med en etikett som forteller om folat. Nødvendig kampanjeutstyr er blitt distribuert til rundt 25 000 apotek (5).

4.3.4 Referanser

1. Helsemessige gevinster av økt folatinntak. Hvordan nå ut til ønsket målgruppe? Sosial- og helsedirektoratet, , lastet ned 29.11.07 (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-1181_16975a.pdf)
2. Sosial- og helsedirektoratets brosjyremateriell, lastet ned 29.11.07 (www.folat.org)
3. Hanne Thybo: Folsyre under graviditeten, <http://www.apoteket.dk/servlet/apoteket/artikel?id=5398&cx=715>
4. Health promotion - Preconceptual care and pregnancy Promoting the appropriate use of folic acid, lastet ned 29.11.07 (<http://www.rpsgb.org/registrationandsupport/audit/>)
5. Pharmacists Join Nationwide Folic Acid Campaign to Prevent Serious Birth Defects, lastet ned 29.11.07. http://www.marchofdimes.com/aboutus/791_1669.asp

4.4 Apotekets tjenester til personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Målgruppen for tjenesten er personer med opiatavhengighet. Pasientgruppen består av hele spekteret fra velfungerende personer til "problembarn" med store atferds- og andre problemer.

Apotekene ønsker å inkludere en større andel av pasientene. Apotekene vil følge opp Sosial- og helsedirektoratets Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). (1)

4.4.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten?

Tjenesten er allerede etablert i norske apotek, i henhold til Sosial- og helsedirektoratets Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1). En kartlegging av omfang av legemiddelutleveringen i LAR i apotek, viser at det var 363 (64 prosent) av alle apotek som hadde LAR-pasienter høsten 2006. Det var en spredning mellom en pasient og over 100 pasienter per apotek. Ca 75 % av apotekene hadde færre enn 10 pasienter. I en gitt uke (uke 44) var det 3343 LAR-pasienter i apotek, hvorav 1291 (39 prosent) fikk sine legemidler utdelt "på vegne av LAR" (LAR-senteret eier legemidlene som utleveres i apotek). 1425 (43 prosent) av LAR-pasientene fikk sitt inntak observert i apoteket. (2)

I en rapport fra Kunnskapssenteret om medikamentell behandling av opiatavhengighet konkluderes det med at: "Færre personer som ble behandlet med metadon, buprenorfin eller naltrekson brukte illegale opiater enn i kontrollgruppene. Disse effektene ble vurdert som pålitelige."(3)

Rusområdet har stor politisk oppmerksomhet. Det er bred enighet om at denne pasientgruppen ikke har et godt nok tilbud i dag. Dagens behandling har stor fokus på skadereduksjon, mens innsatsen i fremtiden i større grad vil ligge i rehabilitering til en varig rusfri, og eventuelt legemiddelfri, tilværelse. (4)

LAR-pasienter har rettigheter som andre pasienter iht Pasientrettighetsloven. LAR-pasienter skal oppleve en så normal situasjon som mulig i forbindelse med legemiddelutlevering. Apotek bør være utleveringssted for de aller fleste, og dermed sikre en normalsituasjon for disse pasientene. Utlevering skjer oftere enn for andre pasienter, og svært ofte skal legemiddelinntaket observeres av helsepersonell. Apotek har kapasitet, og personell som kan ivareta denne tjenesten.

Apotek bidrar til fleksibel kapasitet i samarbeid med både spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Bruk av apotek sikrer god tilgjengelighet. Denne bedrede tilgjengeligheten vil ha som konsekvens at det blir færre brukere pr utleveringssted. Med færre brukere pr utleveringssted vil utleveringsstedene i mindre grad oppleves som uønskede samlingssteder for rusmisbrukere.

LAR-pasienter er en svært differensiert gruppe, og noen få vil måtte få sine legemidler utlevert fra spesialisthelsetjenesten.

4.4.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

Den fremtidige utfordringen er å kunne yte tjenesten til en større antall pasienter i LAR, i nært samarbeid med de andre aktørene i rusområdet slik at terskelen for å ta nye LAR-pasienter inn i apotek blir lavere. Dette vil bidra til å øke totalkapasiteten i LAR. Apotek er spesialister på legemidler og legemiddeldistribusjon, og det er lite ekstra som skal til for å få et velfungerende tilbud. En harmonisering av retningslinjer for apotek og retningslinjer for andre utleverere i LAR, og samhandling med myndighetene i deres arbeid med generelle retningslinjer for sosial og medisinsk behandling av opiatavhengige, er grunnlaget for et velfungerende ordning for pasientene.

Et etablert samarbeid mellom fastlegene og apotek er et solid grunnlag å bygge videre på. Apotek kan utvikles til å bli ressursentre i forlengelsen av LAR både kunnskaps- og kapasitetsmessig. Rådgivningsdelen kan utvides til å omfatte en større del av helsesituasjonen til LAR-pasienter.

4.4.3 Hvordan gjennomføres helsetjenesten i andre land

Det finnes retningslinjer for hele rusfeltet i flere land. Fra bl.a. Sverige, Skottland, USA og Australia foreligger helhetlige retningslinjer for all substitusjonsbehandling, slik målet for det pågående norske arbeidet er.

En rekke land har retningslinjer som har som mål å gi anbefalinger for bruk av de enkelte legemidler, som metadonretningslinjer fra Australia (2003), Canada (2004) og Storbritannia (2006). Den siste gir særlig anbefalinger til primærleger. Fra USA (2004) foreligger en retningslinje for bruk av buprenorfin. Fordi substitusjonsbehandling også er en juridisk utfordring har en rekke land valgt å lage egne lover eller forskrifter for slik behandling. (4)

4.4.4 Referanser

1. Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) lastet ned 3.12.07 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1255_2686a.pdf
2. Rapport 2007-01 Temarapport fra Tilsynsavdelingen Statens legemiddelverk: LAR i apotek (2005 – 2006). Lastet ned 06.12.07 http://www.legemiddelverket.no/upload/Dokumenter/Tilsynsavdelingen/Apotek/Tema_rapport%202007-1%20LAR%20i%20apotek%202005-2006.pdf
3. Medikamentell behandling av opiatavhengighet Rapport fra Kunnskapscenteret Nr 23–2006 Kunnskapsoppsummering, lastet ned 3.12.07 http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00011/Kunnskap_om_LAR_K-s_11537a.pdf
4. Opiatretningslinjer (utkast, under arbeid 2007) Medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige - Legemiddelassistert rehabilitering http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00016/Utkast_24_april_16089a.doc Sosial- og helsedirektoratet: Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering

Evalueringsrapport Oslo, 03.11.04 Bente Vindedal, AIM AS Leif-Erik Steen, UtviklingsPartner DA Bjørn Larsen, Nor Consulting AS Richard H Knoff, rhKnoff AS lastet ned 3.12.07

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/AIM_Evaluering_LAR_1421a.pdf

5. LAR i andre land: http://www.shdir.no/rusmidler/opiatretningslinjer/andre_land/
6. Brev av 2006-09-15 til Helse- og omsorgsdepartementet fra Statens legemiddelverk lastet ned 3.12.07: Vurdering av eventuell godtgjøring av legemidler i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

4.4.5 Andre kilder

7. SKR-rapport 1/2007 LAR i Norge. Statusrapport 2006, lastet ned 3.12.07. <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-1.2007.pdf>
8. SKR-rapport nr 7/2004 Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004 lastet ned 3.12.07 <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-7.2004.pdf>
9. SKR-rapport nr 6/04 Legemiddelassistert rehabilitering – en livslang behandling? Hvor lenge er pasientene i behandling? Hvorfor slutter de og hva skjer med dem som slutter? Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004 <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-6.2004.pdf>
10. SKR-rapport nr 5/04 Hvor mange hvor? Oversikt i landet, helseregioner og fylker for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering 1998 – 2003 Rapport til Sosial- og helsedirektoratet oktober 2004 lastet ned 3.12.07 <http://www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-5.2004.pdf>
11. Vanedannende legemidler forskrivning og forsvarlighet. Helsetilsynet 2001, dokumentdato 14.9.2001. IK-2755 lastet ned 3.12.07 http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_1egemidler_forskrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf
12. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 lastet ned 3.12.07 http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rapporter_planer/planer/2005/Regjeringens-handlingsplan-mot-rusmiddelproblemer-2006-2008.html?id=102084
13. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 lastet ned 3.12.07 http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rapporter_planer/planer/2002/Regjeringens-handlingsplan-mot-rusmiddelproblemer-2003-2005.html?id=102034
14. Rus reform I og II Sosial komiteens innstilling vedrørende Rusreform II :Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan) lastet ned 3.12.07 <http://www.stortinget.no/inno/inno-200304-004.html>

4.5 Diabetesveiledning

Apotekets helsepersonell møter jevnlig diabetikere og personer som er i risikogruppen for utvikling av diabetes type 2. Dette setter apotekene i en posisjon der de kan bidra til å nå målene om bedre diabetesomsorg og bedre identifisering av mulige diabetikere.

Diabetesveiledning består av to ulike tjenester:

- a. *Identifisere risikopasienter og motiver disse til å oppsøke fastlege for diagnostisering.*
- b. *Oppfølging og hjelp til de som har fått diagnosen for å se at måleutstyr brukes riktig og målemetoden er god.*

4.5.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten

Det er i dag diagnostisert 90 000 - 120 000 pasienter med diabetes i Norge. Det antas at minst like mange personer har diabetes uten å være klar over det selv (1). I Sosial- og helsedirektoratets årlige analyse av viktige sider ved sosial- og helseområdet "Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007" hevdes det at antallet diabetikere, spesielt de med type 2 har økt kraftig de siste 30 årene. Myndighetene ønsker nå å utarbeide nye faglig retningslinjer for diabetes. Retningslinjene skal gjelde hele helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet kommer med anbefalinger for tiltak, blant annet et ønske om å bedre diagnostikken av ukjent type 2-diabetes, utarbeide felles retningslinjer for primær- og spesialisthelsetjenesten og å trekke brukerne sterkere inn i behandlingen (2). Målet med dette er at udiagnostiserte personer i risikogruppen skal identifiseres for å komme raskt inn i oppfølgingsprogram. Følgene av lang tids ubehandlet diabetes vil kunne være hjerte- karlidelser og senkomplikasjoner som problemer med øyne, nyrer og føtter, noe som er ressurskrevende for både pasient og samfunn. Upubliserede undersøkelser viser også at kun 13 prosent av pasienter under 75 år når alle behandlingsmålene (2). Tettere oppfølging av den enkelte diabetiker vil medføre bedre måloppnåelse.

Apotekene har 41 millioner kundebesøk årlig, og ekspederer 27 mill resepter (3). Helsepersonell i apotekene møter derfor svært mange i risikogruppen for utvikling av diabetes type 2. Et tilbud om en foreløpig blodsukkertest i apoteket, gjennomført etter godkjente retningslinjer vil kunne medføre økt kunnskap om egen helse. Videre vil målet være å motivere flere personer i risikogruppen til å oppsøke lege for videre diagnostisering og eventuelt behandling.

Type-2 diabetikere som bruker legemidler kommer hver tredje måned for å få utlevert legemidlene sine. Hjelp til og oppfølging av blodsukkermålingene vil kunne medvirke til at pasienten når behandlingsmålene.

4.5.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

Helsepersonell i apotek som skal følge opp diabetikere spesielt må ha kunnskap nok om diabetes og diabetesbehandling. Det må i tillegg være godt tilrettelagt med personale og samtalested slik at oppfølging av en pasient kan skje avskjermet fra annet arbeid.

Identifisere risikopasienter og motivere disse til å oppsøke fastlege for diagnostisering.

Aktuelle kunder i apotek, identifisert gjennom samtale i apoteket basert på etablerte spørsmål, tilbys å få målt sitt blodsukker etter en etablert prosedyre. Aktuelle kunder vil være de som etter kjente kriterier plasseres i gruppen med risiko for utvikling av diabetes. I følge handlingsprogrammet til referansegruppen NSAM er de vanlige risikofaktorer for utvikling av diabetes type-2 overvekt, fysisk inaktivitet, alder og arv(4).

Dersom måleverdiene avviker fra gitte verdier slik disse fremkommer i myndighetsfastsatte retningslinjer/strategier, er målet å motivere kunden til å oppsøke fastlegen for diagnostisering og eventuelt igangsetting av oppfølging / behandling.

Mange apotek har tilbudt kunder måling av blodsukker i forbindelse med bl.a. Verdens diabetesdag. Disse aktivitetene har i stor grad foregått i et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund. Det har til nå ikke vært utviklet en enhetlig prosedyre for alle apotek for hvordan slik måling skal tilbys og gjennomføres, hvilken informasjon som skal gis pasientene og hvordan samarbeidet med fastlegene skal foregå.

Oppfølging og hjelp til de som har fått diagnosen for å se at måleutstyr brukes riktig og målemetoden er god.

Apotekets farmasøyter kan påta seg jevnlig oppfølging av pasientenes blodsuktermålinger. Målet må være å se at pasientene gjennomfører målingene riktig. I tillegg kan det gjennomføres kontroll av apparatene pasientene bruker for å måle sitt blodsukker. Videre kan en samtale være med å motivere pasienten til å følge eget behandlingsprogram. En slik oppfølging kan være medvirkende til at behandlingsmålene lettere nås.

Reidun Kjome, Apoforsk/Universitetet i Bergen har gjennomført en studie for å se hvordan apotek egner seg for kontroll av pasienters egen blodsuktermåling, og hvordan farmasøyter gjennomfører kontrollmålinger og oppfølging av pasientene. Studien gir nyttig kunnskap som bør brukes ved utvikling prosedyrer for tjenesten med oppfølging av diabetespasienter i apotek.

4.5.3 Hvordan gjennomføres helsetjenesten i andre land

4.5.3.1 Storbritannia

På lokalt nivå har Hillington Primary Care Trust fått 10 apotek til å tilby et spesialtilpasset helseovervåkingsprogram til diabetespasienter (5). Programmet består i blodsuktermåling, blodtrykkmåling og kolesterolmåling. I tillegg tilbys mer generell helseopplæring og hjelp til legemiddelhåndtering. Dersom målingene viser verdier ut over målområdet, eller andre problemer oppstår som ikke kan løses i apotek, henvises pasienten til lege.

Basis for apotekets aktivitet er en innledende samtale med pasienten basert på et spørreskjema om legemidler og livsstil. Med utgangspunkt i denne, avtaler apotek og pasient oppfølgingsamtaler. Pasienten får minst 6 samtaler over en 12 månedersperiode.

Evaluering av ordningen har vist at helseindikatorer bedres, så vel som pasientens forståelse av sin egen sykdom. Pasienten blir mer fortrolig med å overvåke sin egen tilstand og sin egen legemiddelbruk.

4.5.3.2 Belgia

I deler av Belgia er det etablert prosjekter i apotek for å identifisere personer i høyrisikosone for å utvikle diabetes, samt opplegg for å øke etterlevelse ved bruk av antidiabetika (5). Apoteket henviser høyrisikogrupper videre til lege. Gjennom sin fagkunnskap på legemidler, sammen med software, står apoteket i god posisjon til å sikre optimal legemiddelbruk for den enkelte pasient.

4.5.4 Referanser

1. Folkehelseinstituttet, lastet ned 29.11.07
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2394:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:28142::1:5569:3:::0:0
2. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007, Sosial- og helsedirektoratet, lastet ned 29.11.07
http://www.shdir.no/publikasjoner/utviklingstrekk_i_helse_og_sosialektoren_2007_72974
3. Apotekforeningen, http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Diverse/PDF/Apotek_og_Legemidler/A_L2007_del_I.pdf
4. Diabetes handlingsprogram – NSAMs referansegruppe for diabetes, lastet ned 29.11.07 <http://www.nsamdiabetes.no>
5. EuroPharm Forum database, <http://www.europharmforum.org/>
<http://www.euro.who.int/document/e75680.pdf> lastet ned 29.11.07

4.5.5 Andre kilder

6. www.diabetes.no lastet ned 29.11.07
7. Folkehelseinstituttet, lastet ned 29.11.07 www.fhi.no
8. Interessegruppe for diabetes i apotek, lastet ned 29.11.07
<http://www.ida.as/info.asp?id=1>
9. Diabeteserklæringen mellom Diabetesforbundet og Apotekforeningen, lastet ned 29.11.07 <http://www.diabetes.no/index.asp?id=26256>
10. Nasjonal strategi for diabetesomsorgen 2006-2010, lastet ned 29.11.07
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2006/0026/ddd/pdfv/285852-nasjonal_strategi_for_diabetesomradet_2006-2010.pdf En studie fra Sveits der 530 apotek deltok i en nasjonal kampanje "Stop diabetes - test now", lastet ned 29.11.07
<http://www.springerlink.com/content/w00870437x6n8373/>
11. <http://www.apoforsk.no/>

4.6 Kolesterolmåling

Tjenesten er i realiteten todelt:

- Kolesterolmålinger på apotek kan være egnet for å finne ut om personer i risikogrupper bør oppsøke lege for diagnostisering og eventuell behandling.
- Farmasøytene regelmessige kontakt med pasienter som bruker kolesterolsenkende legemidler, kan brukes mer bevisst for å følge opp legemiddelbruken. I denne oppfølgingen kan kolesterolmålinger benyttes for å se om pasienten når de behandlingsmålene legen har satt.

4.6.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten?

En tjeneste med kolesterolmålinger består av to ulike tjenester. Den ene er identifisering av risikopasienter og motivere disse til å oppsøke fastlege for diagnostisering. Den andre tjenestetypen er oppfølging og hjelp til de som har fått påvist høyt kolesterol for å motivere disse til riktig legemiddelbruk.

Pasienter med høyt kolesterol er i risikogruppen for å utvikle hjerte- og karsykdomer. Det finnes mange udiagnostiserte personer med høyt kolesterol, som dermed ikke følges opp av helsevesenet. I tillegg er det minst 340 000 statinbrukere i følge Reseptregisteret (160 000 kvinner og 180 000 menn) (1), og mange av disse når ikke behandlingsmålene. Forskning tyder på at dårlig etterlevelse av behandlingen (compliance) er av stor betydning.

I en undersøkelse utført av Svilaas et al. har man sett at kun 36 % av pasientene som står på statinbehandling når gjeldende behandlingsmålene(2). En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i 2006. Her så man at kun 28,5 % av pasientene nådde behandlingsmålene etter oppstart og at dette ble marginalt forbedret til 33 % etter ett år. Man så også at 17 % hadde falt fra behandlingen etter ett år. Kun 7 % hadde fått økt sin statindose og kun 2 % hadde byttet legemiddel, til tross for den lave måloppnåelsen(3). Årsakene til dårlig måloppnåelse kan blant annet være manglende forståelse for viktigheten av behandlingen, og dermed dårlig motivasjon til å følge legens anvisning. Det er heller ikke gitt at personer som får behandling for høyt kolesterol går regelmessig til lege for å få oppfølging.

Det omsettes statiner for ca. 800 mill. kroner årlig. Riktigere legemiddelbruk med bedre resultatoppnåelse, vil ha en åpenbar samfunnsøkonomisk effekt.

4.6.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge?

Kolesterolmålinger på apotek kan rettes mot to ulike kundegrupper. Den ene er personer i definerte risikogrupper som inviteres til kolesterolmålinger i apotek, og som blir anbefalt å kontakte lege hvis verdien som finnes er høyere enn "normalverdien".

Den andre tjenesten er oppfølging av pasienter som bruker kolesterolsenkende legemidler. Disse pasientene kommer regelmessig innom apoteket, også mellom legebekøene, og kan få tatt målingene på apoteket. Med regelmessige målinger kan man følge pasientens behandling, og se om behandlingsmålene nås.

Tjenestene må baseres på en avtale med pasienten der han gir sitt samtykke til at apoteket samhandler og kommunisere med legen. Tjenesten kan bidra til både empowerment og bedre etterlevelse av legemiddelbruken.

Tjenesten må være standardisert og forutsigbar for alle involverte. Den må baseres på samtykke fra pasienten. En sertifiseringsordning for de på apoteket som skal utføre tjenesten bør vurderes.

Apoteket må lagre andre pasientopplysninger enn de gjør i dag, basert på pasientens samtykke. Sikkerheten rundt lagring av slike opplysninger må ikke være dårligere enn det journalforskriften krever av annet helsepersonell. Det vil også reise en diskusjon om hvorvidt apotekene må få journalplikt etter gjeldende forskrift.

Det må utarbeides en bransjestandard og mal for hvilke tema som skal diskuteres og spørsmål som skal stilles brukeren på de ulike stadiene i behandlingen.

4.6.3 Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land

4.6.3.1 Storbritannia

I Storbritannia har The Royal Pharmacy Society utarbeidet en standard/anbefaling for hvordan apotek kan gjennomføre tiltak for å øke kunnskapen om farene med høyt kolesterol, og hvorfor behandling er viktig (4).

4.6.3.2 Danmark

I Danmark tilbys en 15-minutters veiledning med kolesterolmåling til avtalt tid på mange apotek. Viser målingen for høye verdier blir pasienten henvist til lege. Hvis pasienten allerede får behandling for høyt kolesterol, vil målingen vise om behandlingen virker og om behandlingsmålene nås. Tjenesten vurderes tilbudt personer der flere av følgende punkter passer:

- Over 50 år
- Røyker
- Spiser for fet mat og kanskje veier for mye
- Har høyt blodtrykk
- Har diabetes
- Har foreldre eller søsken med hjerte- karsykdommer

Apoteket tilbyr å måle kolesterol ved hjelp av en dråpe blod, deretter forklarer de hva kolesteroltallet betyr og gir råd om hvordan man bør forholde seg hvis kolesterolet er for høyt (kosthold, endre livsstil). I tillegg svarer de på spørsmål om kolesterol (5).

4.6.4 Referanser

1. Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet, lastet ned 29.11.07
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3791:1:0:0:::0:0

2. Svilaas et al. Am J Cardiol 2000;86:1250-1253: Lipid treatment goals achieved in patients treated with statin drugs in Norwegian general practice
3. Ose et al. Am J Cardiovasc Drugs 2006;6:121-128: Lipid management and cholesterol goal attainment in Norway
4. Statins, aspirin and lifestyle modification in the prevention of Coronary Heart Disease (CHD) lastet 3.12.07 (<http://www.rpsgb.org/registrationandsupport/audit/>)
5. Kolesterolmåling og rådgivning, lastet ned 29.11.07
<http://www.apoteket.dk/servlet/apoteket/artikel?cx=734&id=8196>

4.6.5 Andre kilder

F Ali, M-Y Laurin, C Larivière, D Tremblay, D Cloutier: The effect of pharmacist intervention and patient education on lipid-lowering medication compliance and plasma cholesterol levels. The Canadian Journal of Clinical Pharmacology, Autumn 2003
Volume 10, Number 3:101-106

Chatterton M., Blenkinsopp A., Pollock K.: Statins interface between patient and community pharmacist. International Journal of Pharmacy Practice; August 31, 2006

4.7 Røykesluttveiledning

Røykesluttveiledning i apotek vil være et lavterskeltilbud. Publikum får tilgang til høyt kvalifisert helsepersonell med spesielt høy kompetanse på legemidler, og som har gjennomgått tilrettelagt opplæring for å drive individuell røykesluttveiledning.

4.7.1 Hvorfor er det behov for denne tjenesten?

Både de helsemessige og samfunnsmessige skadevirkningene av røyking er velkjente. Røyking er avhengighetskapende og leder til sykdom og død. Røykeavvenning er krevende for den enkelte. Muligheten for å lykkes øker betraktelig ved oppfølging fra helsepersonell. Røykeslutt er et prioritert helsepolitisk mål, og er både samfunnsnyttig og nyttig for røykeren. Fortsatt røyker mer enn 1/4 av den voksne befolkningen i Norge.

Retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, og ble utgitt juni 2004 (1). Målsettingen var å bidra til å styrke allmennlegers arbeid med røykeavvenning. Studier viser likevel at mange allmennleger vegrer seg for å ta opp temaet røyking med pasientene (2, 3). Hovedårsakene er mangel på tid, ubehag ved å ta opp temaet, en opplevelse av å invadere privatsfæren, mangel på kunnskap om kommunikasjonsteknikker, samt mangel på røykeslutteksperter som pasienter kan henvises til. Mange som arbeider med røykeslutt synes dessuten det kan være et krevende og lite stimulerende arbeid fordi det ikke raskt fører til de ønskede resultatene (2, 3).

Det tilbys i dag en rekke kurs i røykeslutt, men de fleste tilbudene er gruppebasert. I tillegg kan fastleger få refusjon for å samtale med pasienten om røykeslutt, men tilbudet er begrenset til to konsultasjoner pr. år. Det er i liten grad tilgjengelig opplegg som er basert på individuell veiledning og rådgivning.

4.7.2 Hvordan tjenesten kan gjennomføres i Norge

Publikum får tilgang til høyt kvalifisert helsepersonell med spesielt høy kompetanse på legemidler, og som har gjennomgått tilrettelagt opplæring for å drive røykesluttveiledning.

I likhet med allmennlegene har helsepersonellet i apotek kontakt med alle lag av befolkningen og apoteket kan tilby et supplerende lavterskeltilbud som en integrert del av primærhelsetjenesten. Temaer som taes opp i retningslinjene til Sosial- og helsedirektoratet for røykeavvenning i primærhelsetjenesten (1), som f.eks minimal intervensjon, røykeavvenning over flere konsultasjoner, legemidler til hjelp ved røykeavvenning og nikotinavhengighet, er områder som vil egne seg godt for oppfølging i en apoteksetting.

Minimal intervensjon er en kort motiverende samtale, for eksempel: Røyker du? Hva tenker du om det? Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg. Ved innføring av minimal intervensjon som et standard lavterskel- og evt. lavressurstilbud på apoteket, vil man fange opp pasienter som ikke fanges opp hos allmennlege samt supplere allmennlegens oppfølging og støtte ved forsøk på røykeslutt. Ønsker pasienten hjelp så kan man tilby røykesluttkurs i regi av apotek eller øvrig helsetjeneste, individuell rådgivning/coaching der apoteket har nødvendig kompetanse, informere om Røykesluttelefonen, medikamentelle hjelpemidler, selvhjelpsmateriell og/eller henviser til lege for videre rådgivning og eventuelt forskrivning av reseptpliktige legemidler.

Vinteren 2006 ble det gjennomført et pilotprosjekt i regi av Apotekforeningen og apotekkjedene, med støtte fra bl.a. Sosial- og helsedirektoratet. Formålet med prosjektet var å utvikle en metode for individuell veiledning om røykeslutt i apotek. Metoden er utviklet, og består i korte trekk av et to dagers opplæringskurs for apotekansatte, og en samtaleguide for fem samtaler av ca. 15 min. med kunden. Dette opplegget kan relativt enkelt tas i bruk av et stort antall apotek.

Det må utvikles en bransjestandard for røykesluttveiledning i apotek, som bl.a. angir tjenestens innhold og metode. Bransjestandarden bør være godkjent av Sosial- og helsedirektoratet. Det bør være et mål å oppnå en offentlig fastsatt takst (privat eller offentlig finansiert), slik at kunden betaler det samme for tilsvarende tjeneste, uavhengig av hvilket apotek hun benytter.

4.7.3 Hvordan tilsvarende tjeneste gjennomføres i andre land

4.7.3.1 Danmark

I Danmark tilbyr en lang rekke apotek tjenesten "En kort samtale om rygning og rygestop" (4) med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Konseptet er utviklet av Kræftens Bekæmpelse og henvender seg til dem som har bruk for en avklarende samtale om røykingen sin.

På apoteket kan de gratis og helt uforpliktende snakke med en utdannet røykestopprådgiver. Målet er at røykeren blir mer avklaret om sin røyking.

Det er røykerens egen avgjørelse om de ønsker å slutte å røyke. Apoteket tilbyr informasjon og hjelp til å vurdere fordelene og ulempene. En undersøkelse fra Sundhedsstyrelsen viser at de fleste røykere forventer at deres fastlege spør om røykevaner, men langt fra alle leger tar opp emnet under en konsultasjon. Denne samtalen tilbys de derfor nå på apotekene, for eksempel i forbindelse med at de henter legemidler. Samtalen varer et kvarter, og røykeren velger selv hvilket tema samtalen skal dreie seg om.

280 apotekansatte røykestoppådgivere er i gang med eller har tatt utdanning som veileder i "En kort samtale om rygning og rygestop". 66 apotek tilbyr det gratis tilbudet.

4.7.3.2 Storbritannia

Innenfor NHS Community Pharmacy Contractual Framework er det beskrevet en tjeneste kalt "Stop Smoking"(5).

Stop Smoking-tjenesten innebærer at apoteket tilbyr en en-til-en samtale og rådgivning til personer som ønsker å slutte å røyke. NHS har forventninger om at tilbudet i apotek skal gjøre det lettere å nå utsatte grupper som gravide og ungdom. Apoteket gir også råd om bruk av legemidler og hjelpemidler som brukes til røykeslutt. Tjenesten kan også innebære karbonmonoksid-måling. Apoteket kan henvise til spesialiserte tjenester om det er nødvendig.

4.7.3.3 Finland

I 2005 ble det utviklet et konsept for en personlig røykestopp-tjeneste. Tjenesten baseres på en avtale mellom røykeren og rådgiveren på apoteket. Røykeren møter til avtalte tider, og

samtalene følger en anerkjent metodikk. Nikotinerstatningsprodukter kan inngå i metoden. Rådgiverne gjennomgår kursing før de kan tilby tjenesten. Røykeren betaler en mindre sum, som fastsettes av det enkelte apotek.

4.7.4 Referanser

1. Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
2. Er røykeslutt helsepersonells ansvar? Bjørn-Inge Larsen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1398
3. Helgason AR, Lund KE: General practitioner's perceived barriers to smoking cessation - results from four Nordic countries. Scand J Public Health 2002; 30: 141 - 7.
4. Danmarks apotekerforening: En kort samtale om rygning og rygestop lastet ned 29.11.07:
http://www.apotekerforeningen.dk/Nyhedsbrev/html/nyt_fra_danmarks_apotekerforening_20070814.htm
5. NHS Community Pharmacy Contractual Framework Enhanced Service – Stop Smoking lastet ned 29.11.07
<http://www.primarycarecontracting.nhs.uk/uploads/Pharmacy/Enhanced%20Services%206th%20Sept%2005/EN4%20-%20Stop%20Smoking.pdf>

4.7.5 Andre kilder

6. Guidelines fra EuroPharmForum: Pharmacists and action on tobacco
7. Individuelle røykesluttveiledning i apotek Røykesluttveiledning i apotek (NFT, nr. 2/2007)
8. Smoking cessation can be used as service delivery model for pharmacy lastet ned 29.11.07 http://www.pjonline.com/pdf/news/pj_20040306_smokingcessation.pdf

5 RAMMEVILKÅR

5.1 Dagens rammevilkår

Dagens rammevilkår for apotek er utformet i en tid der satsing på helsetjenester i apotek ikke var tema. Dette kommer til uttrykk både i juridiske og økonomiske rammevilkår.

Apoteklovens formålsparagraf og definisjon er ikke til hinder for at apotek skal kunne tilby andre tjenester enn legemiddelsalg. Begrensninger settes imidlertid av tilgjengelig tid og kompetanse. Dagens tidsbruk og kompetanse er tilpasset de oppgaver apotek i dag har. Nye eller andre oppgaver vil måtte komme på bekostning av etablerte, lavere prioriterte oppgaver. Kompetansesammensettingen i apotek vil tilpasses behovet, som igjen er styrt av publikums etterspørsel.

Dagens økonomiske rammevilkår er basert på at apotekene får sine inntekter gjennom avansepåslag på produktsalg. Enhver aktivitet i apotek som trekker ressurser fra slikt salg vil således svekke apotekenes inntekter, med mindre denne øvrige aktiviteten er særskilt finansiert. Innenfor legemiddelassistert rehabilitering mottar apotekene i dag godtgjørelse for å utlevere og observere inntak av legemidlet. Det arbeides i dag med standardisering i form av en offentlig takst.

5.2 Rammevilkår som understøtter helsetjenester i apotek

En satsing på helsetjenester i apotek bør gis et uttrykk i offentlig målsetning, samfunnsoppdrag og finansieringsordning. Et slikt uttrykk vil tydeliggjøre hvilket oppdrag apotekene er gitt og således fungere som styringsverktøy for myndighetene. Beslutning om hvilken ordlyd og uttrykksform som bør velges må avvete til innholdet i de ulike tjenestene er nærmere avklart myndighetene. Innholdet bør finne innpass i nasjonale behandlingsretningslinjer og helsestrategier, og operasjonaliseres gjennom eksempelvis forskriftsfesting av eventuell journalplikt, krav til apotekets opptreden ved ulike funn hos pasienten, sertifiseringsordning, krav til etterlevelse av bransjestandard etc. Mer aktiv bruk av apotek som formidler av informasjon på vegne av myndighetene vil fordre tettere dialog mellom myndighetene og bransjen.

Utbredelse av helsetjenester fordrer at apoteket får betalt for helsetjenestosalget, eller at øvrige økonomiske rammevilkår er slik at konkurransen om legemiddelkundene leder til tilbud om helsetjenester. Myndighetenes styringsmulighet vil imidlertid bli best ivaretatt dersom det fastsettes særskilte takster knyttet til de ulike tjenestene i form av en avtale der anslag på volum av tjenesten gjøres, og takster fastsettes. Omfang og kvalitativt nivå på aktiviteten kan man dermed styre gjennom størrelsen på taksten, kombinert med minimumskrav til innhold som eventuelt måtte finnes i lov eller forskrift. Myndighetene kan styre ytterligere gjennom fordeling av hvem som betaler taksten: Pasient eller myndigheter.

5.3 Potensielle habilitetsproblemer

Apotekloven forbyr legemiddelrekvirenter å eie apotek. Årsaken til dette er at legen ikke skal ha privatøkonomiske interesser knyttet til sin egen rekvirering. Rekvireringen skal skje på basis av pasientens behov. Eierskapsforbudet sikrer at det i denne sammenheng ikke kan reises tvil om legens rolle.

Apoteket er både en veileder og salgskanal for legemidler. I henhold til tradisjonell habilitets-tenkning kan det derfor reises spørsmål ved om rådene apotekene gir sine kunder er basert på hensynet til kundens beste, eller til apotekets inntjening. Likeledes kan det tenkes situasjoner der helsetjenester i apotek er egnet til å påvirke legemiddelsalget og salg av andre produkter. Dermed kan det i slike tilfeller reises spørsmål ved om apotekets rådgivning er uhildet.

Denne type habilitetsproblemer er i liten grad ansett som problematisk for reseptfrie legemidler, selv om apotek åpenbart vil tjene mer dersom etterspørselen etter reseptfrie legemidler øker. Årsaken til at habilitetsspørsmålet anses uproblematisk her må ses i sammenheng med apotekenes rolle i legemiddelforsyningskjeden. Apotek skal bidra til riktig legemiddelbruk. Dette, sammen med farmasøytens faglige tyngde og integritet, bidrar til tillit til at apotekene ikke promoterer reseptfrie legemidler i tilfeller der pasienten egentlig ikke har behov for legemidlet.

Når det gjelder reseptpliktige legemidler, er habilitetsproblemene beskjedne. Det er leger som forskriver reseptpliktige legemidler, og apoteket har i svært liten grad mulighet til å påvirke hvilke reseptpliktige legemidler som skal utleveres. Selv om apotek skulle bidra til å oppdage at en kunde for eksempel har diabetes eller for høye kolesterolverdier, er det alltid opp til legen å stille diagnosen og vurdere om legemiddelbruk skal igangsettes.

Bransjestandarder og retningslinjer for klargjøring av rolle vil stå sentralt i arbeidet for å minimalisere habilitetsproblematikk innenfor helsetjenester.

6 VEIEN VIDERE

6.1 Utvikling, standardisering og implementering

Helsetjenestene som er beskrevet i denne rapporten har vokst gradvis frem i norsk og internasjonal apotekpraksis. Tjenestene er gjenstand for fortløpende utvikling og tilpasning. Et eksempel fra nyere tid er legemiddelsamtaler, der det ble gjennomført pilotforsøk i en del apotek i 2007. Forsøket var delvis finansiert fra Sosial- og helsedirektoratet som ledd i oppfølgingen av St. melding nr. 18 (2004-2005).

Implementeringen av tjenestene i norske apotek har stort sett vært spredt og tilfeldig, og bare i beskjeden grad som ledd i noen offentlig, planmessig helsesatsing. Vi har i dag en del apotekteknikere som gjennom etterutdanning på eget initiativ er blitt sertifisert til veiledning av pasienter i bruk av tekniske hjelpemidler ved obstruktive lungesykdommer (astma og KOLS) og ved diabetes. Flere apotek tilbyr videre diabetespasienter kvalitetssikring av blodsuktermålingene, og enkelte apotek tilbyr røykesluttveiledning.

Mange apotek har velutviklede tilbud til LAR-pasienter. Denne tjenesten er det eneste eksemplet der det offentlige har engasjert seg i utformingen av apotekenes tilbud. Det offentlige engasjementet forklarer i stor grad den store utbredelsen i apotek.

Sett både fra legemiddelbrukeren og den øvrige helsetjenesten sitt ståsted er det av stor betydning at apotekenes tilbud av helsetjenester finnes som standardiserte tjenester. Uten en slik standardisering er det vanskelig for publikum å ha en allmenn forventning til apotekenes tilbud, og i offentlig helseplanlegging vil det være vanskelig å ta apotekenes helsetjenestetilbud med i beregningen så lenge tjenestene ikke er standardiserte, etterspørselen beregnet og nyten dokumentert.

Veien videre handler i lys av dette om etablering av bransjestandarder, avklaring av kompetansekrav til de ansatte og eventuelt spesielle krav til apotekene som skal yte tjenestene. Videre må det avklares om tjenestene skal være gratis for brukerne eller om de skal betales av legemiddelbrukeren selv. Dette avhenger av om det finnes en offentlig betalingsvilje, som i sin tur avhenger av hvor nyttige og kostnadseffektive tjenestene er i et offentlig helseplanleggingsperspektiv.

6.2 Nødvendige forutsetninger

Av de suksesskriteriene helsetjenestene har vært vurdert opp mot (jf. kap. 2), er det lagt størst vekt på at tjenestene kan utføres innenfor rammen av *bransjestandarder*, at apotek har et *unik* grunnlag for å yte tjenestene, og at det finnes en *etterspørsel*. Det siste innebærer en nødvendig forutsetning om at tjenestene er *nyttige* for pasient og samfunn. Sistnevnte vil være en betingelse for om det finnes en offentlig *betalingsvilje*.

Profesjonalitet i tjenesteytingen må bygge på at det finnes felles bransjestandarder som alle apotek følger. Det betyr at apotekbransjen selv må utvikle slike standarder for tjenestene. Tjenestens kvalitet og troverdighet styrkes ytterligere dersom bransjestandardene også har en

form for offentlig godkjenning, typisk ved at tjenestene er inkludert i offentlige helsestrategier.

Profesjonalitet og kvalitet på tjenestene kan sikres gjennom en form for sertifisering av apotek eller utøvende helsepersonell, og ved at det stilles kompetansekrav til den som skal yte tjenesten. Hver tjeneste må ha sine spesifikke kompetansekrav.

En tjeneste som oppfattes som nyttig av legemiddelbruker og myndigheter, må antas å bli etterspurt. Sjansene for å lykkes i gjennomføringen, øker betraktelig dersom tjenestene utvikles på oppdrag fra helsemyndighetene, som resultat av en forutgående vurdering av nytteverdien..

I det videre arbeidet med innføring av nye helsetjenester i apotek, blir en av de viktigste oppgavene i første omgang å etablere et slikt offentlig oppdrag. Er det mulig å etablere dette oppdraget, har man også fått et signal om at tjenesten anses som en del av myndighetenes samlede helsepolitikk. Samtidig er det nødvendig å utvikle bransjestandarder og fastsette kompetansekrav. Etter hvert som tjenestene etableres som pilotprosjekter eller faste tjenester, blir det viktig å evaluere og dokumentere nytteeffekt av tiltakene. Slik dokumentasjon finnes i liten grad i dag, både nasjonalt og internasjonalt.

6.3 Helsepolitisk forankring

For enkelte av de syv beskrevne helsetjenestene finnes det allerede i en viss grad et offentlig oppdrag.

- Apotekenes rolle i *legemiddelassistert rehabilitering* er allerede definert gjennom en egen veileder. Det er fortsatt rom for at apotekene kan ta et større samfunnsansvar. Det er behov for å utdype og tydeliggjøre samfunnets oppdrag til apotekene.
- *Legemiddelgjennomgang* er omtalt i Legemiddelmeldingen, og Sosial- og helsedirektoratet har et oppdrag på vegne av helsemyndighetene for å utvikle denne tjenesten. Primærapotekene har på sin side gjennomført et pilotprosjekt med legemiddelsamtaler, delvis finansiert av helsemyndighetene. Legemiddelsamtaleprosjektet er et viktig utgangspunkt for innholdet i det helsepolitiske oppdraget til apotekene.
- Kampanjer for å øke bruken av *folat* før og under svangerskapet, har vært prøvd tidligere uten at man nådde målet. Det er en erkjennelse hos helsemyndighetene at det er et udekket behov for informasjon og veiledning på dette området. Det foreligger dermed allerede en offentlig etterspørsel som venter på en løsning. Apotekenes ansatte kan være en viktig del av denne løsningen, sammen med annet helsepersonell.
- Tiltak som bedrer *astmatikerens nytte av inhalasjonslegemidler*, er trolig en av tjenestene der det kreves mer innsats for å etablere et offentlig oppdrag for apotekene. Det er mye kunnskap om at inhalasjonsteknikk er et viktig problemområde, og apotekene er i en unik posisjon til å kunne utføre denne tjenesten. Samtidig har både spesialisthelsetjenesten, fastlegene og pasientorganisasjonen NAAF allerede tilbud som delvis inkluderer denne tjenesten. Derfor må tilbudet i apotek utvikles som et

supplerende tilbud, som ikke konkurrerer med, men kommer i tillegg til disse tjenestene. Det er uomtvistelig at det er store uløste oppgaver på dette området.

- Tilbudet til *diabetespasienter* om spesialisert veiledning i legemiddelbruk og kvalitetssikring av blodsuktermåling, er allerede etterspurt av pasientgruppen selv. Det kan derfor ligge godt til rette for å etablere et offentlig oppdrag i samarbeid med Diabetesforbundet.
- En bransjmodell for *individuell røykesluttveiledning* er allerede utprøvd. Pilotprosjektet fikk økonomisk støtte fra Sosial- og helsedirektoratet. Det mangler imidlertid en offentlig aksept for at apotek er et velegnet sted for røykesluttveiledning. Dette kan for eksempel skje ved at myndighetene gjennom en offentlig takst fastsetter prisen på tjenesten.
- *Kolesterolmåling* er en utprøvd tjeneste i apotek, og bransjen må trolig komme lenger i sin egen definisjon av denne tjenesten, før det kan bli aktuelt å etablere et offentlig oppdrag til apotekene om å foreta systematisk kolesterolmåling av legemiddelbrukere.

6.4 Bransjestandarder

For å få en mest mulig ensartet tjeneste i alle apotek, med samme minimumskvalitet og resultater, må tjenestene baseres på bransjestandarder som alle apotek som tilbyr det aktuelle tjenesten, forplikter seg til å holde seg innenfor. I den grad det finnes myndighetsfastsatte nasjonale retningslinjer for tjenesteområdene, er det en forutsetning at bransjestandardene følger disse. Slike retningslinjer finnes for eksempel innenfor LAR. På de områdene det finnes nasjonale strategier, må tjenesten og bransjestandarden bidra til å oppfylle disse.

Arbeidet med bransjestandardene må påbegynnes samtidig med at det jobbes for å etablere et offentlig oppdrag for tjenesten. Det er trolig ikke mulig å få dette oppdraget, før det kan sannsynliggjøres at tjenesten kan utføres med en viss kvalitet og innenfor gitte standarder i alle apotek. Dermed vil bransjestandardene i seg selv være en del av virkemidlene for å få et offentlig oppdrag.

Bransjestandardene utarbeides i samarbeid mellom bransje og offentlig myndigheter. For å utvikle bransjestandardene, må det innenfor hver helsetjeneste etableres bredt sammensatte prosjektgrupper. Gruppene bør helst være tverrfaglige, og ha ekstern deltakelse utenfor det farmasøytiske miljø.

6.5 Kompetansekrav

Det er ikke gitt at alle apotek skal tilby alle helsetjenester. Sannsynligvis bør enkeltapotek spesialisere seg på visse tjenester. Det må avklares hvordan man skal sikre seg oppfyllelse av definerte kompetansekrav.

Et minimumskrav for å kunne tilby en ny helsetjeneste, bør være at en eller flere ansatte fyller bestemte krav til kompetanse for å yte tjenesten. Det betyr at de som skal utøve tjenesten må ha gjennomgått en ensartet opplæring.

Helsepersonell i apotek er utdannet ved universitet, høyskole og/eller videregående skole. Til hver helsetjeneste må det avklares om alle eller bare noen av disse gruppene skal kunne utføre helsetjenesten.

7 KONKLUSJONER OG POLITISK VEIKART

Apotekbransjen tar et hovedansvar for å utvikle nye tjenester i apotek, men ønsker ikke å stille seg i en posisjon der man blir mistenkt for å ville kaste mer eller mindre nyttige helsetjenester etter folk. Konkurransen mellom apotekene anses derfor som et svært lite egnet virkemiddel for å frembringe et nytt, utvidet helsetjenestetilbud i apoteksektoren. Konkurransen kan frembringe tilbud som dekker viktige behov, men kan også skape kunstige behov og påvirke etterspørselen på en samfunnsmessig uheldig måte.

I lys av dette er apotekbransjen samstemt i at nye helsetjenester i apotek ikke vil bli innført uten en helsepolitisk forankring. I et kommersielt basert apoteksystem som det norske, er et tydelig politisk oppdrag avgjørende for at tjenestene skal få tilstrekkelig legitimitet i den øvrige helsetjenesten og blant publikum. Det er dermed politikerne, ikke apotekbransjen, som bestemmer i hvilken grad morgendagens helsepolitiske utfordringer skal løses med innsats fra landets apotek.

Helsepolitikken er kunnskapsbasert, enten den fastsettes i Stortinget eller i Helse- og omsorgsdepartementet. Beslutninger om ressursinnsats, prioriteringer og virkemiddelbruk i helsetjenesten er ikke bare resultat av politiske interesseavveininger, men også av politikernes virkelighetsforståelse og tro på hva som virker for å nå de helsepolitiske målene. Dette gir landets helseforvaltning en nøkkelposisjon når det gjelder å forankre og begrunne de valg som tas i helsepolitikken, fordi det er helseforvaltningen som er gitt rollen å formidle helhetlige og innsiktsfulle beslutningsgrunnlag til politikerne.

Forvaltningens rolle som premissleverandør i politiske beslutningsprosesser er ikke mulig å fylle uten at helseforvaltningen står i nær dialog med helsetjenestens mange og ulike aktører. Dette har sammenheng med at fagutvikling og innovasjon skjer i tjenestene og profesjonene selv, mens implementering utover et visst nivå i form av endrede helsetilbud ikke er mulig uten forvaltningsmessig og politisk forankring. Et fellestrekk for land som har lyktes med implementering av helsetjenester i apotek, er at helseforvaltningens aktører helt opp til det politiske nivået har samarbeidet tett med bransjens aktører om utvikling og rammer for tjenestene.

Virkeliggjøringen av morgendagens helsetjenester i apotek forutsetter politiske vedtak, som igjen forutsetter politiske beslutningsgrunnlag. Denne rapporten er oppsummering av relevant kunnskap om helsetjenester i apotek. Rapporten er bransjens innspill til et politisk beslutningsgrunnlag på dette området. Rapporten er i seg selv naturligvis ikke nok til politiske vedtak på området, men den kan forhåpentligvis inspirere Stortingets helsepolitikere til å be Helse- og omsorgsdepartementet om et beslutningsgrunnlag som kan lede til nye helsetjenester i regi av landets apotek. Eller kanskje rapporten kan inspirere helseministeren selv til å se på hva apoteksektoren kan gjøre med noen av de utfordringene helsepolitikken sliter med å løse.

Enten det politiske startsignalet kommer fra Stortinget eller fra regjeringsskivalet, vil den videre prosessen mot virkeliggjøring av tjenester i apotek i større eller mindre grad bestå av følgende elementer:

- **Forvaltningsmessig utredning:** Relevante fagetater, i første rekke Sosial- og helsedirektoratet, vil få som oppdrag i sitt årlige tildelingsbrev fra Helse- og omsorgs-

departementet å beskrive og vurdere forskjellige helsetjenester i apotek. Tjenestene vil videre bli vurdert som innsatsfaktorer i aktuelle helsestrategier på vedkommende terapiområder (riktig legemiddelbruk, diabetes, astma etc.). En plan for implementering av tjenestene, sammen med en analyse av kostnader og forventet helsegevinst (helseøkonomisk analyse) på ulike implementeringsnivåer, vil høre med i en komplett utredning. Tjenestenes finansiering vil være et element i dette – bør pasientene betale det hele selv eller bør folketrygden betale noe av det tjenestene koster?

- Politisk behandling og prioritering: Den forvaltningsmessige utredningens videre skjebne avgjøres på politisk nivå i forvaltningen, dvs. av departementets politiske ledelse. Den kan utgjøre et grunnlag for tilbakemelding til Stortinget i form av en stortingsmelding eller en særskilt omtale i forbindelse med et statsbudsjettforslag. Dette kan være ønskelig eller nødvendig av politiske årsaker, f.eks. hvis Stortinget har bedt om en tilbakemelding om temaet, og vil uansett være nødvendig dersom helseministeren ønsker å innføre noen av tjenestene med statlig refusjon. At et forslag om statlig delfinansiering av helsetjenester i apotek kommer til Stortinget, innebærer at det har overlevd regjeringens budsjettprosesser og stramme prioriteringer. Ved nye politiske satsinger som gir utgiftsposter på helsebudsjettet er dette erfaringsmessig knapt mulig uten at Finansdepartementet har bedømt budsjetteffekten som nøytral eller negativ, dvs. at det er sannsynliggjort minst like store statlige innsparinger som utgifter som følge av forslaget.
- Implementering: En positiv politiske behandling vil lede til et politisk oppdrag eller en politisk forventning til apotekene om å tilby de aktuelle helsetjenestene. Oppdraget vil være tydeligst dersom det er knyttet en økonomisk bevilgning i form av refusjon til tjenesten, og oppdraget vil i så fall komme fra Stortinget. Men også uten statlig refusjon av pasientbetalingen for tjenesten kan oppdraget være tydelig ved at staten administrativt fastsetter en takst for bestemte tjenester. Dette vil innebære en statlig godkjenning av tjenesten, og en statlig forventning om at tjenestene tilbys og blir en del av det statlige helsetilbudet. I en slik form kan det politiske oppdraget apotekbransjen er avhengig av for å komme i gang med helsetjenester i apotek, komme fra den statlige helseforvaltningen.