

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Sendt kun pr. e-post

Deres ref.: 23/657

Vår ref.: HSAK202300334

Dato: 08-05-2023

Høringsuttalelse - NOU 2023: 2 Fremtidens apotek - fleksibelt og forsvarlig

Apoteklovutvalget ble nedsatt 3.9.2021 med formål om å utrede hvordan framtidens apotek skal innrettes, samtidig som de legemiddelpolitiske målsettingene ivaretas. Utvalget har vurdert regelverk knyttet til apotekvirksomhet. I dette inngår en vurdering av behovet for reguleringer som legger til rette for teknologisk utvikling og nye apotekløsninger i fremtiden.

Denne NOU-en må ses i sammenheng med andre pågående prosesser. Vi viser til avgitte høringssvar fra Legeforeningen om [Legemiddelgrunndata – analyse av behov og omfang](#), [Plan for digitalisering av legemiddelområdet](#) og [Nasjonal e-helsestrategi](#).

Utvalget tolker sitt mandat til å være begrenset til forslag/endringer som skal gi et mer fleksibelt og teknologinøytralt fremtidsrettet regelverk for apotekvirksomhet. Derfor må denne NOU-en også ses i relasjon til annet utredningsarbeid som Helsepersonellkommisjonen, den kommende rapporten fra Totalberedskapskommisjonen og arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan. Her vises det til egne avgitte høringssvar fra Legeforeningen.

Innledningsvis formidles det et utfordringsbilde som har utviklet seg de senere årene. Apotekstrukturen er i endring, det har oppstått økt konkurranse og prisforskjeller. Tilgjengelighet (både forsyningsmessig og økonomisk) står sentralt. Samhandling trekkes også frem som et viktig område, gjennom nasjonale e-helseløsninger som er i bruk og under utvikling.

Legeforeningen konstaterer at utvalget i stor grad fremstår delt i sitt syn på behov for endringer og med hensyn til forslagene. Rent pedagogisk medfører de mange dissensene at det er utfordrende å få oversikt over slutninger og de anbefalingene som blir gitt.

Det er oppsiktsvekkende at utvalget går utover sitt mandat i "Nye former for helsetjenester" i apotekene, noe som kan synes forsøkt inkludert i NOU-en av flertallet. Dette er ikke utredet. Forslaget må avvises.

'Kan'-punktene i mandatet, som utvalget selv uttaler ikke er utredet på tilfredsstillende måte, bør vurderes i et videre utredningsarbeid.

Utredningen er meget omfattende og omhandler til dels komplekse temaer. Legeforeningen går i dette høringssvaret bare inn på utvalgte deler av utredningen. For de deler av utredningen som vi i denne uttalelsen ikke kommenterer, presiserer vi at dette ikke kan tas til inntekt for stillingtagen eller tilslutning fra Legeforeningens side.

Kapittel 2 Sammendrag

Under 2.1. om utvalgets funn, uttaler utvalget at man overordnet ikke finner at dagens regelverk er til hinder for at det kan utvikles løsninger for effektiv samhandling mellom apotek og andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Også under punkt 14.4 uttaler utvalget:

Selv om det vil kreve høy kompetanse for å sikre overholdelse av de krav som gjelder, kjenner ikke utvalget noen absolutte hindringer i regelverket for deling av informasjon digitalt mellom helsepersonell dersom det ligger et tjenstlig behov til grunn.

Her peker utvalget på noe helt sentralt, nemlig at det kreves høy kompetanse for å sikre overholdelse av de krav som gjelder. Dette gjelder ikke bare under utviklingen av digitale samhandlingsløsninger, men også for helsepersonellet som benytter samhandlingsløsningene. For å imøtekomme samfunnsutviklingen, utviklingen innen medisinen og den teknologiske utviklingen, har man på helserettens område gjort hyppige justeringer og tilpasninger i regelverket. Slike justeringer og tilpasninger gjøres ofte for å bøte på helt konkrete problemstillinger, uten at man på noe tidspunkt har foretatt en overordnet og helhetlig gjennomgang av regelverket. Konsekvensen er at regelverket er svært fragmentarisk, og hvor det forutsettes svært god oversikt over en rekke lover, forskrifter, rundskriv, m.m. for å få en god forståelse av hvilke krav som gjelder. De mer overordnede problemene som er nevnt over løses likevel ikke. Dette har skapt et fragmentert regelverk, hvor det forutsettes god oversikt over en rekke lover, forskrifter, rundskriv m.m. for å få en fullgod forståelse av hvilke krav som gjelder. Det er problematisk at det etter hvert kreves forholdsvis spesialisert rettslig kompetanse for å manøvrere innenfor regelverket når det i tillegg skorter på kompetanse og ressurser til å håndtere disse problemstillingene i helsetjenesten. Hva gjelder privatpraktiserende fastleger og avtalespesialister, har de færreste tilgang på juridisk kompetanse som de kan drøfte regelverket med, og flertallet av helseforetakene har svært avgrensede juristressurser tilgjengelig. Legeforeningens medlemmer i sykehus rapporterer også om lang ventetid for å få drøftet problemstillinger med foretakets personvernombud.

Vi mener derfor at mye taler for en samlet gjennomgang i form av et lovutvalg på området der både helse-/medisinskfaglige, personvernrelaterte og juridiske spørsmål utredes som grunnlag for et helhetlig og mer oversiktlig regelverk for helsepersonell og pasienter.

Regelverket må videre tilpasses aktivt for å legge til rette for effektiv samhandling med fokus på brukere (rekvirenter) som må få tilgang til sikre og lett anvendelige arbeidsverktøy som sikrer effektiv og trygg rekvirering for pasientene.

I figur 2.1. "Overordnede premisser og utvalgets flertalls anbefalinger", underpunkt "Teknologisk utvikling i apotek og apotekenes samhandling" nevnes pasientens legemiddelliste og pasientrettet legemiddelinformasjon som viktige samhandlingspunkter. Disse er uten tvil essensielle, men det savnes brukerfokus som også omhandler spesialister som forskrivere. Helsefaglig dialogmelding er en foreslått forbedring som muliggjør dokumenterbar utveksling av medisinskfaglig informasjon mellom lege/forskriver og apotekene.

Kap. 4.5. Regulering av pris og refusjon for apotekenes varer

I kapitlet redegjøres det for prissetting og maksimalpriser. Legeforeningen vil kommentere at pristak som er realisert gjennom forskjellige ordninger (herunder LIS-anbud for høykostnadsmedisiner og byttelister) anses som vellykket og at det har gjort behandling tilgjengelig for flere pasienter. Likevel må forsyningssikkerhet alltid balanseres opp mot prispolitikk og myndighetene må være bevisst på denne "balansegangen".

Legeforeningen vil også påpeke store prisforskjeller på forskjellige utsalgssteder (nettapotek) på OTC-medikamenter. For mange pasienter er det vanskelig å skaffe seg en oversikt. Regulering kan være en konsekvens, men i første omgang foreslår Legeforeningen for eksempel en opplysningsplikt om ulike prissetting.

Kapittel 8 og 14 Teknologisk utvikling og samhandling

I kapittel 8 beskrives digitalisering og samhandling og i kapittel 14 finnes utvalgets anbefalinger om det samme. God samhandling mellom apotek og helsetjenesten for øvrig er viktig for å sikre pasienten best mulig behandling med legemidler. Det er også helt avgjørende at arbeidet med snarlig utrulling av Pasientens legemiddelliste prioriteres høyt.

I punkt 8.2.1 om utviklingstrekk og trender for digitalisering i helsesektoren nevner utvalget at 'den teknologiske utviklingen muliggjør at flere helse- og omsorgstjenester kan ytes i pasientens hjem med digitale tjenester som nettbasert behandling og digital hjemmeoppfølging. Legeforeningen mener at digital hjemmeoppfølging inneholder så mye forskjellig at det er vanskelig å forholde seg til konseptet generisk. Hvert enkelt tiltak bør vurderes separat på et overordnet nivå for helsetjenesten, og individuelt for den enkelte pasient når det er snakk om faktisk bruk. Det er sparsomt med forskning på effekt og bivirkninger av slike tjenester. Man må ikke sette i gang nye tiltak uten at man har mulighet til å evaluere effekt på både pasientutkomme og bærekraft i helsetjenesten. Legeforeningens høringsuttalelse om nasjonale faglige råd for hjemmeoppfølging kan leses her:

[Høringsuttalelse \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/horingsuttalelse)

Utgangspunktet er håndtering av legemidler og helsedata på apotek. E-resept er omtalt, og det nevnes at "de fleste har planer om å ta i bruk denne modulen". Det er en vag formulering og en mer presis beskrivelse savnes. Samtidig vil vi fremheve at selv om elektronisk kommunikasjon må være hovedregelen, bl.a. for rekvirering og forsendelse av resepter til apotek, må det ikke være for snevre unntak fra adgangen til å rekvirere legemidler på telefon og på papir. Leger driver i utstrakt grad frivillig arbeid, og det kan oppstå situasjoner hvor en lege ser et medisinsk behov for å rekvirere legemidler, men hvor legen ikke har tilgang til elektronisk pasientjournalssystem og derfor ikke mulighet for å rekvirere via Reseptformidleren. Ved unntaksvis forskrivning utenfor arbeidsforhold, er det påkrevet at det fremdeles er mulig å rekvirere på papir eller på telefon.

Helseplattformen nevnes som en "regional utprøvningsarena" for det nasjonale målbildet "én innbygger, én journal". Legeforeningen antar at dette er mindre aktuelt fordi det har vist seg at samstemmingsmodulen i Helseplattformen har et sterkt behov for forbedring og at den per i dag er meget tidkrevende og lite brukervennlig, slik at legene har mindre tid til dialog med pasienter og annet fagpersonell, herunder farmasøyter. I figur 8.1. "Pasientens legemiddelliste" forekommer spesialisthelsetjenesten med oppgavene "se/samstemme/endre/oppdatere" uten at man går nærmere inn på omfanget av dette arbeidet.

Legeforeningen støtter at man forsøker få til løsninger hvor man kan ha asynkron samhandling mellom rekvirent og apotek. Vi mener dette, brukt riktig, kan lette hverdagen for både rekvirent og farmasøyt. *"En forutsetning for samarbeid er gode fysiske og digitale samarbeidsplattformer. I tillegg til gode løsninger for umiddelbar, synkron avklaring, er det behov for samhandlingsløsninger med mulighet for asynkron kommunikasjon."* (s. 157). Norsk forening for allmennmedisin har sammen med Norges Farmaceutiske Forening, Apotekforeningen og Allmennlegeforeningen gjentatte ganger påpekt behovet for rask iverksetting av tiltak for å bedre samhandling. Foreningene har sendt felles

brev til Helse- og omsorgsdepartementet, de har vært i møte med departementet og laget et utkast til et prosjekt. I mangel på framdrift har de nå inngått samarbeid med Apotekforeningen for å få framdrift. En styringsgruppe med lederne i Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen representert er opprettet og det er et mål om å levere en ferdig rapport med tiltaksliste i løpet av 2023.

Utvalget anbefaler i punkt 14.6.3 at Pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig for apotek. Det vises til at tilgang til Pasientens legemiddelliste (PLL) vil gi apotekfarmasøyter bedre innsikt i rekvirentenes vurderinger av pasientenes legemiddelbehandling. Hvilken verdi apotekfarmasøytene har av den informasjonen er ikke tydelig beskrevet. Det er ikke klart hva apotekfarmasøyt skal gjøre med den informasjonen de får gjennom tilgang til PLL. Dagens arbeidsfordeling er at legen tar det medisinske ansvaret for pasientens komplette legemiddelbehandling, inkl. indikasjon, dosering, interaksjoner, kontraindikasjoner m.m. Denne arbeidsfordelingen må fortsette, og apotekfarmasøytene må alltid stole på at PLL er komplett uten behov for spørsmål. Vi minner imidlertid om at ved eventuell tilgjengeliggjøring kan tilgang kun gjøres for autorisert og autentisert helsepersonell i apotek, og innenfor rammene av formålet med Reseptformidleren, slik dette er definert i forskriftens § 1-2. Videre må ikke apotekenes systemer uthule personvernprinsipper som ligger til grunn for PLL ved at apotekenes systemer lagrer informasjon som pasienten ønsker skjult.

Videre anbefaler utvalget, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, at det etableres en helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent. Legeforeningen støtter at man utreder muligheten for å etablere en slik helsefaglig dialogmelding. Det må imidlertid gjøres grundige vurderinger av innretningen på en slik dialogløsning. Arbeidsfordeling og arbeidsprosesser må avklares. Apotekfarmasøytene må stole på at rekvisisjonene er komplette. Apotekene kan ikke være en kontrollinstans for alle sider ved indikasjon, dosering, interaksjoner, kontraindikasjoner m.m., dette ansvaret ligger til forskriveren og dennes samlede kliniske og farmakoterapeutiske kompetanse samt kjennskap til den aktuelle pasientens medisinske situasjon. Det er også svært viktig at taushetsplikten bevares og at kun helt relevant informasjon deles i en slik samhandlingsløsning. Særlig i små kommuner vil det kunne få svært uheldige konsekvenser for pasienten dersom for mye informasjon deles i samhandlingsløsningene mellom rekvirent og apotek. Vi opplever at utvalget også ser dette. Videre påpeker vi at det er avgjørende at løsningen kan integreres med de journalløsningene som brukes i helsetjenesten.

Pasientenes utgangspunkt og forutsetninger for å nyttiggjøre seg av digitale tilbud er svært ulike. Evnen til å bruke digitale verktøy har ikke bare en aldersdimensjon, men også sosioøkonomiske og kulturelle forhold har betydning. Mange pasientgrupper vil ha store utfordringer både når det gjelder helsekompetanse og digitale muligheter, og generelt risikerer disse gruppene i enda større grad å ikke få tilgang til nødvendig helsehjelp når helsetjenester, informasjonstilbud, mv. blir digitale. I enhver digitaliseringsprosess må også disse hensynene ivaretas parallelt. Vi viser her også til våre kommentarer til rapportens kapittel 9.3.

s. 153: Direktoratet for e-helse opplyser at de fleste leverandørene har planer om å ta i bruk rekvireringsmodulen med brukergrensesnitt. Et stort flertall av forskrivere vil jobbe i journalsystemer som har egenutviklet rekvireringsmodul.

s. 154: ... mer effektiv samhandling med rekvirent og mer individuelt tilpasset legemiddelutlevering med tilhørende veiledning og informasjon. Når apotek får nye IKT-systemer, det vil si Eik og egne

forretningsløsninger, vil apotek ha en dataløsning som muliggjør kobling til blant annet kjernejournal og pasientens legemiddelliste. s.155: Primært har apotek behov for å samhandle med rekvirent, men også annet helsepersonell som administrerer og følger opp pasientene i tjenesten. Videre tilbyr apotek egen- og offentligfinansierte helsetjenester. Flere apotek har dessuten inngått tjenesteavtaler med virksomheter i helsetjenesten. s. 156: Prinsippet bør etter departementets syn komme til uttrykk i apotekloven også, fordi samarbeid med annet helsepersonell er av særlig sentral betydning for at apoteket skal kunne bidra effektivt til å nå viktige helsepolitiske mål. Av særlig betydning i denne sammenheng er målet om riktig og rasjonell legemiddelbruk i befolkningen. s. 156 (boks 8.2.): Eksemplet illustrerer blant annet: 1) at leger iverksetter behandling med legemidler, om det foreligger medisinsk indikasjon, der to eller flere legemidler er kontraindiserte eller påvirker hverandres virkninger; 2) behov for bedre samhandling mellom rekvirent og apotek; og 3) mulighet for digital transformasjon av e-reseptkjeden. Alle disse eksemplene kan tolkes som en ambisjon om at apotekene skal ha en utvidet rolle - og fagkompetanse - i å kontrollere indikasjon, dosering, interaksjoner, kontraindikasjon m.m. Legeforeningen mener at dette ansvaret er legen/forskriver sitt ansvar, og at apotekene ikke skal ha en slik rolle. Ved eventuelt behov for bistand fra klinisk farmakolog eller klinisk farmasøyt vil legen selv gjøre en slik vurdering og henvise pasienten til rett instans i den offentlige helsetjenesten. Apotekene er ikke denne instansen.

s. 158: En mal for utforming av epikrise til pasientens behandlende lege er utarbeidet [etter veiledning ved oppstart ny legemiddelbehandling for diabetes type 2], og denne blir nå brukertestet i ett apotek og ett legekontor. Det pilotes også hvordan helsefaglig dialog (PLO-melding) kan benyttes for å sende epikriser elektronisk. Legeforeningen er bekymret for at denne type informasjon blir nok en arbeidsoppgave på små legekontor, uten at det gir nytte for pasientsikkerhet og kvalitet i behandling. Brukertesting er ikke tilstrekkelig; det må måles om denne epikrisen er et tiltak som faktisk reduserer dødelighet og sykелighet hos pasientene.

s. 158: Elektronisk multidose (e-multidose) har i svært begrenset grad vært tatt i bruk på grunn av manglende utvikling av funksjonalitet i rekvirentenes systemer. Det har også vært stor forsinkelse hos pakke-apotekenes systemer. Bl.a. var det en pilot som pågikk for e-multidose på Vestlandet, men da kommunene byttet leverandør av pakkeapotek måtte e-multidose settes på vent da pakke-apoteket ikke støttet dette.

Kapittel 9.3. Tilgang til veiledning og informasjon

Som nevnt i dette kapitlet er pasientenes utgangspunkt og rammebetingelser for å kunne nyttiggjøre seg av digital informasjon svært ulik. Den enkeltes digitale helsekompetanse ('digital health literacy') kan være avgjørende for utbyttet. Pasienter med multimorbiditet og svekket kognitiv funksjon vil kunne tape i kampen om oppmerksomhet fra helsepersonell. Evnen til å bruke digitale verktøy har ikke bare en aldersdimensjon, men også sosioøkonomiske og kulturelle forhold har betydning. Mange pasientgrupper vil ha store utfordringer både når det gjelder helsekompetanse og digitale muligheter, og risikerer i enda større grad ikke å få tilgang til nødvendig helsehjelp når helsetjenester blir digitale. Legeforeningen er bekymret for at digitalisering vil bidra til ytterligere todeling av helsevesenet fordi de ressurssterke vil kunne benytte seg av tilbud mens flere av de ressursvake pasientene igjen blir taperne.

Kap. 13.3. Utvalgets funn og vurderinger knyttet til utviklingstrekk for fremtidig bruk av kompetanse

Legeforeningen støtter utvalgets utsagn på side 212 om å unngå overlapping i helsetjenesten:

“Utvalget peker på at uavhengig, dokumentert effekt bør ligge til grunn for offentlig finansierte helsetjenester, også de som gjennomføres i apotek. Videre er det av sentral betydning at eventuelle fremtidige offentlig finansierte tjenester i apotek er et supplement til, og ikke unødvendig overlapper med, øvrige helsetjeneste. Utvalget viser i den forbindelse til at en stor grad av overlappende helsetjenester gir fare for fragmentering og ansvarspulverisering av den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Klare ansvarsforhold og tydelige vekslinger mellom tilgrensende tjenester gir en sammenheng”.

Å bruke rett kompetanse på rett sted og rett nivå i helsetjeneste og apotek, er et sentralt spørsmål knyttet til fremtidig farmasøytisk kompetanse og som bør inngå i videre utredningsarbeid. En eventuell overføring av tjenester til apotek må reguleres etter medisinskfaglige kriterier/rett indikasjon og økonomiske interesser begrenses. Utvalget mener at uavhengig, dokumentert effekt bør ligge til grunn for offentlig finansierte helsetjenester, også de som gjennomføres i apotek. Det er Legeforeningen enig i. Vi ønsker å vise til kampanjen Kloke valg og vil påpeke at et frislipp av tilbudet utenfor primær- og spesialisthelsetjenesten kan føre til overdiagnostikk/-behandling som igjen kan skape usikkerhet hos pasienter/pårørende, nye undersøkelser og merarbeid for fastlegene og den øvrige offentlige helsetjenesten. Det er av sentral betydning at eventuelle fremtidige offentlige finansierte tjenester i apotek er et supplement til, og ikke unødvendig overlapper med øvrige helsetjenester.

Om vaksinasjon

Her er utvalget delt i et mindretall og et flertall.

Legeforeningen støtter mindretallets vurdering: *“Utvalgets mindretall mener flertallet går for langt i å foreslå konkrete tiltak som ikke er utredet i henhold til Utredningsinstruksen. Disse medlemmer vil særlig påpeke at utvalget ikke har innhentet kunnskap om konsekvenser av vaksinasjon i apotek og at dette heller ikke er diskutert i utvalget. Der er i samfunnets interesse at den farmasøytiske kompetansen kommer til best bruk i apotekene. Mangelfull etterlevelse av legemiddelbehandling og feil bruk av legemidler fører til store kostnader for samfunnet, dårligere helse for pasienter, helseskader og i en del tilfeller død.”*

I et framtidig vokseenvaksinasjonsprogram vil indikasjonen for vaksine være den viktigste vurderingen. Selv om vokseenvaksinasjonsprogrammet innføres vil ikke det bety at alle skal ha de samme vaksiner. Noen pasienter med kroniske sykdommer eller andre risikofaktorer, vil inkluderes i et program fra tidligere alder enn pasienter uten annet enn aldersindikasjon. Det kreves individuell oversikt over pasientens helsetilstand og risiko for å vurdere når vokseenvaksinasjonsprogram skal initieres for den enkelte. Den som skal vaksinere må også ha god kunnskap om det er grunn til å utsette eller avstå fra å vaksinere, om det er risiko for interaksjoner eller om annen medisinsk behandling gjør vaksinering kontraindisert og om tilstander som ikke bør hindre vaksinasjon. Vaksinasjon kan være skadelig, det kan være tilstander hvor vaksinasjonen ikke har effekt og sykdom kan uheldig mistolkes som vaksinereaksjoner. Kontraindikasjoner kan være akutt sykdom, tidligere tilfeller med straks-allergiske reaksjoner, alvorlig sykdom (som immunsvikttilstander eller kreft), blødertilstander, osv. Grunner til å utsette vaksinasjon kan for eks. være uavklart nevrologisk sykdom (under utredning) og akutt infeksjonssykdom. Den som skal vaksinere må ha nødvendig kunnskap om den pasienten som skal

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

vaksineres. Legeforeningen kan ikke se hvordan farmasøyter på apotek skal kunne ha oversikt over indikasjoner eller kontraindikasjoner. Det må også være medisinsk beredskap for å håndtere en livstruende straks-allergisk reaksjon.

Legeforeningen vil peke på den betydelige økningen av vaksinasjonsdekning for sesonginfluensa de siste årene. Dette er i hovedsak skjedd på grunn av god informasjon fra fastlegene til deres pasienter. Fastlegene har en unik mulighet til å individuelt motivere befolkningen til vaksinasjon, til å gjennomføre vaksineringsen av risikogruppene, samt å gi både kommunen og nasjonal smittevernmyndighet oversikt over så vel hele risikopopulasjonens sammensetning og størrelse, som vaksinasjonsdekning. Det er viktig at fastlegene fortsatt ser at dette er deres oppgave, og ved å overlate større deler av vaksinasjonsprogrammet til apotek kan man også risikere at vaksinasjonsdekning går ned. Det er økt risiko for dårligere tjenester når ansvaret fragmenteres. Legeforeningen er dermed uenig i det til flertallet i utvalget mener; at man ved å gi farmasøyter i apotek rekvireringsrett til vaksiner vil bidra til at flere vil benytte seg av muligheten til å bli vaksinert.

Det er viktig at fastlegene fortsatt er motivert for denne innsatsen i forebyggende arbeid, det skjer ikke ved å dele ut ansvaret til mange andre aktører. Tydelig ansvarsfordeling, effektiv logistikk og kostnadseffektive innkjøp er en klar fordel for pasientene.

Vi registrerer også at prisene som settes for vaksiner i apotek er tildels vesentlig høyere enn hos fastlegen, dette gir ulikhet i tilbudet for pasientene.

Kap. 13.5. Utvalgets anbefalinger

Legeforeningen er kritisk til ordningen Medisinstart fordi vi mener at det er feil bruk av ressurser. Medisinstart har ikke dokumentert effekt på fremtidig sykdom, død eller helse. Legeforeningen er bekymret for merforbruk og at leger som har behandlingsansvaret ikke har oversikt over endringer eller tiltak som er igangsatt. Det er legen som har oversikt over anamnese, utredning og plan for behandling, og som kjenner enhver indikasjon. Vurdering av bivirkninger og hva som er akseptabelt må vurderes opp mot hvorfor pasienten skal bruke medisinen. Slik denne tjenesten er i dag er det ikke i samarbeid med behandlingsansvarlig lege.

Legene har i dag ingen elektroniske løsninger for samhandling med apotekene. Det kan fort oppstå misforståelser når kommunikasjonen må gå via pasienten. Kliniske farmasøyter har verdifull kompetanse, og samarbeid med farmasøyter gjøres i utstrakt grad på sykehus og burde gjøres i større grad i kommunene med kommunale kliniske farmasøyter. Legeforeningen ønsker derfor å foreslå en utredning som vurderer hvordan farmasøytisk kompetanse kan benyttes best mulig i den offentlige helsetjenesten og støtter dermed behovet for mer kunnskap og forskning: *“Utvalget mener god pasientveiledning og tjenester som supplerer den lovpålagte veiledningsplikten, kan være viktige tiltak for å fremme riktig legemiddelbruk og god folkehelse. Samtidig erkjenner utvalget at det er begrenset kunnskap både om hvordan veiledningen rent faktisk skjer i apotek, effekten av veiledningen samt effekten av offentlig og privat finansierte tilleggstjenester som tilbys. Utvalget påpeker at det er nødvendig med flere uavhengige undersøkelser og mer forskning på området, både med hensyn til hvor ofte veiledning gis, kvaliteten på veiledningen og effekten for legemiddelbruken.”*

Forslag og anbefalinger (kap. 12-15)

I kapittel 12 til 15 har utvalget foreslått tiltak hvor det er behov for nærmere vurderinger, herunder økonomiske og administrative konsekvenser for myndigheter og aktører. Dette gjelder følgende forslag og anbefalinger fra utvalget:

- Forslag om å vurdere innføring av krav om etterutdanning for apotekfarmasøyter.
- Anbefaling om å sikre tilgang til Eik og forretningsløsninger uavhengig av kjedetilknytning.
- Anbefaling om utvikling av kortfattet pasientrettet informasjon om det enkelte legemidlets bruk.
- Anbefaling om etablering av løsning om tilgjengelighet av legemidler på tvers av apotekaktører.
- Anbefaling om utredning av felles digital fullmaktløsning ved kjøp av reseptpliktige legemidler i nettapotek og i fysiske apotek.
- Anbefaling om utredning av felles finansiering av nødvendig teknologisk infrastruktur.
- Anbefaling om gjeninnføring av en fraktrefusjonsordning, samt nærmere utredning av innretning av ordningen.
- Anbefaling om at det etableres en helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvisit.
- Anbefaling om at Pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig for apotek.

Legeforeningen støtter utvalgets forslag om å utrede disse tiltakene nøye før man fattet videre beslutninger.

Avslutning

Legeforeningen arbeider for en utvikling av journalløsninger for legemiddelhåndtering og -samstemming i primær- og spesialisthelsetjenesten som er enkle å bruke og gir god, sikker kommunikasjon. Ethvert elektronisk verktøy bør medvirke til at behandler bruker mindre tid foran skjerm til fordel for tid til pasientbehandling. Disse hensynene må være ivarettatt når nasjonale myndigheter legger bindende føringer for apotek, regionale helseforetak og andre involverte aktører.

Til slutt ønsker Legeforeningen å anerkjenne at det er lagt et betydelig arbeid inn i utarbeidingen av denne NOU-en som tegner et bilde av både nåsituasjonen og utfordringer. Dessverre er problemstillinger knyttet til apotek tjenester og samhandlingsløsninger omtalt, men ikke helhetlig utredet.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
Medisinsk fagdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk