

Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling

September 2014

Publikasjonens tittel: Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling

Utgitt: 09/14

Bestillingsnummer: IS-0426

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for Medisinsk utstyr og legemidler
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Anne Berit Walter
Gunn Fredriksen

INNHold

INNHold	2
SAMMENDRAG	5
SAMMENDRAG	6
1. OPPDRAGET	8
Farmasøytjenester	8
Etterlevelse av legemiddelbehandling	8
2. ARBEIDSMETODE	9
3. DAGENS OG FREMTIDENS UTFORDRINGER	11
Samhandlingsreformen	12
Knapphet på helsepersonell	13
Generelle utfordringer	13
4. TILTAK ETTER ST.MELD 18 (2004-2005) LEGEMIDDELMELDINGEN	14
4.1 Andre gjennomførte- og pågående tiltak	17
E-resept	17
Kjernejournal	17
En innbygger - en journal	17
Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	17
Kvalitetsregistre	18
Legemiddelregistre	18
Kvalitetsindikatorer	18

SAMMENDRAG

5. LEGEMIDLER SOM INNSATSFAKTOR	19
5.1 Legemidler og eldre	19
5.2 Legemidler og barn	20
5.3 Legemidler og unge	21
6. DEFINISJONER	23
7. FREMTIDENS PASIENT	25
7.1 Pasientens helsetjeneste	25
7.2 Persontilpasset medisin	25
7.3 Innovasjon og forskning	26
7.4 Off-label bruk av legemidler	26
7.5 Legemiddelbruk sett fra brukernes side	26
8. FARMASØYTTJENESTER	28
8.1 Farmasøytens rolle i dag	28
8.2 Hvilke tjenester yter farmasøytene i dag?	28
Farmasøytiske tjenester i apotek	28
Farmasøytiske tjenester i spesialisthelsetjenesten	29
Legemiddelbivirkninge	32
Farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten	32
Opplæring og undervisning av helsepersonell og pasienter	33
8.3 Brukes farmasøytressursene riktig?	33

Kompetanse	34
8.4 Forslag til forbedringer	34
Oppsummering av innspill før, under og etter rådslaget	35
8.5 Forslag til tiltak	36
Pasientveiledning/-opplæring i apotek	36
Helsehjelp i apotek	37
Multidose	38
Vanedannende legemidler	38
Primærhelsetjenesten	38
Spesialisthelsetjenesten	39
Primær- og spesialisthelsetjenesten	40
8.6 Farmasøytjenester i andre land	41
8.7 Farmasøytrevirering	44
Farmasøytrevirering i Norge	44
Farmasøytrevirering i andre land	45
9. ETTERLEVELSE AV BEHANDLINGEN	47
Informasjonsbehovet følger fasene i behandlingen	48
9.1 Virkemidler for å bedre etterlevelsen	49
Oppsummering innspill før, under og etter rådslaget	49
Forslag til tiltak for å øke etterlevelsen	50
Årskontroller	52
9.2 Årsaker til manglende etterlevelse, gjennomgang av litteraturen	54
9.3 Tiltak for bedre etterlevelse fra andre land	54
Motiverende samtale/Motivational Interviewing (MI)	55
Pasienten og helsepersonell setter av tid for å diskutere spesifikt rundt etterlevelse	55
10. ALTERNATIV TIL LEGEMIDDELBEHANDLING, LIVSTILSENDERINGER OG ANNET	56

SAMMENDRAG

I Stortingsmelding 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk var de politiske målene: Riktig diagnose-riktig forskrivning -riktig bruk. De samme målene er fremdeles viktig for legemiddelpolitikken, samtidig som ny legemiddelmelding kan gi nye føringer. Helsedirektoratet har som oppfølging av Stortingsmelding 18 (2004-2005) særskilt jobbet med legemidler og eldre, samt legemidler og barn. Mange gode forbedringstiltak er iverksatt, men implementeringen i helsetjenesten tar tid, og i innspill til ny legemiddelmelding legges det vekt på styrke allerede iverksatte tiltak. Som en del av arbeidet avholdt Helsedirektoratet et «Rådslag» hvor det ble sendt åpen invitasjon til alle aktuelle interessenter om å levere skriftlig innspill, samt delta i et felles gruppearbeid. Rundt 100 personer deltok og Direktoratet har mottatt over 30 skriftlige innspill.

Utredning av Farmasøytiske tjenester

Med farmasøytiske tjenester menes tjenester som krever legemiddelkompetanse og som hovedsakelig utføres av farmasøyter. Rapporten inneholder en beskrivelse av farmasøytiske tjenester som utføres i dag både i apotek, i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, en vurdering av hvordan farmasøytressursene kan benyttes bedre, samt en oversikt over farmasøyttjenester i andre land. Følgende aktuelle forbedringstiltak beskrives:

Produksjon

Med mindre produksjon av legemidler i apotek, er det særskilt viktig å sikre at produksjonskompetansen opprettholdes for å sikre pasientbehandlingen.

Pasientveiledning/-opplæring i apotek

Apotek har gode forutsetninger for å gi informasjon om riktig legemiddelbruk. Apotekforeningen vil fra høsten 2014 gjennomføre et forskningsprosjekt på oppstartsveiledning etter modell fra New Medicine Service i Storbritannia. Hvis utprøvingen viser gode resultater, kan denne metoden vurderes å bli en standardisert tjeneste i Norge.

Helsehjelp i apotek

Helsedirektoratet gjorde i 2008-2009 et omfattende arbeid knyttet til helsehjelp i apotek. Helsedirektoratet opprettholder vurderingene og anbefalingene i rapporten fra 2009.

SAMMENDRAG

Multidose

Multidose er tabletter/kapsler som pakkes sammen i en pose for hvert doseringstidspunkt og merkes med pasient-id. Multidose er et godt kvalitetstiltak, men har noen svakheter. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det iverksettes evaluering av multidose som system, inklusive en vurdering av finansieringsordning.

Kommunefarmasøyt

Samhandlingsreformen har medført at mer avansert pasientbehandling foregår i kommunehelsetjenesten. Dette krever økt kompetanse på legemiddelområdet og det anbefales å styrke farmasøytisk kompetanse i kommunehelsetjenesten gjennom å ansette kommunefarmasøyt.

Klinisk farmasi

Med økt fokus på pasientsikkerhet og mer kunnskap om avvik på legemiddelområdet, er bruk av kliniske farmasøyter etter hvert innført ved mange sykehus. Klinisk farmasi gjennomføres etter standardisert, tverrfaglig, forskningsbasert metode. Klinisk farmasi er et nyttig tiltak for å bedre legemiddelbruk. Det er viktig å avklare rollen til den kliniske farmasøyten i det tverrfaglige teamet.

«Academic detailing»

«Academic Detailing» er oppdateringsvisitter hvor en spesialopplært fagperson møter forskrivere og gir produsentnøytral legemiddelinformasjon. Tjenesten kan utøves både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Et prosjekt for å pilotere «Academic detailing» i Norge anbefales.

Legemiddelkomiteer

En legemiddelkomite er tverrfaglig sammensatt og er ledelsens rådgiver i legemiddelspørsmål. En legemiddelkomitestruktur som dekker både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste kan være et tiltak som vil bidra til større samhandling og bedre etterlevelse av behandlingsregimer på tvers av omsorgsnivåene.

Farmasøytrekvirering

Erfaring fra pandemien viste at farmasøytrekvirering kan være et forsvarlig tiltak for å øke tilgangen på behandling, under forutsetning av at farmasøytene blir gitt tilstrekkelig kompetanse, og at legemidlene som velges er nøye faglig vurdert. Ordningen må inkludere et visst antall legemidler for at det skal være forsvarlig, hensiktsmessig, og sikre riktig bruk av ressurser.

SAMMENDRAG

Utredning av tiltak for å bedre etterlevelse

Det foreligger internasjonal dokumentasjon på at pasientenes etterlevelse av langtidsbehandling er under 50 %. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om en vurdering av virkemidler for å bedre pasientenes etterlevelse av behandling med legemidler.

For å forbedre etterlevelsen av legemiddelbehandlingen er det nødvendig med flere samtidige- og skreddersydde tiltak, både på system- og pasientnivå. Følgende aktuelle tiltak beskrives:

Legemiddelsamtale

Det at pasientene forstår behandlingen er en av de beste forutsetningene for at behandlingen skal kunne gjennomføres etter intensjonen. Legemiddelsamtale kan gjennomføres på flere arenaer som hos fastlegen, i sykehjem, i spesialisthelsetjenesten og i apotek. Legemiddelsamtale ved skifte av omsorgsnivå vil være et godt tiltak for å sikre en oppdatert legemiddelliste.

Pasientsikkerhetsprogrammet

I pasientsikkerhetsprogrammet er det tre satsningsområder innen legemidler. Dette er gode tiltak som bør forsterkes og implementeres. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT) har en viktig rolle i å sikre riktig legemiddelbruk og i spredning av tiltakene. Det er sentralt å legge til rette for fortsatt satsning på USHT.

Legemiddelgjennomgang (LMG)

Hensikten med en legemiddelgjennomgang er å vurdere helheten i behandlingen, samt å identifisere uheldig legemiddelbruk. Helsedirektoratet har sammen med fagmiljøene utarbeidet en veileder for legemiddelgjennomganger. Viktige tiltak fremover er å følge opp arbeidet i Pasientsikkerhetsprogrammet ved å gjennomføre flere LMG både på sykehjem, hos fastlege og i sykehus. Finansiering av tverrfaglige LMG bør vurderes.

Tverrfaglig samarbeid

For å sikre riktig legemiddelbehandling er det vesentlig at helsepersonell samarbeider. Å bygge strukturer som legger til rette for tverrfaglig samarbeid rundt pasientens legemiddelbruk er nødvendig. Aktuelle arenaer for tverrfaglig samarbeid er legemiddelkomiteer, lærings- og mestringssenter, kommunefarmasøyt, legemiddelpoliklinikk og kliniske farmasi.

1. OPPDRAGET

Oppdraget «Utredning om farmasøytjenester og etterlevelse av behandling med legemidler» ble oversendt fra Helse- og omsorgsdepartementet den 28.02.14. I forbindelse med at det skal utarbeides en legemiddelmelding ønsker Helse- og omsorgsdepartementet å bestille to utredninger fra Helsedirektoratet, jf. oppdrag i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet. De to utredningene er knyttet til spørsmål om farmasøytjenester og til etterlevelse av behandling med legemidler.

Farmasøytjenester

Et av de legemiddelpolitiske målene er riktig legemiddelbruk. Farmasøyter bidrar til dette i dag, og HOD ønsker å finne ut om farmasøyter og de tjenestene de leverer kan bidra ytterligere til å bedre kvalitet ved behandlingen og pasientsikkerheten.

Helse og omsorgsdepartementet ønsker å få en utredning om bruk av farmasøyter og deres tjenester i helsesektoren. Departementet mener at det er viktig å se hele bredden i sektoren, for eksempel sykehus, apotek, pleie og omsorg og primærhelsetjenesten. Det er ønskelig med en kort beskrivelse av farmasøytens rolle i dag, samt en kort beskrivelse av hvilke tjenester farmasøytene yter. Det er behov for å se på alle typer tjenester som for eksempel informasjon, rådgivning, kontroll, distribusjon, farmasøytrekvirering, utlevering og håndtering.

HOD ønsker en vurdering av hvorvidt farmasøyter og de tjenestene de yter brukes på en hensiktsmessig måte i dag, og eventuelle forslag til forbedringer. Målet for bruk av farmasøytjenester er riktig legemiddelbruk. HOD ønsker også en kort beskrivelse av farmasøytjenester i andre land som det kan være relevant å sammenlikne seg med og en vurdering av hvilke erfaringer de har. Departementet mener at det er hensiktsmessig med en kunnskapsoppsummering, som bakgrunn for forslag til forbedringer i Norge.

Etterlevelse av legemiddelbehandling

Et av de legemiddelpolitiske målene er riktig legemiddelbruk. Det foreligger internasjonal dokumentasjon på at pasientenes etterlevelse av behandlingen er svakere enn man tidligere har vært klar over. WHO dokumenterer for eksempel i en rapport fra 2003: Adherence to long-term therapies, evidence for action, at om lag 50 prosent av pasienter med kroniske lidelser i vestlige land ikke følger den anbefalte terapien. Det fins også en god del dokumentasjon som er publisert de siste årene. På bakgrunn av dette ser HOD behov for å få en utredning vedrørende virkemidler for å bedre pasientenes etterlevelse av behandling med legemidler.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å få en kort oppsummering fra litteraturen av hva som er de viktigste årsakene til manglende etterlevelse av behandling med legemidler. I begrepet etterlevelse inkluderer vi alle de tre engelske begrepene compliance, concordance og adherence.

Videre ønsker departementet en kort oppsummering av hvilke tiltak som foreslås i litteraturen, for å bedre etterlevelsen av behandling med legemidler. Vi ønsker også en vurdering av tiltak som er prøvd ut i Norge, og i land som vi kan sammenlikne oss med, og ut fra dette en vurdering av hvilke typer virkemidler det er hensiktsmessig å satse på, basert på praktiske erfaringer og innsikt fra litteraturen.

Det ble samtidig sendt et oppdrag til det tverretatlige kontaktpunktet for legemiddelinformasjon om utredning om legemiddelinformasjon. Kontaktpunktet består av Statens legemiddelverk, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Legemiddelverket har sekretariatsfunksjon for 2014. Utredningsoppdragene må ses i sammenheng.

Fristen for levering av begge oppdragene var opprinnelig satt til 1. september 2014, men er senere utsatt til 15. september

2. ARBEIDSMETODE

Helsedirektoratet forankret arbeidet med innspill til legemiddelmeldingen i avdeling medisinsk utstyr og legemidler og det ble invitert til intern referansegruppe i Helsedirektoratet. Det ble også sendt henvendelser til ulike relevante avdelinger i direktoratet. I både dette oppdraget, og oppdraget gitt til Kontaktpunktet om legemiddelinformasjon ble det presisert at både Helsedirektoratet og Kontaktpunktet skulle involvere relevante aktører i arbeidet.

For å sikre innspill fra alle aktører ble det besluttet å invitere til et åpent rådslag der det i forkant ble sendt ut invitasjon til å sende innspill relatert til temaene etterlevelse, farmasøytjenester og informasjon. Innspillene skulle gis på temaene utfordringsbildet, tiltak på kort sikt, og tiltak på lang sikt. Aktørene ble bedt om å sende inn maks en side for hvert av temaene. Fokus skulle være på hovedutfordringer knyttet til riktig legemiddelbruk. Direktoratet inviterte også enkelte aktører i etterkant av rådslaget til å levere skriftlige innspill. Dette fordi det var enkelte sentrale aktører som ikke hadde levert innspill, men som det ble vurdert var vesentlig for å gi et helhetsbilde. For noen områder ble det også sendt spesielle bestillinger for å sikre at temaene/områdene ble belyst. Ikke alle aktørene har valgt å gi innspill, men de som er mottatt er vedlagt rapporten.

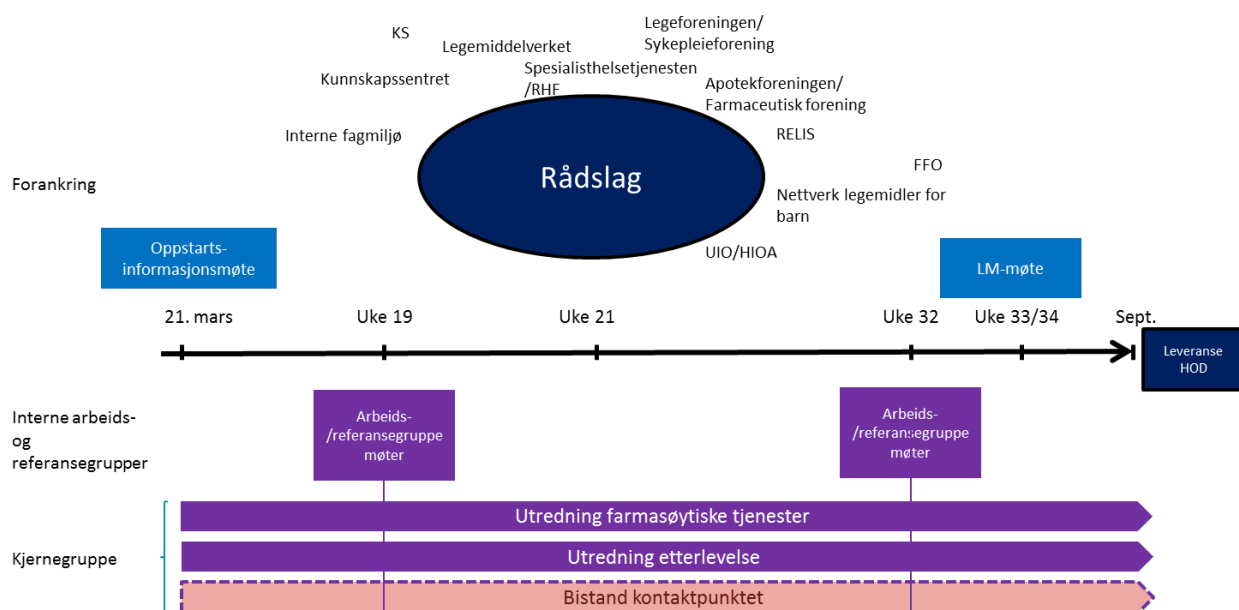
I oppdragsbrevet mente HOD det var hensiktsmessig med en kunnskapsoppsummering om farmasøytjenester i andre land, samt en oppsummering av tiltak som foreslås i litteraturen for å bedre etterlevelsen av behandling av legemidler. Det ble derfor bestilt et hasteoppdrag fra Kunnskapssenteret. På grunn av tidsrammen ble oppsummeringen «søk og sorter». Oppsummeringene finnes vedlagt denne rapporten.

Direktoratet har videre hatt møter med representanter fra kommunene og med Legeforeningen. Direktoratet har oppsummert forslag til tiltak fra kommunene. Legeforeningen har levert eget innspill.

Leveransen består av følgende:

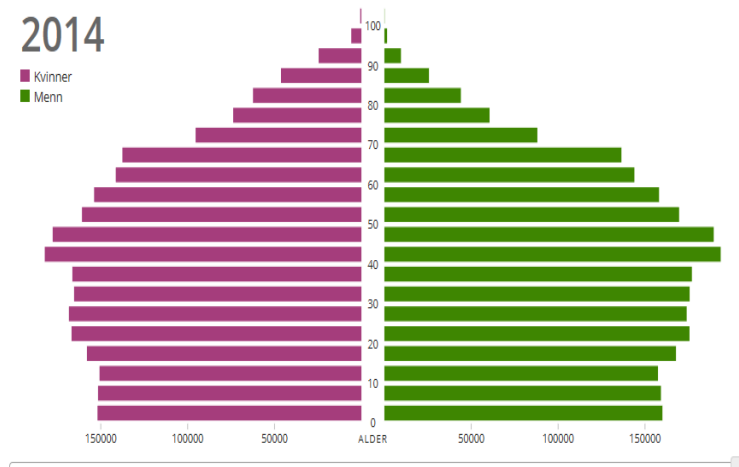
- Alle faglige innspill før og etter rådslaget
- Apotekforeningens oversikt over farmasøytjenester i apotek i andre land
- Helsedirektoratets internrapport: Helsehjelp i apotek
- Kunnskapssenterets oppsummering: "Tiltak for å bedre farmasøytjenesten"
- Kunnskapssenterets oppsummering: "Tiltak for å bedre pasienters etterlevelse av legemiddelbehandling"

Helsedirektoratets arbeid med utredningsoppdragene

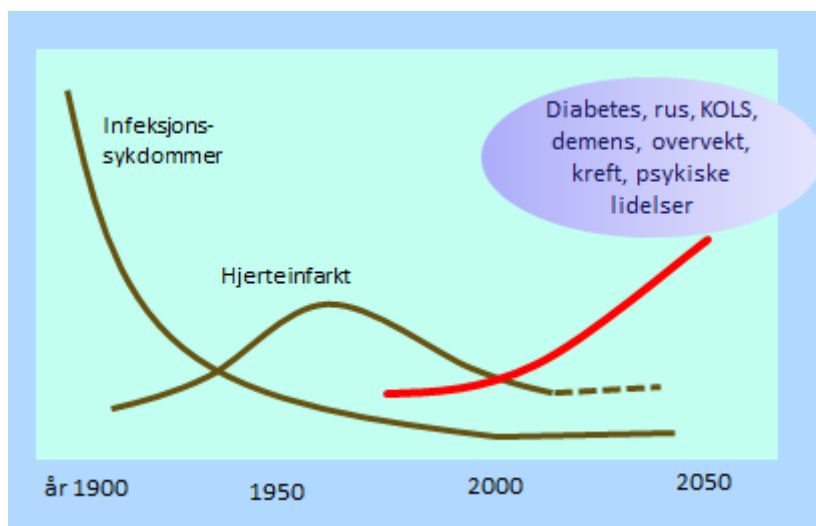


3. DAGENS OG FREMTIDENS UTFORDRINGER

Den demografiske utviklingen, det blir stadig flere eldre i Norge, fra SSB 2014



Sykdomsbildet har endret seg fra smittsomme sykdommer til kroniske lidelser:



Sykdomsbildet i Norge er preget av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes, overvekt/fedme, KOLS, kreft og psykiske lidelser. Økningen i forekomst av ikke-smittsomme sykdommer har sammenheng med at vi lever lengre og med samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner. Om lag 200 000 anslås å leve med diabetes og om lag 225

000 personer lever med kreft. Antallet personer som får kreft forventes å øke med 10-20 prosent i årene 2011 - 2016.

Røyking tar fortsatt mange liv og mange friske leveår, og vi vil i Norge se en fortsatt økning i røyke-relaterte sykdommer som lungekreft og KOLS, spesielt hos kvinner.

Når det gjelder hjerte- og karsykdommer, har det vært en sterk nedgang i dødsfall som følge av hjerte- og karsykdommer totalt sett de siste 40 årene. Vi ser nå en økning i sykehusinnleggelseser for akutt hjerteinfarkt hos yngre voksne. De absolutte tallene er ikke store, men økningen gir grunn til årvåkenhet. Dette er en påminnelse om behovet for forebygging.

Ny kunnskap om demenslidelser tyder på at også undergrupper av demens har sammenheng med tilstanden i hjernens blodårer. Tiltak som forebygger hjerte- og karsykdommer kan trolig også forebygge eller utsette enkelte former for demens.

Medisinske framskritt og bedre behandling av akutt hjerteinfarkt og hjerneslag, kreft og diabetes har medført at mange mennesker får mange ekstra leveår. Sammen med økt antall eldre i befolkningen innebærer det samtidig at antallet personer med kroniske sykdommer øker. Et uttrykk for denne sykdomsbyrden er at 7550 pasienter hadde over 10 000 sykehusopphold på grunn av hjertesvikt i 2012.¹

To av tre kreftrammede overlever sin kreftsykdom, det er dobbelt så mange som for 50 år siden. Det utvikles stadig nye legemidler mot kreft som kan gi pasienter forlenget levetid. Legemidlene retter seg ofte mot mindre pasientgrupper basert på ny kunnskap innenfor molekylærbiologi.

De aller fleste unge er fornøyd med egen helse, og andelen fornøyde øker. Men til tross for at de fleste trives både på skolen og hjemme, viser Ungdata at mange sliter i hverdagen.² Ett område gir særlig grunn til bekymring. Et økende antall ungdommer – og da først og fremst unge jenter – rapporterer om psykiske helseplager i hverdagen.

Samhandlingsreformen

En av målsetningene med Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, er økt forebygging, å gjennomføre pasientbehandling på laveste nivå i behandlingsskjeden og fokus på helhetlige pasientforløp.

Samhandlingsreformen har medført at liggetiden i sykehus er redusert og at flere alvorlig syke pasienter behandles i primærhelsetjenesten med mer kompliserte legemiddelregimer, eksempelvis mer intravenøs legemiddelbehandling som antibiotika, smertelindring og kreftbehandling. Dette krever økt kompetanse og tilrettelegging i primærhelsetjenesten

¹http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7282&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7282:0:25,8905&Content_7282=6441:109646::0:6661:2:::0:0

² Ungdata, nasjonale resultater 2013, Nova

Knapphet på helsepersonell

Framskrivninger fra SSB Helsemod 2009 viser at det vil bli et økt behov for helsepersonell fra 2020 og at det vil bli mangel på helsepersonell. Det betyr at helsepersonell må brukes mest mulig effektivt. Nye oppgaver for flere grupper helsepersonell kan bli aktuelt i årene fremover, noe som kan medføre at nye oppgaver overføres til apotekene.

Generelle utfordringer

Legemiddelbruk og – behandling er kompliserte prosesser som involverer mange aktører og nivåer i helsevesenet. Manglende kommunikasjon gjennom hele prosessen er en stor utfordring. Spesielt oppstår det mangelfull informasjonsoverføring ved skifte av omsorgsnivå.

4. TILTAK ETTER ST.MELD 18 (2004-2005) LEGEMIDDELMELDINGEN

I Stortingsmelding 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk var de politiske målene: Riktig diagnose – riktig forskrivning – riktig bruk

En nærmere presisering av målsettingene var:

- Legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk
- Pasienter skal ha sikker tilgang til effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne
- Legemidler skal ha lavest mulig pris

Alle deler av legemiddelpolitikken innrettes etter disse målsettingene. Dess bedre legemiddelbruken blir, dess bedre blir befolkningens helse samlet sett. Det leder også til en mer effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser.

De samme målene er fremdeles viktige for legemiddelpolitikken, samtidig som en ny legemiddelmelding kan gi nye føringer.

Foreslåtte tiltak	Fra teksten i Legemiddelmeldingen	Gjennomførte tiltak
Videreføre arbeidet med en handlingsplan for sikrere legemiddelbruk.	Tekst i 4.2.1 Dep vil gi Hdir i oppdrag å utarbeide en handlingsplan for å fremme sikrere legemiddelbruk hos utvalgte pasientgrupper i befolkningen, med fokus på primærhelsetjenesten. Hdir må vurdere hvilke virkemidler som er egnet til å forhindre feilmedisinering og bedre pasientenes etterlevelse av legens forskrivning. Planen må gjennomføres i samarbeid med berørte etater, helseforetak, kommunehelsetjeneste og pasientorganisasjoner.	Helsedirektoratet utarbeidet en intern handlingsplan for legemiddelområdet. Det ble besluttet å satse spesielt på barn og eldre. Kompetansenettverket for legemidler til barn ble etablert som pilot i 2009, og var i drift fra 2010. For oppfølging av eldre ble det i 2011, utarbeidet en rapport IS- 1887. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Som oppfølging av rapporten ble det utarbeidet en veileder for Legemiddelgjennomganger. Det ble gitt tilskuddsmidler til 6 prosjekter for å stimulere til riktig legemiddelbruk hos eldre som skulle følges opp i primærhelse tjenesten. Det ble utarbeidet en Intern rapport i Hir.
Kartlegge hvilke forhold som fører til manglende etterlevelse hos pasienter med langvarig eller omfattende	Tekst 4.2.1 Danske myndigheter har besluttet å avsette 10 mill DK i perioden 2005-2008 til studier på bestemte pasientgrupper. Sårbare grupper er psykisk utviklingshemmede,	Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» har riktig legemiddelbruk som ett av satsningsområdene. Fokus har vært på legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger, spesielt i kommunehelsetjenesten.

legemiddelbruk.	sykehjemspasienter og pasienter med kroniske sykdommer. Internasjonale erfaringer bør innhentes. Samarbeid med pasientorganisasjoner er en forutsetning.	
Vurdere om det ut fra risikovurderinger er grunnlag for økt tilsynsaktivitet for håndtering og anvendelse av legemidler i helsetjenesten.	Tekst 4.2.1 Krav om faglig forsvarlighet. Forhold knyttet til kvaliteten på legemiddelanvendelse og – bruk kan også egne seg for systemtilsyn, særlig dersom det foreligger klare og oppdaterte nasjonale retningslinjer for hva som er god praksis.	Ny forskrift «Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp». IS-9/2008. i 2014/2015.
Gi systematisert informasjon til kommuner og helsepersonell som kan fremme riktigere legemiddelbruk.	Kap.4.2.1 Det er et ledelsesansvar å etablere gode rutiner for informasjonsutveksling og riktig legemiddelutdeling til pasienter som mottar helsetjenester. Direktoratet skal informere om kvalitetssikringsrutiner spesielt utformet for klargjøring og utlevering av legemidler. Kvalitetshåndbok og tilsynsfarmasøyter er omtalt.	Legemiddelhåndteringsforskriften legger viktige føringer for etablering av gode rutiner og prosedyrer. Pasientsikkerhetskampanjen har bidratt til fokus på samhandling, legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger.
Utforme en informasjonsstrategi som styrker legenes fokus på bedre oppfølging av pasienters legemiddelbruk.	Kap 4.2.5 Legens ansvar å følge opp pasientbehandlingen. Rutiner og Startpakninger, samt informasjon ved oppstart av behandling er kommentert særskilt.	Ny Fastlegeforskrift i 2012. I § 25 er det krav om gjennomføring av legemiddelgjennomganger for listeinnbyggere som bruker 4 legemidler eller mer. Krav om legemiddelgjennomganger: Egen takst 2ld
Legge til rette for at pasienter med særlig behov for	Kap 4.2.5 Tiltak som er kommentert i teksten: Lærings- og mestringsentra,	Hjemmesidene til Statens legemiddelverk og Helsebiblioteket er

<p>legemiddel- behandling får nødvendig og lettfattelig informasjon om legemidler fra Statens legemiddelverk og Helsebiblioteket.</p>	<p>Spesialisthelsetjenesten , Pasientorganisasjonene, jfr forsvarlig helsetjeneste.</p>	<p>forbedret og mer pasientinformasjon er tilgjengelig.</p> <p>PasOPP-undersøkelsene i spesialisthelsetjenesten viser at pasientene ikke er fornøyd med den informasjonen de får om legemiddelbehandlingen i spesialisthelsetjenesten.</p>
<p>Oppsummere kunnskap om og formidler informasjon om bruk av farmasøyt på sykehusposter.</p>	<p>Kap 4.2.6 Omtaler bruk av farmasøyt og tilgang på kompetanse.</p> <p>Kap 4.2.7 På denne bakgrunn, vil departementet starte pilotprosjekter for gjennomgang av legemiddelbruk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I sykehus i forbindelse med pasientopplæring 2. I syke- og aldershjem 3. For mottakere av hjemmesykepleietjenester 4. For bestemte pasientgrupper i apotek, i samarbeid med lege 	<p>Det ble tildelt midler til 11 prosjekter. Helsedirektoratet skrev en sluttrapport per 01.07.10.</p> <p>Anbefalinger fra rapporten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jevnlig gjennomgang av sykehjemspasienters legemiddelbruk av tverrfaglige team der farmasøyt inngår. • Gjennomgang av legemidlene med pasientsamtale for pasienter som legges inn i sykehus av tverrfaglige team der farmasøyt inngår. • Alle sykehus og alle kommuner utarbeider rutiner ved skifte av omsorgsnivå og nedfeller disse skriftlig. • Konkrete, lokale prosjekter der informasjonsflyt mellom behandlingsnivåene registreres og vurderes.

Andre tiltak nevnt i meldingen fra 2005, boks 4.3 som Helsedirektoratet ikke er tildelt ansvar for.

- Arbeide for å gjøre alle pakningsvedlegg tilgjengelige for helsepersonell og pasienter via internett og journalsystemer
- Oppdatere og harmonisere legemidlenes preparatomtaler og pakningsvedlegg

- Ta initiativ til å utvikle et samarbeid om pasientinformasjon med myndighetene i andre land
- Opprette en kontaktflate mot pasientorganisasjonene for å formidle regelmessig informasjon om nye legemidler, effekter, bivirkninger og refusjonsstatus
- Fjerne forbudet mot å benytte pasientens multidosepakkede legemidler i sykehus og sykehjem
- Utrede en ordning for pasientrapportering av legemiddelbivirkninger
- Fellesregister Legemidler, rapport fra forprosjekt, utredet i arbeidsgruppe ledet fra Folkehelseinstituttet

4.1 Andre gjennomførte- og pågående tiltak

E-resept

E-resept ble nasjonalt innført våren 2013. Bruken varierer; det er nær komplett dekningsgrad for fastleger og private spesialister. Helseforetakene har startet innføring, og Helse-Vest har etablert tilgang til systemet i hele regionen sommeren 2014. Helse Sør-Øst og Helse Nord piloterer løsning for e-resept, mens Helse Midt-Norge planlegger pilotering fra høsten 2014. Ingen pleie- og omsorgsvirksomheter har tilgang til e-resept per august 2014, men det er konkrete planer for innføring.

Kjernejournal

Kjernejournal er en ny elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger i én kilde. Kjernejournal er i hovedsak tilpasset bruk i akuttmedisinsk kjede. Kjernejournal inneholder oppdatert informasjon om hvilke legemidler pasienten har fått utlevert på resept i norske apotek. Opplysningene gir en god indikasjon på pasientens faktiske medisinbruk, men er ikke alltid oppdatert i forhold til doseendringer etc.

En innbygger - en journal

Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) En innbygger – en journal skisserer en visjon om en samlet pasientjournal på tvers av virksomheter, der helseopplysninger følger pasient og ikke virksomhet. Dette inkluderer også opplysninger om legemidler.

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester gir en overordnet beskrivelse av system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Systemet er under innføring fra 2013 gjennom et bredt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og Statens strålevern. Et hovedformål er å fremskaffe beslutningsgrunnlag ved innføring av nye metoder basert på metodevurderinger i samsvar med internasjonalt anerkjente prinsipper for Health Technology Assessments (HTA). På lokalt nivå blir det gjennomført mini-metodevurderinger i et avgrenset format i helseforetakene. På nasjonalt nivå gjennomføres hurtig metodevurderinger

fokusert mot nye enkeltmetoder ved Statens legemiddelverk (legemidler) og Kunnskapscenteret (øvrige metoder). Kunnskapscenteret gjennomfører også fullstendige metodevurderinger innenfor alle metodeområder når det for eksempel er behov for mer omfattende vurderinger av flere metoder under ett innenfor et terapiområde. De nasjonale metodevurderingene blir gitt som oppdrag fra Bestillerforum RHF etter en åpen prosess der det er mottatt et stort antall forslag om metodevurderinger. Beslutningsforum for nye metoder i de regionale helseforetak fatter beslutning om innføring av metoder med basis i de gjennomførte metodevurderinger. Disse beslutninger blir koordinert med Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer og krefthandlingsprogrammer. Statens strålevern blir fra 2014 aktør i nasjonalt system. En egen referansegruppe bestående av representanter for pasientorganisasjoner, profesjonsforeninger, produsenter, Universitetene m.fl. skal sikre innspill til systemets videre utvikling fra ulike brukere og eksterne aktører.

Kvalitetsregistre

Kvalitetsregistre vil kunne spille en viktig rolle bl.a. ved monitorering av nye metoder som innføres i helsetjenestene. Data fra slike registre kan yte verdifull informasjon ved re-evalueringer av metoder etter en tids bruk i klinisk praksis.

Legemiddelregistre

Etablering av en felles registermodell på legemiddelområdet, som beskrevet i et eget forprosjekt på oppdrag fra HOD i 2013, vil kunne bli et sentralt verktøy for å følge innføringen av nye legemidler på en systematisk måte.

Kvalitetsindikatorer

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 har Helsedirektoratet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er vedtatt et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som skal sørge for at dette arbeidet er samordnet og helhetlig. Omsorgstjenesten er et av de tjenesteområdene det har vært jobbet med siden 2012. På legemiddelområdet er følgende tre kvalitetsindikatorer foreslått utviklet:

- *Andel beboere med vedtak om langtidsopphold i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.*
- *Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år), med vedtak om medikamentadministrasjon, som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste tolv måneder.*
- *Andel eldre (≥65 år) som har fått forskrevet 10 eller flere legemidler.*

Diskusjonene som ligger bak forslagene har blant annet basert seg på erfaringer fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det er i dag ingen nasjonal og enhetlig registrering av legemiddelgjennomganger i journal- og fagsystemene ute i kommunene.

5. LEGEMIDLER SOM INNSATSAKTOR

Nærmere 3,5 millioner nordmenn, som tilsvarer 69 % av befolkningen, hentet ut minst ett reseptpliktig legemiddel fra apotek i 2013. I tillegg kommer bruk av legemidler i sykehus og sykehjem, samt bruk av reseptfrie legemidler, naturlegemidler, naturmidler og kosttilskudd. Over 90 % av befolkningen over 65 år bruker minst et reseptpliktig legemiddel. Av disse fikk 60 % i 2011 utlevert mer enn fem legemidler og 21 % ti eller flere legemidler.

Bruk av legemidler angår en stor del av befolkningen og legemidler er en viktig innsatsfaktor på alle nivåer i helsetjenesten, både som forebygging og behandling. Brukt riktig er legemidler med på å bedre helsen og øke livskvaliteten for den enkelte. Legemidlenes potensiale for bedre helse og lengre liv utnyttes dessverre ikke godt nok. Flere studier viser at det forekommer legemiddelrelaterte problemer i alle deler av helsetjenesten. Eksempler på legemiddelrelaterte problemer (LRP) er at pasienten bruker unødvendig mange legemidler, får for høye eller lave doser eller uheldige kombinasjoner av legemidler. Pasientens egen oppfølging av effekt og bivirkninger, opplæring i legemiddelbruk og mestring av sykdom er også sentrale elementer for å sikre riktig legemiddelbruk. Feilaktig bruk av legemidler kan ha alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter i form av bivirkninger eller dødsfall, og for samfunnet i form av betydelige ekstra kostnader knyttet til for eksempel sykefravær, sykehusinnleggelse med mer.

Studier viser at legemidler brukes uhensiktsmessig både på sykehus, i sykehjem og hos pasienter for øvrig: Avhengig av hvilke kriterier som legges til grunn, er det rapportert om feilforskrivninger av legemidler i 10 - 25 prosent av forskrivningene^{3,4,5}.

5.1 Legemidler og eldre

I følge Folkehelseinstituttet er legemiddelbruken hos eldre omfattende⁶. Selv om personer over 65 år kun utgjør om lag 15 % av befolkningen bruker denne gruppen nesten halvparten av alle legemidler, målt i definerte døgndoser. Førtiseks prosent av alle sovemidler og midler mot angst og depresjon brukes av aldersgruppen 65 år og eldre. Denne aldersgruppen bruker dessuten 44 % av legemidler mot muskel- og skjelettlidelser og 61 % av legemidler for hjerte/karsykdommer.

Flere eldre har mange sykdommer (multisyke) og bruker mange legemidler samtidig (polyfarmasi). Dette øker sjansen for unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner. Eldre er sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging av eldre pasienter med flere sykdommer er en forutsetning for å kunne redusere omfang av bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Ofte behandles symptomer kortsiktig og i akutte tilfeller uten at man tar et helhetsgrep og planlegger for en aktiv oppfølging av den enkeltes legemiddelbruk.

³ Brekke et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 80-5.

⁴ Straand J et al. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. *Family Practice* 1999; 16: 380-388.

⁵ Curtis LH et al. Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population. *Arch Intern Med* 2004;164:1621-1625.

⁶ www.fhi.no

Minst én av 10 sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler⁷. Undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser klare indikasjoner på kvalitetssvikt knyttet til legemiddelbehandlingen av denne gruppen.

Helsedirektoratet har sammen med Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og Statens legemiddelverk arbeidet for å gjennomføre tiltak for bedre og tryggere legemiddelbruk blant eldre. Under følger en kort oppsummering av tiltak rettet mot eldre og legemidler.

Tiltak legemidler og eldre

- 2009 Bekymringsmelding fra Helsetilsynet om legemiddelbruk på sykehjem
- 2010 Oppstart av prosjekt i Helsedirektoratet
- 2010 Rigging av Pasientsikkerhetskampanjen; innsatsområde Legemidler ble bestilt fra HOD
- 2011 Publisering av rapport «Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien»
- 2011 Oppstart av Pasientsikkerhetskampanjen, inklusive tiltak om legemiddelgjennomgang på sykehjem og i hjemmesykepleie
- 2012 Ferdigstilling av veileder om legemiddelgjennomgang
- 2013 Krav om legemiddelgjennomganger inn i Fastlegeforskriften
- 2013 Takst 2ld for legemiddelgjennomgang gjennomført etter mal i veilederen
- 2014 Sjekkliste for legemiddelgjennomganger utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og Statens legemiddelverk
- 2010-pt. Tett samarbeid mellom H.dir og Sekretariatet i Pasientsikkerhetsprogrammet i gjennomføring av tiltakene knyttet til legemidler

5.2 Legemidler og barn

Legemidler og barn har vært et innsatsområde som en oppfølging av forrige legemiddelemelding og Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn ble etablert i 2009. Kompetansenettverkets oppgave er å arbeide for at alle parter som er involvert i legemiddelbehandling til barn skal ha tilgang til nødvendig og relevant kunnskap, slik at de kan handle og samhandle på en hensiktsmessig, korrekt og trygg måte.

⁷ Mannesse CK et al. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. Age Ageing 2000; 29: 35-39.

Aktiviteter i Kompetansenettverket:

- Etablering av legemiddelutvalg ved alle landets sykehus som har barneavdeling
- Etablering og deltakelse i samarbeidsprosjekter, fra små kvalitetsprosjekter til større forskningsprosjekter, blant annet ett som er publisert i New England Journal of Medicine.
- Støtte til lokale fagdager om legemidler og barn
- Utstrakt samarbeid med helseinstitusjoner
- Utarbeidelse av legemiddelinformasjon om legemidler til barn, unge og foreldre
- Gjøre British National Formulary (BNF) for Children tilgjengelig for helsepersonell i Norge
- Arrangere 2 seminarer i året om legemidler og barn
- Etablere og drifte forskningsnettverk for legemidler til barn, NorPedMed
- Deltar i nordisk og europeisk forskningssamarbeid

Mange av utfordringene ved legemiddelbehandling av barn skyldes mangel på godkjente legemidler til barn i egnete formuleringer. Dette fører til utstrakt bruk av ikke-godkjente legemidler og bruk utenfor godkjenning, særlig i sykehus. Kompetanse innen legemiddelformuleringer i tillegg til pediatrik farmakoterapi er nødvendig for å løse legemiddelrelaterte problemer, bl.a. knyttet til muligheter og begrensninger for å bearbeide formuleringer for voksne (knuse, dele, fortynne etc.). Utfordringene er spesielt store innen nyfødttmedisin, barneintensiv og barneonkologiske behandling, med høy grad av intravenøs behandling med potente legemidler.

Barn med kroniske sykdommer trenger opplæring for å kunne ivareta sin egen helse. Denne må være tilpasset og komme til rett tid slik at barnet og ungdommen er kognitivt i stand til å ta til seg innholdet. Et eget program for opplæring er derfor viktig.⁸

5.3 Legemidler og unge

For ungdom kan det å mestre egen sykdom være utfordrende og få konsekvenser både for livskvalitet og sykdommens prognoser⁹.

Studier viser at ungdom kan ha vansker med å følge opp legemiddelbehandling. Dette gjelder blant annet ved diabetes type 1, epilepsi og astma¹⁰.

Barn med kronisk sykdom blir vanligvis fulgt opp av helsepersonell ved barneavdelinger. Informasjon om behandling blir gitt til barnet og pårørende og etterlevelse av behandlingen ivaretas i stor grad av pårørende. I overgangen fra barn til ungdom og voksen, trer pårørende tilbake og ungdommen må i større grad ta hånd om behandlingen selv. Dette sammen med ungdomsfasens vanlige utfordringer fører til at etterlevelsen går ned. Årsrapporten fra Barnediabetesregisteret, (2012), viser at kun 18 %

⁸ Innspill fra Kompetansenettverk for legemidler til barn

⁹ Kintner, 2004, Kyngås mfl 2000

¹⁰ Kyngås mfl 2000

av alle barn og ungdom oppnår behandlingsmålet for langtidsblodsukker. Når en ser på aldersgruppene er det en klar forverring av langtidsblodsukker i ungdomsperioden. Dette kan skyldes en kombinasjon av det å måtte ta ansvar for egen sykdom samt redsel for å skille seg ut fra jevnaldrende.

Legemiddelforbruket til unge jenter har økt de siste årene. Statistikk fra Folkehelseinstituttet viser at andelen jenter fra 8 til 18 år, som bruker smertestillende legemidler øker, både for reseptpliktige og reseptfrie, og er høyere enn andelen for gutter. Årsaken til bruk av reseptfrie smertestillende legemidler, oppgis av unge jenter fra 15-16 år hovedsakelig å være menstruasjonsmerter og hodepine¹¹. I 2005 var det 150 jenter pr 1000 jenter som hentet ut minst en resept på smertestillende, i 2012 var dette tallet økt til 162. I tillegg kommer bruk av reseptfrie smertestillende legemidler.

Andelen i befolkningen som bruker antidepressiva øker. Fra 2005 til 2012 økte andelen som brukte slike legemidler, fra 60 til 62 personer per 1 000 innbygger. Andelen jenter som bruker antidepressiva har også økt i perioden 2005-2012 og er høyere enn blant gutter. Antall brukere pr 1 000 jenter i alderen 15-24 år, økte fra 30,2 til 37,0 i perioden 2005 til 2012. Selv om det har vært en økning av personer som bruker antidepressiva i denne gruppen i Norge (37,0), er tallene betydelig lavere enn i Danmark (58,7) og i Sverige (55,3).

¹¹ Furu K et al, 2005

6. DEFINISJONER

Compliance kan defineres som føyelighet eller lydighet. I hvilken grad pasienten tar legemidlet i henhold til forskrivning og bruksanvisning. Beskriver pasientens adferd ¹².

Adherence er å holde fast gjennom eller å gi sin tilslutning til noe. Det signaliserer derfor en større grad av frivillighet fra pasientens side. Pasienten tar i større grad ansvar for egen (be)handling.¹³

Concordance er en omforent beslutning mellom helsepersonell og pasient om legemiddelregimet, hvor pasientens ekspertise og mening er likeverdig med helsepersonellets. Beskriver en konsultasjonsprosess.¹⁴ Behandlingsenighet åpner for at regimet som velges, ikke nødvendigvis er det optimale utfra en ideell målsetting, men man unngår kanskje at pasienten ikke vil bruke det forskrevne legemidlet, eller avbryter behandlingen etter kort tid fordi han i utgangspunktet er uenig med legen eller ukomfortabel med effekter av behandlingen. Gjennom åpen dialog og ved å delta aktivt i prosessen tydeliggjøres pasientens medansvar for en vellykket behandling. Samtidig vil pasientens kunnskap, forståelse og motivasjon for behandlingen trolig øke. Concordance er en tilnærming som er i tråd med utviklingen knyttet til samvalg og mer makt til pasienten.

Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk.¹⁵

Samstemming av legemiddellister handler om at sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjemmet, pårørende og pasienten selv skal ha lik informasjon om pasientens faste medisiner.

Formålet med legemiddelsamstemming er å sikre at legemiddelopplysninger overføres korrekt ved overganger i pasientforløpet, eksempelvis mellom sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten og sykehjemmet. Prinsippet for samstemming er at man ved hver overgang i pasientforløpet iverksetter tiltak for å sikre at det ikke er utilsiktede endringer (seponeringer, doseendringer eller nye ordinasjoner) som det ikke er indikasjon for. Dersom det er uoverensstemmelser i regnskapet kan det oppklares, og redegjøres for.

Legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet.¹⁶

Klinisk farmasi er definert som «farmasøytisk legemiddelkunnskap anvendt på pasientens farmakoterapeutiske problemstillinger, basert på kliniske data der farmasøyten har direkte eller indirekte kontakt med pasienten». Dette betyr at farmasøytene har fokus på pasientens bruk av legemidler, og at farmasøyten samarbeider i tverrfaglig team med øvrig helsepersonell¹⁷.

¹² Weiss M and Britten N, Pharmaceutical Journal vol 271 (493)

¹³ Granås AG, Bakken K. Samfunnsfarmasi- legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. 2010

¹⁴ Weiss M and Britten N, Pharmaceutical Journal vol 271 (493)

¹⁵ Pasientsikkerhetsprogrammet

¹⁶ Helsedirektoratets veileder, Legemiddelgjennomgang

¹⁷ Def. fra Masterprogrammet i klinisk farmasi

Hepler and Strand har følgende definisjon på klinisk farmasi: «The responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life». I denne definisjonen ligger at farmasøyten har medansvar for legemiddelbehandlingen, og at hensikten med behandlingen er å oppnå et definert behandlingsresultat som bedrer pasientens livskvalitet.¹⁸

Pharmaceutical care beskriver en ansvarlig og systematisk tilnærming til pasientens legemiddelbehandling og relaterte problemer.

Både pharmaceutical care og klinisk farmasi søker i ytterste konsekvens å bidra til optimal legemiddelbruk, gjennom god forskrivning, basert på etiske prinsipper og evidensbasert kunnskap i overensstemmelse med pasientens ønsker og totalsituasjon. Farmasøytens bidrag bør finne sted både før, under og etter forskrivningen.

¹⁸ Granås AG, Bakken K. Samfunnsfarmasi- legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. 2010

7. FREMTIDENS PASIENT

7.1 Pasientens helsetjeneste

Pasientrollen er i utvikling i retning av større innflytelse og deltakelse i behandlingsopplegg og på utformingen av tjenestetilbudet. Dette er en naturlig følge av tilgangen på informasjon og et stadig høyere utdanningsnivå i befolkningen.

Pasientrettighetsloven fra 1999¹⁹, ga pasientene større innflytelse over egen behandling, og rett til medvirkning. Utvidete pasientrettigheter som rett til valg av sykehus, rett til innsyn og informasjon, og rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist, har bidratt til å styrke pasientrollen.

Samvalg (shared decision-making) er en form for brukermedvirkning som innebærer at pasienter deltar i beslutninger i den grad og på de måter hun eller han selv ønsker. Slik deltakelse er særlig relevant når fordeler og ulemper ved behandlingsalternativer vektet ulikt av forskjellige pasienter og det ikke finnes ett alternativ som er riktig for alle. Samvalg er brukermedvirkning på individnivå, i møtet mellom helsepersonell og pasient. Det er en kommunikasjonsform der pasient og fagperson sammen får frem den kunnskap som er relevant for beslutningen, samtidig som pasienten får støtte til å bli klar over egne prioriteringer. Pasient og helsepersonell tar så beslutningen om behandling sammen. En slik modell skiller seg fra en paternalistisk tilnærming, der helsepersonell gir råd og anbefalinger. Samvalg sikrer at de forventede effektene av behandlingen er i tråd med det som er viktigst for pasienten, og kan slik øke etterlevelsen av behandlingen. Når det gjelder legemiddelbehandling, samsvarer samvalg med prinsippet i begrepet concordance som er definert tidligere.

7.2 Persontilpasset medisin

Både nasjonalt og internasjonalt er det et økt fokus på persontilpasset medisin, herunder skreddersydd behandling. Dette kommer til uttrykk gjennom økt forskning innenfor ulike terapiområder og etter hvert en begynnende implementering i klinisk praksis. Et hovedanliggende for persontilpasset medisin er å innrette helsetiltak av både forebyggende, diagnostisk, terapeutisk og oppfølgende karakter mot den enkelte pasienten, slik at tiltakene i størst mulig grad «treffer» riktig i forhold til pasientens forutsetninger og behov. Med en slik tilnærming er det en ambisjon å legge et grunnlag for mer effektive helsetiltak og å begrense omfanget av uønskede hendelser. Persontilpasset medisin vil stille nye krav til forskningsmetodologi og vurdering og implementering av forskningsresultater inn mot klinisk praksis, samt et behov for kvalifiserte og praktisk anvendbare beslutningsstøttesystemer for helsetjenestene.

De regionale helseforetakene v/Helse Sør-Øst har fått i oppdrag fra HOD å utarbeide en rapport om persontilpasset medisin i helsetjenesten. Mange aktører har kommet med innspill, også Helsedirektoratet. Rapporten vil ikke omtales videre her.

¹⁹ Lov om pasientrettigheter, lov av 2. juli 1999 (pasientrettighetsloven)

7.3 Innovasjon og forskning

Innføring av nye, innovative legemidler kan yte vesentlige bidrag til fremskritt i pasientbehandlingen. Dette forutsetter at det legges til rette for å styrke forskning, både basal forskning og klinisk forskning. Det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten skal også understøtte at innovative metoder tas i bruk gjennom kvalifiserte prosesser.

7.4 Off-label bruk av legemidler

Bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon kan åpne nye muligheter for pasientbehandling. Samtidig innebærer dette et stort ansvar for ivaretagelse av pasientsikkerhet. Det er behov for å tydeliggjøre ansvarsforhold og prosedyrer knyttet til off-label bruk av legemidler.

7.5 Legemiddelbruk sett fra brukernes side

Helsedirektoratet har mottatt innspill fra Norges Astma og Allergiforbund (NAAF), Diabetsforbundet og FFO. Innspillene er vedlagt i sin helhet.

Innspill til meldingen fra brukerne støtter opp om filosofien bak samvalg og peker på at helsetjenesten må endre perspektiv fra lydighet til selvstendighet. Pasientene må behandles som selvstendige individer og gjennom opplæring og kunnskap må de gis mulighet til å fatte egne beslutninger om seg og sin helse. For personer med kronisk sykdom målet med legemiddelbehandlingen å leve et godt liv, og hindre komplikasjoner eller forverring av sykdom. Det er pasienten selv som skal leve med sykdommen og som dermed må ha rett til å være den endelige beslutningstakeren.

Brukerne peker på følgende årsak til manglende etterlevelse:

- Kompliserte legemiddelregimer, gjør det vanskelig å ta legemidlene riktig
- Manglende opplæring og oppfølging på legemiddelbruk.
- Årskontroller gjennomføres ikke systematisk.
- Manglende involvering i eget behandlingsregime, noe som gir liten grad av forståelse og motivasjon for behandling hos pasienten.
- Variasjon i helsepersonell sin kompetanse innen legemiddelbruk.

Brukerne peker på følgende tiltak for å bedre etterlevelsen:

- Styrke pasientopplæringen.
Hovedansvar for pasientopplæring må ligge hos den offentlige helsetjenesten med fastlegen som ansvarlig. Apotek er en viktig bidragsyter i legemiddelveiledning
- Bedre kommunikasjonen.
Elektronisk toveis kommunikasjon mellom apotek og lege.
Elektronisk brukerstøtte til pasient (eks sms, APP).
- Nasjonale retningslinjer.
Sikre at nasjonale faglige retningslinjer for pasientbehandling følges.

FFO peker på at farmasøytene kompetanse bør utnyttes bedre, både i spesialisthelsetjenesten med økt bruk av kliniske farmasøyer og i primærhelsetjenesten ved bruk av kommunefarmasøyer. Lærings- og mestringssentra bør også knytte til seg farmasøyt kompetanse.

8. FARMASØYTTJENESTER

8.1 Farmasøytens rolle i dag

Farmasøyter med femårig universitetsutdanning, dvs. mastergrad, kan bli autorisert som provisorfarmasøyt, mens farmasøyter med treårig høyskoleutdanning kan få autorisasjon som reseptarfarmasøyt. Reseptar er en profesjonsutdanning og tilbys ved høyskoler og noen universiteter. Det er mulig å bygge på en bachelorutdanning fra en høyskole med en mastergrad ved å ta 2 år tilleggsutdanning ved et universitet. Farmasiutdanning tilbys nå ved Universitetet i Bergen (master), i Tromsø (3 årig Bachelor/ 2 årig master), Oslo (master og bachelor) og i Namsos (høyskole) (bachelor). Fra høsten 2014 er det etablert en 2 årig masterutdanning i farmasi ved NTNU i Trondheim.

Det er kun mastergraden som oppfyller kravene til artikkel 44 av direktiv 2005/36/EC, og som i europeisk og i internasjonal sammenheng lar seg oversette til det engelske begrepet *pharmacist*.

Apoteker er yrkestittelen for den som har det faglige og administrative lederansvaret for et apotek (jur. *driftskonsesjonær*), noe som krever mastergrad i farmasi, samt 2 års relevant yrkeserfaring.

I 2009 ble det etablert en erfaringsbasert master i klinisk farmasi, ved Universitetet i Oslo. Til sammen er det uteksaminert om lag 50 kandidater som i dag jobber med klinisk farmasi i helsevesenet. På grunn av manglende finansiering ble det ikke tatt inn nye studenter i 2013 og 2014.

Det uteksamineres mellom 150 og 200 farmasøyter (bachelor og master) per år. Per 2014 er det mangel på farmasøyter i Norge, det er om lag 140 ledige farmasøytstillinger i apotek.

Farmasøyter er ansatt i hele helsesektoren, i den offentlige forvaltningen, i undervisning og i forskning. Majoriteten av farmasøyter arbeider i apotek og sørger daglig for at pasientene får de legemidlene som legene har forskrevet. Farmasøyter har også sentrale roller i legemiddelindustrien. Kliniske farmasøyter, primært på sykehus, bidrar i tverrfaglige team sammen med behandlende lege for å sikre at legemiddelbehandlingen blir optimal for den enkelte pasient.

8.2 Hvilke tjenester yter farmasøytene i dag?

Med farmasøytiske tjenester menes tjenester som krever legemiddelkompetanse og som hovedsakelig utføres av farmasøyter. Det er tjenester knyttet til legemiddelleveranser, legemiddelhåndtering og legemiddelbruk, både på system- og pasientnivå.

Farmasøytiske tjenester i apotek

Apotek som arena er vesentlig for mange legemiddelbrukere og for samfunnet, og er et lavterskel tilbud. Det er en institusjon med god tilgjengelighet, med tjenester som pasienter og borgere kan benytte fritt. Apotekene skal, i henhold til apotekloven, sørge for at pasientene får de legemidlene de skal ha, og bidra til at pasientene bruker legemidlene riktig. Apotekene er tilgjengelig for befolkningen og samarbeider med øvrig helsepersonell for å bidra til økt pasientsikkerhet og riktig bruk av legemidler.

Det har gjennom flere år vært diskutert hvorvidt farmasøyter/apotek bør tillegges nye oppgaver. Forslagene til nye oppgaver har i hovedsak kommet fra bransjen selv. Det er politisk interesse for nye oppgaver i apotek, og det har nylig vært diskutert muligheten for å innføre en ordning med farmasøytrekvirering av enkelte reseptpliktige legemidler, i første omgang prevensjonsmidler. Farmasøytrekvirering omtales videre i kap 8.7.

Hovedaktiviteten i et primærapotek er å ekspedere legemidler og sikre at legemidlene brukes riktig. Apotekene har en viktig funksjon ved å informere om- og gjennomføre generisk bytte. Generisk bytte i apotek kan gi problemer i form av utrygghet og feilbruk/forvekslinger hos pasientene. Det er viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon for å sikre etterlevelse av behandlingen. Hensikten med medisinbytte er at pasienten eller folketrygden ikke skal betale mer enn nødvendig for behandlingen. Ved ekspedering av resepter, skal apotekene ivareta to funksjoner. For det første skal de sørge for at forskrifter knyttet til legemiddelforskrivning og ekspedisjon er ivaretatt, hvor de mest sentrale er rekvirering- og utleveringsforskrift, samt blåreseptforskriften. I tillegg skal apotekene veilede kunden i riktig legemiddelbruk, samt å gi råd knyttet til egenbehandling.

Alle apotek utøver disse oppgavene, mens andre typer tjenester kan variere fra apotek til apotek.

Multidose

Multidose er tabletter/kapsler som pakkes sammen i en pose for hvert doseringstidspunkt. Posene er merket med pasientidentitet, legemiddelopplysninger og tidspunkt for inntak. Systemet er godt egnet for pasienter som bruker flere legemidler og som har stabil medisiner, og benyttes i stor grad i hjemmebasert omsorg. Stortinget vedtok i statsbudsjettet for 2003 å innføre delvis refusjon til kommuner for utgifter til multidose for legemidler på blå resept. Kommunene refunderes med 500 kr per år for hver bruker det utleveres multidose til. Stortinget vurderer årlig, i forbindelse med budsjettprosessen, om tilskuddet til kommunene knyttet til multidose skal videreføres. Ordningen er dermed ikke regulert i folketrygdloven eller annet regelverk. Multidose omtales nærmere i kap 8.4.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det er etablert samarbeid mellom helsetjenesten og apotek om utlevering av LAR legemidler som følger veileder for utlevering av substitusjonslegemidler i og utenfor LAR, IS 2022. Det pågår diskusjoner om finansiering av LAR. LAR omtales ikke nærmere i dette dokumentet.

Andre tjenester

Noen apotekkjeder tilbyr kundene legemiddelsamtaler og gir utvidet tilbud om informasjon og opplæring. Flere apotek bidrar med undervisning om legemidler til helsepersonell og pasientorganisasjoner. I tillegg tilbyr apotekene ulike tjenester som lavterskeltilbud til befolkningen, eksempler er screeningtjenester; som diabetes risikotesting, hjerte/kar risikotesting, blodsuktermåling, blodtryksmåling, kolesterolmåling, føflekksscreening, klamydiatest, tarmkreft-test. Helsetjenester i apotek omtales nærmere i kap 8.5.

Apotek som har avtaler med kommuner om institusjonsleveranser utøver flere av de tjenestene som er beskrevet under spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, eksempler er legemiddelinnkjøpsavtaler, revisjoner og legemiddelgjennomganger.

Farmasøytiske tjenester i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene eier sykehusapotekforetak som ivaretar spesialisthelsetjenestens behov for farmasøytiske tjenester. Sykehusapotekforetakene er organisert som helseforetak og omfattes av helseforetaksloven. Sykehusapotekforetakene er egne juridiske enheter. De regionale helseforetakene som eier, benytter sykehusapotekene som et strategisk verktøy for å sikre

legemiddelforsyning og riktig legemiddelbruk i regionen. Sykehusapotekene oppfattes så langt det er mulig som en integrert del av helseforetakenes virksomhet.

Organisering med sykehusapotek som eget helseforetak kan medføre noen juridiske og styringsmessige utfordringer. Enkelte sykehus har ansatt egne farmasøyter som ivaretar deler av sykehusets farmasøytiske tjenester i samarbeid med sykehusapotekene. RELIS (regional legemiddelinformasjonscenter) er offentlige finansierte regionale legemiddelinformasjonsentra, som er organisert som en del av spesialisthelsetjenesten. RELIS sin kjernevirksomhet er en spørsmål-svar-tjeneste for helsepersonell både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. RELIS er etablert for å bidra til rasjonell og riktig legemiddelbruk gjennom produsentavhengig legemiddelinformasjon. Farmasøyter jobber sammen med leger, kliniske farmakologer og annet helsepersonell i RELIS.

De farmasøytiske tjenestene som utøves i spesialisthelsetjenesten, viser mangfoldet i farmasøytiske tjenester og beskrives nedenfor. Flere av tjenestene utøves også i primærapotek og i primærhelsetjenesten.

Legemiddelleveranse og apotekstyrt legemiddellager (ASL)

Sykehusapotekene har ansvar for legemiddelforsyningen i regionene, noe som innebærer ansvar for å etablere grossistavtaler, sikre gode innkjøpsavtaler på legemidler via LIS (Legemiddel-innkjøpssamarbeid) og med påfølgende oppfølging av avtalene. Sykehusapotekene har også ansvar for beredskap av legemidler og som en del av sikker legemiddelforsyning, lagerholder sykehusapotekene legemidler som brukes sjelden, samt legemidler uten markedsføringstillatelse som jevnlig er i bruk på sykehuset.

Sykehusapotekene har ansvar for leveranse av legemidler til sykehusets avdelinger. Leveransen skjer på ulike måter i sykehusene, men den vanligste måten er leveranse til sykehusavdeling etter forutgående bestilling fra avdeling. Avdelingen har da selv styring av sitt lokale legemiddellager. Denne ordningen erstattes flere steder av apotekstyrt legemiddellager (ASL). Ved ASL utarbeides det en basisliste over hvilke legemidler sykehusavdelingen til enhver tid skal ha på lager, og sykehusapoteket overtar logistikken knyttet til bestilling og oppfylling av lager. Dette forbedrer kvaliteten gjennom mindre og mer oversiktlige legemiddellagre, noe som medfører redusert risiko for feil og gir mindre kassasjon.

Endoser

Sykehusapoteket leverer legemidler pakket som endoser til sykehusavdelinger. Endoser gir økt kvalitet i legemiddelhåndteringen gjennom at hver enkelt enhet er pakket hver for seg og dermed er identifiserbar frem til pasienten.

Automatisk legemiddelforsyning/Lukket legemiddelsløyfe

Ved AHus og St. Olavs Hospital er det innført automatisk legemiddelforsyning som betyr at legemidlene leveres pakket som endoser, etter at en bestilling automatisk er generert fra lokalt legemiddellager på sykehusavdelingen. Målet er en lukket legemiddelsløyfe hvor bestillingen genereres når legemiddel ordineres til pasient. Det nye Sykehuset Østfold etableres med lukket legemiddelsløyfe. Helse Sør-Øst utarbeidet i 2013 rapporten «Lukket legemiddel-sløyfe og gjennomgående kurve i Helse Sør-Øst»

Produksjon av legemidler

De fleste sykehusapotekene tilbereder bruksferdige legemidler til sykehusets pasienter og til hjemmepasienter. Denne produksjonen krever spesialkompetanse, særskilte lokaler i henhold til myndighetskrav (GMP) og tilvirkertillatelse i henhold til Lov om Apotek. Produksjonen er

hovedsakelig pasientrettet og består for det meste av cytostatika, total parenteral ernæring (TPN), smerteblandinger, ernæringsløsninger og antibiotika. Flere sykehusapotek har også egenproduksjon av andre legemidler, som ikke er kommersielt tilgjengelige. En stor andel av denne produksjonen er spesialtilpasset produksjon av legemidler til barn.

Generell rådgivning om legemidler og -leveranser

Farmasøytene gir generelle råd og informasjon knyttet til legemiddelleveranser og legemiddelbruk. Dette gjelder både til sykehusavdelinger og til den enkelte pasient i forbindelse med utlevering av legemidler på resept. Sykehusapotekene samarbeider med primæapotekene og kommuniserer med pasientens nærapotek når pasienter skrives ut med spesielle preparater det lokale apoteket ikke er kjent med.

Farmasøytiske tjenester på systemnivå i sykehusene

Farmasøytene i sykehusapotekene utøver mange farmasøytiske tjenester på systemnivå i samhandling med helseforetakene. Farmasøytene bidrar som fagrevisorer i internrevisjoner i hht krav i legemiddelhåndteringsforskriften, utfører narkotikakontroll, bidrar ved kliniske utprøvinger i sykehuset, leverer legemiddelforbruksstatistikker, deltar i legemiddelkomitearbeid, deltar i utarbeidelse av legemiddelhåndteringsrutiner og terapianbefalinger, samt i forskning og utvikling. Farmasøytter deltar også i legemiddelutvalg tilknyttet kompetansenettverk for legemidler til barn.

Legemiddelkomite

I spesialisthelsetjenesten er det lang tradisjon for legemiddelkomiteer i sykehusene. Legemiddelkomiteene er tverrfaglig sammensatt og er ledelsens rådgivere i legemiddelspørsmål. Legemiddelkomiteene har som overordnet mandat å fremme rasjonell, sikker og kostnadseffektiv legemiddelbruk, og sikre effektiv legemiddelforsyning og forsvarlig legemiddelberedskap i helseforetakene. Farmasøytene er vanligvis pådrivere i legemiddelkomitearbeid og innehar ofte sekretariatsfunksjonen.

Farmasøytiske tjenester på pasientnivå i sykehusene

Det primære formålet med publikumsavdelingene i sykehusapotekene er å sikre at det ikke blir brudd i legemiddelbehandlingen til den utskrevne pasienten og til polikliniske pasienter. Sykehusapotekene skal sikre at pasientene har det de trenger og at de mestrer legemiddelbruken før de forlater sykehuset. Pasienter som forlater sykehuset har ofte behov for spesielle legemidler som ikke alle apotek lagerfører, men som sykehusapotekene i kraft av leverandør til helseforetakene lagerholder.

Klinisk farmasi

Farmasøytter deltar i økende grad i tverrfaglige behandlingsteam på sykehusavdelingene både i somatikk og i psykiatri. Klinisk farmasi er innført ved flere sykehus etter en standardiserte metode. IMM (Integrated Medicine Management) som benyttes mest er en forskningsbasert, tverrfaglig, standardisert metode som opprinnelig er utviklet i Nord-Irland og som også benyttes i Sverige. IMM består av legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler ved utskriving. Klinisk farmasi som tjeneste er beskrevet nærmere i kap 8.5.

Klinisk farmasi og Legemiddelpoliklinikk ved Diakonhjemmet Sykehus

Ved Diakonhjemmet Sykehus ble bruk av farmasøytter i klinikken introdusert allerede på 1980-tallet. Farmasøytene ble etter modell fra England/Skottland inkludert i tverrfaglige team på revmatologisk avdeling og etter hvert på alle andre avdelinger ved sykehuset. Pr 2014 er det totalt 9 kliniske farmasøytter (utgjør 4,5 årsverk) som jobber på medisinske, revmatologiske, kirurgiske, psykiatriske

avdelinger samt akuttmottaket ved Diakonhjemmet sykehus. Foruten arbeid i tverrfaglige team deltar også kliniske farmasøyter i undervisningen på Lærings og Mestringssenteret ved Diakonhjemmet Sykehus.

Diakonhjemmet sykehus har under paraplyen *Helsetjenester til eldre* organisert en legemiddelpoliklinikk. Den er organisert under geriatrik poliklinikk ved medisinsk avdeling. Legemiddelpoliklinikken er tverrfaglig samarbeid mellom pasient, geriater, klinisk farmasøyt og sykepleier ved geriatrik poliklinikk. Pasienter henvises fra fastlege, sykehjemslege eller fra sykehusets leger. Pasienten er aktivt inkludert i alle trinn: Sykepleier vurderer funksjonen i daglig liv, klinisk farmasøyt samtaler med pasienten og gjør en systematisk legemiddelgjennomgang, geriater gjør en medisinsk evaluering av pasienten. Alt dette skjer samme dag og pasienten medvirker i prioritering av hvilke tiltak som skal iverksettes med hensyn til videre medisinerings. Besøket ved legemiddelpoliklinikken avsluttes med et tverrfaglig konsensusmøte med pasient (evt. med pårørende), geriater, farmasøyt og sykepleier hvor man kommer til enighet om aktuelle prioriterte tiltak og oppfølging. Geriater skriver en tverrfaglige epikrise til henvisende lege.

Legemiddelbivirkninger

Noen få sykehusapotek koordinerer og systematiserer meldinger om legemiddelbivirkninger til RELIS og til sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Tilbakemeldinger fra RELIS er at dette er en tjeneste som flere sykehusapotek burde involveres i.

Farmasøytiske tjenester i primærhelsetjenesten

I primærhelsetjenesten utføres legemiddelleveranse og farmasøytiske tjenester på ulike måter. Det mest vanlige er at kommunehelsetjenesten utlyser anbud på legemiddelleveransen, og på øvrige farmasøytiske tjenester. Dette kan være ett felles anbud eller delt i to anbud, det kan være for en enkelt kommune, eller mer vanlig, som et samarbeid mellom mange kommuner. Avtalene tegnes for 2-3 år med mulighet for opsjon på 1-2 år.

Mange av tjenestene som er beskrevet under Farmasøytiske tjenester i spesialisthelsetjenesten, utføres også i kommunehelsetjenesten.

Farmasøytiske tjenester på systemnivå i kommunehelsetjenesten:

- Legemiddelkomitearbeid
- Oppfølging av legemiddelhåndteringsforskrift(er)
- Prosedyrer / kvalitetsarbeid/revisjoner/tilsyn i kommunehelsetjenesten
- Generell rådgivning om håndtering og bruk av legemidler, herunder tilberedning/utblanding/administrasjon av legemidler
- Legemiddelforbruksstatistikker
- Kurs/undervisning
- Prosjektdeltakelse

Farmasøytiske tjenester på pasientnivå i kommunehelsetjenesten:

- Legemiddelsamstemming
- Legemiddelgjennomgang
- Multidose
- Legemiddelsamtale

- Pasient/pårørendeundervisning

Noen få kommuner; Trondheim (2009), Stavanger og Drammen, har valgt å ansette egen farmasøyt for å ivareta det farmasøytfaglige området i kommunehelsetjenesten. Fordelen med å ansette egen farmasøyt i kommunen er felles arbeidsgiver og felles ledelse, noe som gir fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgaver og prioriteringer. Oppgavene til kommunefarmasøytene er noe forskjellig, men de jobber både på system- og pasientnivå.

Følgende oppgaver blir i dag gjennomført av kommunefarmasøytene:

- Oppdatere retningslinjer for legemiddelhåndtering med lokale tilpasninger
- Undervisning for helsefagarbeidere/pleiemedarbeidere
- Kvalitetssikre opplæring, utarbeide og gjennomføre e-læring,
- Gjennomføre legemiddelgjennomganger
- Bidra i fagutredninger til politisk nivå
- Utarbeide standardiserte pasientforløp for hjemmetjenesten/sykehjem
- Gjennomføre temadager for sykepleiere
- Kontakt med legemiddelleverandørene til kommunene

Noen kommuner har også etablert legemiddelkomiteer, eks Trondheim kommune, hvor legemiddelkomiteen har til oppgave å bistå enhetene i utvikling og vedlikehold av et kvalitetssystem for legemiddelhåndtering, samt oppfølging/revisjon av systemet.

Opplæring og undervisning av helsepersonell og pasienter

Farmasøytter underviser i legemiddelhåndtering og – bruk ved høyskoler (sykepleiere, vernepleiere, reseptarer), ved universiteter (medisin, farmasi) og i videregående skole (helsefagarbeidere).

Farmasøytter underviser autorisert helsepersonell i sykehus, sykehjem mv. i blant annet legemiddelhåndteringsforskrift, prosedyrer for legemiddelhåndtering, rapportering av bivirkninger, farmakologi og andre legemiddelrelaterte emner.

Farmasøytter underviser sammen med annet helsepersonell på ulike pasientkurs ved Lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten og har pasientopplæring i regi av pasientorganisasjoner.

8.3 Brukes farmasøytressursene riktig?

Pasientrollen er i utvikling i retning av at pasienten skal ha større innflytelse og deltakelse i behandlingen og utforming av tjenestetilbudet. Dette er naturlig følge av tilgangen på informasjon og et stadig høyere utdanningsnivå i befolkningen. Pasientene vil også ha lett tilgjengelige helsetjenester.

Legens rolle har endret seg ved at tidligere var utviklingen av nye legemidler hovedsakelig på legemidler som benyttes i primærhelsetjenesten. Legene hadde relativt få legemidler å forholde seg til og pasientene var lydige og hadde stor respekt for legen. Det har vært en rask utvikling med stadig nye legemidler og mer komplisert legemiddelbehandling som krever oppfølging. Utviklingen av nye legemidler er hovedsakelig på legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten, men som

krever oppfølging i primærhelsetjenesten. Dette øker behovet for kompetanse innen farmakologi og farmakoterapi, og for tverrfaglig samarbeid. Den nye pasientrollen med at pasienten skal delta mer i beslutningen stiller krav til dialog og tilstrekkelig ressurser (tid) til å gjennomføre gode samtaler.

Farmasøytrollen har endret seg betydelig de siste 50 år, fra å utøve et håndverk med produksjon av legemidler, er nå farmasøytene en legemiddelrådgiver. Tidligere var det et krav at alle apotek skulle produsere legemidler, og en stor del av omsetningen var egenproduserte legemidler. Et apotek var pr definisjon et tilvirkningssted for legemidler. Etterhvert som kravene blant annet til dokumentasjon og kvalitet i produksjonslokalene økte, og flere legemidler ble registrert, ble egenproduksjon av legemidler redusert. Fra 2010 er apotek pr definisjon et sted der det gis legemiddelfaglig veiledning. De siste 10-15 årene er fokuset i farmasøytiske miljøer verden over vridt fra produkt til forbruker/pasienten sitt behov for lett tilgjengelige legemidler og legemiddelinformasjon fra fagpersoner. Dette har ført til at apotek har utviklet seg fra å være et produksjonssted til å bli et lavterskeltilbud innen helse.

Farmasøyter er til en viss grad integrert i helsetjenesten, men den helhetlige kompetansen som farmasøytene innehar, kunne vært bedre utnyttet med andre strukturer i helsetjenesten. Farmasøytens rolle bør defineres som en del av det tverrfaglige teamet i det helhetlige pasientforløpet på tvers av omsorgsnivåene. Samhandlingsreformen peker på at det blir mangel på helsepersonell i fremtiden, og det er nødvendig å benytte tilgjengelig kompetanse og arbeidskraft mest mulig rasjonelt. I den sammenheng bør det vurderes hvordan farmasøytens kompetanse best kan benyttes i pasientforløpet.

Utviklingen i apotekbransjen med mange, men små apotekenheter og få farmasøyter pr enhet, gjør at det kan være vanskelig å avsette tilstrekkelig tid til kundeveiledning og tverrfaglig samarbeid. Dette reduserer muligheten for at farmasøytens kompetanse utnyttes optimalt i dagens apotekstruktur.

Kompetanse

Utdanningen av farmasøyter, som for alt annet helsepersonell, må tilpasses fremtidens behov innen helsesektoren, og dermed vektlegge pasientsikkerhet, kommunikasjon, helsepedagogikk, tverrfaglig samarbeid, i tillegg til de typiske farmasi/medisinske fagene; som f.eks. farmakologi, farmakogenetikk, nye formuleringer og administrasjonsformer for legemidler. Det vil være hensiktsmessig å samle helseprofesjoner til felles undervisning og dermed sikre bedre interaksjon mellom studentene, og gi grunnlag for tverrfaglig samarbeid.

I 2009 ble det etablert en erfaringsbasert master i klinisk farmasi ved Universitetet i Oslo, med opptak av om lag 15 studenter årlig. På grunn av manglende finansiering, ble det ikke tatt opp studenter i 2013 og 2014. Finansiering av master i klinisk farmasi bør vurderes på nytt for å sikre tilstrekkelig antall farmasøyter med kompetanse innen klinisk farmasi. Alternativt må det legges til rette for annen klinisk etter- og videreutdanning av farmasøyter.

8.4 Forslag til forbedringer

Det er vanskelig å skille mellom tiltak som kan bedre legemiddelbehandlingen ut fra kriteriene farmasøyttjeneste og etterlevelse. Tiltak for bedre bruk av farmasøyter er i seg selv et tiltak for å bedre legemiddelbruken, og dermed sikre bedre etterlevelse. Direktoratet ønsker å ha fokus på videreføring av allerede igangsatte tiltak, og sikre gjennomføring av disse.

I dette avsnittet beskrives utfordringer og tiltak for å benytte farmasøytene på en bedre måte for å sikre riktig legemiddelbruk.

Oppsummering av innspill før, under og etter rådslaget

Utfordringer	Foreslåtte tiltak i innspillene
<p>Hvem skal gjøre hva?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelbruk og – behandling er kompliserte prosesser som involverer mange aktører, systemer og nivåer i helsetjenesten. • Mangelfull integrering av farmasøyer i helsetjenesten. • Lite tverrfaglig samarbeid. • Profesjonskamper? • Manglende politisk styring av farmasøyt kompetanse. • Sprik mellom krav til tilberedning av legemidler på sykehusavdeling og i apotek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tydeligere rolle og ansvarsfordeling. • Farmasøytisk kompetanse defineres inn som en del av legemiddelbehandlingsskjeden. • Ansette farmasøyer på sykehus, i sykehjem, i kommuner og på fastlegekontor. • Integrering av farmasøyer i klinikken. • Kompetansehevede tiltak i primærhelsetjenesten. • Farmasøyt som rådgiver i klinikken. • Tverrfaglige møteplattformer – eks i helsesentre. • Sørge for at hver kommune har en tilknytning til en farmasøyt som bl.a. kan lære opp annet personell.
<p>Manglende finansiering og ressurser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finansiering av legemiddelgjennomganger – legene får takst men ikke farmasøytene. • Hvem skal betale for tjenestene? • For liten tid og ressurser – for få stillinger, for få farmasøyer. • Varierende dokumentasjon av økonomisk samfunnsnytte på tjenestene. • Interessekonflikter – tjenestene styres av aktører med direkte interesse i verdikjeden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prissetting av tjenester. • Offentlig finansiering av farmasøyttjenester. • DRG for farmasøyttjenester i sykehus. • Legemiddelavanse og pasientinfo – bruk av takst ved informasjon og legemiddelgjennomgang. • Utdanning: øke utdanningskapasiteten av farmasøyer.
<p>Varierende/manglende kompetanse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produksjon av legemidler • Kommunikasjonskompetanse hos farmasøyer • Utdanning - for få studieplasser farmasi • To farmasøyt kategorier (bachelor og master) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanning – felles kurs for helsepersonell • Utdanning – videre og etterutdanning av farmasøyer • Apotekkjedene: opplæringspakker og systematisering v/ risikolegemidler • Kompetanseheving av andre (enn farmasøyer) i legemiddelhåndtering • Gjenninnføre master i klinisk farmasi

<p>Informasjon og dokumentasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journaltilgang – ikke alltid tilgjengelig. • Informasjon om pasientens legemidler er ikke tilgjengelig for farmasøyt. • Farmasøytene må defineres som en del av behandlingskjeden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Systemverktøy • Tilgang til avgjørende informasjon, eks til EPJ på sykehus og/eller kjernejournal. • Kvalitetsindikator på legemiddelgjennomganger og andre farmasøytiske tjenester.
---	--

Utfordringene som er tegnet i forbindelse med rådslaget, sammenfaller med beskrivelser i utredninger og inntrykk fra praksis i tjenesten.

Oppsummert er utfordringene:

- Uklare roller
- Finansiering
- Kompetanse
- Tilgang på- og bruk av informasjon

8.5 Forslag til tiltak

Som det fremgår i kap 8.2 utfører farmasøyter mange ulike tjenester i dag, de fleste godt innarbeid, og noen nye som det er behov for å styrke. Kompetanse knyttet til legemiddelforsyning og beredskap, farmasøyten som rådgiver til annet helsepersonell, samt revisjons- og tilsynskompetanse, utnyttes i dag på en og god måte i helsevesenet og tjenestene må videreutvikles og videreføres. Utviklingen med nettapotek, økt risiko for falske legemidler, global forsyningssvikt på legemidler, større fokus på beredskap og økt grad av automatisering, gjør at legemiddeldistribusjon vil være et særdeles viktig fagområde for farmasøyter i fremtiden. Det må bygges både kompetanse og strukturer for å ivareta legemiddelforsyningen på en god måte. Dette område belyses ikke videre i dette dokumentet.

Produksjon

Med mindre produksjon av legemidler i apotek, er det særskilt viktig å sikre at produksjonskompetansen opprettholdes. Tidligere ble det produsert legemidler i alle apotek, mens det nå stort sett er sykehusapotekene som produserer legemidler av et visst omfang. Ett unntak er multidose som produseres i regi av apotekkjedene. Det er flere legemidler til barn som må produseres i spesielle barneformuleringer og kompetansenettverket for legemidler til barn poengterer at det er særskilt viktig å sikre at produksjonskompetanse opprettholdes.

Samhandlingsreformen har medført at liggetiden i sykehus er redusert og at flere alvorlig syke pasienter behandles i primærhelsetjenesten med kompliserte legemiddelregimer, eksempelvis mer intravenøs legemiddelbehandling som antibiotika, smertelindring og kreftbehandling. Dette krever kompetanse på produksjon av legemidler også i primærhelsetjenesten.

Pasientveiledning/-opplæring i apotek

I 2013 ble det ekspedert om lag 35 millioner resepter i norske apotek, og nærmere 3,5 millioner nordmenn hentet ut minst ett reseptpliktig legemiddel fra apotek. Dette viser at apotek er et sted

mange oppsøker. TNS Gallups undersøkelser har på hele 2000-tallet fastslått at apotekene har høy tillit i befolkningen. I 2013 svarte 60 % av de spurte, at de hadde et godt inntrykk av de apotekansattes kunnskaper og faglige kvalifikasjoner. Pasientorganisasjonene har gitt innspill på at det er stor variasjon i kompetansen i apotekene.

Apotek har gode forutsetninger for å informere om riktig legemiddelbruk. Apoteket er i kontakt med brukeren når legemidlet hentes ut i starten på legemiddelbehandlingen. Kontakten med apoteket er derfor tidsmessig gunstig i forhold til å kunne gi praktiske råd om riktig bruk. Dette er allerede en lovpålagt og viktig oppgave for apotekene, men oppgaven bør ytterligere rendyrkes og systemiseres. Økt mulighet for kommunikasjon mellom lege og apotek, ville i større grad kunne målrette apotekenes informasjonsarbeid, ved at legen i større grad kunne etterspørre veiledning i apoteket for pasienter med særlig informasjonsbehov.

Nytten av god oppstartsveiledning vil i første rekke være bedret etterlevelse, og tiltaket bør hovedsakelig rettes mot legemiddelgrupper hvor bedret etterlevelse gir en særskilt helsegevinst. Eks for legemidler der etterlevelsen er dårlig, ved risikolegemidler eller behandling der det er spesielt viktig med god etterlevelse, f.eks. kontroll av inhalasjonsteknikk ved astma/KOLS, ved forebyggende behandling, ved bruk av blodfortynnende legemidler og legemidler ved diabetes. Det kan utvikles en mulighet i e-resept slik at lege kan ordinere informasjon fra apotek eller andre med legemiddelfaglig kompetanse til andre pasientgrupper.

Kampanjen Nye Blodfortynnende 2013 (NB 2013) ble gjennomført i regi av Apotekforeningen i 2013. Kampanjen var et samarbeid med Statens legemiddelverk. Målsetting med kampanjen var å sikre trygg overgang fra warfarin til de nye antikoagulasjonsmidlene; dabigatranetekslat, rivaroksaban, apixaban (Pradaxa, Xarelto og Eliquis), styrke pasientens forståelse for behandlingen, gi økt oppmerksomhet om viktigheten av å ta de nye legemidlene riktig, dessuten gjenta og forsterke legens budskap.

Erfaring fra kampanjen Nye Blodfortynnende 2013, er gode og Apotekforeningen har gjennomført en pilot på tjenesten «Oppstartsveiledning» etter modell fra «New Medicine Service» som er en tjeneste som er etablert i Storbritannia. Nylige publiserte resultater derfra, viser at mer informasjon og oppfølging rundt medisinstart gjør at flere pasienter etterlever legemiddelbehandlingen sin bedre. Undersøkelsen viser også at tjenesten kan gi pasientene lengre liv og bedre livskvalitet, og at den gir en samfunnsøkonomisk gevinst.²⁰ Fra høsten 2014 vil Apotekforeningen gjennomføre et forskningsprosjekt for å undersøke effekt av oppstartsveiledning i Norge etter modell fra New Medicine Service. Hvis utprøvingen viser gode resultater i Norge, kan denne metoden vurderes å bli en standardisert tjeneste i Norge.

Kjøp av legemidler via nettapotek vil gi en ny utfordring knyttet til informasjon om riktig bruk. En finansiert, standardisert informasjonstjeneste fra apotek, uavhengig av salg av legemiddel kan være et godt tiltak.

Helsehjelp i apotek

Som det fremgår av kap 8.2, tilbyr apotekene som et lavterskeltilbud, ulike tjenester til befolkningen. Noen apotek tilbyr kundene legemiddelsamtaler, andre tilbyr ulike screeningtjenester som diabetes risikotesting, hjerte/kar risikotesting, blodsuktermåling, blodtrykksmåling, kolesterolmåling, føflekksscreening, klamydiatest, tarmkreft-test.

²⁰ <http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=2717&Action=1&NewsId=1171&M=NewsV2&PID=9538>

Helsedirektoratet gjorde i 2008-2009 et omfattende arbeid knyttet til helsehjelp i apotek, som resulterte i rapporten «Helsehjelp i apotek»²¹. Tjenestene som ble vurdert var: legemiddelsamtale, teknisk inhalasjonsveiledning ved astma/KOLS, apotek som formidler av offentlig informasjon, røykeavvenning, kolesterolmålinger og diabetesoppfølging.

Ifølge Helsedirektoratets vurdering var det to nye tjenester som kunne være velegnet å etablere i apotek, nemlig legemiddelsamtale og røykesluttveiledning. Av tjenester som apotekene allerede gjennomførte, ble det påpekt at følgende tjenester kunne struktureres og organiseres bedre: apotek som formidler av offentlig informasjon, astma/KOLS inhalasjonsveiledning, diabetes-veiledning i bruk av medisinsk forbruksmateriell.

Av ulike årsaker er verken legemiddelsamtaler eller røykesluttveiledning innført som standardtjeneste i apotek. Legemiddelsamtale/legemiddelgjennomganger er et av tiltaksområdene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Helsedirektoratet opprettholder sine vurderinger og anbefalinger i rapporten fra 2009. Rapporten er vedlagt.

Multidose

Multidose er tabletter/kapsler som pakkes sammen i en pose for hvert doseringstidspunkt. Posene er merket med pasientidentifikasjon, legemiddelopplysninger og tidspunkt for inntak. Systemet er godt egnet for pasienter som bruker flere legemidler og som har stabil medisinerings, og benyttes i stor grad i hjemmebasert omsorg. Innføring av multidose gir bedre samstemming av legemiddellister, forenkler pasientens legemiddelhåndtering og medfører høyere etterlevelse. Samtidig viser studier at legemiddellistene blir sjeldnere revidert, at pasienter blir stående på unødvendige legemidler over lengre tid, og at både pasienten og hjemmesykepleier blir mindre opptatt av hvilke legemidler pasienten tar. Kommunikasjon mellom aktørene er også en utfordring.

Multidose som system ble anbefalt som et forbedringstiltak i forrige legemiddelmelding, med mål om at multidose skulle implementeres i større omfang. I 2002 brukte 3000 pasienter multidose, i 2014 er det nærmere 70.000 brukere.

Aktørene i helsetjenesten mener multidose er et godt kvalitetstiltak, men påpeker en del problemstillinger som bør forbedres. Det kan være nødvendig med både regulatoriske og organisatoriske endringer, finansiering, samt forbedringer i bruk av IKT for å sikre multidose som et godt verktøy i fremtiden. Helsedirektoratet vil derfor anbefale at det iverksettes en evaluering av multidose som system og at finansiering av multidose også vurderes i denne sammenhengen.

Vanedannende legemidler

I Nasjonal faglig veileder «vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet» beskrives apotekenes handlingsrom ved utlevering av vanedannende legemidler ved mistanke om skadelig bruk. Det er behov for å se nærmere på apotekets rolle og dagens regelverk om taushetsplikt gir apotekene tilstrekkelig handlingsrom for å sikre forsvarlig utlevering av disse legemidlene.

Primærhelsetjenesten

En rekke lover og forskrifter gir rettslig grunnlag for god legemiddelbehandling. Lovverket inneholder bestemmelser om pasientenes rettigheter, helsepersonellens plikter og ansvar og krav til

²¹ Helsedirektoratets internrapport: Helsehjelp i apotek, 2009

helseinstitusjoner på systemnivå. Primærhelsetjenesten er satsningsområde både i pasientsikkerhetsprogrammet og i Helse-direktoratets satsning på eldre og legemidler.

Samhandlingsreformen har medført at mer avansert pasientbehandling foregår i kommunehelsetjenesten. Dette krever økt kompetanse på legemiddelområdet, både på system- og pasientnivå og kompetanse på produksjon av legemidler.

Kommuner som har prioritert innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet, viser at legemiddel-samstemming og legemiddelgjennomganger er gode tiltak som bedrer legemiddelhåndtering og – bruk i kommunene. Implementering av tiltakene krever blant annet prioritering av ressurser og kompetanse innen legemiddelområdet. Innsatsområdene er i varierende grad implementert i kommunene. Bruk av utviklingssykehjem og farmasøyter bidrar til større spredning av innsatsområdene.

Særlig kan det være hensiktsmessig å bruke farmasøytene i tverrfaglige team, hvor det anbefales at ulike helsepersonellgrupper bidrar.

I innspill fra mange aktører er det forslag om å styrke farmasøytisk kompetanse i kommunehelsetjenesten som et viktig tiltak, noe som kan gjøres gjennom å etablere stillinger for kommunefarmasøyter som rådgivere og del av tverrfaglige team i kommunehelsetjenesten. Mindre kommuner kan evt. gå sammen om å ansette interkommunale farmasøyter, eller samarbeide med spesialisthelsetjenesten om farmasøytisk kompetanse. Trondheim, Stavanger og Drammen har ansatt egne kommunefarmasøyter.

Spesialisthelsetjenesten

Tall fra pasientsikkerhetsprogrammet viser at det ved 12 % av innleggelser i spesialisthelsetjenesten inntrer uheldige hendelser som gjør det nødvendig med tiltak, gir forlenget sykehusopphold eller medfører alvorlige konsekvenser. Om lag 50 % av uheldige hendelser er forårsaket av legemidler, og det antas at om lag 50 % av de uheldige hendelsene kunne vært unngått.

Legemiddelhåndtering og – behandling i spesialisthelsetjenesten er kompliserte prosesser som krever tiltak både på system- og pasientnivå. I spesialisthelsetjenesten innføres standardiserte, helhetlige pasientforløp for å øke pasientsikkerheten. Legemiddelbehandling bør være en del av et standardisert pasientforløp.

De regionale helseforetakene eier sykehusapotekforetak som ivaretar spesialisthelsetjenestens behov for farmasøytisk kompetanse (kap 8.2). Enkelte sykehus har ansatt egne farmasøyter. Ved universitetssykehusene er det i tillegg farmakologiske avdelinger og RELIS (Regional Legemiddel-informasjons-senter) med kompetanse på legemiddelområdet.

Klinisk farmasi

Med økt fokus på pasientsikkerhet og mer kunnskap om avvik på legemiddelområdet, er klinisk farmasi innført som ett av flere tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk og dermed bedre pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten etter standardiserte modeller, de fleste etter IMM-modellen (Integrated Medicine Management). IMM er en forskningsbasert, tverrfaglig, standardisert metode

som opprinnelig er utviklet i Nord-Irland²² og som også benyttes i Sverige.²³ Studier fra Nord-Irland og Sverige viser at IMM er en god metode for å avdekke legemiddelrelaterte problemer hos pasienter og har effekt på liggetid og reinnleggelse. IMM har som mål å forbedre legemiddelbehandlingen til den enkelte pasient og har fokus på tverrfaglig samarbeid. Den kliniske farmasøyten koordinerer oppgaven med å identifisere, løse og forebygge legemiddelrelaterte problemer (LRP) og kommer med forslag og innspill til legene for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen. Legene har alltid hovedansvaret for behandlingen. IMM består av legemiddelsamstemming, legemiddelgjennom-ganger og legemiddelsamtaler ved utskriving.

Klinisk farmasi som tjeneste kan gi uklare roller- og ansvarsfordeling mellom leger og farmasøytene og innspill fra legeföreningen, RELIS og norsk farmakologisk forening påpeker at det er uheldig at farmasøyter skal delta direkte i klinisk praksis, da dette kan medføre at legens rolle blir uklar. Spesielt påpeker disse at IMM som metode er basert på kontrollelementet, og mener at tiltakene bør være å sørge for at legene har oppdatert kompetanse slik at kvalitet på forskrivning og oppfølging av legemiddelbehandlingen bedres. De peker på «academic detailing» som en egnet metode (se omtale nedenfor).

De samme organisasjonene påpeker også at det er uheldig at helseforetakene kjøper klinisk farmasi som er en pasientnær tjeneste fra sykehusapotekene. De mener at farmasøyter som utfører klinisk farmasi og andre farmasøytiske tjenester bør være ansatt i helseforetakene. Helsedirektoratet anser at organisering av tjenesten er et ansvar som tilligger hvert enkelt regionalt helseforetak å avgjøre.

Helsedirektoratet anser klinisk farmasi som et nyttig tiltak for å bedre legemiddelbruk. Det er nødvendig å avklare rollen til den kliniske farmasøyten i det tverrfaglige teamet.

Primær- og spesialisthelsetjenesten

«Academic detailing»²⁴

«Academic Detailing» kan enkelt oversettes til oppdateringsvisitter hvor en spesialopplært fagperson møter forskrivere i en-til-en møter eller grupper og gjennomgår f. eks en kortversjon av en nasjonal terapiveiledning i løpet av 20-25 minutter. Denne metoden for faglig oppdatering benyttes på nasjonalt nivå i Australia og Canada. I USA er Kaiser Permanente ivrige brukere av «academic detailing» som kostnadseffektiv legemiddelinformasjonsformidling. Innenfor rammen av oppdateringsvisitter kan kliniske farmakologer, kliniske farmasøyter og andre med spesialkompetanse innen legemiddelområdet formidle kunnskap tilpasset de forskjellige

²² Scullin et al: An innovative approach to integrated medicines management, Journal of Evaluation in Clinical Practice 13 (2007) 781-788, Scullin et al: Integrated medicines management – can routine implementation improve quality?, Journal of Evaluation in Clinical Practice 18 (2012) 807-815

²³ Ericsson et al: Health Economic evaluations of the LIMM model, Technical Report, 2013

A.bergquist Christensen et al: The process of identifying, solving and preventing drug related problems in the LIMM-study.

²⁴ www.nps.org.au/health-professionals/professional-development/nps-facilitator-visits

helsepersonellkategoriene i helsetjenesten. Tjenesten kan utøves både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener at dette er en tjeneste som kan styrke kompetansen til helsepersonell og anbefaler at det iverksettes et prosjekt for å pilotere «academic detailing» i Norge.

Legemiddelkomiteer

I spesialisthelsetjenesten er det lang tradisjon for legemiddelkomiteer i sykehusene. Legemiddelkomiteen er tverrfaglig sammensatt og gir råd til ledelsen i legemiddelspørsmål. Legemiddelkomiteene har som overordnet mandat å fremme rasjonell, sikker og kostnadseffektiv legemiddelbruk, og sikre effektiv legemiddelforsyning og forsvarlig legemiddelberedskap i helseforetakene.

Noen kommuner har også etablert legemiddelkomiteer, eks Trondheim kommune, hvor legemiddelkomiteen har til oppgave å bistå enhetene i utvikling og vedlikehold av et kvalitetssystem for legemiddelhåndtering, samt oppfølging/revisjon av systemet.

For å bedre kommunikasjon og oppfølging av legemiddelbehandling på tvers av omsorgsnivåene, kan det opprettes en legemiddelkomiteestruktur som dekker både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette er i tråd med tenkning på europeisk nivå der utfordringene knyttet til «interphase management» på legemiddelområdet, dvs. den manglende interaksjon mellom primær og spesialisthelsetjeneste. Felles legemiddelkomiteer kan være et tiltak som kan bidra til større samhandling og bedre etterlevelse mellom omsorgsnivåene.

8.6 Farmasøytjenester i andre land

I rapporten fra Kunnskapssenteret har de identifisert en rekke tiltak utført av farmasøyter. Rapporten fra Kunnskapssenteret er «Søk og sorter» av systematiske oversiktsartikler på fagområdet. Tiltakene er kategorisert slik:

- Opplæring
- Skifte av omsorgsnivå
- Utvidet/sammensatt ansvarsområder
- Clamydia testing
- Ordning der farmasøyt behandler mindre sykdomsplager
- Database baserte beslutningsverktøy
- Behandling med Warfarin

Kunnskapssenteret har også kategorisert tiltak som gis av farmasøyter ved spesifikke sykdommer. De fleste oversiktene omhandler, kronisk luftveissykdom. Det er også artikler om råd rettet mot livsstilssykdommer som overvekt/fedme og røyking. Av tiltak som kan utføres av farmasøyter er tiltak for å bedre blodtryksregulering hos personer med høyt blodtrykk, tiltak for å bedre medikamentell etterlevelse og tiltak for å bedre forskrivning av legemidler.

Abstracts og noen utvalgte artikler er gjennomgått i fulltekst.

Tiltak i oversiktsartiklene	I antall artikler
Tiltak gitt til farmasøyter	1
Medikamentgjennomgang utført av farmasøyter	3
Samhandlingstiltak med farmasøyter	2
Andre tiltak gitt av farmasøyter	17
Tiltak gitt av farmasøyter for spesifikk sykdom	31
Tiltak utført av farmasøyter og annet helsepersonell	20

Aktuelle tiltak som kan diskuteres basert på gjennomgangen:

1. Infrastruktur/ samhandling
 - a. Styrke samhandlingen mellom farmasøyter og helsetjenesten
 - b. Nødvendig med en hensiktsmessig infrastruktur
2. Kommunale farmasøytjenester
 - a. Vurdere hvilke kommunale tjenester som er nødvendig
 - b. Organisering av farmasøytiske tjenester
3. Klinisk farmasi i spesialisthelsetjenesten
 - a. Effekt og organisering av klinisk farmasi
 - b. Myndighetenes rolle
4. Primærapotek
 - a. Tydeligere rolle i forebyggende arbeid
Vurdere lavterskeltilbud i apotek for å avlaste helsetjenesten for øvrig
 - b. Oppfølging og monitorering av legemiddelbehandlingen
 - c. Sikre tilbud av individualisert medisiner i formulering, dosering
 - d. Metodevurdering ala nasjonalt system for innføring av metoder også i primærhelsetjenesten
5. Terapisvikt
 - a. Organisering av oppfølging av pasienter med kroniske lidelser med terapivikt.

Farmasøytjenester i apotek i andre land

Apotekforeningen gjennomførte våren 2014 en kartlegging av farmasøytjenester fra apotek i andre land i Europa. Rapporten «Farmasøytjenester» er vedlagt²⁵.

I sin rapport grupperer Apotekforeningen tjenester i fire kategorier langs pasientforløpet. Hver kategori inneholder ulike tjenester som beskrives i rapporten.

Kategori	Tjeneste
Forebygging av sykdom	<ol style="list-style-type: none"> a. Vaksinasjon i apotek b. Sprøyteutlevering c. Røykeslutt d. Livsstilsrådgivning

²⁵ Farmasøytjenester – pasientrettede tjenester som tilbys av apotekfarmasøyter - en oversikt over status internasjonalt, R.Hovland, Apokus, 050614

Kartlegging av helsesisiko	<ul style="list-style-type: none"> a. Blodtrykksmåling b. Kolesterolnivå c. Glukosenivå d. Allergitestning e. Hudkreftscreening f. Andre tester
Oppstart eller endring av behandling	<ul style="list-style-type: none"> a. Oppstartsamtale b. Teknisk veiledning c. Farmasøytfor skrivning
Oppfølging av behandling	<ul style="list-style-type: none"> a. Legemiddelgjennomgang som støtte til etterlevelse b. Klinisk legemiddelgjennomgang c. Farmasøytfor skrivning d. Teknisk veiledning

USA, Canada, Australia, New Zealand og Storbritannia er kommet langt når det gjelder utvikling og implementering av tjenester i apotek. I Storbritannia deles tjenestene inn i essensielle tjenester, som er de tjenestene alle apotek som har avtale med NHS (National Health Service) er forpliktet til å tilby. Avanserte tjenester tilbys av apotek som har tilfredsstilt NHS sine kvalitetskrav til slike tjenester. Avanserte tjeneste er: oppstartsamtale, legemiddelgjennomgang som støtte til etterlevelse, teknisk veiledning til medisinske hjelpemidler og teknisk veiledning til stomipasienter.

Flere av disse tjenestene er vurdert i Rapporten Helsehjelp i apotek fra 2009. Hvis flere tjenester skal innføres i apotek i Norge, er den britiske modellen et godt eksempel på hvordan det kan gjøres.

Farmasøytiske tjenester utenom apotek i andre land

Det er ikke gjort en systematisk gjennomgang av hvilke farmasøytiske tjenester som utføres utenom apotek, utover Kunnskapscenterets «Søk og Sorter» som inneholder noen farmasøytiske tjenester utenfor apotek.

Organisering av helsevesenet, apotekvesenet, profesjonsutdanningene, forsikringsordninger, finansiering av legemidler og tjenester, forsikringsordninger, er faktorer som påvirker hvilke farmasøytiske tjenester som tilbys i ulike land. I de fleste land er sykehusapotekene/ sykehusfarmasøytene en integrert del av sykehusene og de farmasøytiske tjenestene er en integrert del av pasientbehandlingen, inkl. tjenester vi i Norge oppfatter som typiske apotektjenester (eks. reseptekspedering). Ulike varianter hvor farmasøytene deltar i tverrfaglige team rundt pasienten er vanlig i Storbritannia, Irland, Australia, USA og Canada, noen steder i Tyskland, i Sverige og i Danmark. I disse landene er klinisk farmasi som er beskrevet tidligere i dokumentet implementert i ulike varianter. Andre land har implementert «pharmaceutical care» som prinsipp, eks Tyskland.

For å vurdere hvilke farmasøytiske tjenester som utføres i andre land som evt. kan overføres til Norge, er det nødvendig med en bredere gjennomgang av litteraturen.

8.7 Farmasøytrekvirering

Farmasøytrekvirering er en tjeneste som har vært foreslått fra bransjen for å bedre tilgjengelighet av enkelte legemidler, og sikre at pasientene får den behandlingen de trenger. Det må vurderes nøye hvilke legemidler som kan være aktuelle i en slik ordning, og det må stilles særskilte krav til kompetanse hos farmasøytene.

Figuren nedenfor viser ulike utleveringskategorier for legemidler. De hvite feltene er eksisterende kategorier.

Reseptpliktig, lege, tannlege, veterinær	Reseptpliktig, men kan rekvireres av andre som, helsesøster, jordmor, optiker, kaptein	Reseptpliktig, kan rekvireres av farmasøyt (Farmasøytrekvirering)	Betinget reseptfritt (Farmasøytutlevering)	Reseptfritt, selges kun fra apotek	Reseptfritt, Selges utenfor apotek (LUA)
---	---	--	--	---	--

Farmasøytrekvirering: Farmasøyt gis rett til å rekvirere bestemte legemidler. Slik rekvirering vil utløse krav om journalføring ut over dagens bestemmelser.

Farmasøytutlevering: bestemmelser om at det for bestemte legemidler må gis særskilt informasjon ved utlevering. Det er uaktuelt å vurdere dette som et aktuelt tiltak, da det i EMA er besluttet at land i Europa skal ha samme utleveringsbestemmelser for legemidler.

Farmasøytrekvirering i Norge

I forbindelse med pandemisk utbrudd av influensa A høsten 2009, oppstod et økt behov for helsetjenester og antivirale legemidler. Dette førte til et stort press på primærhelsetjenesten og HOD besluttet på kort varsel å innføre farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza for en periode. Dette var første gang med farmasøytrekvirering i Norge.

Ordnningen ble i ettertid evaluert positivt i ECON Pöyry sin rapport til Helsedirektoratet²⁶. Rapporten viser at apotekene hadde systemer og kompetanse til å gjennomføre en slik oppgave, at rolleblanding (forskriver og selger) ikke var et problem og at samarbeidet mellom aktørene fungerte bra. Rapporten diskuterer videre om farmasøytrekvirering er et egnet virkemiddel for permanent bruk. For å kunne innføre farmasøytrekvirering permanent, må dette vurderes for hvert aktuelt legemiddel. Vurderingen må baseres på om legemidlet egner seg for egenomsorg, og hvilken merverdi bistand fra farmasøyt gir. En eventuell ordning må ha et visst omfang for å legitimere ressursbruk og for å bli velfungerende i apotek og bli kjent i befolkningen.

²⁶ Kilde: Rapport: Evaluering av farmasøytrekvirering, ECON Pröyry, 2011

Farmasøytrevirering i andre land

Det er ulike reseptbestemmelser i forskjellige land, og dette gjør det vanskelig å trekke direkte paralleller mellom landene. Norge har flere legemidler klassifisert som reseptfrie og noen selges uten rådgivning utenom apotek (LUA). For de samme stoffene har andre land eks Australia, farmasøytrevirering med økt krav til å avdekke behov og gi informasjon om riktig bruk.

I dag praktiseres ulike former for farmasøytrevirering internasjonalt. Totalt åtte ulike modeller av farmasøytrevirering ble identifisert fra internasjonal litteratur (UK, USA, New Zealand, Canada)²⁷.

Australia

Drivkraften for å innføre farmasøytrevirering i Australia, var å øke befolkningens tilgang på legemidler og utnytte farmasøytene kompetanse bedre.²⁸

I Australia har farmasøytter rett til å levere ut reseptpliktige legemidler ved nøkkespedisjon og ved fornying av resepter²⁹. I tillegg har de «Pharmacist only medicine» som er 10 hovedgrupper legemidler som består av legemidler som i Norge dels er reseptpliktige, slik som orlistat og kloramfenikol, mens andre er reseptfrie som famciclovir, levonorgestrel og protonpumpehemmere. Pharmaceutical Society of Australia har utviklet retningslinjer for farmasøytrevireringen og det er krav om akkreditering. I 2005, 6 år etter farmasøytrevireringen ble innført, var 87 % av australske apotek akkreditert via Pharmacy Society of Australia.

I Australia er legemidlene klassifisert i ulike nivåer, hvor nivå 2 er utlevering uten krav om farmasøytkontakt, nivå 3 er utlevering med krav om farmasøytkontakt og nivå 4 er utlevering bare på resept og krever farmasøytkontakt. For noen medikamenter i noen stater er det eksplisitte krav til hva farmasøytten skal veilede kunden i ved kjøp av reseptfrie legemidler.

Storbritannia

I Storbritannia var den viktigste drivkraften for utvikling av farmasøyt- og sykepleierrevirering et ønske om å bedre utnyttelse av kompetansen til helsepersonell ved å opprette et mer fleksibelt system for revirering, utlevering og administrasjon av legemidler³⁰. Målet med å innføre farmasøytrevirering var å forbedre pasientbehandlingen og for å gi pasienter raskere og mer effektiv tilgang til medisiner, samt å utnytte farmasøytens kompetanse best mulig. Over tid er det vist at farmasøytrevirering bidrar til å avlaste arbeidsmengden til legene³¹

I Storbritannia er det et system med to kategorier forskrivere.

«Independent prescribers» (IP) er helsepersonell som er ansvarlige for å bedømme helsesituasjonen til pasienten og gjøre kliniske beslutninger om hvordan pasienten skal behandles, inkludert å forskrive et legemiddel.

²⁷ Kilde; *Pharmacists and Prescribing Rights: Review of International Developments* (Emmertson, Marriott et al. 2005)

²⁸ Kilde: Rapport: Evaluering av farmasøytrevirering, ECON Prøyry, 2011

²⁹ Nissen, L., Prescribing rights for pharmacists in Australia - are we getting any closer 2008. Nissen, L., Current status of pharmacist influences on prescribing of medicines. *Am J Health Syst Pharm*, 2009. **66**(5 Suppl 3): s. S29-34.).

³⁰ [Tonna, A.P., med flere, Pharmacist prescribing in the UK - a literature review of current practice and research. J Clin Pharm Ther, 2007. 32\(6\): s. 545-56.](#)

³¹ Hobson, R.J., J.Scott og J.Sutton, Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patient's perspective. *Farm Pract.* 2010, 27(1):s 110-20

«Supplementary prescribers» (SP) er ansvarlige for å følge opp behandlingen etter at en lege eller tannlege har bedømt helsesituasjonen og de to er blitt enige om en klinisk behandlingsplan. SP kan forskrive et hvilket som helst legemiddel mot en hvilken som helst lidelse, så lenge dette dekkes av deres kompetanse og inngår i den kliniske behandlingsplanen. Farmasøyter som vil virke som SP må gjennomføre obligatorisk opplæring. Ordningen ble vedtatt i 2003. Denne opplæringen består både av en teoretisk del og en praksisperiode. Farmasøytene forventes å holde seg faglig oppdatert på sykdomsområdet de virker innenfor.

I 2006 fikk farmasøyter også mulighet til å bli IP. Dette vil si at farmasøyter kan rekvirere legemidler på selvstendig grunnlag innenfor de sykdomsområder der de har sin kompetanse innen klinisk farmasi. For å kunne rekvirere må farmasøyten gjennomgå et akkreditert opplæringsprogram, etterfulgt av praksis under veiledning av en kliniker.

En rapport fra 2010 dokumenterer at 2-3 % av farmasøytene i Storbritannia var akkrediterte IP, og viste at farmasøytforskrivning var trygt³².

Vurdering

Erfaring fra pandemien viser at farmasøytrekvirering kan være et forsvarlig tiltak for å øke tilgangen på behandling, under forutsetning at farmasøytene blir gitt tilstrekkelig kompetanse, og at legemidlene som velges er nøye faglig vurdert.

Ved farmasøytrekvirering vil informasjonsplikten farmasøyter har i dag ved utlevering av legemidler bli satt i system og bli mer tydelig. Bedre informasjon vil tjene både den enkelte pasient og samfunnet. Farmasøytrekvirering kan bedre tilgjengeligheten på aktuelle legemidler og pasientenes mulighet for god egenomsorg. Selvmedisinering uten veiledning med uheldige konsekvenser kan unngås³³.

Farmasøytrekvirering vil utløse krav om journalføring ut over dagens bestemmelser og andre behov for rettigheter i kjernejournal.

Ordningen må inkludere et visst antall legemidler for at det skal være forsvarlig, hensiktsmessig, og sikre riktig bruk av ressurser. Vurderingen av hvilke legemidler som evt skal inngå i en slik ordning, må blant annet bygge på om legemidlet egner seg for egenomsorg og hvilken merverdi bistand fra farmasøyt vil gi.

Dersom farmasøyter gis rekvireringsrett til legemidler, bryter det med et av de grunnleggende prinsippene i apoteklovgivningen, skille mellom salg og rekvirering. Personer med rekvireringsrett for legemidler har ikke anledning til å eie apotek.

³² Latter et al, 2010

³³ se ECON POYRY rapport s 77

9. ETTERLEVELSE AV BEHANDLINGEN

Formålet med all legemiddelbehandling er at pasientens helse skal bli bedre. Forutsetning for god behandling er at legen stiller riktig diagnose, at riktig behandling (legemidler eller annen behandling) iverksettes og at pasienten etterlever den behandlingen som blir forskrevet av legen.

Etterlevelse av legemiddelbehandlingen er en utfordring særlig for pasienter med kroniske lidelser og pasienter som bruker flere legemidler samtidig. Undersøkelser viser at etterlevelsen ved langtidsbehandling er under 50 %.

I forhold til den enkelte legemiddelbruker er det viktig å vurdere individtilpassete tiltak for å sikre god etterlevelse. Like viktig er tiltak på systemnivå som vil gi både det enkelte helsepersonell og den enkelte pasient mulighet til å følge opp behandlingen på best mulig måte. Det bør rettes et særskilt fokus mot de pasientgruppene som erfaringsmessig er de som etterlever behandling dårligst og hvor manglende etterlevelse får størst konsekvenser både for individet og samfunnet.

Faglige nasjonale retningslinjer og veiledere skal gi helsetjenesten føringer og støtte for hva som er riktig og kunnskapsbasert behandling. Anbefalingene vil dermed understøtte både den enkelte pasient og helsepersonell i valg av behandling.

I dag er det en stor utfordring for klinikere å få oversikt over pasientens (til enhver tid) faktiske legemiddelbruk, ettersom opplysningene ikke deles på en tilfredsstillende måte mellom ulike virksomheter slik som fastlege, avtalespesialist, hjemmesykepleie, sykehjem, legevakt, apotek, sykehus m.v. Dette medfører stor risiko for feilbehandling. Problemet er særlig alvorlig for de sykeste, de som bruker mange legemidler samtidig og/eller som skifter mellom ulike helsetjenester eller omsorgsnivå. En stor andel av disse pasientene er brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Det er dokumentert manglende medisinalister hos 39 % av de akuttinnlagte pasientene³⁴ og det er godt dokumentert at «Nødvendig informasjon om pasientenes legemiddelbruk var vanskelig tilgjengelig og tidkrevende å få tak i for involvert personell. Kvaliteten av informasjonen ble opplevd som varierende og upålitelig.»³⁵

En studie viser bl.a. at det for over 60 % av pasientene ikke var samsvar mellom fastlegens legemiddeloversikt og det som var anført på hjemmesykepleiens lister³⁶.

Dagens praksis for overføring av legemiddelopplysninger ved overflytting av pasienter mellom og innen ulike omsorgsnivå er svært varierende, og det er ofte mangelfulle rutiner.

En pasient har ofte flere legemiddellister fordelt på ulike systemer i ulike virksomheter, og ofte samsvarer de ikke med hverandre. Dette skyldes at pasientens legemiddelliste oppstår og vedlikeholdes på mange steder i helsetjenesten, uten at informasjon vedr oppdateringer utveksles. Derfor er det viktig at det gjennomføres en legemiddelsamstemming ved skifte av omsorgsnivå.

³⁴ Frydenberg K Brekke M, Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggesskriv og epikriser, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 9–10, 2011; 131: 942–5

³⁵ Bakken et al, *Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten*, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13–14, 2007; 127: 1766–9

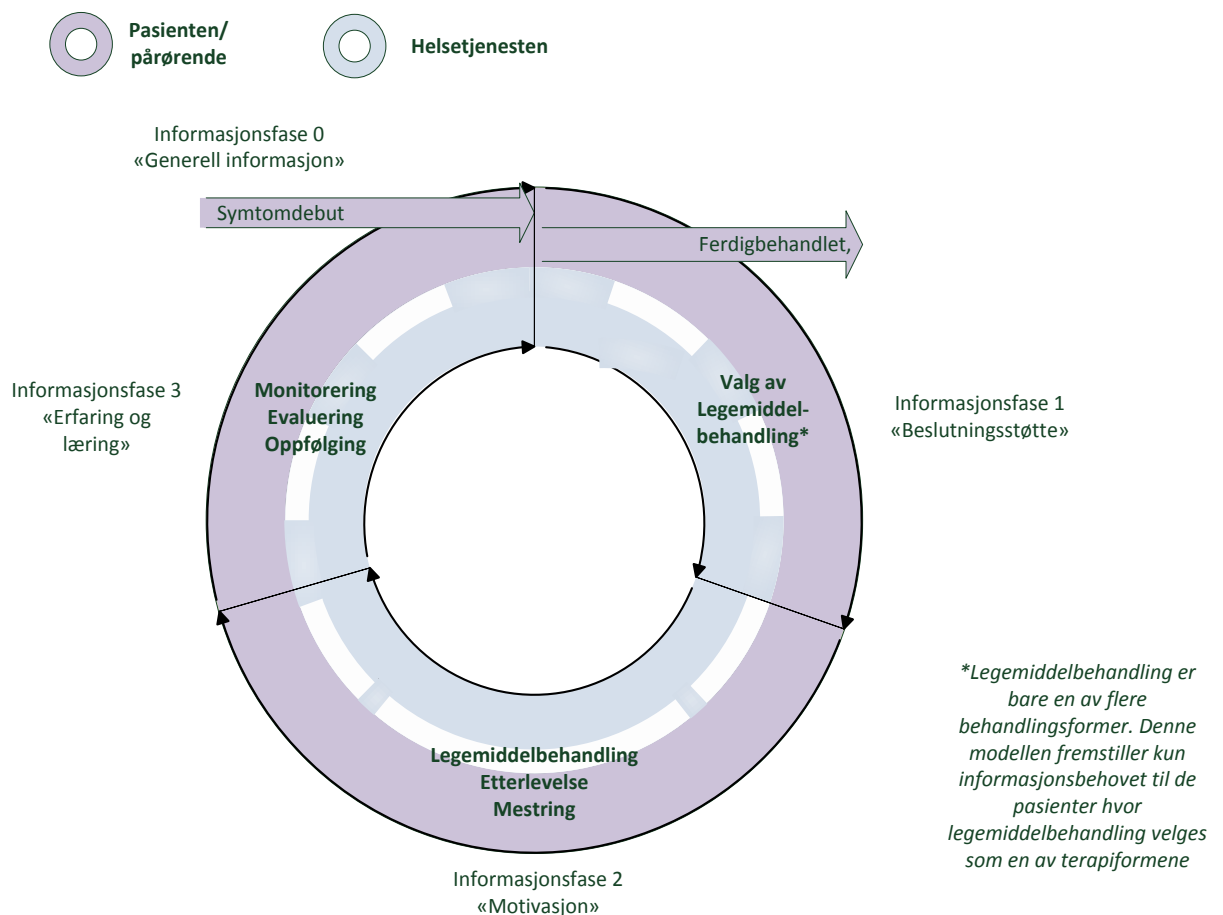
³⁶ Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? S Rognstad J Straand Tidsskr Nor Lægeforen nr. 6, 2004; 124: 810–2 <http://tidsskriftet.no/article/994172>

E-resept, kjernejournal og en innbygger – en journal er elektroniske verktøy som vil bidra til å sikre at pasienten til enhver tid har en samtids legemiddelliste. Disse verktøyene omtales i Utredningen om legemiddelinformasjon.

Informasjonsbehovet følger fasene i behandlingen

Informasjonsbehovet vil for pasient og helsepersonell være avhengig av en rekke faktorer som for eksempel tidligere erfaring og kunnskap. Behovet for legemiddelinformasjon vil også variere i forhold til hvor i behandlingsprosessen pasienten befinner seg. Informasjonsbehovet vil variere avhengig av om det skal understøtte valg av behandling, etterlevelse av behandling, forebygging av bivirkninger eller evaluering av effekt/resultat.

Kompleksiteten er synliggjort i figuren under:



Informasjonsbehovene ved legemiddelbehandling kan grovt sett deles inn i tre faser:

1. «Beslutningsstøtte» – valg av behandling
2. «Motivasjon» – gjennomføring og mestring av behandling
3. «Erfaring og læring» - oppfølging og evaluering av behandlingen

Dette dokumentet har fokus på "etterlevelse" og den nedre delen av sirkelen.

Utredningen om Legemiddelinformasjon fra kontaktpunktet beskriver hele i sirkelen.

9.1 Virkemidler for å bedre etterlevelsen

Et Cochrane review fra 2008 fant at vitenskapelig effekt av enkelttiltak er vanskelig å dokumentere. Flere samtidige og skreddersydde tiltak har derimot vist seg å ha effekt på langtidsetterlevelsen og forbedret utkomme for pasienten.

Oppsummering innspill før, under og etter rådslaget

Utfordringer	Foreslåtte tiltak
<p>Hvordan gjøre informasjon tilgjengelig (Se utredning ad legemiddelinformasjon)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er uklare ansvar og roller i legemiddelprosessen. • Informasjon og opplæring av pasient i legemiddelbruk er en viktig del av prosessen. • Mange sentrale aktører påpeker at legemiddelinformasjonen i dag er fragmentert og det er uklare roller hos myndighetene. • Brukerorganisasjonene peker på at det er varierende kompetanse hos helsepersonell som skal gi informasjon, både hos fastlegen og hos apotek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kjernejournal • E-kommunikasjon i alle ledd • Felles kunnskapsbase • Standardisert informasjon • Lukket LM sløyfe • Skille person/system • Avklare roller • Gode pakningsvedlegg • Beslutningsstøtte
<p>Det er vanskelig å bruke legemidler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mange legemiddelformer • Generisk bytte • Lang behandlingstid • Det kastes for mange legemidler 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring nødvendig • Bruk av multidose • Tilgang på gode LM formuleringer • Apper-SMS tjeneste • Omsorgsteknologi • Utskrivningssamtale • Oppfølgingskonsultasjon
<p>Pasient og lege har ikke sammen definert mål for behandlingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioritering • Bekymring • Dårlig informasjon ved oppstart 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetsprogrammet <ul style="list-style-type: none"> ○ Legemiddelsamstemming ○ Legemiddelgjennomganger • Samvalg /Concordance • Ta pasient på alvor • Kommunikasjon og god dialog • Systemer for egenvurdering av LM

	<p>bruk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualisert beslutningsstøtte og terapi • Sette av tid til samtale • Fokus på de 5-10 legemiddelgruppene som volder størst skade • Tiltak mot de som bruker mye legemidler (polyfarmasi) og legemidler hjemme • Tiltak ovenfor de svakeste pasientgruppene • Tiltak for de som skal starte opp med livslang behandling (Medisinstart)
<p>Helsepersonell mangler legemiddelinformasjon for den enkelte pasient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende samhandling i behandlingsskjeden • Manglende struktur på oppfølging av pasientene • Samstemming av legemidler- hvem har ansvaret? • Utfordringer ved skifte om omsorgsnivå 	<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelregistre • Kjernejournal • En innbygger- en journal • Oppdatert legemiddel liste • E-resept • Rolleavklaring på samhandling • Tilgang på journal i behandling i behandlingsskjeden • Bruke farmasøytisk kompetanse målrettet
<p>Mangelfull kompetanse hos helsepersonell til å understøtte etterlevelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanning • Opplæring • Oppstartssamtale
<p>Dårlig tid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre system • Bedre systematisk oppfølging • Elektroniske verktøy • Finansiering

Forslag til tiltak for å øke etterlevelsen

For å sikre etterlevelse er det essensielt med en god dialog mellom pasient og forskriver i forbindelse med hver forskrivning. En beslutning tatt i fellesskap er utgangspunktet. Alle tiltak som settes inn for å forbedre etterlevelse senere i behandlingssløpet kan deretter fokusere på å gi pasienten de nødvendige forutsetningene for å følge forskrevet behandling.

Legemiddelsamtale

En legemiddelsamtale er en samtale mellom behandler/helsepersonell og pasienten, om pasientens legemiddelbruk. Det bør regelmessig gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens legemiddelbruk for å styrke pasientens forståelse for legemiddelbehandlingen og motivere pasienten til god etterlevelse, og for å sikre en oppdatert legemiddelliste. Legemiddelsamtale kan gjennomføres på flere arenaer som apotek, hos fastlegen, i sykehjem og i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelsamtale ved skifte av omsorgsnivå vil være et godt tiltak for å sikre en oppdatert legemiddelliste.

Medisinstart, New Medicine Service (NMS) i apotek

Som en oppfølging av Kampanjen Nye Blodfortynnende 2013 (NB 2013) skal Apotekforeningen fra høsten 2014, gjennomføre et forskningsprosjekt for å undersøke effekt av oppstartsveiledning i Norge etter modell fra New Medicine Service». Hvis utprøvingen viser gode resultater i Norge, kan denne metoden vurderes å bli en standardisert tjeneste i Norge. (se omtale under kap 8.4).

Pasientsikkerhetsprogrammet

I pasientsikkerhetsprogrammet er det tre satsningsområder innen legemidler. Dette er gode tiltak som bør forsterkes og implementeres.

- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten.

For å sikre riktig legemiddelbruk er det en forutsetning av pasienten har en riktig legemiddelliste, så tiltak som styrker pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder, må prioriteres.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenesten (USHTs) har en viktig rolle i å sikre riktig legemiddelbruk og i spredning av gode tiltak. USHT har gjennom bruk av læringsnettverk en sentral rolle i gjennomføring av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet. Læringsnettverk, etter gjennombrudds-modellen fra Legeforeningen, har vist seg å være en vellykket metode for å spre og iverksette programmets tiltak ut i kommunene. Det er sentralt å legge til rette for fortsatt satsning på USHT. Bruk av farmasøyter i det tverrfaglige arbeidet har også positiv effekt.

Legemiddelgjennomgang (LMG)

Hensikten med en legemiddelgjennomgang er å vurdere helheten i behandlingen, samt å identifisere uheldig legemiddelbruk. Helsedirektoratet har sammen med fagmiljøene utarbeidet en veileder for legemiddelgjennomganger. LMG er en strukturert måte å gjennomgå pasientens legemiddelbehandling. Fastlegen får i dag en takst for gjennomføring av legemiddelgjennomgang for pasienter med omfattende legemiddelbruk. En legemiddelgjennomgang kan gjøres av legen alene, eller gjerne i tverrfaglig team hvor farmasøyt inngår. Pasienten kan også delta på en legemiddelgjennomgang.

Viktige tiltak fremover er:

- Følge opp arbeidet fra Pasientsikkerhets-programmet ved å gjennomføre flere LMG i sykehjem og hjemmebasert omsorg
- Gjennomføre flere LMG på fastlegekontor
- Gjennomføre flere LMG på sykehus

- Vurdere finansiering av tverrfaglige LMG

Årskontroller

Det bør i forbindelse med årskontroller av pasienten, gjennomføres en samtale med pasienten med fokus på etterlevelse av legemiddelbehandlingen. For pasienter med komplisert legemiddelregime bør det gjennomføres en legemiddelgjennomgang i henhold til Helsedirektoratets veileder for legemiddelgjennomganger. I Danmark dekker trygden en årlig forebyggingsamtale hos fastlegen³⁷

Redusere kompleksiteten i legemiddelbehandlingen

Undersøkelser viser at å redusere kompleksiteten i legemiddelbehandlingen har god effekt på etterlevelsen. Økt bruk av kombinasjonspreparater vil redusere antall preparater som pasienten må ta hver dag, og kan potensielt føre til bedre etterlevelse. Kombinasjonspreparater vanskeliggjør imidlertid individuelt tilpasset dosering – doseendring av ett virkestoff forutsetter i stor grad doseendring av et annet. Kombinasjonspreparater kan også gi et mindre oversiktlig bilde av pasientens bivirkninger. I tillegg kan varierende farmakokinetikk gjøre det krevende å anslå hensiktsmessige doseringsintervall.

Multidose

Multidose som system ble anbefalt som et forbedringstiltak i forrige legemiddelmelding, med mål om at multidose skulle implementeres i større omfang. I 2002 brukte 3000 pasienter multidose, i 2014 er det nærmere 70.000 brukere. Aktørene mener multidose er et godt kvalitetstiltak, men påpeker at det er en del problemstillinger ad multidose som bør utredes, og at det kan være nødvendig med både regulatoriske og organisatoriske endringer, finansiering, samt forbedringer i bruk av IKT for å sikre multidose som et godt verktøy i fremtiden. Helsedirektoratet vil derfor anbefale at det iverksettes en evaluering av multidose som system og at finansiering av multidose også vurderes i denne sammenhengen.

Multisyke

For å gi helsepersonell støtte for hva som er riktig og kunnskapsbasert behandling, utarbeides det faglige nasjonale retningslinjer og veiledere for behandling av flere og flere diagnoser. Retningslinjene er for enkeltdiagnoser, og inneholder ikke veiledning for behandling hvis pasienten har flere diagnoser. Dette medfører ofte polyfarmasi og komplisert legemiddelbehandlingsregimer. Det bør utarbeides en veiviser for behandling av multisyke.

Tverrfaglig samarbeid

For å sikre riktig legemiddelbehandling er det vesentlig at helsepersonell samarbeider. Både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten er legen ansvarlig for valg av behandling. Å samarbeide med annet helsepersonell som har legemidler som spesialkompetanse, som kliniske farmasøyter og farmakologer, vil kunne bidra til kvalitetssikring og riktigere valg av behandling. Med stadig mer komplisert legemiddelbehandling er oppdatert kompetanse svært viktig for å gi pasientene den beste oppfølgingen, og dermed bidra til bedre pasientsikkerhet. Kommune-farmasøyter, slik som i Trondheim, Stavanger og Drammen, kan være en løsning.

³⁷ Tidsskr. Nor.Legeforening 2014;134:1227, Pasientinformasjon påvirker legemiddelvalg

I kompetansenettverket for legemidler til barn er det etablert legemiddelutvalg bestående av lege, sykepleier og farmasøyt som alle bidrar til å bedre behandlingen.

I spesialisthelsetjenesten er det lang tradisjon for legemiddelkomiteer i sykehusene og noen kommuner har etter hvert etablert legemiddelkomiteer. Legemiddelkomiteene er tverrfaglig sammensatt og er ledelsens rådgivere i legemiddelspørsmål. For å bedre kommunikasjon og oppfølging av legemiddelbehandling på tvers av omsorgsnivåene, kan det opprettes en legemiddelkomiteestruktur som dekker både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette er i tråd med tenkning på europeisk nivå der utfordringene knyttet til «interphase management» på legemiddelområdet er tatt opp i flere sammenhenger, dvs. den manglende interaksjon mellom primær og spesialisthelsetjeneste. Felles legemiddelkomiteer kan være ett av flere tiltak som kan bidra til større samhandling og bedre etterlevelse langs behandlingslinjene.

Legemiddelpoliklinikk ved Diakonhjemmet (se kap 8.2) og bruk av kliniske farmasøyer i tverrfaglige team er andre eksempler på godt tverrfaglig samarbeid.

I spesialisthelsetjenesten og etter hvert i flere kommuner, etableres det lærings- og mestringssentra, som kan være et egnet sted både for tverrfaglig samarbeid og pasientopplæring.

Informasjonsoverføring ved skifte av omsorgsnivå

Mangelfull eller feil informasjon ad pasientens legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå er en stor utfordring. Gode tiltak er legemiddelsamtaler, legemiddelgjennomganger og tverrfaglig samarbeid. Se for øvrig innspill fra legemiddelinformasjon

Elektroniske Verktøy for oppfølging

Bedre utnyttelse av eksisterende verktøy som e-resept og kjernejournal. Se innspill fra legemiddelinformasjon

Nye omsorgsteknologier/ velferds- og omsorgsteknologier

Ny omsorgsteknologi flytter mulighetene for behandling ut til hjemmet. Dette er et utviklingsområde, som også kan bidra til bedre etterlevelse

9.2 Årsaker til manglende etterlevelse, gjennomgang av litteraturen

I WHO Rapport; Adherence to long-term therapies Evidence for action 2008³⁸: angis følgende årsaker til dårlig etterlevelse: Misforståelser, glemsomhet, bivirkninger, fornektelse av sykdom, ikke tro på medisineringen, frykt for bivirkninger, frykt for avhengighet, tror at sykdommen er kurert, kostnader, praktiske utfordringer.

Det er viktig at helsepersonell er kjent med – og forstår hvorfor pasientene ikke følger en behandlingsplan. Pasienten kan ha misforstått eller mistolket informasjonen. Å glemme å ta et medikament er vanlig, og opplever pasienten bivirkninger, kan dette oppleves som verre enn selve sykdommen, spesielt hvis sykdommen er asymptomatisk. Behandling av høyt blodtrykk er et klassisk eksempel på dette. Fornektelse av diagnose og sykdom, samt og ikke tro på at medisinen vil hjelpe, er andre faktorer. Pasienter kan også frykte bivirkninger eller frykte å bli avhengig av medikamentet. Noen ganger kan pasienter feilaktig tro at sykdommen er tilstrekkelig behandlet, et eks er behandling med antibiotika for en infeksjon, og symptomene forsvinner. Andre årsaker til manglende etterlevelse, kan være bekymringer om kostnader, eller pasienten opplever praktiske problemer, som f.eks. vanskeligheter med å svelge tabletter, åpne medisinbeholderen, eller å følge en tungvint behandlingsplan. Etterlevelse hos eldre personer kan være en spesiell stor utfordring. Dette skyldes at de ofte tar flere legemidler samtidig, noe som gjør det vanskeligere for dem å huske når de skal ta hvert enkelt legemiddel.

9.3 Tiltak for bedre etterlevelse fra andre land

Kunnskapssenteret har gjort søk fra litteraturen på tiltak for å øke etterlevelsen.

Rapporten fra Kunnskapssenteret er «Søk og sorter» av systematiske oversiktsartikler på fagområdet. Artiklene som er beskrevet er ikke gjennomgått i fulltekst, og det er ikke vurdert om tiltakene har effekt og er kostnadseffektive.

Tiltak i oversiktsartiklene kan kategoriseres slik:

- E helse, eller telehelsebaserte tiltak
 - Påminnelser via sms
 - Personsøker
 - Telefonsamtaler
- Tiltak gitt av helsepersonell, tiltak rettet mot ulike sykdommer
 - Samtaler med helsepersonell
 - Direkte observert behandling
 - Sykepleiebasert behandling
- Opplæring, tiltak rettet mot astma, hjerte-kar, høyt blodtrykk
 - Undervisning og trening
- Tiltak gitt av farmasøyter

³⁸ WHO, Rapport: Adherence to long-term therapies – Evidence fro action 2003

- Opplæring og monitorering
- Motiverende samtale
- Påminnelsepakninger

Det ble funnet ulike typer tiltak for ulike populasjoner, og ulike tiltak for ulike sykdommer.

Motiverende samtale/Motivational Interviewing (MI)

Tre av de systematiske oversiktene som Kunnskapsentret identifiserte inkluderte bruken av motiverende samtale i forbindelse med etterlevelse (adherence). Forfatterne konkluderer med at det vil være interessant å undersøke dette tiltakets effekt på etterlevelse nærmere.

Motiverende samtale er en samarbeidsrettet samtalestil som har til formål å styrke en persons egen motivasjon og engasjement i forhold til å gjøre endringer. Metoden er en målrettet og pasientsentrert samtaleform. Metoden fokuserer på å bygge opp pasientens indre motivasjon til endring. MI har vært brukt på mange områder der endring av atferd er ønskelig, for eksempel i forbindelse med terapi, i forhold til rådgivning og i konsultasjon.

Pasienten og helsepersonell setter av tid for å diskutere spesifikt rundt etterlevelse

En av de systematiske oversiktene som Kunnskapsentret identifiserte inkluderte studier som sett på tiltak hvor helsepersonell (sykepleier, farmasøyt mfl.) diskuterte etterlevelse («adherence») med pasienter med type-2 diabetes. Resultatene varierte, noen av studiene viste at tiltaket forbedrer etterlevelsen hos de pasientene som i utgangspunkt ikke hadde høy etterlevelse. Forfatterne konkluderer med at det er viktig å vite utgangspunktet før en setter i gang tiltak, og at det trengs flere studier før en kan si hvilke tiltak som forbedrer etterlevelsen.

10. ALTERNATIV TIL LEGEMIDDELBEHANDLING, LIVSSTILSENDERINGER OG ANNET

Andre tiltak enn legemiddelbehandling må ses i sammenheng med primærhelsetjenestemeldingen og Helsedirektoratets øvrige folkehelsearbeid og arbeid med behandlingsretningslinjer. I behandlingsretningslinjene beskrives ofte ikke-medisinske tiltak som skal prøves før evt. oppstart av legemiddelbehandling.

I 2013 ble det ekspedert om lag 35 millioner resepter i norske apotek, og nærmere 3,5 millioner nordmenn hentet ut minst ett reseptpliktig legemiddel fra apotek. Dette viser at apotek er et sted mange oppsøker. Apotek kan dermed benyttes som informasjonskanal for myndighetene for å fremme forebyggende aktiviteter dersom myndighetene ønsker det, eks Helsedirektoratets kampanje om 30 minutters fysisk aktivitet pr dag.

Apotekbransjen uttrykker i sin strategi at de skal være en tydelig del av det lokale folkehelsetjenestetilbudet. Befolkningen skal få hjelp med helseproblemer og få gode helseråd, også råd som innebærer annet enn bruk av legemidler. Apotekansatte har kompetanse på egenomsorg og gir råd og veiledning som et lavterskeltilbud.

Lærings- og mestringssentre i helseforetakene arbeider for at pasienter og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Brukerne skal få utvidet innsikt i egen situasjon og bli styrket i å mestre hverdagen og kanskje unngå sykehusinnleggelse.

Lærings- og mestringstilbudet i kommunene skal sikre mer tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling og en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt. Lærings- og mestringssenter i primærhelsetjenesten etableres etter hvert flere steder.

Frisklivssentraler er en forebyggende og helsefremmende kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målgruppen er personer som har behov for støtte til endringer av levevaner og oppfølging over tid på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse uavhengig av diagnose. Frisklivssentraler gir deltakerne oppfølging med hensyn til mestring av egen helse, og har fokus på funksjon, ressurser for helse og den enkeltes behov for støtte. Det er etablert frisklivssentraler i over 3200 kommuner og flere er under etablering.

Vedlegg

1. Alle faglige innspill før og etter rådslaget
2. Apotekforeningens oversikt over farmasøytjenester i apotek i andre land
3. Helsedirektoratets internrapport: Helsehjelp i apotek
4. Kunnskapssenterets oppsummering: "Tiltak for å bedre farmasøytjenesten"
5. Kunnskapssenterets oppsummering: "Tiltak for å bedre pasienters etterlevelse av legemiddelbehandling"



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no