



# Apotekene - tilgjengelige og effektive med høy kvalitet til pasientens beste

Apotekene som del av løsningen på fremtidens helseutfordringer

Oslo, 29. november 2021

## Forord

Apotekene og helsepersonellet som arbeider der, kan bidra til å løse noen av fremtidens helseutfordringer. For å komme dit må både politikere, helsemyndigheter og apotekbransjen fatte beslutninger og gjennomføre tiltak som endrer og utvider apotekenes samfunnsoppdrag. Det er hovedbudskapet i dette dokumentet.

Hensikten med dette posisjonsdokumentet er å undersøke hvordan apotekene kan bidra til at vi fortsatt har helsetjenester av høy kvalitet som er tilgjengelig for alle, også i fremtiden når behovene øker og ressursene kan bli knappere.

Dokumentet er et bidrag i arbeidet med å skape politisk interesse for spørsmålet om hvordan apotekenes samfunnsoppdrag kan utvides. Formålet er å utnytte tilgjengelig kompetanse i helsetjenesten på en bedre og mer effektiv måte, til beste for samfunnet og pasientene.

Dokumentet er kalt et *posisjonsdokument* – fordi det beskriver hvilken posisjon apotekene kan gis i fremtidens helsetjeneste, og fordi det beskriver hvilke posisjoner apotekbransjen inntar for å videreutvikle seg som helsefaglig institusjon.

Som del av arbeidet med dette dokumentet, er det innhentet nyttige synspunkter fra en rekke aktører i helsesektoren.

*Oslo, november 2021*

1	Sammendrag .....	4
2	Innledning og bakgrunn.....	7
3	Helsepolitiske utfordringer.....	9
3.1	Helsetjenestens behov og bæreevne .....	9
3.2	Flere legemidler og flere feil .....	10
3.3	En helsepolitikk som møter utfordringene .....	11
4	Apotekene og helsetjenesten.....	13
4.1	Apotekenes kjerneoppgaver i dag.....	13
4.2	Apotekene i kommunehelsetjenesten .....	15
4.3	Fortsatt tilgjengelig og effektivt i fremtiden? .....	16
5	Helsetjenester som kan løses i apotekene .....	19
5.1	Eksempler fra andre land og forskning .....	19
5.2	Pasienthistorier .....	22
6	Apotekene som del av løsningen på fremtidens helseutfordringer.....	26
6.1	Apotekenes plass i fremtidens helsetjeneste.....	26
6.2	Kompetanse og ressurser i apotek.....	27
6.3	Teknologi, digitalisering og samhandling .....	29
6.4	Behov for regulatoriske endringer .....	32
6.5	Finansiering .....	33
6.6	Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer .....	35
	VEDLEGG: Oversikt over foreslåtte tiltak .....	37

# 1 Sammendrag

Den norske helsetjenesten står overfor store utfordringer i tiden fremover. Andelen eldre over 67 år anslås til å øke med omkring 50 prosent i løpet av de neste 20 årene. Samtidig tilsier de økonomiske fremtidsutsiktene at det er vanskelig å investere stadig mer i helsetilbudet til befolkningen.

Som en følge bl.a. av at flere lever lenger, er det også flere som lever lenger med sykdom. Konsekvensen er at flere trenger legemiddelbehandling, og de trenger det ofte over lengre tid enn tidligere. I tillegg kommer det stadig nye legemidler som gjør at flere sykdommer kan behandles.

En effektiv og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike helseprofesjoner kan bidra til å møte fremtidens helseutfordringer. Innenfor legemiddelområdet må det settes inn tiltak som sikrer at pasientene får best mulig behandlingsresultat av legemidlene sine, med lavest mulig ressursinnsats.

I apotek arbeider i hovedsak helsepersonell med spesialisering innen blant annet legemiddelbruk. Apotekenes kjerneoppgave og samfunnsoppdrag er å sørge for at alle pasienter i hele landet får de legemidlene de skal ha, hjelpe pasientene med å bruke legemidlene riktig og hjelpe kundene med å ta vare på egen helse.

Selv om apotekenes samfunnsoppdrag blir utvidet i fremtiden, vil disse tre elementene fortsatt være viktige kjerneoppgaver for apotekene. Å gi apotek en større rolle i helsetjenesten er både en effektiv bruk av samfunnets ressurser, og et virkemiddel for å sikre at dagens kjerneoppgaver i apotek kan utføres på en god måte i fremtiden. Uten en aktiv politikk fra myndighetene, der apotekene også sikres akseptable og forutsigbare rammevilkår, er det en fare for at disse mulighetene for et effektivt helsetilbud i apotekene vil forvitre.

Apotekfarmasøytene er legemiddelekspertene, og har gode forutsetninger for på en effektiv måte å gi befolkningen

- enklere tilgang til utvalgte legemidler
- bedre oppfølging ved oppstart av behandling
- tettere oppfølging av igangsatt behandling
- hjelp til egenomsorg og å ivareta egen helse (bl.a. vaksinerings).

For pasientene er apotek lett tilgjengelig – apotek har åpningstider tilpasset brukernes behov, geografisk spredt i hele landet og er åpent for folk uten timebestilling. Ved at apotekfarmasøytene gis nye oppgaver, avlastes andre deler av primærhelsetjenesten, og det legges til rette for en bedre legemiddelbehandling til befolkningen.

Utvikling av nye tjenester i apotek vil i flere tilfeller forutsette nye digitale løsninger. Dette legger føringer for innføring av de nye tjenestene.

Helsetjenesten er i hovedsak organisert slik at det er legen som stiller diagnosen og iverksetter behandling, mens annet helsepersonell bidrar med oppfølging og supplerer behandlingen. Slik bør det fortsatt være, men apotekene kan i større grad bidra med god veiledning og oppfølging av behandling.

Apotekbransjen mener det er fem premisser som må være oppfylt for å sikre pasientorienterte apotek også i fremtiden:

- beholde og videreutvikle kompetanse i apotek
- utvikle nye teknologiske løsninger i apotek for å tilrettelegge for bedre samhandling mellom helseaktører
- sikre finansiering av helsetjenester i apotek
- gjennomgå regulatoriske virkemidler for å legge til rette for sikre helsetjenester i apotek
- utvikle kvalitetsindikatorer og sikre at effekten av tjenester i apotek kan dokumenteres

## Helsetjenestens utfordringer



Trangere offentlig økonomi



Nye og dyre behandlingsmuligheter



Flere eldre og syke, som bruker flere legemidler



Flere informerte pasienter som forventer mer



Underskudd på helsepersonell

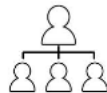
## Helsetjenestens nye løsninger



Ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger



Mer effektiv oppgavedeling



Bruke ressursene og behandle på lavest effektive nivå



Flest mulig bor hjemme lengst mulig



Forebygge fremfor å behandle

### Apotekene har:



Tilgjengelighet der pasienten bor



Høy legemiddelkompetanse



Effektive systemer

### Og kan bidra med mer:



Enklere tilgang til vaksiner og vaksinerings



Bedre oppfølging ved oppstart



Tettere oppfølging av igangsatt behandling



Hjelp til egenomsorg og egen helse



Mer effektiv samhandling

I kapittel 3 er det en beskrivelse av de helsepolitiske utfordringene Norge står overfor de kommende årene. Kapittel 4 beskriver apotekenes samfunnsoppdrag og oppgaver slik de utføres i dag. Det pekes også på utviklingstrekk som kan true befolkningens tilgang på likeverdige apotek tjenester som er tilgjengelig over hele landet. I kapittel 5 trekkes det frem eksempler på ulike helsetjenester i apotek som allerede er etablert i andre vestlige land, og det er beskrevet fire ulike pasientforløp i apotek, slik de kan tenkes i fremtiden. I kapittel 6 undersøkes hvilke forutsetninger som må være på plass for at apotekene skal kunne bli en del av løsningen på helseutfordringene. I et vedlegg til dette dokumentet oppsummeres de tiltakene som bør gjennomføres av myndighetene og apotekbransjen for å realisere at apotekene blir en del av denne løsningen.

## 2 Innledning og bakgrunn

I årene som kommer møter Helse-Norge store utfordringer. Medisinsk og teknologisk utvikling åpner for stadig nye behandlingsformer. Sykdommer som tidligere ikke lot seg behandle, vil kunne behandles. Ofte vil kostnadene være skyhøye. Flere og flere får kroniske sykdommer, mange i ung alder. Folk lever stadig lengre med kroniske sykdommer, og har behov for mye helsehjelp i sitt livsløp. Antall eldre fordobles. Mange pasienter har bedre tilgang til informasjon om sin sykdom og sine rettigheter, som i sin tur vil føre til økte forventninger og krav om behandling. Prioriteringene blir mer og mer krevende fordi antallet som søker helsehjelp øker, og fordi helsetjenesten vil ha stadig flere faglige muligheter til å hjelpe. Alt tyder på at dette samlet sett vil kreve større økonomiske og menneskelige ressurser enn det som vil være tilgjengelig slik tilbudet er organisert i dag. Det betyr at riktig ressursutnyttelse blir enda viktigere. Alle deler av helsetjenesten må bidra i å tenke nytt. Hvordan kan apotekene ta et større ansvar når nye utfordringer krever nye løsninger?

Hensikten med dette dokumentet er å vise hvordan apotekene kan bidra enda mer enn de gjør i dag. Apotekene står i førstelinjen og er lavterskel helsetjeneste. Mange som i liten grad er i kontakt med øvrig helsetjenesten, er likevel i kontakt med helsepersonellet i apotek. Det er mulig å utnytte apotekenes faglige ressurser slik at helseutfordringene kan møtes. Apotekene er den mest desentrale del av norsk helsetjeneste. Ved i større grad å ta disse ressursene i bruk står Helse-Norge bedre rustet til å møte framtidens utfordringer. I et helhetlig norsk helsevesen bør apotekene få flere oppgaver. Det vil være bra for pasientene, bra for helsetjenesten og bra for Norge. Apotekene er en del av løsningen.

Posisjonsdokumentet skal gi retning for Apotekforeningens helsepolitiske posisjoner. I arbeidet med dette dokumentet har «pasientens beste» vært ledeledet. Det er søkt å finne svar på hvordan apotekenes ressurser og kompetanse bedre kan utnyttes til det beste for pasientene i fremtidens helsetjeneste.

Det er et mål at dokumentet skal oppfattes som relevant og retningsgivende blant sentrale helsepolitikere, i Helse- og omsorgsdepartementet og i helseforvaltningen. Det må hele tiden letes etter nye politiske løsninger på de utfordringene som ligger foran oss. Dette dokumentet er et innspill i denne prosessen, og peker på at apotekene kan være en del av løsningen.

Legemidler er apotekenes kjerneområde, men apotek har også et bredt vareutvalg og god kompetanse på medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler. I september 2018 publiserte Apotekforeningen, sammen med bandasjistene, en rapport om medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som refunderes på blå resept. Dette posisjonsdokumentet handler i all hovedsak om legemiddelområdet.

I løpet av de to årene har det kommet ny dokumentasjon og vært nye hendelser som er relevante for apotekenes plass i helsetjenesten.

Apotekbransjens posisjonsdokument for e-helse er utarbeidet på grunnlag av dette dokumentet. Posisjonsdokumentet for e-helse skal angi strategisk posisjon og mål for e-helsearbeidet til Apotekforeningen, og hvordan e-helse skal understøtte arbeidet med å sikre pasientorienterte apotek i fremtiden.

Apotekforeningen har også tilpasset sin FoU-plan slik at den skal underbygge posisjonene som er anvist i dette dokumentet.

Når det gjelder apotekøkonomien har Vista Analyse lagt frem en områdegjennomgang om blåreseptordningen. Her er det bl.a. konkludert med at trinnprisordningen i all hovedsak fungerer

etter hensikten. Apotekforeningen og Farma Norge har som oppfølging av Vista-rapporten laget en egen rapport som peker på sider ved trinnprismodellen som bør endres og forbedres.

I mars 2020 ble Norge rammet av koronapandemien. Koronakommisjonen som la frem sin første rapport våren 2021, konkluderte med at legemiddelforsyningskjeden og apotekbransjen hadde taklet pandemien godt.

Vaksinasjon i apotek er de siste årene blitt etablert som et tilbud til befolkningen over hele landet. Det er etablert egen bransjestandard for vaksiner mot covid-19 og influensa i apotek, og helsepersonell i apotek har vaksinert et stort antall innbyggere. Stadig flere ønsker å benytte seg av vaksinasjonstilbudet i apotek. En spørreundersøkelse publisert i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 7/2021 dokumenterer at befolkningen på kort tid opplever at apotek er blitt en naturlig vaksinearena.

Siden Inhalasjonsveiledning ble innført som offentlig refundert tjeneste i apotek har over 300.000 nordmenn fått sjekket sin inhalasjonsteknikk på apoteket. Omtrent 70% har feil teknikk og får hjelp til å inhalere riktig, slik at de får bedre effekt av sine inhalasjonsmedisiner. I 2018 ble det også innført offentlig finansiering for tjenesten Medisinstart, for pasienter som skal starte på en ny hjertemedisin. Over 30.000 fornøyde pasienter har siden da fått en tryggere oppstart av sin legemiddelbehandling gjennom oppfølgingssamtaler med farmasøyt i apotek.

I arbeidet med posisjonsdokumentet har arbeidsgruppen vært i dialog med mange aktører med interesser i legemiddelpolitikken. Den har vært samtaler med representanter fra helsemyndighetene, pasientorganisasjoner, kommunal helsetjeneste, legemiddelindustrien, leger og farmasøyter. Disse har gitt mange nyttige innspill, men dokumentets innhold står utelukkende for Apotekforeningens egen regning. Det er imidlertid en samlet apotekbransje som mener at apotekene må få en tydeligere rolle i pasientens helsetjeneste i fremtiden.



## 3 Helsepolitiske utfordringer

### 3.1 Helsetjenestens behov og bæreevne

Et klart flertall av befolkningen mener det må brukes mer penger på helsetjenester i Norge. Nesten halvparten mener at å løse oppgavene i helsevesenet er den største utfordringen vi står overfor<sup>1</sup>. Det er med andre ord store forventninger til at vi skal fortsette å bygge opp det offentlig finansierte helsetilbudet, samtidig som det er en erkjennelse i befolkningen av at dette vil være krevende i fremtiden.

Utfordringene helsetjenesten står overfor i årene som kommer er høyst reelle. De siste tiårene har Norge hatt en økonomisk utvikling som har gjort det mulig for det offentlige å investere stadig mer i helsetilbudet til befolkningen. De siste 20 årene har helseutgiftene hatt en realvekst på omkring 45 prosent, og andelen som finansieres av det offentlige har økt fra 80 til 85 prosent. 18 prosent av de samlede offentlige utgiftene går nå til helsetjenester. Spørsmålet nå er om staten har bærekraft til å finansiere en fortsatt vekst i helseutgiftene.

Norge står foran en periode der andelen eldre vil øke sterkt. Andelen eldre over 67 år anslås til å øke med omkring [50 prosent](#) i løpet av de neste 20 årene. I 2040 er det nesten 500 000 flere 67 år+ enn det er i dag. Flere eldre betyr flere som lever med sykdom, flere som trenger pleie, behandling og spesialiserte helsetjenester.

Samtidig ser man en økning i antallet personer som lever med livsstilsrelaterte sykdommer og andre ikke-smittsomme sykdommer som kols, diabetes og muskel- og skjelettsykdommer. Antallet krefttilfeller øker også kraftig.

Parallelt med at det blir stadig flere eldre og dermed flere som lever med sykdom, blir også stadig flere pasienter «eksperter» på egen sykdom gjennom egen informasjonsinnhenting. Den informerte pasienten vil stille flere krav til helsetjenesten og behandlingen hun får. Dette skjer samtidig som de medisinske mulighetene til å gi behandling stadig øker. Nye behandlingsmetoder, ny teknologi og nye legemidler gjør at flere syke kan bli friske eller leve videre med livslang behandling. Gapet mellom hva det er mulig å behandle, og hva vi kan ta oss råd til å behandle – helsegapet – øker.

Ryggraden i norsk helsetjeneste er allmennlegene. I tillegg til å gi medisinsk behandling, skal fastlegeordningen ivareta en silingsfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten. Allmennlegen har også viktige samfunnsmedisinske funksjoner, og skal bidra til forebygging og bedre folkehelse.

Fastlegeordningen er nå under sterkt press, med stort frafall og mangelfull nyrekruttering til yrket, samtidig som allmennlegene er tildelt nye oppgaver. Dette kan resultere i at flere av legens funksjoner blir dårligere ivaretatt. Konsekvensen vil bli ytterligere økt press på den øvrige helsetjenesten.

Det er også andre deler av helsetjenesten som har stort behov for økt tilgang på kvalifisert helsepersonell i årene som kommer. Det er bl.a. en økende bekymring for sykepleiermangel, særlig i kommunehelsetjenesten.

I sum bidrar mangelen på helsepersonell til å forsterke de utfordringene helsetjenesten står foran.

---

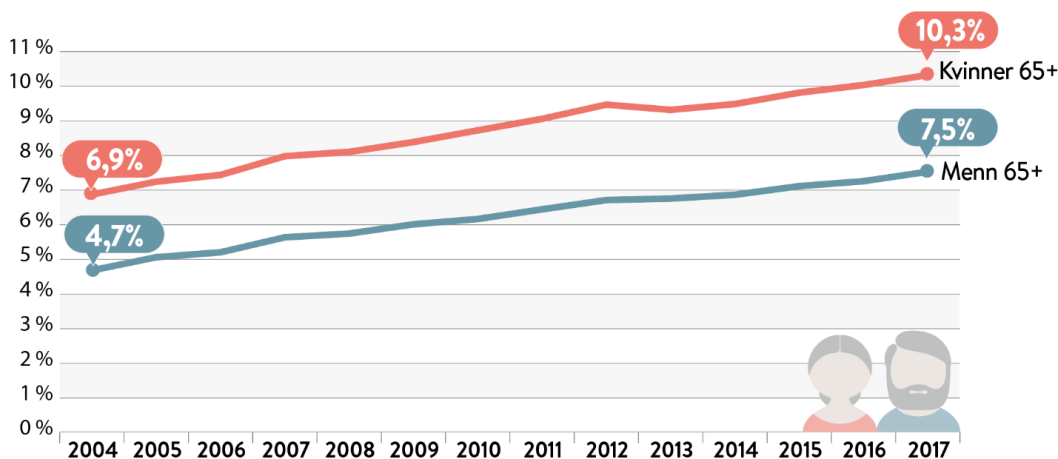
<sup>1</sup> Kantar TNS Helsepolitisk barometer 2019.

### 3.2 Flere legemidler og flere feil

Som en følge bl.a. av at flere lever lenger, er det også flere som lever lenger med sykdom. Konsekvensen er at flere trenger legemiddelbehandling og de trenger det oftere over lengre tid enn tidligere. I tillegg kommer det stadig nye legemidler som gjør at flere sykdommer kan behandles. Med økt fokus på forebygging av fremtidig sykdom igangsettes legemiddelbehandling tidlig (for eksempel kolesterolsenkende legemidler).

Legemiddelbruken øker med alderen. En innbygger over 67 år bruker mer enn fire ganger så mye legemidler som en innbygger under 67 år. De som er over 80 år, bruker igjen langt mer legemidler enn de som er mellom 67 og 80. Antall eldre vil øke de kommende årene, og den klart største veksten vil være antall eldre over 80 år. Dermed kan man forvente at den totale bruken av legemidler også vil øke betydelig. De siste ti årene har antall legemiddeldoser per person økt med ca. 20 prosent. Det er flere som bruker mange legemidler samtidig (jf. figur fra [Folkehelse rapporten](#) 2018).

#### Andel legemiddelbrukere over 65 år som fikk utlevert minst 15 legemidler på resept per år



Antall legemidler definert som ATC 5. nivåer.

FHI Kilde: Reseptregisteret – fhi.no  
Illustrasjonsgrunnlag: Colourbox

Antallet legemiddelbrukere over 65 år som fikk utlevert minst 15 legemidler på resept per år er doblet fra 2004 til 2017, og teller nå over 80 000.

Som en konsekvens av denne utviklingen, er det også flere som bruker legemidlene sine feil og flere som har en u hensiktsmessig legemiddelbruk. Legemiddelbruken fører i flere tilfeller til dårligere, ikke bedre, helse.

Feil legemiddelbruk (utenom sykehus) kan grovt sett deles i to kategorier:

## Pasienten bruker legemidlene feil eller bruker dem ikke

Pasienten begynner ikke å bruke legemidlet (ofte selv om legemiddelet er hentet ut fra apoteket)

Pasienten slutter å bruke legemidlet, f.eks. på grunn av bivirkninger

Pasienten tar legemidlet på feil måte, f.eks. inhalasjonsmidler

Pasienten følger ikke doseringen, f.eks. ved å utelate eller glemme doser

## Uhensiktsmessig forskrivning av legemidler

Pasienten er til behandling hos flere leger, f.eks. på sykehus, legevakt og hos allmennlege, uten at disse kjenner til eller tar hensyn til hverandres forskrivning

Den ene legen ønsker ikke å ta ansvar for å avslutte den andre legens behandling

Stadig mer spesialisert behandling og stadig nye faglige anbefalinger gjør det krevende for leger å holde seg oppdatert

Det finnes mye forskning som både viser at pasientene ikke følger den legemiddelbehandlingen legen har forskrevet, og at summen av legenes forskrivning ikke gir ønsket resultat av behandlingen, og i verste fall virker negativt for pasienten. Det finnes imidlertid lite eksakt kunnskap om omfanget av feil og uhensiktsmessig legemiddelbruk. WHO anslår at 30-50 prosent av legemiddelbrukerne i vestlige land ikke bruker legemidlene sine i henhold til legens anbefaling. Det finnes forskning fra flere land som underbygger at feilbruken er i denne størrelsesorden.

Når antallet pasienter som bruker flere legemidler samtidig øker, kan man forvente at også feilbruken og feilforskivningen vil øke.

### 3.3 En helsepolitikk som møter utfordringene

Siden helsetjenesten står overfor mange utfordringer i årene fremover, blir samfunnets evne til å prioritere viktigere i årene som kommer. Samtidig ser vi en utvikling i retning av at pasientene selv vil være med å velge hva som er viktig for dem. Skal alle symptomer behandles, eller blir livskvaliteten faktisk høyere uten behandling? Dette stiller også helsepersonellet overfor nye utfordringer.

Det er også flere faktorer som peker på at man kan løse mange av utfordringene med en aktiv helsepolitikk.

Mange behandlingsmetoder blir mer kostnadseffektive når de har blitt godt etablert. Det gir mulighet for å introdusere nye metoder innenfor et stramt budsjett. På legemiddelområdet ser man at eldre legemidler faller i pris, slik at det er budsjettmessig rom for å ta i bruk nye legemidler.

En større andel av den eldre delen av befolkningen klarer seg hjemme takket være nye hjelpemidler og behandling. Å unngå institusjonsopphold er god samfunnsøkonomi, samtidig som det i de fleste tilfellene er positivt for den enkelte innbygger.

Ny teknologi og digitale løsninger kan gi en mer effektiv helsetjeneste enn i dag. Digital samhandling i helsetjenesten bidrar til økt effektivitet og er kostnadsbesparende. I tillegg gir den ofte en kvalitativt bedre helsetjeneste. Digital beslutningsstøtte bidrar til mer treffsikker og kvalitetssikret behandling.

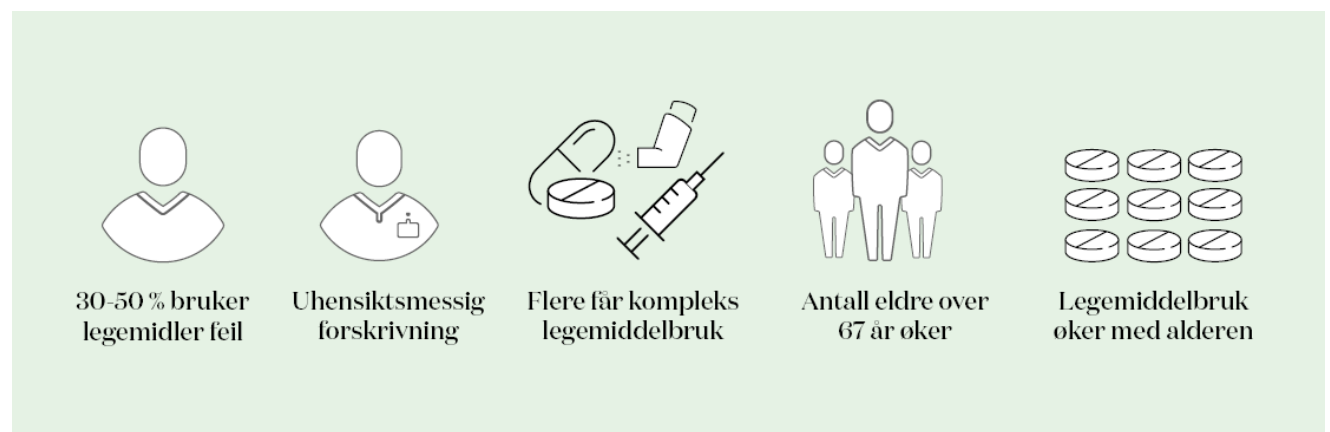
En forventet knapphet på helsepersonell kan også delvis kompenseres ved hjelp av digitalisering og bruk av tekniske hjelpemidler.

Det kanskje viktigste tiltaket for å bøte på tidsknapphet og personellmangel, er å sørge for at arbeidsdelingen mellom ulike profesjoner blir så effektiv og hensiktsmessig som mulig. En helsepolitikk som skal møte fremtidens helseutfordringer, må hele tiden vurdere om oppgavefordelingen i helsetjenesten er optimal. I Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen ble det uttrykt behov for å vurdere hvordan farmasøytens kompetanse best kan benyttes for å gjøre kvaliteten på legemiddelbehandlingen bedre. Dette er imidlertid i liten grad fulgt opp.

Innenfor legemiddelområdet må det settes inn tiltak som sikrer at pasientene får best mulig behandlingsresultat av legemidlene sine. En riktigere legemiddelbehandling vil bidra til at færre utvikler sykdom, at flere kan bo lenger hjemme og vil redusere behovet for hjelp fra helsepersonell.

Norge bør følge opp WHO's globale initiativ *Medication Without Harm*, som har til formål å halvere antallet alvorlige medisinfeil på verdensplan innen 2023. Uansett er apotekene klare til å bidra til at vi får bedre effekt av legemiddelbruken og at legemiddelrelaterte skader og dødsfall reduseres. Den internasjonale farmasøytorganisasjonen *FIP* foreslår 21 tiltaks punkter, mens den Europeiske apotekorganisasjonen *PGEU* oppsummerer hvordan de europeiske landene kan bruke apotekene mer effektivt som en følge av lærdom fra korona-pandemien. Europarådet ga i mars 2020 ut en resolusjon om implementering av farmasøytisk omsorg i helsetjenesten. Internasjonalt foregår det en rekke prosesser for å synliggjøre og nyttiggjøre kompetansen som apotek og farmasøyter representerer.

## OPPSUMMERT: Utfordringer med legemiddelbruk



## 4 Apotekene og helsetjenesten

Apotekene er en av helsetjenestens mange aktører. I apotek arbeider i hovedsak helsepersonell med spesialisering innen legemiddelbruk. Apotekenes kjerneoppgave og samfunnsoppdrag er å sørge for at pasientene får de legemidlene de skal ha, hjelpe pasientene med å bruke legemidlene riktig og hjelpe kundene med å ta vare på egen helse. Selv om apotekenes samfunnsoppdrag blir utvidet i fremtiden, vil disse tre elementene fortsatt være viktige kjerneoppgaver for apotekene.

### 4.1 Apotekenes kjerneoppgaver i dag

Apotekloven definerer et apotek som et salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning. Det fremgår av lovens formålsparagraf at apotek skal sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. Med utgangspunkt i apotekloven har apotekbransjen definert sitt samfunnsoppdrag slik:

*Apotekene skal, i tråd med apotekloven og annet regelverk, sørge for at pasientene får de legemidlene de skal ha, hjelpe pasientene med å bruke legemidlene riktig, og hjelpe kundene med å ta vare på egen helse.*

Apotekene skal skaffe alle lovlige legemidler som etterspørres og vanlig medisinsk utstyr som brukes utenom institusjoner. De har også en sentral rolle i å sikre at ikke falske legemidler kommer inn i forsyningskjeden, bl.a. ved å sørge for gjennomføring av EUs forfalskningsdirektiv. Apotekene har med andre ord en avgjørende rolle i legemiddelforsyningen til befolkningen. Samtidig skal apotek sikre at pasientene får nødvendig kunnskap om produktene som apotekene selger. Ved reseptekspedering gir apoteket råd og veiledning med sikte på at pasienten forstår formålet med behandlingen og hvordan legemidlene skal brukes og oppbevares. Apotekansatte kan forklare pasienten hvordan han vil oppleve effekt, og hjelpe han til å forstå andre effekter eller bivirkninger av behandlingen.

Apotekene er daglig i kontakt med legekontor, pleie- og omsorgstjenesten, sykehjem, sykehus og andre aktører i helsetjenesten. De leverer legemidler og handelsvarer etter rekvisisjon og tilbyr ulike tjenester til helsetjenesten. Eksempler på tjenester er multidose, kurs i legemiddelhåndtering, tilvirkning av legemidler og legemiddelgjennomgang i sykehjem.

#### **Kartlegging av apotektjenester**

I 2016 ble det gjort en undersøkelse i et representativt utvalg apotek som registrerte alle tilleggsoppgaver de gjorde ved 40 000 reseptekspederinger.

Kartleggingen viste at hver tiende resept krever tiltak i apotek. Det dreier seg blant annet om feil eller mangler ved resepten, bivirkninger som må håndteres, interaksjoner og dobbeltforskriving. Studien viste at apotekene til sammen kontaktet legen omtrent 800 000 ganger årlig for å oppklare spørsmål om resepten.

Totalt ble det gjort tiltak knyttet til reseptene omkring tre millioner ganger i 2016, viste kartleggingsstudien.

Legemiddelmangel er et økende problem. Norske apotek og grossister legger stor innsats i å begrense skadevirkningen av legemiddelmangel. I Norge bruker grossistene sin kunnskap om markedene i Europa til å finne legemidler som vi er i ferd med å gå tomme for. Ved legemiddelmangel er det oftest på apoteket pasientene først blir gjort oppmerksom på en

mangelsituasjon. Apotekansatte gjør derfor en viktig jobb i å forklare situasjonen, trygge pasienten og forsøke å løse problemet på best mulig måte for pasienten. Det kan være snakk om å finne likeverdige alternativer, andre pakningsstørrelser eller styrker enn det som står på resepten. God logistikk i apoteket er også en forutsetning for å kunne hjelpe pasientene best mulig.

#### **Legemiddelmangel – kartleggingsstudie i apotek**

Omfanget av og tidsforbruket ved håndtering av legemiddelmangel er kartlagt i et representativt utvalg på 47 apotek i 4 uker i mars 2019. Apotekene rapporterte fra alle sine reseptekspedisjoner der legemidlet på resepten ikke var tilgjengelig i apoteket for direkte ekspedering. Studien omfatter 6 488 innrapporteringer.

Dette er hovedresultatene i kartleggingen av omfanget av legemiddelmangel:

- 96,4 % av pasientene fikk utlevert nøyaktig den legemiddelpakningen legen hadde forskrevet umiddelbart, 1,3 % fikk det etter bestilling fra legemiddelgrossist
- 1,0 % av de resterende 2,3 % av pasientene fikk umiddelbart utlevert et godt alternativ, f.eks. annen pakningsstørrelse eller utenlandsk pakning
- De resterende 1,3 % fordeler seg i 3 grupper:
  - 0,2 % ble henvist til et spesifikt annet apotek som hadde nøyaktig den legemiddelpakningen legen hadde forskrevet
  - For 0,5 % fant ikke apoteket noen umiddelbar løsning for
  - For 0,6 % er det ikke klart om det ble funnet noen løsning eller ikke

Oppsummert betyr dette at mellom 0,5 og 1,1 % av pasientene hverken fikk det legemidlet legen hadde forskrevet eller et godt alternativ. På årsbasis innebærer dette mellom 250 000 og 500 000 tilfeller der legemiddelmangel innebærer et reelt problem for pasienten.

Apotekene er et lavterskeltilbud i helsetjenesten der pasienten får hjelp av kvalifisert helsepersonell. Det er kun i apotek pasient kan få råd ved kjøp av reseptfrie legemidler.

Hjelp til egenomsorg med eller uten bruk av reseptfrie legemidler og handelsvarer, er et annet viktig innsatsområde for apotekene. Apotekene fører legemidler og handelsvarer som dekker egenomsorgsbehovet. Med utgangspunkt i pasientens behov, anbefaler apotekene egenomsorg eller henviser til lege eller annet helsepersonell. Apotekenes rådgivning er basert på faglig standarder og tar hensyn til pasientens forutsetninger. Slik bidrar apotek til at pasienten er i stand til å ta egne valg for å ivareta egen helse.

Apotekene er en del av helsetjenesten og bidrar til at befolkningen i størst mulig grad forebygger sykdom og helseplager. Apotekene deltar i nasjonale og lokale informasjonskampanjer og bidrar til å fremme sunn livsstil slik at befolkningen gjøres i stand til å ivareta egen helse.

Apotekene tilbyr farmasøytiske tjenester til aktuelle pasientgrupper. Eksempler på slike tjenester er Inhalasjonsveiledning til astma- og kolspasienter som bruker inhalasjonsmedisin, og oppstartsveiledning til pasienter som skal starte en langvarig behandling med hjerte-/karlegemidler (Medisinstart). Apotekene yter også tjenester til personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), bl.a. med oppfølging av legemiddelbehandlingen.

Både Inhalasjonsveiledning og Medisinstart er offentlig finansierte tjenester og det forutsettes at de er tilgjengelig i alle landets apotek. Det ligger forskningsbasert kunnskap om nytteeffekten forut for etablering av tjenestene. Dette har vært en forutsetning for å få statlig finansiering. For begge tjenestene finnes det felles bransjestandarder som gjelder alle apotek, og apotekbransjen har selv

sørget for intern opplæring av de ansatte. Erfaringene så langt viser at pasientene setter stor pris på tilbudet, men at de i liten grad forventer å få slike tjenester i apotekene. Der er dermed behov for informasjon og «tilvenning» av at apotekene yter helsetjenester.

For å sikre at apotekkundene får et ensartet tilbud av høy kvalitet uavhengig av hvilket apotek de benytter, har apotekbransjen laget felles [bransjestandarder](#) på en rekke områder, bl.a. for veiledningstjenestene som utføres.

#### **Tilgangen på apotek og legemiddelkompetanse**

Siden 2001, da apoteksektoren ble deregulert med den nye apoteklovgivningen, var det ved utgangen av 2020 etablert 591 nye apotek (netto). Flere av disse er etablert i områder med lav apotekdekning. Apotekene har i denne perioden også fått vesentlig lengre åpningstider.

Høsten 2020 var det mer enn 1 000 apotek. 94 prosent av befolkningen bor i en kommune med apotek.

Fagpersonalet i apotek består i hovedsak av farmasøytter (provisorfarmasøyt og reseptfarmasøyt) og apotekteknikere. Disse gruppene er autorisert helsepersonell. Gjennom helsepersonelloven er de underlagt samme grunnleggende lovverk som annet helsepersonell.

#### **4.1.1 Sykehusapotekene**

De fleste sykehus i landet har et sykehusapotek knyttet til seg. Sykehusapotekene er organisert i fire statlige helseforetak; ett i hver helseregion. I tillegg er det private sykehusapotek i tilknytning til Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus. Sykehusapotek har legemiddelforsyning til sykehuset som sin primær oppgave. De utfører også vanlige apotek tjenester for befolkningen. Sykehusapotekene bidrar til riktig legemiddelbruk og -håndtering for pasienter innlagt ved sykehuset, gode rutiner og kunnskap om legemidler og legemiddel håndtering i sykehus, samt legemiddelproduksjon.

Sykehusapotekene yter i stadig større grad farmasøytiske tjenester til sykehusavdelingene med bruk av kliniske farmasøytter. Dette dreier seg bl.a. om legemiddelgjennomganger, samstemming av legemiddellister, bidrag ved utskrivning og legemiddelrevisjoner. Dette er tjenester som er oppdragsbasert og finansieres av sykehusene selv, og viser dermed at sykehusavdelingene og sykehuslegene verdsetter de tjenestene sykehusapotekene tilbyr.

Dokumentet går ikke nærmere inn på sykehusapotekenes virksomhet (utover en henvisning i kap. 6.3.1), men konsentrerer seg om hvordan apotekenes rolle bør utvikles som en integrert del av primærhelsetjenesten. På områder der også sykehusapotekene yter tjenester til pasienter i primærhelsetjenesten, er de også omfattet av dette dokumentet.

#### **4.2 Apotekene i kommunehelsetjenesten**

De aller fleste apotekene yter tjenester til personer som har behov for primærhelsetjenester. Det betyr at en hoveddel av arbeidet er rettet mot mennesker som bor i eget hjem og som klarer seg selv med den hjelpen de får i primærhelsetjenesten. De aller fleste pasientene som selv henter ut reseptlegemidler fra apotek, har en resept fra legen sin.

I all hovedsak er primærhelsetjenesten organisert som en del av den kommunale helsetjenesten, enten det er allmennlege, legevakt, psykolog, sykepleier, fysioterapeut eller annet helsepersonell som yter helsehjelpen.

Apotekene på sin side har ingen formell forankring i kommunehelsetjenesten og er regulert utenom kommunehelsetjenestelovgivningen. Det er få henvisninger til apotek og den helsehjelpen som ytes der i lovverket som regulerer kommunehelsetjenesten, selv om kommunene også i stor grad er brukere av apotek.

Den løse forankringen mot kommunesektoren, gjør at apotekene i liten grad er integrert i kommunenes tjenestetilbud. Mange av aktørene som yter helsetjenester i kommunal regi, er private næringsdrivende som fastleger, psykologer og private pleietjenester. I motsetning til apotekene, har alle disse en avtale med kommunen. Enkeltapotek kan også ha avtaler med kommuner om å levere varer og tjenester, men som hovedregel gjelder dette da bare ett apotek per kommune, mens alle andre apotek i kommunen er uten noen avtaleregulering. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram åpner opp for kommune-apotek-samarbeid om vaksiner, men dette er i liten grad tatt i bruk, trolig pga. manglende rammeverk og mangel på en fastsatt takst for arbeidet

Denne løse tilknytningen mellom kommune og apotek fører til at få kommuner på en systematisk måte gjør bruk av den kompetansen som finnes i apotekene. Den gjør også at det er lite strukturert kontakt om pasientene mellom de kommunale tjenesteyterne som allmennlegen og hjemmesykepleien, og farmasøytene i apotek. Som det vises til i kapittel 6.3, vil nye digitale løsninger gjøre kommunikasjonen mellom apotek og den kommunale helsetjenesten enklere og mer effektiv. Det kan også tenkes at apotekenes formål, slik det er definert i apotekloven, kan utvides og dreies noe i retning av å være en tjenesteyter inn mot kommunehelsetjenesten (jf. kap. 6.4).

Det finnes ingen enkle grep for å styrke relasjonen mellom den kommunale helsetjenesten og apotekene, men ulike tiltak kan vurderes. Statlige helsemyndigheter kan gi anbefalinger til kommunene om å ta i bruk den farmasøytiske kompetansen i apotekene, f.eks. ved å lage en veileder for samarbeid mellom kommune og apotek. Denne kan også inneholde en oversikt over aktuelle tjenester apotekene kan tilby kommunene. Det kan dreie seg om bistand til legemiddelgjennomganger i sykehjem eller hjemmeboende med hjemmesykepleie, opplæring av kommunalt ansatte i legemiddelhåndtering, vaksinasjon, lokalt beredskapsarbeid mv. Det kan også legges til rette for faglige møteplasser mellom farmasøyter og allmennleger, med sikte på gjensidig kompetansebygging, jf. kap. 6.3.2.

### 4.3 Fortsatt tilgjengelig og effektivt i fremtiden?

Vi har i Norge bygget opp et godt apotekvesen. Apotek er tilgjengelig for hele befolkningen, og de fleste har kort vei til nærmeste apotek. Landets apotek har høy legemiddelfaglig kompetanse. Til sammen jobber det nærmere 4 000 farmasøyter i apotekene, de fleste av disse med femårig universitetsutdanning. Apotek er åpne for publikum uten timebestilling med åpningstider som er tilpasset befolkningens behov.

Alle disse faktorene gjør apotek brukervennlige og velegnet til å spille en viktig rolle i fremtidens helsetjeneste. Samtidig som apotekene bør få en utvidet rolle i fremtiden, er det avgjørende at apotekenes evne til å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til pasientene ikke blir svekket.

Dagens apotekvesen sikrer befolkningen tilgang til legemidler i hele landet, og er tilgjengelige for å veilede pasientene for å sikre riktig legemiddelbruk. Apotek sikrer at korrekt legemiddel blir utlevert og avdekker eventuelle feil som legen har gjort ved forskrivning av resepten. Legemiddelmangel er et



økende problem både i Norge og verden for øvrig. Apotek spiller en avgjørende rolle for å veilede pasientene når de må bruke et annet legemiddel enn de er vant til. Det økende omfanget av legemiddelmangel innebærer at apotek må bruke større ressurser på å håndtere mangelsituasjoner og å gi pasientene god informasjon om hvordan de skal håndtere situasjonen.

Det personlige møtet mellom pasient og farmasøyt er sentralt, både med tanke på å ivareta dagens apotekoppgaver og for å ivareta nye helsetjenester i apotek. Selv om noen oppgaver kan håndteres gjennom elektroniske kommunikasjonsløsninger, vil det i mange situasjoner være behov for et personlig møte mellom pasient og farmasøyt. Mange bruker apoteket som en førstelinje når de får enkle helseplager eller skader. Apotekansatte gir mange råd knyttet til egenbehandling og egenomsorg som ellers måtte bli håndtert på legekontoret. Apotekpersonalet bistår mange i hvordan de skal forholde seg til helseinformasjon og legemiddelinformasjon fra ulike kanaler, og apotekene fremstår som en trygg og kompetent helseaktør for innbyggerne. Uten den fysiske tilstedeværelsen av apotek, ville disse funksjonene gå tapt.

En økende andel av nordmenns varekjøp skjer i nettbutikker, og vi har lenge sett konturene av en utvikling mot færre fysiske butikker. Allerede i 2008 hadde 67 prosent av nordmenn handlet på nett i løpet av det siste året. I 2017 var tilsvarende andel på 75 prosent. Andelen som handler på nett er økende for alle aldersgrupper og spesielt høy blant dem under 55 år. Det er ingen grunn til å forvente at trenden vil avta ettersom en stadig større del av befolkningen adopterer digitale kjøpsvaner og vil anse nettet som en ordinær kanal for handel innenfor en rekke varekategorier, også kjøp av rådgivningstjenester.

På apotekområdet har netthandel så langt i liten grad tatt over for de fysiske utsalgsstedene. Netthandelens markedsandel er fortsatt svært lav. Det var først høsten 2016 at de første fullverdige nettapotekene ble åpnet i Norge. Noe tidligere ble nettapotek med kun reseptfrie legemidler og handelsvarer startet. I Sverige utgjør e-handel om lag 10 prosent av den samlede apotekomsetningen, ifølge Sveriges apotekforening.

Erfaringer fra andre land og fra andre bransjer tilsier at nettapotek vil ta betydelige markedsandeler fra tradisjonelle apotek i Norge i tiden som kommer.

Apotekenes inntekter kommer hovedsakelig fra salg av legemidler og andre varer. Myndighetene fastsetter apotekenes maksimale avanse ved salg av humane, reseptpliktige legemidler. Det er derfor liten sammenheng mellom apotekets inntekter og apotekets innsats for å ivareta pasientens behov for veiledning. Dersom mange av pasientene med lite behov for råd og veiledning velger å bruke nettapotek i fremtiden og pasienter med større veiledningsbehov benytter tradisjonelle apotek, vil ikke dagens finansieringssystem være bærekraftig.

Apotekenes avanser på reseptlegemidler har de senere årene blitt redusert av staten. Dette inntektsbortfallet har i noen grad apotekene kompensert ved å selge mer kommersielle varer som myndighetene ikke pris- og avanseregulere. I 2019 var det veldig liten vekst i dette segmentet, mens det har vært en økning i de to korona-årene, trolig drevet av en forbigående etterspørsel. På sikt er apotekenes eneste mulighet for å kompensere bortfall av inntekter fra legemiddelomsetningen å kutte kostnader.

To tredeler av apotekenes kostnader er personalkostnader. Færre farmasøyter og andre ansatte er derfor det tiltaket som er mest nærliggende å bruke. Færre farmasøyter vil undergrave apotekenes mulighet til å bidra til å møte de nye helseutfordringene som denne rapporten tar opp. En slik linje vil særlig kunne medføre redusert tilgang på legemiddelkompetanse i apotek, jf. kap. 6.2.1.

Skal kompetansen i apotekene fortsatt være tilgjengelig der folk bor, må det føres en politikk som aktivt legger til rette for at de fysiske apotekene overlever. Med en utvikling der vi kan forvente at flere vil ha behov for helserådgivning knyttet til legemidler, må det tas grep som sikrer apotekenes tilstedeværelse i lokalsamfunnet.

Å gi apotek en større rolle i helsetjenesten er både en effektiv bruk av samfunnets ressurser for å gi befolkningen et best mulig helsetilbud, og et virkemiddel for å sikre at dagens kjerneoppgaver i apotek kan utføres på en god måte i fremtiden.

## OPPSUMMERT: Hva gjør apotek?



Sikre at pasienter  
får legemidlene  
de skal ha



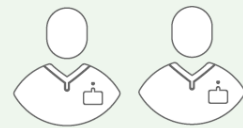
Fremme riktig  
legemiddelbruk i  
befolkningen



Gi pasienter  
veiledning



Hjelp til  
egenomsorg



Snakke med annet  
helsepersonell om  
pasientene

## 5 Helsetjenester som kan løses i apotekene

I dette kapitlet beskrives eksempler på nye roller og oppgaver apotekene kan utføre for pasienter i fremtiden ved å vise til eksempler fra andre land, og gjennom tenkte pasienthistorier slik de kan forløpe om noen år.

Farmasøytene i apotek er legemiddeleksperter, og har gode forutsetninger for å gi befolkningen lettere tilgang til legemidler, bedre oppfølging ved oppstart av behandling, vaksiner og tettere oppfølging av igangsatt behandling. For pasientene er apotek lett tilgjengelig – apotek har åpningstider tilpasset brukernes behov, geografisk spredt i hele landet og er åpent for folk uten timebestilling. Ved at apotekfarmasøytene gis nye oppgaver avlastes andre deler av primærhelsetjenesten, og det legges til rette for en bedre legemiddelbehandling til befolkningen.

Apotektjenestene Inhalasjonsveiledning og Medisinstart har i undersøkelser vist høy tilfredshet og nytte for pasientene. Medisinstart bør utvides til å kunne gis til flere pasientgrupper enn de som skal starte blodtrykks, blodfortynnende eller kolesterolsenkende legemiddelbehandling. I andre land, som Danmark og England gjelder tilsvarende tjeneste også for pasienter med diabetes type 2, astma og kols.

### 5.1 Eksempler fra andre land og forskning

Flere europeiske land har kommet lenger enn Norge når det gjelder å ta i bruk apotek for å gi et bedre helsetilbud til befolkningen og avlaste allmennlegene. I mange land er denne arbeidsdelingen mellom apotek og allmennlege drevet frem av ressursknapphet. Det er mer kostnadseffektivt at deler av tjenestetilbudet gjøres tilgjengelig i apotek, enn via en timebestilling hos en lege. Dessuten er det, som i Norge, knapphet på leger i primærhelsetjenesten.

Her er noen eksempler på helsetjenester i andre land:

- I Danmark er «behandlerfarmasøyer» i apotek gitt forskrivningsrett for visse legemidler og de gjennomfører medisinsamtaler. Medisinsamtaler likner på «Medisinstart», som norske apotek utfører, men er ikke begrenset til pasienter som starter opp ny behandling. Danske apotek gir influensavaksiner til risikogrupperne på samme vilkår som resten av helsetjenesten.
- I Irland har farmasøytene satt influensavaksine siden 2011, og før influensasesongen 2017/2018 ble 13 prosent av alle influensavaksinene satt i apotek.
- I Belgia er det etablert en ordning med «family pharmacist» eller «fastfarmasøyt». Målgruppen for denne ordningen er pasienter med kroniske lidelser, pasienter som bruker mange legemidler og diabetikere. Fastfarmasøytene følger opp pasientens legemiddelbruk, veileder i riktig bruk, og utarbeider og oppdaterer personlige legemiddellister.
- Også andre land, blant annet Australia og Canada, har ført en politikk de siste årene for å utnytte kompetanse i apotek på en bedre måte. Se faktaboks om Alberta nedenfor.
- I Frankrike fikk 3,7 millioner personer influensavaksinen sin i apotek i 2020/21-sesongen. Her diskuteres det også farmasøyer skal fornye og dosejustere reseptlegemidler, og om de skal gis rett til å forskrive enkelte vaksiner.
- Pandemien har vist hvor viktige apotekene som lavterskeltilbud i helsetjenesten. Dette har ført til at en rekke land som Polen, Italia og Frankrike har tatt med apotekene i nasjonale vaksinasjonsprogram for influensa og covid-19.

Som beskrevet i kapittel 6 vil utvikling av nye tjenester i apotek i flere tilfeller forutsette nye digitale løsninger. Det kan derfor være hensiktsmessig at utvikling av apotekjenester skjer gradvis over tid, og at det parallelt utvikles nye tekniske løsninger.

I et eksempel med en pasienthistorie nedenfor beskrives en «enkel» legemiddelgjennomgang. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om legemiddelgjennomganger (IS-1998). En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients samlede legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. Veilederen sier at legemiddelgjennomgangen kan gjøres av legen, av annet kvalifisert helsepersonell eller i team. Legemiddelgjennomganger skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger.

Når farmasøyt i apotek får tilgang på helseopplysninger som pasientens legemiddelliste, og prøveresultater, f.eks. kolesterolverdier, nyreverdier og blodsukker, kan apoteket tilby en legemiddelgjennomgang i henhold til direktoratets veileder. Samtidig må det etableres mulighet for elektronisk dialog mellom apotekfarmasøyt og lege, slik at farmasøytens kan formidles på en trygg og effektiv måte til fastlegen.

#### **Effekten av å måle kolesterol, blodtrykk og blodsukker i apotek**

Ernæringsforsker Karianne Svendsen har i en doktorgradsavhandling fra 2018 sett på effekten av å måle kolesterol, blodtrykk og blodsukker i apotek.

I studien oppgav 4 av 10 at de ikke hadde målt blodsukker eller kolesterol tidligere. Studien fant at hver tiende nordmann hadde 7 mmol/L eller høyere kolesterol, som de ikke visste om. Normale kolesterolverdier ligger på rundt 5 mmol/L.

Over 20 000 personer målte kolesterolet sitt i omtrent 150 Boots apotek i forbindelse med doktorgradsavhandlingen. Deltagerne gjenspeilte den norske befolkningen med tanke på bosted, utdanningsnivå, røykestatus og kroppsmasseindeks.

Apotek bør bli en viktig aktør innen forebygging av hjerte- og karsykdommer, konkluderes det i studien.

Et utvalg på nesten 600 personer med forhøyede risikofaktorer (blodtrykk, kolesterol og/eller blodsukker) deltok videre i en intervensjonsstudie som undersøkte effektene av å få vite sin hjerte- og karrisiko på apoteket. Disse personer kom tilbake til apoteket etter 8 uker og deretter etter 1 år.

Etter ett år hadde 14 prosent startet på et hjerte-kar forebyggende legemiddel. I tillegg hadde mange endret kostholdet sitt og livsstilen sin til det bedre.

Kilde: *Karianne Svendsens doktorgradsavhandling: «Screening and alerting to cardiovascular disease risk in Norwegian pharmacies»*

Mange nordmenn har risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (høyt kolesterol, blodtrykk, blodsukker) uten å vite om det. Tilsvarende gjelder også andre kroniske sykdommer, f.eks. diabetes type 2. Tidlig behandling av slike tilstander, gjennom livsstilsendringer eller legemiddelbehandling, kan forhindre eller forsinke utvikling av alvorlig sykdom. Det er dokumentert at pasienter med diabetes type 2 ikke får den oppfølgingen de bør ha. Dersom myndighetene ønskerkan apotek bidra med for eksempel tilrettelagte Medisinstartsamtaler. Det kan også utformes programmer i et samarbeid mellom helsemyndigheter og apotekbransjen, der apotek gjennomfører aktiv risikovurdering og eventuelt testing av personer med høy risiko. Ved å benytte apotek til dette, vil vi kunne nå målgrupper som sjelden oppsøker lege og henvise personer med behov for medisinsk oppfølging videre til lege.

### Apotektjenester i Alberta

Delstaten Alberta (Canada) har mange likhetstrekk med Norge. Innbyggertallet er om lag det samme, og befolkningen er geografisk spredt med store avstander. Det er noen flere apotek enn i Norge, men antallet farmasøyter er om lag det samme.

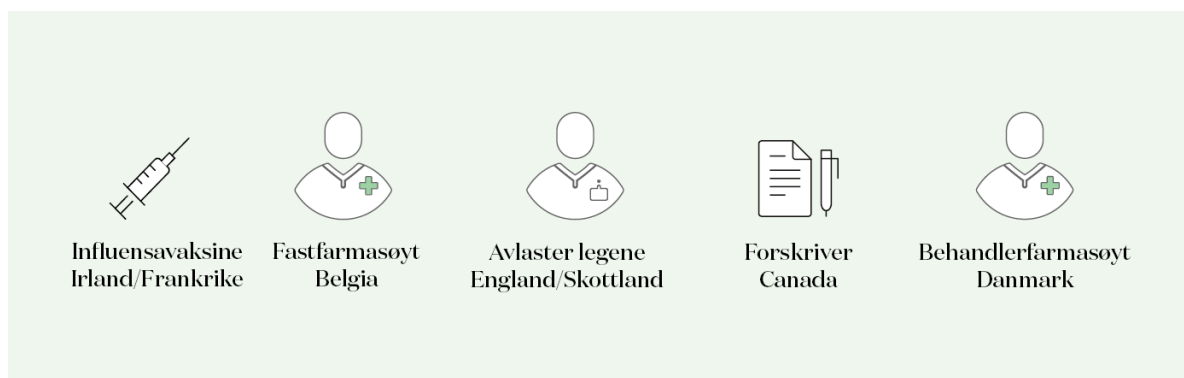
Farmasøytene i Alberta kan tilby en rekke utvidede tjenester (se nedenfor), flere enn i noen annen kanadisk provins. Utviklingen av de ulike tjenestene er basert på resultater av forskning som viser at tjenester i apotek har svært god effekt og en politisk vilje til å ta i bruk apotekene som del av primærhelsetjenesten.

Det offentlige finansierer utvidede pasienttjenestene i apotek. Comprehensive Annual Care Plan (CACP) og Standard Medication Management Assessment (SMMA) er to av disse tjenestene. Begge inkluderer en full legemiddelgjennomgang og en oppfølgingsplan for hver pasient årlig, i tillegg til inntil 12 oppfølgingsmøter årlig etter behov. Basert på svar fra laboratorietester kan farmasøytene justere legemiddelbehandlingen for å oppnå best mulig effekt og sikkerhet for pasienten. Pasientens lege blir informert ved å motta journal fra apoteket. (For en innledende vurdering av en pasient under CAPC får apoteket betalt tilsvarende ca. 700 kroner, og 430 kroner for pasienter under SMMA. For hvert oppfølgingsmøte får apoteket betalt ca. 150 kroner.)

Farmasøyter i Alberta kan gi følgende utvidede pasienttjenester i apotek:

- Nødekspedisjon
- Fornye/forlenge gyldigheten av en resept
- Forandre dosen/formuleringen av et legemiddel
- Nekke reseptekspedisjon ved misbruk eller falsk resept
- Terapeutisk substitusjon
- Administrere offentlige finansierte vaksiner og andre legemidler til injeksjon
- Full rekvireringsrett for alle legemidler, med unntak for noen avhengighetsskapende legemidler (krever særskilt sertifisering)
- Bestille og tolke kliniske laboratorietester
- Care plan assessment (CACP)
- Standard Medication Management Assessment (SMMA)

## OPPSUMMERT: Helsetjenester i apotek i andre land



## 5.2 Pasienthistorier

I de følgende fire fortellingene beskriver vi ved hjelp av konkrete, men oppdiktede pasienthistorier, hvordan hverdagen kan bli enklere for den enkelte og mer effektiv for samfunnet, når apoteket får utvidet sitt samfunnsoppdrag.

Det er flere forutsetninger som må være på plass for at disse historiene skal bli en realitet. Det handler om både regulatoriske forhold, teknologi og finansieringssystemer. Mer om dette i neste kapittel.

### Eldre kvinne med sammensatt legemiddelbehandling

Bjørge har en sammensatt og krevende legemiddelbehandling. Legemiddellisten hennes ser slik ut:

Albyl-E	Diclofenac
Persantin Retard	Imovane
Diural	Metoprolol
Selo-zok	Apodorm
Enalapril	Seroxat
Lipitor	Vival



Noen av legemidlene skal tas flere ganger om dagen, noen daglig og noen ved behov. Bjørge legger legemidlene i dosett selv, men er noen ganger i tvil om doseringen.

Når Bjørge er hos legen, ser legen raskt over legemiddellisten, men har ikke tid til å gå grundigere inn i den der og da. Legen fornyer resepten på Albyl-E som er tom, og sender samtidig en melding til apoteket der det står «Legemiddelgjennomgang».

Det betyr at legen henviser Bjørge til en legemiddelgjennomgang hos farmasøyten i apoteket. Da kan farmasøyten gå gjennom hele legemiddellisten til Bjørge, og gi anbefaling til endringer. Farmasøyten snakker med Bjørge om hvordan hun bruker medisinene sine og sjekker at Bjørge tar legemidlene i henhold til legens forskrivning. Bjørge får anledning til å stille spørsmål om sin legemiddelbruk i samtalen som foregår diskret på apotekets informasjonsrom. Farmasøyten ser at listen inneholder Selo-Zok og Metoprolol, som er det samme legemiddelet. Hun ser også at det står både Imovane og Apodorm på listen. Bjørge gir uttrykk for at hun er litt tung i hodet om morgenen. Kombinasjonen av legemidler hun tar kan forklare dette, og farmasøyten er også i tvil om Bjørge faktisk bør bruke både Seroxat og Vival samtidig. I tillegg er det andre interaksjoner mellom flere av legemidlene. Siden Bjørge har fått smerter i bena og hevelser i leddene, ønsker farmasøyten også at legen skal revurdere behandlingen med atorvastatin (Lipitor). Dette på bakgrunn av Bjørges alder. Dosen hun står på kan trolig reduseres eller legemiddelet seponeres. Farmasøyten forteller Bjørge at hun nå sender en melding til legen via journalsystemet, med noen spørsmål og forslag til endringer. I samarbeidsmøte med det lokale legekantoret er det avtalt at pasienter som Bjørge vil bli innkalt til en ny time hos legen etter legemiddelgjennomgang. Farmasøyten informerer om at Bjørge vil bli kalt inn til en ny legetime.

Neste gang Bjørge er i apoteket, er listen oppdatert og legen har avsluttet behandlingen med flere av legemidlene. Bjørge har tatt med seg alt hun har av legemidler i skapet hjemme. Da kan hun og farmasøyten luke ut de pakningene hun ikke skal bruke lenger og sikre forsvarlig kassasjon av disse. Siden Bjørge fortsatt opplever at det er utfordrende å legge legemidlene i dosett og huske å ta dem har legen sendt en melding til apoteket om at apoteket skal informere Bjørge om ordningen med multidose, og forklare hvordan hun i fremtiden kan få sine legemidler pakket fra apoteket.

## Middelaldrende kvinne, med gamle foreldre som ønsker influensavaksine

Annes foreldre er midt i 70-årene og begge er stort sett friske og aktive. Over en søndagsmiddag i oktober får Anne høre at ingen av foreldrene har tatt influensavaksine denne høsten. Det er mange år siden sist de tok vaksinen. Begge foreldrene mener dette er noe for gamlinger, og ikke nødvendig for dem. Dessuten har ingen av dem vært hos legen denne høsten, så det har ikke vært naturlig å ta det opp med legen heller.



Anne får overbevist foreldrene om at influensavaksinering er en smart og billig forsikring mot å bli sengeliggende med mulighet for følgesykdommer. Men å få faren til å gå til legen for å sette en vaccine sitter lenger inne. «Det er sikkert tre ukers ventetid, og dessuten har jeg ingenting hos legen å gjøre», sier faren.

Da forklarer Anne at de ikke trenger gå til legen for å få en vaccine. «Neste gang dere er i byen, kan dere bare gå innom et apotek. Der ordner de alt. Og jeg kan bli med, for jeg skal også ta vaksinen», sier Anne.

På apoteket spør apotekteknikeren som ekspederer dem om de har fått influensavaksine tidligere, og om de har noen allergier. Når dette er avklart hentes en farmasøyt som rekvirerer og ekspederer influensavaksine til alle tre. Farmasøyten vurderer samtidig vaksinasjonsstatusen til både Anne og foreldrene og gir råd om hvilke øvrige vaksiner som bør tas i henhold til nasjonalt voksenvaksinasjonsprogram. Hverken Annes mor eller far har fått vaccine mot pneumokokker tidligere, og farmasøyten anbefaler at dette gjøres i henhold til FHIs retningslinjer samtidig. Hun setter deretter vaksinene på Annes far og overlater til apotekteknikeren å sette vaksinene på de to andre. En og en blir de kalt inn på informasjonsrommet, der sprøyten blir satt. I løpet av et kvarters tid er alle tre ferdige, og kan sitte ned i apoteket en stund for å forsikre seg om at de ikke får noen reaksjoner etter vaksinasjonen. Imens har apotekteknikeren meldt inn vaksinasjonene til vaksinerregisteret Sysvak, og samtidig går det melding til fastlegens pasientjournal om at vaksinen er rekvirert og satt i apoteket.

Da Anne og foreldrene er på vei ut snur Anne og kontakter farmasøyten igjen. Hun har lest plakaten med informasjon om Inhalasjonsveiledning i apotek. Hun forteller at hun har brukt inhalasjonsmedisiner mot astma i mange år, men at ingen noen gang har sjekket om hun bruker dem riktig. Hun har i det siste måttet bruke anfallsmedisinen sin oftere og lurer på om måten hun bruker medisinene på kan ha noe med det å gjøre. Farmasøyten foreslår at hun tar med medisinene neste dag til apoteket og at de da kan ta en gjennomgang av Annes inhalasjonsteknikk.

## Middelaldrende mann med forhøyet kolesterol



Hassan er i begynnelsen av 50-årene. Han mosjonerer litt, og regner seg selv som rimelig sunn og frisk. Men som mange andre som har rundet 50, vil kona at han skal komme seg til legen for å få tatt en sjekk av helsetilstanden. Hjerne, lunger, blod og årer, prostata, tarm og føflekker står på programmet. Legen tar alle de nødvendige prøvene, og Hassan glemmer hele greia inntil legen innkaller til en ny time. Det aller meste ser ut til å være i sin skjønneste orden, men kolesterolverdiene er litt høye. Totalkolesterolet ligger på åtte-tallet og LDL-kolesterolet er på 4,2. Legen anbefaler at Hassan begynner med statinbehandling, og skriver en resept på 10 mg atorvastatin.

Legen haker av for «Medisinstart» i e-resepten han skriver ut. Det betyr at Hassan får en egen oppfølgingssamtale i apoteket etter å ha hentet ut atorvastatin første gang. Hassan kan etter en måned kan gå innom sitt faste apotek og få målt kolesterolnivåene på nytt. I pasientjournalen har legen skrevet at målet for Hassan er å få et totalkolesterol på seks-tallet og et LDL-kolesterol på to-tallet. Dette kan apotekfarmasøyten hente opp via kjernejournal, og forklare for Hassan når resultatet av den første fireukerskontrollen foreligger. Farmasøyten ser av målingen av både totalkolesterol og LDL-kolesterol er på vei nedover, men behandlingsmålene er ikke nådd. Da får Hassan beskjed om å komme innom apoteket igjen om fire uker, for en ny måling.

Den nye målingen viser at kolesterolnivåene fortsatt ligger for høyt, sammenlignet med legens behandlingsmål. Fordi farmasøyten har tatt relevant etterutdanning, kan farmasøyten justere dosen Hassan går på. Hassan forteller at han har justert kostholdet med mindre fett og mer fisk og begynt å mosjonere litt etter at han fikk beskjeden fra legen. Likevel gir ikke behandlingen ønsket resultat. Derfor blir han og farmasøyten enige om at han skal forsøke 20 mg atorvastatin en periode. Farmasøyten endrer på resepten som ligger i Reseptformidleren, som igjen sørger for at Hassans fastlege får beskjed om endringen i journalen hans.

Etter nye to måneder med behandling, viser kontrollmålingen på apoteket at Hassan har nådd behandlingsmålene, i kombinasjon med noen enkle endringer av livsstilen. Neste gang Hassan må til legen, med en kraftig halsbetennelse, kan legen se hvilke prøver som er tatt på apoteket og hvilke endringer apotekfarmasøyten og Hassan har blitt enige om. De blir enige om å redusere dosestyrken til 10 mg igjen, for å se om det er tilstrekkelig for å holde kolesterolnivåene i sjakk sammen med livsstilsendringene Hassan har gjort.





### **Ung kvinne som lider av allergi og som ønsker prevensjon**

Therese er i begynnelsen av 20-årene, og har gresspollen- og dyrealergi. Pollenallergien plager henne vanligvis fra begynnelsen av juni til midten av august. Dyreallegien slår ut når hun er hos foreldrene som har hund og hos venner som har katt.

Forrige året tok Therese seg sammen og gikk til legen med allergien. Han skrev ut en resept på en startpakning på 30 tabletter Aeries. Når Therese henter den første pakningen på apoteket, får hun beskjed om at hun kan komme tilbake når hun nærmer seg å ha brukt opp startpakningen. Da kan hun sammen med farmasøyten diskutere om hun har hatt tilfredsstillende effekt av medisinen. Hvis så er tilfelle, fornyer farmasøyten enkelt legens resept, og øker pakkingsstørrelsen til 100 tabletter. Melding om fornying og utlevering sendes umiddelbart til legen. Neste gang Therese trenger påfyll, gjør farmasøyten det samme, etter en kort samtale om effekten av medisinen og om hun ellers har opplevd noen symptomer som kan skyldes bivirkninger.

I den samme samtalen med farmasøyten, forteller Therese at hun snart er tom for p-pillene hun bruker. Farmasøyten sjekker Reseptformidleren, og ser at Therese ikke har noen aktiv resept på p-piller. I Pasientens legemiddelliste kan imidlertid farmasøyten se at legen har forskrevet Microgynon p-piller. Etter en samtale, der Therese blant annet kan bekrefte at hun ikke er kjent med at noen i familien har hatt blodpropp og farmasøyten har sjekket at blodtrykket til Therese er innenfor retningslinjene, oppretter farmasøyten ut en ny resept på Oralcon, fordi det for tiden er mangel på Microgynon. Therese har fått ordnet alt hun trengte i apoteket. Fastlegen får informasjon om de to nye reseptene i Pasientens legemiddelliste, slik at han har oversikt neste gang hun kommer.

## 6 Apotekene som del av løsningen på fremtidens helseutfordringer

### 6.1 Apotekenes plass i fremtidens helsetjeneste

I kapittel 3 er det beskrevet hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor i de kommende årene, en analyse det i stor grad er politisk enighet om. Det blir flere eldre, flere som trenger behandling bl.a. med legemidler, behandlingsmulighetene blir flere, samtidig som ressursene blir knappere. Tilgangen på kompetent helsepersonell er allerede presset, og fører til enda større behov for effektiv og riktig utnyttelse av ressursene.

Et mer effektivt tilbud av helsetjenester forutsetter at oppgavene fordeles slik at tilgjengelig kompetanse utnyttes best mulig. Meld. St. 26 (2014-2015) poengterer bl.a. at fastlegerressurser må frigjøres slik at de kan bruke mer tid på de som trenger legetjenester mest<sup>2</sup>.

Dette innebærer at apotekenes ansatte i fremtiden må benyttes til å løse nye oppgaver ved å tilby tjenester slik de er beskrevet i kapittel 5. Også i fremtiden vil apotekene ha en avgjørende rolle i legemiddelforsyningen, og ha som hovedoppgave å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. Men i tillegg må apotekenes rolle for å fremme riktig legemiddelbruk i befolkningen styrkes.

Hvilke konkrete tjenester som bør implementeres, og når dette kan gjennomføres, må klarlegges i dialog mellom myndighetene og apotekbransjen. I dag er helsetjenesten organisert slik at det er legen som stiller diagnosen og iverksetter behandling, mens andre helsepersonellgrupper bidrar med oppfølging og supplerer behandlingen. Denne arbeidsfordelingen bør også gjelde for fremtiden, men apotekene kan i større grad sørge for at behandlingen blir fulgt opp, og sikre at den gjennomføres slik den er planlagt, eller at den justeres når det er behov for det.

Hvis apotekene skal kunne fylle denne nye rollen og aktivere eksisterende kompetanse, er det nødvendig at de sikres bærekraftige rammevilkår, som gjør det mulig å drive fysiske apotek også i fremtiden. Som vist i kapittel 4.3, er det flere utviklingstrekk som allerede gjør det krevende å opprettholde kompetanse og tilgjengelighet på relativt kort sikt. Det trengs en aktiv politikk og politisk styring for å opprettholde et apotekvesen som er til stede for pasienten.

De følgende fem premissene må bli ivaretatt for å sikre «pasientens apotek» for fremtiden:

- beholde og videreutvikle kompetansen i apotek over hele landet (Avsnitt 6.2)
- utvikling av nye teknologiske løsninger i apotek og løsninger for samhandling (Avsnitt 6.3)
- gjennomgang av regulatoriske virkemidler som legger til rette for helsetjenester i apotek (Avsnitt 6.4)
- sikre finansiering av helsetjenester i apotek (Avsnitt 6.5)
- utvikle kvalitetsindikatorer og sikre at effekten av tjenester i apotek kan dokumenteres (Avsnitt 6.6)

Hvordan disse fem forholdene håndteres av politikere, forvaltning og apotekbransjen selv, vil være avgjørende for hvilket apotekvesen vi får i fremtiden.

---

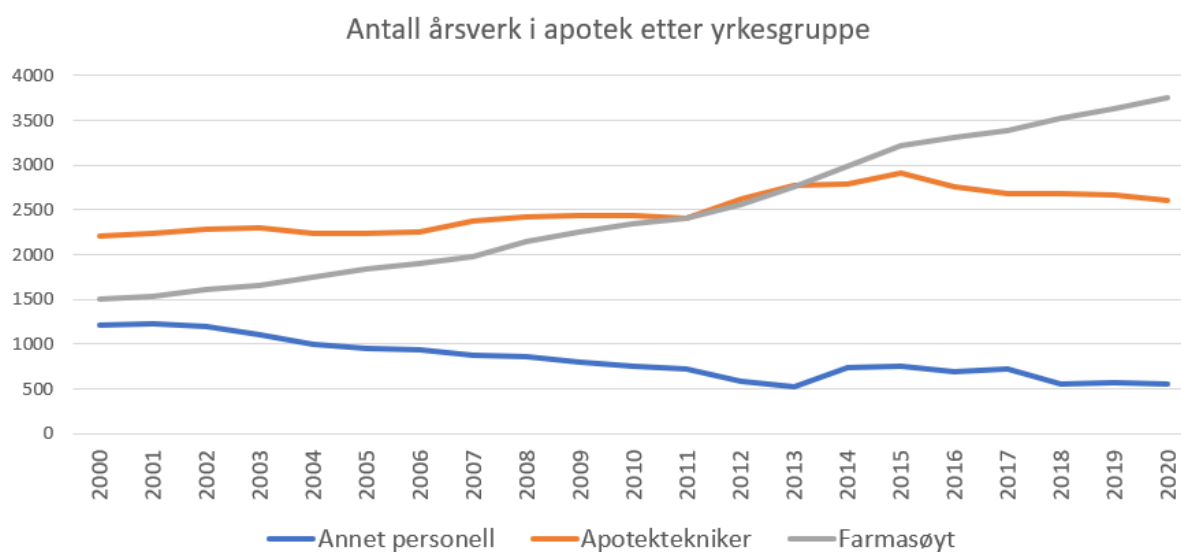
<sup>2</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet side 15

## 6.2 Kompetanse og ressurser i apotek

### 6.2.1 Apotekansattes kompetanse

Ansatte i apotek består i hovedsak av farmasøyter med master (provisorfarmasøyt) eller bachelorgrad (reseptarfarmasøyt), og apotekteknikere. Reseptarfarmasøyter kan oppnå mastergrad i farmasi gjennom påbygning av bachelorgraden. Apotekteknikerutdanningen er et tre-årig løp på videregående skole.

Disse tre yrkesgruppene er autorisert helsepersonell. Som det fremgår av figuren under har det de siste årene vært en utvikling der en stadig høyere andel av apotekpersonalet er farmasøyter, og særlig farmasøyter med mastergrad. Med en overvekt av farmasøyter ansatt, har apotekene gode forutsetninger for å være kompetansedrevne kunnskapsvirksomheter.



Fra 2001 til 2018 er antall årsverk i apotek økt med nesten 40 prosent. Økningen skyldes at antallet farmasøyter har økt fra vel 1 500 til over 3 500 årsverk. Samtidig er bruken av ufaglærte redusert, mens antallet autoriserte apotekteknikere har økt. For å dekke behovet for farmasøyter i apotekene, har det over flere år blitt rekruttert mange farmasøyter fra utlandet. De fleste av disse kommer fra land utenfor EØS. De siste årene har om lag halvparten av alle farmasøyter som er gitt autorisasjon som helsepersonell, sin utdanning fra andre land (ikke medregnet nordmenn med utenlandsk utdanning). Dette forholdet understreker også at det fortsatt er behov for økt utdanningskapasitet for farmasøyter i Norge.

Farmasøyter er legemiddeleksperter med inngående kunnskap om alt fra utvikling av legemidler til oppfølging av den enkelte pasients legemiddelbruk. De har inngående kunnskap om hvordan legemidler virker på kroppen og hvordan legemidler brukes til å forebygge og behandle sykdom. Apotekfarmasøytens viktigste oppgave er å bruke denne kunnskapen til å sikre riktig legemiddelbruk og løse legemiddelrelaterte utfordringer hos pasienter.

Dette er en kompetanse som i for liten grad er tatt i bruk i dagens helsetjeneste. Selv om apotekfarmasøytene har en rolle knyttet til rådgivning om legemiddelbruk, er de i liten grad brukt til å følge opp legemiddelbehandlingen. Ved å definere apotekfarmasøytens rolle tydeligere og knytte denne til oppfølging av pasientens behandling med legemidler, vil man få en mer effektiv bruk av tilgjengelig kompetanse. Ved å anvende farmasøytene legemiddelkompetanse, vil behandlingsresultatene bli bedre. Det er også god samfunnsøkonomi.

Med den kunnskapen man har om feil legemiddelbruk, inkl. uheldig forskrivning, er det behov for å sette inn tiltak som både kan bidra til at flere når behandlingsmålene sine, og kan bidra til at færre opplever negative konsekvenser av legemiddelbruken sin.

Farmasøyter som i dag utfører tjenester i apotek (Inhalasjonsveiledning og Medisinstart) er sertifisert. For å bli sertifisert må farmasøytene gjennomføre et omfattende opplæringsprogram. Alle apotekansatte har tilgang til opplæringsprogrammene fra Apokus gjennom e-læringsportaler. Opplæringen består av en rekke e-læringskurs og praktisk trening. Farmasøyten må bestå en avsluttende test og apotekeren signerer kompetansebeviset. Apokus er et bransjefelles kompetanse- og utviklingscenter for apotek.

Ved innføring av nye tjenester i apotek må det, med grunnlag i tjenestens innhold, vurderes om disse skal kunne utføres av alt helsepersonell i apotek (apotekteknikere, reseptarfarmasøyter og provisorfarmasøyter), eller om de skal forbeholdes farmasøyter eller bare provisorfarmasøyter. Videre må det vurderes om det er behov for obligatorisk etterutdanning eller særskilt opplæring og sertifiseringsordninger.

Apotekfarmasøyter har relevant og god kompetanse til å utføre de fleste tjenester som er skissert i kapittel 4, men det er viktig at bransjen står sammen om å beholde og videreutvikle apotekpersonalets kompetanse. Dette innebærer å legge til rette for faglige oppdateringer for alle ansatte.

Legemiddelgjennomgang i apotek forutsetter tilgang på pasientopplysninger, jf. kapittel 5.3. I tillegg til opplysninger om pasientens diagnose og legemidler i bruk, kan det være relevant å innhente laboratoriedata, f.eks. om nyre- og leverfunksjon, blodverdier etc. Apotekfarmasøyter har i utgangspunktet begrenset praktisk erfaring i å tolke lab-resultater med tanke på å sikre optimal legemiddelbehandling. Apotekbransjen og myndighetene må derfor i fellesskap vurdere behovet for opplæringstiltak for farmasøyter som skal gjennomføre legemiddelgjennomganger og andre klinisk rettede oppgaver i apotek.

Det er ingen formelle krav til vedlikehold av kompetanse for farmasøyter, og ingen sertifiseringsordninger som er offentlig regulert eller initiert. Det finner heller ingen formelle kompetansekrav for utøvelse av de ulike tjenestene apotekene tilbyr. Her har imidlertid bransjen selv satt kompetansekrav. Myndighetene bør i samarbeid med apotekbransjen, vurdere om det er behov for å stille formelle kompetansekrav eller krav til vedlikehold av kompetanse, når apotekene får utvidede oppgaver og yter flere helsetjenester.

#### **Farmasøytisk kompetanse i kommunene**

De siste årene har noen få kommuner ansatt egen kommunefarmasøyt. Disse farmasøytene driver i stor grad med kvalitetsarbeid på systemnivå, og har i varierende grad direkte pasientkontakt.

Det er usannsynlig at alle kommuner skal kunne ansette egne farmasøyter, samtidig som stadig flere kommuner erkjenner behovet for å knytte til seg farmasøytisk kompetanse. På den annen side, med apotek i over 260 kommuner, vil det være mulig for svært mange kommuner å inngå avtale om innleie av denne kompetanse fra et lokalt apotek. Innleie gir stor fleksibilitet og kan skaleres etter den enkelte kommunes behov.

### 6.2.2 Spesialiserte apotek

I Norge er det fritt apotekvalg. Det innebærer at pasienten selv har rett til å velge ved hvilket apotek han ønsker å hente ut reseptpliktige legemidler. De aller fleste apotek tilbyr også de eksisterende offentlig finansierte tjenestene (Inhalasjonsveiledning, Medisinstart og tjenester knyttet til utlevering av legemidler i LAR).

Med mer spesialiserte og tidkrevende tjenester i fremtiden, kan det bli behov for at ulike apotek har ulikt tilbud. En slik utvikling ser vi allerede spor av, i form av at enkelte apotek spesialiserer seg på utlevering og veiledning om medisinsk forbruksmaterieell, eller på dyrehelse, eller skipsmedisin.

I mange byer og større tettsteder finnes det i dag flere apotek av ulik størrelse. De små apotekene har få ansatte og det kan være vanskelig å tilby tidkrevende tjenester som legger beslag på personalressursene. De større apotekene kan være mer fleksible og lettere tilby tjenester som krever ekstra personalressurser.

Dersom flere av tjenestene som beskrives i kapittel 5 blir realisert, kan det med andre ord bli behov for at flere apotek spesialiserer seg på bestemte tjenester. I så fall må apotekbransjen vurdere om det skal tydeliggjøres en minstestandard for hva alle apotek skal tilby. Det må være tydelig for pasienten hvilken type apotek hun går inn i, om det er et «standardapotek» eller et «spesialisert apotek». Samfunnsutviklingen generelt går i retning av stadig høyere grad av spesialisering, og det er ikke unaturlig at denne utviklingen også vil gjelde for apotekene.

Apotekloven med forskrifter stiller i dag minstekrav til apotek. Tjenester i apotek, som Inhalasjonsveiledning og Medisinstart, er ikke regulert i lovgivningen. Det bør vurderes om helsetjenester i apotek bør reguleres i lovverket, herunder hvilke tjenester alle apotek skal kunne tilby.

Legemiddelverket fører tilsyn med at krav til apotekvirksomhet i lov og forskrifter er oppfylt. Helsetilsynet/fylkesmannen fører tilsyn med alt helsepersonell som er ansatt i apotek, herunder tilsyn med at den virksomhet helsepersonellet utøver er forsvarlig. Lovfesting av helsetjenester i apotek vil dermed kunne påvirke tilsynsmyndighetenes ansvarsområde og dette spørsmålet bør vurderes særskilt.

Spesialisering i apotek, der man får to eller flere apotektyper, vil ikke rukke ved prinsippet om fritt apotekvalg. Men dersom kunden ønsker visse typer tjenester i apotek, vil valgfriheten begrenses til de apotekene som er klassifisert til å tilby tjenestene.

### 6.3 Teknologi, digitalisering og samhandling

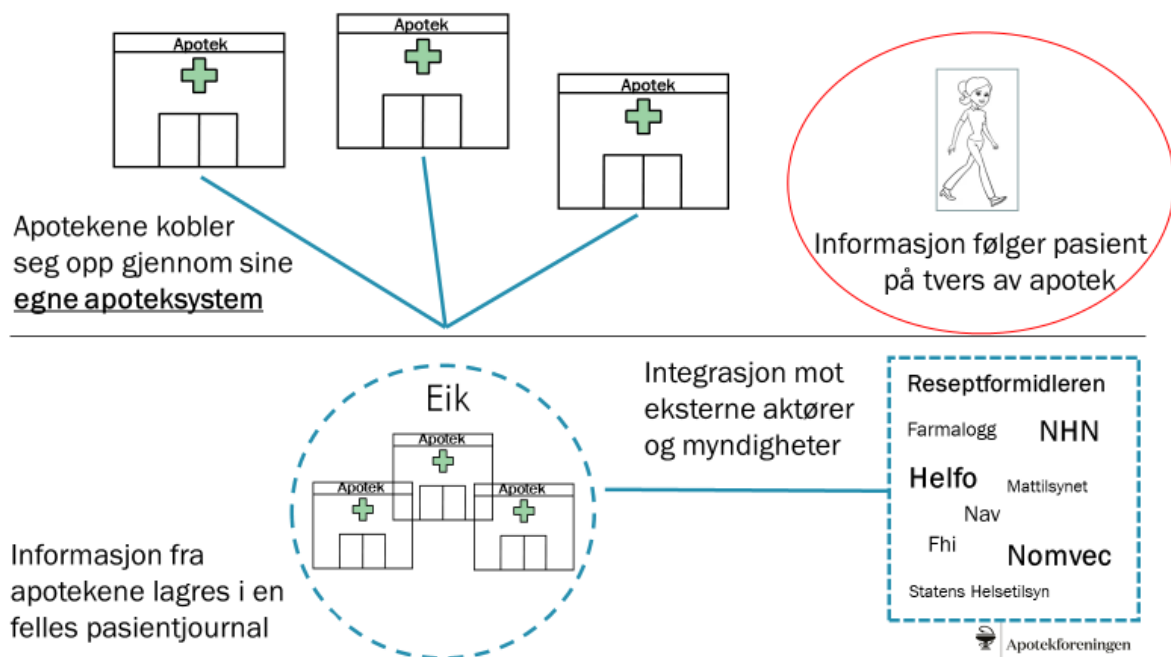
På basis av dette posisjonsdokumentet er det utarbeidet et eget posisjonsdokument for e-helse i apotekbransjen. Dokumentet ble vedtatt av styret i Apotekforeningen i september 2020.

Det skjer stadig en utvikling innenfor helseteknologi, bl.a. med utvikling av E-helseløsninger som kjernejournal, pasientens legemiddelliste (PLL), elektronisk multidose (e-multidose) og nye pasientjournalløsninger. Myndighetsløsningene er en viktig premissgiver, og god og konstruktiv dialog med aktuelle myndigheter er en forutsetning for en effektiv modernisering og digitalisering av apoteksektoren. Kvaliteten på videreutvikling av apoteksektoren fordrer at apotekenes behov og innspill ivaretas i de aktuelle nasjonale systemene, og at disse kommer på plass. Der hvor apotekpersonalet har tjenstlige behov, må de få tilgang.

Apotekene er en av de største og viktigste private aktørene med direkte tilknytning til digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren, og det er kritisk for en helhetlig tilnærming av digitaliseringen for legemiddelområdet at apotekene er en del av styringsprosessen. Dette ivaretas i dag bl.a gjennom Apotekforeningens deltakelse i Nasjonal styringsmodell for e-helse, deltakelse i programstyret for Pasientens legemiddelliste med tilhørende prosjekt og arbeidsgrupper og deltakelse i Endringsråd for E-resept, samtlig ledet av Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett.

Apotekenes felles bransjeløsning, Eik, vil erstatte FarmaPro og være et felles kjernesystem for apotekene. I Eik vil all informasjon om den enkelte pasient lagres slik at alle ansatt i apotek har tilgang til den samme informasjonen om pasienten. Eik vil også være apotekenes felles løsning for all digital kontakt mot eksterne aktører og myndigheter.

Apotekaktørene utvikler egne forretningsløsninger som kobles til den felles kjerneløsningen, Eik, og dette understøtter og tilrettelegger for videre digitaliseringen, innovasjon og konkurranse mellom apotekaktørene. Sterk involvering og koordinering mot medlemsgrupperingene er kritisk i den videre forvaltningen og utviklingen av Eik.



### 6.3.1 Dialog og digital samhandling med øvrig helsetjeneste

Fastlegen har ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen. For fastlegen er det viktig med tilgang til all relevant pasientinformasjon og motta meldinger om helsehjelp som pasientene mottar fra annet helsepersonell. Digitalisering og teknologiutvikling kan legge til rette for at apotek kan bidra på områder som tradisjonelt har vært fastlege-oppgaver, ved at det legges til rette for dialog og samhandling mellom farmasøyt i apotek og fastlegen, slik det ble vist i historiene om Bjørg, Anne, Hassan og Therese i kapittel 4.

Teknologi har lagt til rette for elektronisk forskrivning av legemidler (e-resept). Dette øker kvaliteten ved at resepten er entydig og standardisert og ved at forskrivende lege og pasientenes fastlege får informasjon om utlevering på resepten i apotek.

Den nye felles apotekløsningen, Eik, vil legge til rette for deling av pasientinformasjon og bedre samhandling mellom apotek, og vil kunne benyttes til å sikre bedre informasjon ved ekspedering og farmasøytjenester.

Samhandling og god dialog mellom apotekfarmasøyt og allmennlege er en forutsetning både for kvalitetsheving av dagens legemiddelhåndtering og for innføring av utvidede oppgaver i apotek. På mindre steder, gjerne med et fåtall leger og ett apotek, er det enklere å etablere rutiner for dialog mellom apotek og lege. I større byer der pasienter benytter ulike apotek er dette mer krevende. I Belgia er det etablert en ordning med mulighet for fastfarmasøyt for utvalgte pasientgrupper, jf. kapittel 4. Uavhengig av om pasienten har én fast farmasøyt eller benytter ett apotek fast, er det viktig at det etableres mulighet for elektronisk samhandling mellom apotek og andre helseaktører, særlig pasientens fastlege, for å sikre løpende dialog om behandlingen.

Myndighetene arbeider med utvikling av Pasientens Legemiddelliste (PLL) og innføring av Kjernejournal og e-resept i kommunehelsetjenesten. PLL skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i en felles nasjonal oversikt og skal gi helsepersonell tilgang til oppdatert informasjon om en pasients legemiddelbruk. Sammen med utvikling av den nye felles bransjeløsningen for apotekene vil dette gi apotekene mulighet til å samhandle på tvers av helsetjenester og omsorgsnivåer og sikre felles tilgang til riktig og oppdatert pasientinformasjon.

### 6.3.2 Samhandling og møteplasser

Heller ikke i fremtiden kan det forutsettes at all samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten vil eller bør foregå digitalt. I noen sammenhenger vil fortsatt muntlig dialog og møter ansikt til ansikt gi bedre resultat og være mer effektivt. Direkte dialog kan også være nødvendig for å etablere og vedlikeholde tillitsforhold mellom ulike profesjoner rundt pasienten.

Det er opplagt områder der farmasøyer og allmennleger kan ha gjensidig utbytte av å møtes for å diskutere faglige temaer som ikke gjelder enkeltpasienter. Det må arbeides videre med å få etablert slike lokale møteplasser for faglig utvikling og gjensidig innsikt. Ett mulig utgangspunkt for slike møteplasser kan være den systematiske innsikten apotek har tilgang til om lokale forskrivningsmønstre, gjennom apotekenes felles bransjestatistikk. Mange leger erkjenner at uheldig forskrivningspraksis kan være et problem, men de mangler verktøyene for å gjøre noe med det i egen praksis. Det må utredes videre hvordan apotekfarmasøytene i større grad kan bidra til at lokale allmennleger får en bedre forskrivningspraksis.

Et annet område der dialog og samhandling bør videreutvikles gjelder pasienters skifte av omsorgsnivå. Det er allment kjent at feil legemiddelbruk lett oppstår når pasienter skrives ut eller inn i sykehus. Deler av dette kan løses med nye digitale verktøy som Pasientens legemiddelliste og Kjernejournal, men det vil fortsatt være behov for dialog mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det må vurderes om apotekene kan ta en rolle for å bedre dialogen om den enkelte pasients legemiddelbruk når hun skifter omsorgsnivå.

### 6.3.3 Beslutningsstøtte

Beslutningsstøtte er et aktivt kunnskapssystem som benytter pasientinformasjon fra flere informasjonskilder til å generere spesifikke råd, enten til pasienten, legen eller farmasøytten.

Elektronisk beslutningsstøtte er som regel integrert som en del av arbeidsprosessen til helsepersonell og gir spesifikke råd avhengig av oppgaven som utføres. Den mest kjente form for beslutningsstøtte på legemiddelområdet er automatisk vurdering av interaksjoner. Graden av beslutningsstøtte avhenger av tilgjengelige informasjonskilder og påvirker omfanget av farmasøytiske tjenester.

Innføringen av god elektronisk beslutningsstøtte i apotek forutsetter tilgang til oppdatert journalinformasjon med relevant klinisk informasjon og legemiddelhistorikk, jf. arbeidet med Eik, PLL og Kjernejournal.

Ulike former for bruk av kunstig intelligens og stor-data blir tatt i bruk i helsetjenesten, og omfanget vil øke. Dette kan gi helt nye muligheter for beslutningsstøtte og pasientoppfølging i fremtiden. Det finnes allerede store datamengder og kunnskap om legemiddelbehandling, etterlevelse og effekt av behandlingen. Mye av disse dataene genereres i apotekene i form av opplysninger om ekspedisjoner på individnivå. Disse dataene kan brukes mer effektivt enn i dag, for å gi pasientene et bedre behandlingstilbud, for eksempel som grunnlag for å identifisere om tilsiktet behandling faktisk blir fulgt opp av pasientene og om behandlingen faktisk har klinisk effekt. Satt sammen og delt mellom apotekene, kan apotekenes egne data gi grunnlag for bedre pasientoppfølging både på individ- og populasjonsnivå. Slike data blir enda mer relevant når terapien blir mer pasienttilpasset, jf. kapittel 6.3.4 nedenfor. Disse dataene kan trolig også benyttes for å identifisere pasientgrupper som kan ha spesiell nytte av å kontakte apotek eller lege. Apotekenes felles bransjeløsning, Eik, bygger på fremtidsrettede standarder, og oppfyller alle myndighetskrav til slike løsninger, herunder hensyn til personvern.

#### 6.3.4 Nye behandlingsmetoder

Det skjer en rask utvikling på flere områder innen helseteknologi, som vil påvirke apotekbransjen i årene fremover.

Bruken av persontilpasset medisin representerer et paradigmeskifte i utvikling og levering av helsetjenester, som vil være utfordrende for apotek og øvrig helsetjeneste. I persontilpasset medisin kobles pasientens sykehistorie, kliniske funn, livsstilsfaktorer og miljøpåvirkning med data fra analyser av biologiske markører. Dette gir nye muligheter, men også nye utfordringer for databehandling, som igjen krever utvikling av nye digitale verktøy og plattformer og, ikke minst, nye arbeidsmetoder og prosesser. Det handler ikke bare om nye diagnostiske verktøy og nye løsninger for persontilpasset forebygging og behandling, men også om nye fleksible produksjonsmetoder og produksjonsprosesser i legemiddelindustrien. Foreløpig er administrering av persontilpassede legemidler noe som i hovedsak skjer i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene er i gang med et prosjekt der de skal finne ut hvordan de nye persontilpassede legemidlene kan innpasses i det eksisterende prioriteringssystemet.

På lengre sikt kan man vente at slike legemidler også blir tatt i bruk i primærhelsetjenesten. Dette vil kreve nye måter å distribuere og administrere legemidler på utenom sykehus. Hvilken rolle apotekene kan spille her, må utredes nærmere.

Et annet område som er i en tidlig fase, er digitale løsninger for kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Telemedisin og avstandsoppfølging av pasienter hjemme gir nye muligheter, som også må utvikles innenfor apoteksektoren.

## 6.4 Behov for regulatoriske endringer

### 6.4.1 Rekvireringsrett for farmasøyter i apotek

Helsepersonelloven § 11 første ledd første punktum bestemmer at bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Bestemmelsens annet punktum gir departementet hjemmel til å gi annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens en begrenset rekvireringsrett. Hjemmelen er bl.a. benyttet til å gi helsesykepleiere og jordmødre rekvireringsrett for prevensjonsmidler. For



farmasøyter i apotek ble det under influensapandemien høsten 2009 gitt en egen forskrift som ga rekvireringsrett for antiviralia (oseltamivir og zanamivir).

Begrunnelsen for at leger (og tannleger) i utgangspunktet har en eksklusiv rett til å rekvirere reseptbelagte legemidler har vært at det er lege som har kompetanse til å gjøre en klinisk vurdering av pasientens indikasjon. Det finnes imidlertid flere eksempler der pasienten har behov for et reseptpliktig legemiddel, uten at det er behov for å gjøre en klinisk vurdering.

Dette gjelder for eksempel mange av de vanligste voksenvaksinene, blant annet influensavaksinen. Høsten 2020 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at apotekfarmasøyter skulle få rett til å rekvirere influensavaksiner, og våren 2021 fikk de rett til å rekvirere koronavaksinen. Apotekbransjen mener det er faglig grunnlag for å gi farmasøytene rett til å rekvirere også andre typer vaksiner.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har anbefalt at det innføres et nasjonalt voksenvaksinasjonsprogram, som blant annet inkluderer vaksine mot pneumokokksykdom samt grunnvaksinasjon og oppfriskningsvaksinasjon. Apotek kan spille en viktig rolle i gjennomføring av et slikt program. På samme måte som helsesykepleiere har rekvireringsrett for vaksiner i henhold til godkjent vaksinasjonsprogram, bør apotekfarmasøyter gis rekvireringsrett for vaksiner i henhold til et fremtidig voksenvaksinasjonsprogram.

#### 6.4.2 Fornyelse av resepter

I dag er resepter som hovedregel gyldige i ett år. Mange legemidler benyttes over lang tid og uten at det er nødvendig med revurdering av lege hvert år, jf. pasienthistorien om «Therese» i kapittel 5. Ifølge Statens legemiddelverk koster fornyelsene staten (Helfo) 280 mill. kroner per år. I tillegg er det tungvint og tidkrevende både for pasient og legekontor. Inntil dagens reseptsystem eventuelt blir erstattet av Pasientens legemiddelliste i fremtiden, bør apotekfarmasøyter gis anledning til å fornye resepter på et avgrenset utvalg legemidler.

#### 6.4.3 Oppfølging og justering av behandling

Apotekloven § 6-6 bestemmer at legemidler skal leveres ut nøyaktig etter resept. Bestemmelsen bør endres for å åpne opp for at apotekfarmasøyter kan følge opp pasientenes legemiddelbehandling. Dette kan medføre behov for justering av behandlingen for å oppnå behandlingsmålet, jf. pasienthistorien om Hassan i kapittel 5. Også i andre situasjoner kan det være hensiktsmessig at apotekfarmasøyten kan utlevere et annet legemiddel enn det legen har skrevet ut, f.eks. en annen legemiddelform som er lettere for pasienten å ta eller administrere og som vil sikre bedre etterlevelse av behandlingen.

#### 6.4.4 Legemiddelgjennomgang

Etter fastlegeforskriften § 25 annet ledd skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Som vist til i kapittel 5 fremgår det av Helsedirektoratets veileder at legemiddelgjennomganger kan utføres av lege, av annet kvalifisert helsepersonell eller i team. Det bør presiseres i forskriften at fastlegen kan ivareta pasientenes behov for legemiddelgjennomgang ved å henvise pasienten til legemiddelgjennomgang i apotek.

### 6.5 Finansiering

#### 6.5.1 Dagens finansieringsordning

Apotekene selger varer og tjenester. Salg av reseptpliktige, humane legemidler er apotekenes kjerneoppgave og står for 2/3 av omsetningen, men 2/5 av bruttoavansen. Myndighetene fastsetter

apotekenes maksimale avansesatser ved salg av humane, reseptpliktige legemidler. I prinsippet skal disse avansesatsene dekke utgifter apotekene har i forbindelse med lovpålagte oppgaver.

For byttbare legemidler der patentene er utløpt, bidrar apotekene til å flytte forbruket over på de billigste blant likeverdige alternativer ved å stimulere pasientene til å akseptere likeverdig bytte. Trinnprissystemet gir apotekene incentiver til å gjøre slikt bytte både for kjemiske og biologiske legemidler. Selv om trinnprissystemet kun står for 1/6 av omsetningen av reseptpliktige, humane legemidler, kommer 2/5 av all bruttoavanse på avanseregulerte legemidler fra trinnprissystemet. For veterinærlegemidler, reseptfrie legemidler og andre varer er det i utgangspunktet fri prissetting. For medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler fastsettes maksimal refusjonspris med grunnlag i nettoppris (pris til leverandør) og avanse til apotek (og bandasjist). I underkant av 6 pst av apotekenes bruttoavanse kommer fra dette salget.

Apotekene har de siste årene tilbudt også tjenester, hvorav noen er standardiserte og gitt offentlig finansiering i form av egne takster gjennom bevilgninger over statsbudsjettet og gjennom avtale mellom de regionale helseforetakene og apotekene. De siste årene har apoteket også kunnet tilby influensavaksinering uten offentlig finansiering, og i 2021 også covid19-vaksinering på oppdrag fra Oslo kommune. Influensavaksineringen ga 20 mill kroner i inntekter for apotek i 2020.

I statsbudsjettet for 2016 ble det vedtatt en bevilgning på 5 mill. kroner til inhalasjonsveiledning i apotek av pasienter med astma/kols. Bevilgningen er videreført i påfølgende år. I statsbudsjettet for 2018 ble det bevilget 4 mill. kroner (halvårseffekt) til oppstartsveiledning for hjertemedisiner, som ble videreført med en bevilgning på 8 mill. kroner i 2022. Begge bevilgningene er gjort over kap. 2790, post 70 Bidrag. Bidragsordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-22.

LAR er helse- og sosialtjenester som tilbys personer med opioidavhengighet. LAR er definert som tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), og ansvaret for LAR ligger i spesialisthelsetjenesten. Det er en betydelig risiko for lekkasje av LAR-legemidler ut i det illegale markedet. Apotekene gir et viktig bidrag i LAR gjennom å kontrollere utlevering og overvåke inntak av legemidler.

I 2017 ble det inngått avtale mellom apotek og RHF om nasjonale takster for apotekenes tjenester i LAR. Takstene indeksreguleres de årene de ikke reforhandles. Avtalen skal bidra til å sikre at apotekenes LAR-tjenester er enhetlige både med hensyn til innhold og pris. Avtalen gir bedre forutsigbarhet for både pasienter, apotek og spesialisthelsetjeneste. Apotekene mottok 51 mill i godtgjørelse for disse tjenestene i 2020. Oppdatert avtale gjelder fra januar 2021.

Kommunene gjennomfører normalt anbuds konkurranser i forbindelse med anskaffelse av legemidler og andre apotekvarer. Selv om tjenester som farmasøytisk tilsyn, legemiddelgjennomgang mv. kan være inkludert i avtaler mellom kommune og apotek, er erfaringen at kommunene ikke fokuserer på hvilke tjenester apotek kan bidra med. Normalt blir det lagt stor vekt på pris og systemer for bestilling og levering i anbuds konkurransene.

3/5 av apotekenes bruttoavanse kommer fra annet enn maksimalavanseregulert omsetning.

### 6.5.2 Fremtidens finansiering

Apotekenes avanse ved salg av reseptpliktige legemidler er avgjørende for at apotek skal være en faghandel med god farmasøytisk kompetanse. En presset avanse på legemidler og for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept, gir et signal til bransjen om å prioritere andre deler av virksomheten.

Apotekavansen består av et prosenttillegg på legemiddelets innkjøpspris og et kronetillegg. De siste årene har prosenttillegget blitt redusert og kronetillegget økt. Dette er en riktig utvikling, fordi det er

liten sammenheng mellom apotekenes kostnader ved utlevering av legemidler og legemidlets pris. Det er også uheldig at apoteket skal ha økonomiske interesser i å selge dyre framfor billige legemidler.

Solberg-regjeringen foreslo senest høsten 2021 at apotekene skal betale for bruk av den offentlige e-reseptløsningen. Apotekene har allerede betalt mange millioner kroner for å utvikle apoteksystemene slik at de kan håndtere e-resept fullt ut. I motsetning til andre aktører, har apotekene dekket 100 prosent av disse kostnadene selv. Det er ikke foreslått noen form for kompensasjon for de økte utgiftene, og apotekene har ingen mulighet for å øke egne inntekter for å kompensere. Dette er et eksempel på uforutsigbarheten i den offentlige reguleringen av apotekenes økonomiske rammevilkår, som må unngås.

Innføring av nye helsetjenester i apotek forutsetter stabile og forutsigbare økonomiske rammer. Avansen ved salg av reseptpliktige legemidler skal i dag dekke apotekenes kostnader ved lovpålagte oppgaver. Dette innebærer at apotekavansen må endres når apotek pålegges nye oppgaver eller blir påført økte kostnader som følge av andre forhold, slik som bruk av den offentlige e-reseptløsningen. Fordi apotekets avanse på reseptlegemidler i all hovedsak består av faste kronetillegg, er det nødvendig at disse tilleggene justeres i tråd med pris- og lønnsveksten for å opprettholde realavansen. Hvis det ikke skjer, kuttes i realiteten maksimalavansene hvert eneste år, og vi får en utvikling i apotek som beskrevet i kapittel 4.3. Tjenester i apotek som ytes i tillegg til ordinær veiledning og utlevering av legemidler må finansieres særskilt og holdes utenfor myndighetenes vurderinger av maksimalavanser. Det bør utredes om bidragsordningen (folketrygdloven § 5-22) også i fremtiden er best egnet for å finansiere nye helsetjenester i apotek, eller om det finnes mer hensiktsmessige måter å finansiere apotekenes nye og utvidede rolle. Ved valg av modell bør det ses hen til at helsepersonell i apotek kan avlaste andre deler av helsetjenesten, og slik gi innsparinger på andre budsjettposter.

## 6.6 Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer

Det er i dag få etablerte kvalitetsindikatorer på legemiddelområdet og ingen internasjonal enighet om kvalitetsindikatorer innen klinisk farmasi. Dette gir en mangel på styringsinformasjon og utfordringer med å kvantifisere helsegevinst på legemiddelområdet. Det finnes heller ingen nasjonale indikatorer for kvalitetsutviklingen i apotek, som innebærer at det ikke finnes kunnskap om kvaliteten på de tjenestene apotekene tilbyr.

Helsegevinst bør være målbart og evidensbasert, men det forutsetter at relevant helseinformasjon samles i et felles digitalt register som er tilgjengelig for analyseformål. Et digitalt legemiddelregister vil åpne for muligheten til å utarbeide kvantitative kvalitetsmål som kan gi økt kvalitet i behandlingen samt større grad av sporbarhet og åpenhet om feil og mangler.

Alle apotek leverer komplette salgsdata for all legemiddelomsetning til et nasjonalt bransjeinternt register, Farmalogs legemiddelstatistikk. Denne statistikken er imidlertid ikke personidentifiserbar, og gir i dag bare begrensede muligheter som verktøy for styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer. Ved å ta i bruk pseudonymiserte persondata i legemiddelstatistikken, vil man få helt nye muligheter til å følge legemiddelbruken på populasjonsnivå, og koble informasjon om bruk med tjenester som ytes i apotekene. Med et pseudonymisert register kan man også tenke seg muligheten for å koble data med andre helseregistre, som kan gi kvalitetsindikatorer med «harde endepunkter».

## OPPSUMMERT: 5 premisser for fremtidens apotek



Beholde og utvikle kompetanse i apotek



Utvikle nye teknologiske løsninger



Sikre finansiering av helsetjenester i apotek



Regelverk som støtter helse-tjenester i apotek



Dokumentere effekt og kvalitets-indikatorer

## VEDLEGG: Oversikt over foreslåtte tiltak

### TILTAK FOR Å ETABLERE APOTEK SOM EN DEL AV LØSNINGEN PÅ FREMTIDENS HELSEUTFORDRINGER

De viktigste tiltakene apotekbransjen selv og myndighetene må iverksette for å virkeliggjøre intensjonen i dette dokumentet, er oppsummert i dette vedlegg. Tiltakene kan justeres over tid avhengig av hva som faktisk blir realisert, og avhengig av hvordan helsetjenesten for øvrig utvikler seg.

Som vist i kapittel 6, er det fem premisser som må oppfylles for å sikre den ønskede utviklingen av apotekene. I tilknytning til hvert premiss, blir det her listet opp tiltak som bør gjennomføres (med angivelse av om det er myndighetene eller apotekbransjen, eller begge, som må ta hovedansvaret for tiltaket).

1. Beholde og videreutvikle kompetanse i apotek (kap. 6.2)
  - 1.1. Det må sikres tilstrekkelig utdanningskapasitet for farmasøyter i Norge. (Myndighet)
  - 1.2. Det må i samarbeide med undervisningsinstitusjonene utredes hvordan et etter- og videreutdanningsløp for helsepersonell i apotek kan ivaretas, herunder eventuelle sertifiseringsordninger. (Apotek)
  - 1.3. Det må utredes om det skal etableres en minstestandard (bransjestandard) for hvilke tjenester apotek må tilby, med tilhørende kompetansekrav. (Myndighet og Apotek)
  - 1.4. Det må utredes om helsetjenester i apotek skal reguleres i apoteklovgivningen. (Myndighet)
  - 1.5. Apotekene må utrede om det er behov for å stille formelle kompetansekrav eller krav til vedlikehold av kompetanse, når apotekene får utvidede oppgaver og yter flere helsetjenester. (Apotek)
2. Utvikling av nye teknologiske løsninger i apotek for å tilrettelegge for bedre samhandling mellom helseaktører (kap. 6.3)
  - 2.1. Apoteksektoren må få tilgang til nasjonale løsninger som pasientens legemiddelliste. (Myndighet)
  - 2.2. Det må etableres en løsning for digital dialog mellom apotek og allmennleger, og ev. også pleie- og omsorgssektoren i kommunene (Myndighet og Apotek)
  - 2.3. Det må utredes hvordan apotekene kan bidra til pasientoppfølging når persontilpassede legemidler også tas i bruk i primærhelsetjenesten. (Apotek)
  - 2.4. Det må utredes hvordan det kan tilrettelegges for møteplasser mellom apotek og øvrig helsetjeneste som allmennleger og kommuneleger for læring og å understøtte ønsket forskrivningspraksis (eventuelt også overgang mellom omsorgsnivåer). (Myndighet og Apotek)
  - 2.5. Det må utredes om apotekene kan gi et enda større bidrag enn i dag i situasjoner med legemiddelmangel. (Myndighet og Apotek)
  - 2.6. Det må vurderes om apotekene kan ta en rolle for å bedre dialogen om den enkelte pasients legemiddelbruk når hun skifter omsorgsnivå. (Myndighet og Apotek)
3. Sikre finansiering av helsetjenester i apotek (Kap. 6.4)
  - 3.1. Apotekenes grunnfinansiering gjennom apotekavansen, må sikre forsvarlig drift av fysiske apotek. (Myndighet)
  - 3.2. Det må etableres offentlig finansierte takster for de helsetjenestene som utføres i apotek, som minimum gir kostnadsdekning for tjenesten. Takstene må være gjenstand for forhandlinger mellom staten og apotekbransjen. (Myndighet)

4. Gjennomgang av regulatoriske virkemidler som legger til rette for helsetjenester i apotek (Kap. 6.5)
  - 4.1. Apotekfarmasøyter må gis rekvireringsrett for et utvalg reseptpliktige legemidler, særlig vaksiner. (Myndighet)
  - 4.2. Apotekfarmasøyter må gis anledning til å fornye visse resepter, særlig for utvalgte legemidler for kroniske lidelser. (Myndighet)
  - 4.3. Det må utredes en ordning der apotekfarmasøyter etter henvisning fra lege, følger opp kroniske pasienters legemiddelbehandling, bl.a. basert på blodprøveverdier. Blodprøvene må kunne tas i apoteket. (Myndighet)
  - 4.4. Det må etableres en ordning der apotekfarmasøyten kan gjennomføre en legemiddelgjennomgang, og gi sine anbefalinger til pasientens fastlege. (Myndighet)
  - 4.5. Staten må gi føringer, f.eks. gjennom en statlig veileder, for hvordan kommuner kan ta i bruk legemiddelkompetansen i apotekene. (Myndighet)
  - 4.6. Det må vurderes en differensiering mellom apotek, slik at noen apotek kan ha et minimums tjenestetilbud, mens andre må kunne tilby alle etablerte tjenester. (Myndighet og Apotek)
  
5. Utvikle kvalitetsindikatorer og sikre at effekten av tjenester i apotek kan dokumenteres (kap. 6.6)
  - 5.1. Det må utredes hvordan effekten av de ulike tjenestene i apotek kan måles, for å sikre at tjenesten gir nytte til pasient og samfunn. (Apotek)
  - 5.2. Det må utredes hvordan apotekbransjens egen legemiddelstatistikk kan brukes som styringsinformasjon og kvalitetsindikator. (Apotek)