

# FARMASØYTREKVIRERING AV LEGEMIDLER SETT FRA FARMASØYTENS PERSPEKTIV

av

**Iljen Rossemyr**

Mastergradsoppgave i farmasi



Senter for Farmasi  
Universitetet i Bergen

20. mai 2011



## FORORD

Metode og oppgave var ikke gitt fra veilederne mine og jeg stod tilnærmet fritt til å velge kunnskapsinnhenting rundt oppgavetittelen “Farmasøytrevirering av legemidler sett fra farmasøytens perspektiv” gitt av Senter for farmasi i samarbeid med Vitusapotek. Å forme sin egen masteroppgave er en mulighet ikke alle masterstudenter får. Å være så aktiv i planleggingsfasen krevde økt innsikt rundt tema før valg av metode ble tatt. Hvorfor gjør jeg studien? Hva vil jeg finne ut? Hvordan skal jeg finne det ut? Dette var en mulighet på godt og vondt. Jeg fikk lov til å fokusere på det jeg selv synes er mest interessant samtidig som havet av valgmuligheter var enormt og forvirrende. Valg av oppgavefokusering, problemstilling og metode måtte forholde seg til omverdenen. Andre studier gjort på temaet farmasøytrevirering, praktiske forhold som tid og ressurser, min egen faglige innsikt var elementer som var med å forme valg av tilnærming. Å få være en del av alle leddene i en forskningsprosess har vært spennende og interessant!

Først og fremst vil jeg takke mine veiledere: Takk til Svein Haavik (UiB) har veiledet meg gjennom alle forskningsleddene og tålmodig svart på mange spørsmål. Takk til Kristin Klem (NMD) som har delt sine kunnskaper og syn på området med meg.

I tillegg ønsker jeg å takke NAF som har vært hjelpsomme med å dele informasjon som de har på området. Takk til Econ Pöyry som gav informasjon om deres fokuseringsområder i rapporten “Evaluering av farmasøytrevirering” utarbeidet for Hdir 2011. Dette var til stor hjelp i forhold til oppgavefokusering i min masteroppgave slik at vi jobbet parallelt og ikke endte opp med dobbelundersøkelse av de samme temaene.

Tusen takk til tålmodig familie og kjæreste gjennom studieperioden!

Til slutt og ikke minst en stor takk til studiedeltagerne – uten informanter hadde ikke det vært noen oppgave.

Bergen 20.mai 2011

Iljen Rossemyr

# INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	3
FORKORTELSER.....	6
BEGREPSFORKLARING.....	6
1 SAMMENDRAG.....	7
2 INTRODUKSJON.....	8
2.1 Pandemi – influensa A (H1N1).....	8
2.1.1 Farmasøytrevirering av Tamiflu og Relenza.....	8
2.1.2 Apotekforeningens evalueringsrapport.....	9
2.1.3 Andre evalueringsrapporter.....	10
2.2 Myndigheter og andre aktører sine uttalelser om farmasøytrevirering.....	11
2.3 Farmasøytrevirering – Politisk forankring og Apotekforeningens forslag.....	12
2.4 Internasjonalt perspektiv.....	15
2.4.1 Ulik internasjonal klassifisering av legemidler.....	15
2.4.2 Ulike former for reseptpliktig farmasøytrevirering internasjonalt.....	21
2.5 Farmasøytrevirering - Begrepsavklaring.....	25
2.6 Apotek i dag og faktorer som påvirker utviklingen.....	26
2.6.1 Trenden i apotek.....	26
2.6.2 Mulige habilitetsproblemer og skillet mellom rekvirering og utlevering.....	28
2.6.3 Ulike helseprofesjoners rett til rekvirering.....	29
2.6.4 Økt behov for avlastning av helsevesenet.....	30
3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	31
3.1 Formål med masteroppgaven.....	31
3.2 Problemstilling.....	31
4 MATERIALE OG METODE.....	32
4.1 Valg av metode.....	32
4.2 Materiale og gjennomføring av forskningsintervjuene.....	32
4.2.1 Studiedeltagerne.....	32
4.2.2 Inkluderingskriterier.....	32
4.2.3 Rekruttering av studiedeltagere.....	32
4.2.4 Intervjuguiden.....	33
4.2.5 Datainnsamling og gjennomføring av forskningsintervjuene.....	33
4.3 Analyse av forskningsintervjuene.....	33
4.3.1 Transkripsjon.....	33
4.3.2 Analyse av transkriptene.....	33

4.5	Etiske betraktninger .....	35
4.6	Litteratursøk.....	35
5	RESULTATER (intervjuene) .....	36
5.1	Praktisk gjennomgang av farmasøytrevirering .....	38
5.1.1	Begrepet farmasøytrevirering.....	38
5.1.2	Skjema.....	38
5.1.3	Skranke versus timebestilling.....	40
5.1.4	Yrkesgrupper .....	41
5.1.5	Tidsperspektiv .....	41
5.2	Hvilke legemidler skal inngå i farmasøytrevirering .....	42
5.2.1	NAFs forslag til bruksområder som egner seg .....	42
5.2.2	Ytterligere legemiddelforslag.....	47
5.3	Utfordringer knyttet til farmasøytrevirering.....	49
5.3.1	Praktiske utfordringer i apotek .....	49
5.3.2	Samarbeid med leger .....	51
5.3.3	Etikk .....	52
5.4	Samfunnsnytte .....	53
5.5	Farmasøytperspektiv.....	54
5.5.1	Kursing .....	54
5.5.2	Begrepet “klar” .....	55
6	DISKUSJON.....	60
6.1	Metodedrøfting .....	60
6.1.1	Intervju som metode.....	60
6.1.2	Studiedeltagerne .....	61
6.1.3	Analyse av intervjuene .....	62
6.2	Drøfting av forskningsintervjuene (resultatene).....	63
6.2.1	Farmasøytene syn på hvordan farmasøytrevirering bør gjennomføres praktisk. .....	64
6.2.2	Farmasøytene syn på hvilke legemidler som kan inngå i farmasøytrevirering .. .....	68
6.2.3	Farmasøytene oppfatning om hvilke utfordringer det er knyttet til farmasøytrevirering .....	73
6.2.4	Hvilken samfunnsnytte farmasøytene mener det er med farmasøytrevirering og deres syn på samarbeid med leger.....	76
6.2.5	Farmasøytene er klare for farmasøytrevirering, men kursing må ligge til grunn. .....	77
7	KONKLUSJON .....	81
8	ETTERORD - forskerens refleksjoner.....	82

9	REFERANSELISTE.....	83
10	VEDLEGG.....	86

## **FORKORTELSER**

<b>Hdir</b>	-	Helsedirektoratet
<b>HOD</b>	-	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>NAF</b>	-	Apotekforeningen / Norges Apotekforening
<b>NFF</b>	-	Norges Farmaceutiske Forening

## **BEGREPSFORKLARING**

### **Rekvirering / forskrivning:**

Begrepene rekvirering/rekvirent og forskrivning/forskriver brukes om hverandre i litteraturen.

I denne studien vil begrepene rekvirering/rekvirent brukes.

# 1 SAMMENDRAG

Internasjonalt er farmasøytrevirering et vidt begrep og praktiseres i forskjellige former. På bakgrunn av svineinfluensapandemien 2009/2010 besluttet HOD på kort varsel å innføre farmasøytrevirering av de reseptpliktige legemidlene Tamiflu og Relenza i perioden 5.november 2009 til 1.juli 2010. Dette var første gang med farmasøytrevirering i Norge. Selv om en begrenset rekvireringsrett for farmasøyter er politisk forankret i Legemiddelmeldingen fra 2005, foreligger det i dag ingen konkrete planer om fremtidig farmasøytrevirering.

Formålet med studien var å evaluere hvor klare farmasøyter er for fremtidig farmasøytrevirering, og hva som eventuelt må ligge til grunn. Studien vil kunne bidra til å kartlegge konkrete behov og begrunnelse for disse mht farmasøytrevirering av enkelte legemidler som en permanent ordning i apotek sett fra farmasøytperspektiv.

Åtte semi-strukturerte kvalitative forskningsintervju av farmasøyter ansatt i apotek ble gjennomført i februar 2011 basert på en intervjuguide. Intervjuene ble transkribert og analysert tematisk.

Intervjuene avdekket at alle farmasøytene forstår farmasøytrevirering som en *utleveringsrett* på reseptpliktige legemidler med visse utleveringskriterier. Farmasøytene er klare til å delta i fremtidig farmasøytrevirering og opplever ordningen som en spennende faglig utfordring. Flere beskriver ordningen som en mulighet til å utnytte kompetansen farmasøyter innehar. Det er delte meninger om hvorvidt kompetanse, frykt og ansvar ses på potensielle barrierer.

Likevel må noen faglige og praktiske forutsetninger til: Kursing og klare retningslinjer *må* ligge til grunn før farmasøytene er klare for å sette i gang med rekvirering. Ordningen bør baseres på skjema med standardiserte spørsmål som skal stilles og kriterier for utlevering av hvert bruksområde. Det etterlyses enklere former for dokumentasjon elektronisk.

Farmasøytrevirering bør gjelde alle farmasøytgrupper. Hvilke legemidler farmasøytrevirering skal gjelde for må vurderes nøye og fastsettes på en liste. Flertallet mener ordningen bør inkludere farmasøyt*reiterasjon* av utvalgte legemidler. Økonomi og forsvarlig bemanning er en forutsetning for rekvirering. Det bør være sentrale prosedyrer og bransjestandarder hevet over kjedenivå. Det etterlyses innsikt i pasientjournal og felles database. Derimot mener flertallet at det går an å ha farmasøytrevirering på utvalgte legemidler uten å ha journalinnsikt. Blant farmasøytene anses det ingen interessekonflikter knyttet til farmasøytrevirering, og det vurderes at ordningen vil føre til at primærhelsetjenesten avlastes og gi økt tilgjengelighet av legemidler for pasienter.

## 2 INTRODUKSJON

### 2.1 Pandemi – influensa A (H1N1)

Et pandemisk utbrudd av influensa A (H1N1) startet oktober 2009. Salget av de antivirale legemidlene Tamiflu og Relenza økte ikke i takt med antall influensasmittede. Det ble samtidig satt i gang et “massevaksinasjonsprogram” under pandemien. Til sammen førte dette til et enormt press på primærhelsetjenesten i Norge. For å avlaste primærhelsetjenesten vedtok HOD å gjøre antiviralia mer tilgjengelige for allmennheten (Apotekforeningen 2010 b). På bakgrunn av svineinfluensapandemien 2009/2010 besluttet HOD på kort varsel å innføre farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza i perioden 5.november 2009 til 1.juli 2010. Dette var første gang med farmasøytrekvirering i Norge.

#### 2.1.1 Farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza

**Implementeringsprosessen:** Fredag 30.oktober 2009 innkalte HOD NAF til et møte hvor temaet var farmasøytrekvirering for antiviralia til behandling av influensa (Apotekforeningen 2010 b). NAF la frem et forslag om at ordningen lot seg gjennomføre dersom bransjen fikk tre virkedager og hvis alle tekniske utfordringer var overkommelige. I høringsnotatet til HOD ble det foreslått midlertidig rekvireringsrett for farmasøyter i apotek med visse begrensninger. Departementet mente ordningen krevde en ny forskrift. *Forskrift om provisorfarmasøyters og reseptfarmasøyters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir (2009)* ble vedtatt av helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen og trådte i kraft torsdag 5.november 2009. Legeforeningen var derimot prinsipielt i mot farmasøytrekvirering. Det var et tett samarbeid mellom NAF og Hdir, samt NAF og bransjen (Apotekforeningen 2010 b).

**Krav til resept/rekvirering og rekvireringsskjema:** Farmasøytrekvirering ble innført for reseptar- og provisorfarmasøyter, samt farmasistudenter med lisens med visse betingelser. Det ble vedtatt å bruke et standardisert rekvireringsskjema komponert av Hdir i dialog med NAF. Rekvireringsskjema skulle fungere som både resept og journal, samt som billag i oppgjørsordning mellom Hdir og apotek. Skjemaet ble utformet slik at kravene til resept/rekvisisjon i forhold til *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (1998)* ble oppfylt. Forskrift og rekvireringsskjema gav visse utleveringskriterier; Det skulle kun rekvireres til personer med klare influensasymptomer, samt forebyggende behandling av personer i risikogruppene som hadde vært i kontakt med smittede (Apotekforeningen 2010 b). Skjema inneholdt spørsmål som skulle hjelpe farmasøyten i å vurdere om pasient behøvde legemiddelbehandling. Pasient / pårørende og rekvirerende farmasøyt skulle fylle ut skjema.



**Helsehjelp og journalkrav:** Farmasøytrekvirering av antiviralia anses som *helsehjelp* (Apotekforeningen 2010 b). I *Forskrift om provisorfarmasøyters og reseptarfarmasøyters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir § 2 Rett til rekvirering* (2009) står det: “*Provisorfarmasøyter og reseptarfarmasøyter har rett til å rekvirere oseltamivir og zanamivir ved ytelse av helsehjelp i apotek*”. *Helsepersonelloven* definerer helsehjelp som “*enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell*”. Dermed foreligger det plikt til journalføring, jf. *Helsepersonelloven § 39 Plikt til å føre journal* (Helsepersonelloven 1999). Under *Helsepersonelloven kapittel 8 Dokumentasjonsplikt* står generelle journalføringskrav. Journal i form av papirskjema utfylt av pårørende / pasient og rekvirerende farmasøyt som lagres i apotek anses å oppfylle kravene til journalføring. Dermed møter rekvireringsskjemaet de kravene satt til journalføring for rekvireringen. Det ble satt krav til at journalene skulle oppbevares i apotek i 10 år som nedfelt i *Forskrift om provisorfarmasøyters og reseptarfarmasøyters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir* (2009).

**Økonomi:** Det ble bestemt at apotek hadde rett til godtgjørelse for rekvireringen fra pasient på 20 kroner da det gav apotekene en ekstraoppgave. NAF la frem forslaget om 20 kroner til HOD som foreslo at hele beløpet ble dekket av pasientens (Apotekforeningen 2010 b). Det ble i tillegg utarbeidet en spesiell refusjonsordning for Tamiflu og Relenza hvor HOD satte refusjonssatsen på 21,15 prosent som medførte redusert legemiddelpris for pasienten. Apotekene måtte sende krav på gjenværende beløp i etterkant til Hdir som var den refusjonsgivende instansen. Resepter og rekvireringsskjema skulle lagres i apotek som regnskapsbilag og ikke sendes inn som bilag (Apotekforeningen 2010 b).

**Temaet farmasøytrekvirering:** Farmasøytrekvirering var derimot ikke en ny tanke for NAF som har arbeidet med temaet siden Legemiddelmeldingen (Helsedepartementet 2005). NAF har tidligere lagt frem forslag hvor de mener at utvalgte legemidler bør bli mer tilgjengelige uten resept fra lege (Apotekforeningen 2010 b).

## **2.1.2 Apotekforeningens evalueringsrapport**

**Evaluering:** NAF presenterte i august 2010 en evalueringsrapport på tiltakene som ble diskutert og gjennomført i forbindelse med Influensa H1N1-pandemien 2009, herunder farmasøytrekvirering, kalt “*Evaluering av arbeidet med pandemiberedskapen*” (Apotekforeningen 2010 b). I tillegg utførte NAF to fokusgruppeintervjuer med apotekansatte for å avklare deres erfaringer med

farmasøytrekvirering. Innledningsvis i rapporten står det: *“Ved innføring av farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza fra 5. november opplevde apotekansatte farmasøyter noen hektiske dager, men de erfarte også at ordningen fungerte godt til tross for kort planleggingstid.”* Rapporten konkluderer med at apotek og apotekansatte er kompetente til å kunne iverksette en kvalitetssikret tjeneste med svært kort tilstelningstid og har evne til å endre praksis raskt. Dette presiserte Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i takkebrev *Farmasøytrekvirering av antiviralia i apotek* (vedlegg 11 i evalueringsrapporten) sendt til NAF 09.12.2009 (Apotekforeningen 2010 b):

“Erfaringene fra de siste ukene viser at innføringen av rekvireringsrett for farmasøyter har fungert etter intensjonen. I en periode med markant økning i antall smittede av influensa A (H1N1) har det vært viktig at befolkningen har kunnet oppsøke apotek for rekvirering og utlevering av antiviralia. Jeg vil derfor takke Apotekforeningen for et godt samarbeid i perioden før og under implementering av tiltaket, og berømme landets apotek og farmasøytene i apotekene for en god og effektiv håndtering av denne nye oppgaven. Jeg ser fram til et fortsatt godt samarbeid med Apotekforeningen og landets apotek.”

Apotekene har et velformet apparat for innføring av nye oppgaver. Erfaringene viser at apotekene klarte farmasøytrekvirering bra og at de innehar kompetanse til å påta seg slike oppgaver. Fra fokusgruppene kom det frem at flertallet av deltagerne hadde tenkt lite over at en ny oppgave som farmasøytrekvirering kunne bli satt i system, behovet for flere slike tjenester er tilstede, noen av farmasøytene uttrykte skepsis til farmasøytutlevering og det ble beskrevet at alle må få opplæring før innføring av en slik tjeneste. Fokusgruppene vurderte rekvireringsskjema nyttig som veileder og stikkordsliste. NAF skriver derimot at taksten ikke representerte den faktiske kostnadsdekningen for arbeidet farmasøytene la ned per ekspedisjon. I tillegg gav avslag ingen takst for apoteket selv om vurdering av pasienten var tatt av farmasøyt.

### **2.1.3 Andre evalueringsrapporter**

I tillegg til evalueringsrapporten til NAF, gav HOD Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) oppdrag å evaluere den nasjonale pandemiberedskapen i 2009 og utarbeide en rapport (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) 2010). I rapporten står det at farmasøytrekvirering krevde at apotekene måtte implementere en ny oppgave på kort tid, noe som apotekene løste raskt. DSB har i ettertid av ordningen ikke registrert noen kommentarer på at ordningen ikke fungerte tilfredsstillende, selv om Legeforening var kritisk i forkant.

Econ Pöyry fikk i regi av Hdir oppdrag å lage en evalueringsrapport om farmasøytrekvireringsordningen som gjaldt under svineinfluensaen 2009/2010. Rapporten *“Evaluering av farmasøytrekvirering”* ble publisert på Hdir sine hjemmesider våren 2011 (Econ Pöyry 2011). Det konkluderes med at økt tilgjengelighet på antiviralia ble oppnådd, implementeringen var hensiktsmessig, det synes ikke å være noen utfordringer knyttet til rolleblanding (forskriver og selger) og samarbeidet mellom aktørene fungerte bra. I lys av farmasøytrekvirering som en eventuell fremtidig ordning, sier rapporten erfaringene under svineinfluensaen ikke er dekkende til å konkludere om farmasøytrekvirering er et godt virkemiddel på permanent basis. For å kunne anslå permanent bruk, må farmasøytrekvirering vurderes for hvert legemiddel (Econ Pöyry 2011).

## **2.2 Myndigheter og andre aktører sine uttalelser om farmasøytrekvirering**

Farmasøytrekvirering under pandemien fungerte som et slags pilotprosjekt for en helt ny ordning. Pilotprosjektet kan muligens fungere som en modell for fremtidig varig farmasøytrekvirering. Farmasøytene har fått utøvd en ny oppgave og hovedkonklusjonen til NAF var at bransjen klarte oppgaven som rekvirent bra og at det var en vellykket ordning. I kjølvannet av den unike pilotstudien, startet en diskusjon rundt farmasøytrekvirering og mulighet for rekvirering som fremtidig oppgave for farmasøyter. I en artikkel fra 2010 ble statssekretær Roger Ingebrigtsen i HOD spurt om det kan være aktuelt med farmasøytrekvirering av andre legemidler: *“Jeg vil berømme landets apotek og farmasøytene i apotekene for en god og effektiv håndtering av denne nye oppgaven. Vi har i dag ingen konkrete planer for tilsvarende ordning for andre legemidler.”* (Kvaal 2010). Flere sentrale personer i norsk farmasi samt politikere har derimot uttalt seg positive til fremtidig farmasøytrekvirering. Tove Ytterbø, leder i NFF, uttalte *“Vi vil ha nye rekvireringsoppgaver for farmasøytene”* (Bjermeland 2010) samtidig som hun ber myndighetene utrede hvilke legemidler som egner seg. Ytterbø ser for seg en fast betinget farmasøytrekvirering bygget på pandemirekvireringen. Det vil føre til at både provisor- og reseptarfarmasøyter kan tilby tjenesten på alle landets apotek i hele åpningstiden. Ytterbø understreker at målet med tjenesten er å avlaste øvrig helsevesen og utvidet egenomsorg for pasientene. Fagdirektør Anne E. Smedstad i NAF sier til nyhetsbyrået Newswire (Newswire.no 19.08.2010) at flere legemidler som er reseptpliktige i dag bør slippe å kreve legekonsultasjon og heller utleveres på apotek. Bransjen foreslår ny, fast farmasøytrekvirering av reseptpliktige legemidler mot ukompliserte lidelser som kan vurderes av farmasøyt etter faglige kriterier og prosedyrer.

Smedstad legger frem eksempler som kloramfenikol øyedråper mot øyekatarr, midler mot innvollsorm hos hund og katt, reisesykemedisin til barn under 12 år, forebyggende reisemedisin mot malaria og diare. I *Apotekforeningens nyhetsbrev* 17.01.2011

*Apotektenketanken: Apotek kan avlaste legene* (Apotek.no 17.01.2011) skriver Oddbjørn Tysnes (konst. adm. dir. i NAF) at NAF mener farmasøytene kan avlaste fastlegene slik at de får mer tid til deres kjerneoppgaver. I dag er det flere mindre alvorlige lidelser som pasient må oppsøke lege for å få resept på. Tysnes viser til øyekatarr hos barn hvor farmasøytrekvirering basert på en standardisert prosedyre vil være en mulig og enkel løsning. Bent Høie (Høyre), leder av Helse- og omsorgskomiteen, har uttalt at han er åpen for farmasøytrekvirering innenfor visse rammer og nært samarbeid med fastlegene (Nilsen 2010). Dette kom frem under Legemiddeldagen 2010 hvor Høie var en av deltagerne i paneldebatten “*Kan apotekene bidra til en bedre helsetjeneste?*”. Høie presiserer at han er åpen for å diskutere en begrenset forskrivningsrett gjeldende for visse legemidler eller betinget av at lege skriver ut legemidlet første gang. Forskrivningsretten forutsetter at det eksisterer et bedre kommunikasjonssystem mellom fastleger og farmasøyter. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sendte som tidligere nevnt brev til NAF hvor hun takket bransjen for den gode håndteringen av farmasøytrekvirering i 2009.

## **2.3 Farmasøytrekvirering – Politisk forankring og Apotekforeningens forslag**

**Politisk forankret:** I Legemiddelmeldingen (St.mld. nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken*) fra 2005 er en eventuell fremtidig innføring av begrenset rekvireringsrett for farmasøyter forankret (Helsedepartementet 2005). I kapittel 8.6.2 *Utvikling av apotekenes tjenester* står det:

“Fordelene ved å gi farmasøyter en begrenset forskrivningsrett for enkelte reseptpliktige legemidler er at det kan være en praktisk ordning for pasientene og en avlastning for legene.(...)Begrunnelsen er at den som behandler en person, ikke må ha økonomiske interesser av at en terapi anbefales. Apotek tjener på salg av legemidler, og det vil derfor innebære et brudd med dette grunnleggende prinsippet hvis farmasøyter i apotek gis forskrivningsrett til legemidler.(...)Farmasøyter vil i så fall i utgangspunktet ha behov for bedre kunnskaper om diagnostikk og behandling enn det de besitter i dag. *Departementet* vil gi Statens legemiddelverk i oppdrag, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, å utrede om farmasøyter bør gis en begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler, og om dette eventuelt krever lovendring. Etaten bør også vurdere om tilsvarende fordeler for pasientene og helsetjenesten kan oppnås ved å gjøre flere legemidler reseptfrie.”

Stortingets sosialkomité kommenterte departementets ønske om å utrede hvorvidt begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler bør gis til farmasøyter i sin innstilling (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) (Sosialkomiteen. Stortinget 2005) om legemiddelpolitikken. Med visse forbehold støttet sosialkomiteen departementets ønske:

“Komiteen mener det i utgangspunktet kan være uheldig å gi farmasøyter en slik rett, spesielt av hensyn til at en forskrivning av reseptbelagte legemidler i mange tilfeller assosieres med diagnostisering som foretas av lege. Komiteen er imidlertid av den oppfatning at flere av dagens legemidler er av en slik karakter at de ikke må være reseptbelagt, men heller ikke bør selges fritt. Eksempel på dette kan være p-piller, slimløsende midler eller allergimedikamenter. Komiteen mener derfor at det bør utredes et tretrinnsystem hvor legemidler deles i tre grupper, hvorav den ene kategorien inneholder medikamenter som ikke er reseptbelagt, men som bare kan forskrives av farmasøyt.(...)Konkrete krav til utleveringsprosedyrene må derfor utredes, herunder behovet for en klar sjekkliste for farmasøyten samt en liste over hvilken informasjon brukeren må få ved hver utlevering. Komiteen vil samtidig understreke viktigheten av at slike utleveringer blir dokumentert(...).”

Selv om eventuell innføring av en egen legemiddelgruppe som farmasøyter kan utlevere uten resept er politisk forankret, er utredning av farmasøytrevirering ikke å finne igjen i oppdragsbrev HOD har sendt til sine etater i tiden etter Legemiddelmeldingen (Smedstad 2008).

**Apotekforeningens forslag:** NAF har tidligere lagt frem forslag (Apotekforeningen 2010 b) hvor de mener at utvalgte legemidler bør bli mer tilgjengelige uten resept fra lege. Legemidlene bør likevel ikke gjøres reseptfrie da det trengs veiledning for å sikre riktig bruk. NAF mener at forsvarlig utlevering sikres med en prosedyre hvor det kreves dialog mellom farmasøyt og pasient før utlevering av legemiddel. Da NAF tok opp temaet farmasøytpliktige legemidler med HOD i 2004, fremla NAF en liste med konkrete eksempler på bruksområder og legemidler som kan være egnet til farmasøytutlevering. Listen til foreningen, gjengitt fra artikkelen “*Ja til farmasøytpliktige legemidler*” publisert i *Apotekforeningens Tidsskrift* (Smedstad 2008), er vist i tabell 2.1. Da noen av reseptstatusene er endret, er eksemplene som ikke er aktuelle i dag fjernet fra listen (Vectavir/Zovirax er fjernet da legemidlene i dag er unntatt reseptplikt i små pakninger). Listen inkluderer kun legemidler til mennesker, men NAF foreslår at preparater til dyr også kan være egnet (f.eks p-piller til katt).

**Tabell 2.1 - Eksempler på farmasøytpliktige legemidler** (Gjengitt fra artikkelen “*Ja til farmasøytpliktige legemidler*” (Smedstad 2008) publisert i *Apotekforeningens Tidsskrift* med unntak av Vectavir/Zovirax som i dag er unntatt reseptplikt i små mengder)

Bruksområde	Legemidler	Begrunnelse
Øyeinfeksjon	Kloramfenikol / Fucithalamic	Standardbehandling ved ukomplisert infeksjon i øye
Prevensjon	P-piller	Økt tilgjengelighet, forebygge uønsket svangerskap
Forebyggelse av diaré på reiser	Dukoral drikkevaksine	Standard behandling ved reise til områder med dårlig hygiene
Forkjølelse	Mucomyst / Bronkyl	Slimløsende ved hoste. Få bivirkninger.
Utsettelse av menstruasjon	Primolut-N	Standard behandling
Forebyggelse av malaria	Malariamidler	I følge retningslinjer fra helsemyndighetene
Akne	Aberela krem / Differin krem/gel / Skinoren krem	Vanlig behandling hvis benzoylperoksid ikke har effekt

**Apotekforeningens bruk av begrep og beskrivelse av farmasøytrekvirering:** I en artikkel fra 2008 skriver Smedstad: “*Norske leger rekvirerer hvert år ca. 3/4 million resepter på enkle, resept-belagte legemidler som p-piller, øyedråper og salver mot munnsår. Apotekforeningen mener det finnes en bedre løsning for mange av disse pasientene: En utvidelse av mulighetene for egenomsorg med legemidler -unntatt resept-plikt ved farmasøytutlevering*” (Smedstad 2008). Det er verdt å merke seg at her brukes begrepet *unntatt reseptplikt ved farmasøytutlevering*. NAF bruker betegnelsen *farmasøytpliktige legemidler* for denne formen av farmasøytrekvirering, ikke *reseptpliktig farmasøytrekvirering*. NAF har også brukt begrepet *farmasøytutlevering* om farmasøytrekvirering fordi oppgaven skal fremtre som en utvidet egenomsorg (Gombos 2010). Ordningen er ikke ferdig definert, men NAF beskriver den som utlevering av legemidler uten resept fra lege, samtidig med mye strengere krav enn de gjeldende for reseptfrie legemidler (Gombos 2010): Legemidler til behandling av mindre alvorlige lidelser som kun kan utleveres av farmasøyt etter gjennomgått rådgivning, farmasøyt innehar retten til å nekte utlevering dersom krav til utlevering ikke oppfylles, definerte prosedyrer, farmasøytutlevering må dokumenteres slik at det i ettertid kan sjekkes om prosedyrene blir fulgt, farmasøyt skal ikke stille diagnose, men veilede om legemidler som øker tilgjengeligheten for kundens egenomsorg(Gombos 2010). NAF samarbeider med NFF for igjen å få i gang diskusjonen rundt farmasøytrekvirering med ønske om å diskutere begrenset farmasøytrekvirering i lys av erfaringene fra svineinfluensaen med HOD. NAF og NFF har lenge planlagt å sende et felles brev til HOD.

## 2.4 Internasjonalt perspektiv

Farmasøytrevireringen under svineinfluensaen 2009/2010 og erfaringen fra utlevering av legemidler av farmasøyt uten resept fra lege er nytt i Norge, men internasjonalt praktiseres allerede flere ulike former for farmasøytrevirering. Rekvirering av reseptpliktige legemidler, ofte kalt *pharmacist prescribing*, varierer fra uavhengige former hvor farmasøyten alene kan rekvirere legemidler, til avhengige former som varierer av grad av autonomi og samarbeid med leger. Landene som praktiserer denne formen for farmasøytrevirering har i noen tilfeller flere års erfaring med en *reseptfri* legemiddelklasse, ofte kalt *Pharmacy/Pharmacist Only Medicine*. Legemidlene kan utleveres uten resept, men kun av farmasøyt etter obligatorisk rådgivning. Utover formene for farmasøytrevirering som presenteres under, er det land som praktiserer ytterligere varianter av ordningen ikke nevnt her.

### 2.4.1 Ulik internasjonal klassifisering av legemidler

Da hvert land kategoriserer legemidler ulikt ut fra sine reguleringsorgan og klassifiseringsdirektiv, vil det være vanskelig å trekke konkrete paralleller mellom de ulike lands legemiddelkategorier. Slike reguleringsorgan vil være Statens legemiddelverk (SLV), The Standard for the Uniform Scheduling of Drugs and Poisons (SUSDP), The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) og The Food and Drug Administration (FDA) i henholdsvis Norge, Australia, the UK og USA.

**NORGE:** I Norge er det Statens legemiddelverk (2010) som er ansvarlig for klassifisering av legemidler (Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) 2009). Legemidlene deles inn i fire grupper vist i tabell 2.2. *Reseptpliktige legemidler (Rx)* klassifiseres ut fra kriteriene listet opp under kapittel 7 *Fastsettelse av reseptstatus mv.* i *Legemiddelforskriften* (2009).

**Tabell 2.2: Legemiddelkategorier i Norge (Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) 2009)**

Reseptstatus	Resept-gruppe	Forklaring
Reseptpliktig (Rx)	Resept-gruppe A	Narkotika
	Resept-gruppe B	Midler med restriksjoner som kan lett føre til avhengighet
	Resept-gruppe C	Øvrige ikke-vanedannende reseptpliktige legemidler
Reseptfritt / Unntatt fra reseptplikt	Resept-gruppe F	Legemidler unntatt reseptplikt (i begrensede mengde, styrke, form) og reseptfrie legemidler.

**AUSTRALIA:** Australia grupperer legemidler i ulike kategorier, kalt *schedules*, via sitt nasjonale klassifiseringssystem. Denne modellen kategoriserer ut fra hvilke behov det er for kontroll, overvåking og spesielle rekvireringskriterier for det bestemte legemidlet. *The National Drugs and Poisons Schedule Committee (NDPSC)* (2010) avgjør hvilken kategori hvert legemiddel faller inn under og utarbeider dokumentet *The Standard for the Uniform Scheduling of Drugs and Poisons (SUSDP)* med oversikt over inndelingen. Noen utvalgte kategorier er vist i tabell 2.3. Kategori 3 (S3) *Pharmacist Only Medicine*, og til dels kategori 2 (S2) *Pharmacy Medicine*, vil være former for *farmasøytrekvirering*. De ulike modellene for kategorisering av legemidler gjør det vanskelig å trekke en parallell til hva det tilsvarer i den norske modellen, men terminologien *farmasøytpliktige legemidler / farmasøytutlevering* vil kunne være forklarende.



**Tabell 2.3: Noen utvalgte legemiddelkategorier i Australia (National Drugs and Poisons Schedule Committee (NDPSC) 2010)**

Resept-status	Resept-gruppe	Andre navn	Forklaring
Resept-pliktig (Rx)	Kategori 4 (S4) Prescription Only Medicines (POM)	<i>Prescription Only Medicine (POM) / Prescription Animal Remedy</i>	Legemidler hvor det behøves leges / tannleges / veterinærs / fiskehelsebiologs medvirkning for å anvendes, ikke er klarlagt langtidsvirkninger, behov for å kontrollere virkning / bivirkning, oppfølging av nye legemidler m.m.
Resept-fritt / Unntatt fra resept-plikt	Kategori 3 (S3) Pharmacist Only Medicine	(POM*)	Legemidler tilgjengelig i apotek uten resept. Det kreves at en farmasøyt gir ut legemidlet etter profesjonell rådgiving for å forsikre riktig, trygg og effektiv bruk. Mot plager og symptomer som enkelt kan identifiseres av pasient og bekreftes av farmasøyt, og som ikke behøver medisinsk diagnose/undersøkelse. Eksempler er legemidler som inneholder orlistat (fedmemiddel) og salbutamol (middel mot obstruktiv lungesykdom; astma/kols).
	Kategori 2 (S2) Pharmacy Medicine		Legemidler tilgjengelige på apotek hvor det kan være behov for rådgivning fra farmasøyt/person med lisens for å sørge for sikker bruk. Mot mindre plager og symptomer som ikke behøver medisinsk diagnose/undersøkelse. I denne kategorien finner vi analgetika med ibuprofen, paracetamol og steroidinneholdende neseppray.
	Un-scheduled Substances		Ikke-kategoriserte legemidler kan kjøpes på apotek og butikk. Disse inkluderer små pakninger av antacider, ranitidin, ibuprofen 200 mg, paracetamol 500 mg, laksantia, smørende øyedråper og nikotinpreparater.

\*Australia har valgt å bruke forkortelsen POM for Pharmacist Only Medicines, mens the UK bruker forkortelsen POM for Prescription Only Medicines. I denne studien vil POM kun brukes for Prescription Only Medicines.

**THE UK:** Storbritannia har tre hovedkategorier av legemidler (The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) 2010) vist i tabell 2.4. *Pharmacy Only Medicines (P)* er legemidler som kan forårsake interaksjoner eller behøver helsepersonells rådgivning, kun tilgjengelig i apotek. Det trengs ikke resept og medisinsk undersøkelse, kun en dialog med farmasøyt. Farmasøyten avgjør om legemidlet er trygt for pasienten ut fra en liste med spørsmål vedtatt av The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB). Her har farmasøyten mulighet til å vurdere valg av legemiddel, behandlingsbehov og forhindre unødvendig legemiddelkjøp. Her gis også muligheten til utspørring av pasienter som kjøper større mengder enn anbefalt av (P)-legemidler for å forhindre misbruk. Denne kategorien vil

være en form for *farmasøytrevirering*. De ulike modellene for kategorisering av legemidler gjør det vanskelig å trekke en parallell til hva det tilsvarer i den norske modellen, men terminologien *farmasøytpliktige legemidler / farmasøytutlevering* vil kunne være forklarende.

**Tabell 2.4: Noen legemiddelkategorier i the UK ((The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) 2010)**

Resept-status	Resept-gruppe	Andre navn	Forklaring
Reseptpliktig (Rx)	Prescription Only Medicine (POM)		Reseptpliktige legemidler. Eksempler er antibiotika, antidepressiva, antidiabetika, sterke analgetika, sildenafil, diazepam og kortikosteroider. Det finnes flere underkategorier som <i>controlled drugs (CD POM)</i> som i tillegg er kontrollert pga risiko for avhengighet.
Reseptfritt / Unntatt fra reseptplikt	Pharmacy Only Medicines (P)	<i>Pharmacy (P) medicines / Behind-the-counter medication</i>	Legemidler som kan forårsake interaksjoner eller som trenger helsepersonells rådgivning kun tilgjengelig i apotek. Det trengs ikke resept/medisinsk undersøkelse, kun en dialog med farmasøyt. Eksempler er noen hypnotika i form av sederende antihistaminer, antihelmintika inkludert mebendazol, samt analgetika med begrenset innhold (< 12,8 mg per tablett) av kodein.
	General Sales List (GSL)		Kan kjøpes rett fra hyllen i fra apotek og butikk. Legemidlene anses som trygge dersom de brukes korrekt. Inkluderer begrensede mengder av paracetamol og ibuprofen, små mengder av allergimedisin, hudkremer og laksantia.
		i)GSL- underkategori <i>Pharmacy-Only (PO) medicines</i>	Liten underkategori inneholdt GSL virkestoff hvor fabrikantene har begrenset tilgangen til kun salg via apotek.

**USA:** I USA er det to hovedkategorier av legemidler og *The Food and Drug Administration (FDA)* avgjør hvilken kategori et legemiddel faller inn under (The Food and Drug Administration (FDA) 2010) vist i tabell 2.5.

**Tabell 2.5: Legemiddelkategorier USA (The Food and Drug Administration (FDA) 2010)**

Resept-status	Resept-gruppe	Andre navn	Forklaring
Resept-pliktig (Rx)	Prescription Only Medicines (POM)	<i>Rx-Only drugs / Legend drugs</i>	Under her finnes det 5 kategorier, <i>schedules</i> , med kontrollerte substanser av ulike grad ut fra ulike kriterier som for eksempel misbrukspotensiale.
Resept-fritt / Unntatt fra resept-plikt	Over-the-counter drug (OTC)	<i>Non-prescription drugs</i>	Legemidler som kan kjøpes uten resept og brukes mot milde symptomer for vanlige lidelser som ikke trenger medisinsk undersøkelse. Eksempler er soppmidler, midler mot flass, noen analgetika, kremer mot eksem og psoriasis.
		i) OTC-under-kategori: <i>Behind-the-counter medicines</i> (vurderes)	Fortsatt under diskusjon. Noen OTC-legemidler er det i tillegg begrensninger på og selges kun i apotek, via en farmasøyt og etter nødvendig rådgivning. Disse legemidlene klassifiseres fortsatt som OTC da det ikke trengs resept. Eksempler er OTC-legemidler hvor det ønskes å unngå hyppig bruk.

De ulike landene har ulike modeller og kriterier for hver legemiddelkategori, men noen grove sammenligninger kan gjøres vist i tabell 2.6. I tillegg til disse legemiddelkategoriene, har the UK og USA ulike former for *reseptpliktig (Rx) farmasøytrevirering* som presenteres grundigere i kapittel 2.4.2.

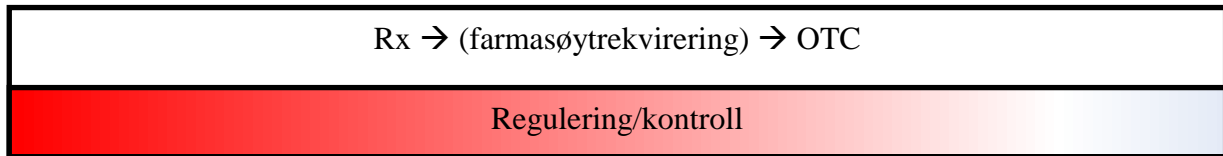
Tabell 2.6 Oversikt over noen ulike internasjonale legemiddelklassifiseringer

Resept-status	Forklaring	Norge	Australia	the UK	USA
Reseptpliktig (Rx)	Ulike resept-grupper	Reseptpliktige legemidler (Rx)	(S4) Prescription Only Medicine (POM)	Prescription Only Medicine (POM)	Prescription Only Medicines (POM) (Rx-Only drugs / Legend drugs)
	Farmasøyt-rekvirering	- (Pandemien)	Under debatt	Suppl. / uavheng.	Avheng. / uavheng.
Reseptfritt / Unntatt fra reseptplikt	Farmasøytpliktige legemidler/ Farmasøytutlevering	-	(S3) Pharmacist Only Medicine (POM*)	Pharmacy Only Medicines (P) (Pharmacy (P) medicines / behind-the-counter medication)	-
	Kun salg i apotek/ begrensninger	Reseptfrie legemidler / legemidler unntatt fra reseptplikt	(S2) Pharmacy Medicine	Pharmacy-Only (PO) medicines	Behind-the-counter medicines (vurderes)
	Salg i apotek / butikk	Reseptfrie legemidler / legemidler unntatt fra reseptplikt (inkl. LUA)	Un-scheduled Substances	General Sales List (GSL)	Over-the-counter drug (OTC) / non-prescription drugs

\*Australia har valgt å bruke forkortelsen POM for Pharmacist Only Medicines, mens the UK bruker forkortelsen POM for Prescription Only Medicines. I denne studien vil POM kun brukes for Prescription Only Medicines.

Som et ledd mellom ytterpunktene reseptpliktige legemidler og reseptfrie legemidler har altså land som Australia og the UK tillegg kategorier som på norsk kan kalles *farmasøytpliktige legemidler/farmasøytutlevering* som vil være en form for *reseptfri farmasøytrekvirering (non-prescription medicines)*, også kalt *betinget farmasøytutlevering* (Econ Pöyry 2011). En global trend i dag er at flere legemidler skifter fra Rx til OTC, såkalt *switching*, som gir økt tilgjengelighet. I dag har pasienten i større grad ansvar for egen helse (utvidet egenomsorg) som har resultert i mer tilgjengelige legemidler. Farmasøytpliktige legemidler/farmasøytutlevering fungerer som en mellomstasjon i prosessen Rx → OTC. Legemiddelkategorien *farmasøytpliktige legemidler/farmasøytutlevering* er altså en form for *reseptfri farmasøytrekvirering* hvor farmasøyten avgjør pasientens behandling basert på symptomer og utvalgte begrensede legemidler. Å bruke denne formen for farmasøytrekvirering som et mellomledd i prosessen Rx→OTC vil kunne gi økt

tilgjengelighet, men samtidig som faglig vurdering og regulering oppnås, vist i figur 2.1 hvor fargelegging illustrerer grad av kontroll. Til nå har farmasøyter i Norge vært passive i overgangen Rx→OTC.



**Figur 2.1 – Farmasøytrevirering som et kontroll-ledd mellom Rx-legemidler og OTC-preparater**

I Norge går flere legemidler motsatt vei etter risikovurdering: OTC → Rx. Ormekur for hund og katt ble reseptpliktig i 2009 pga redsel for resistensutvikling av overforbruk. Store pakninger av tarmstimulerende avføringsmidler (kontaktlaksantia) ble 15. desember 2010 reseptpliktige pga overforbruk og feilbruk som slankemiddel. 1. mars 2011 ble ketoprofen gel reseptpliktig for å fremme sikker bruk (Statens legemiddelverk (SLV) 2010).

#### **2.4.2 Ulike former for reseptpliktig farmasøytrevirering internasjonalt**

I dag praktiseres ulike former for farmasøytrevirering internasjonalt, av både reseptfrie og reseptpliktige legemidler. Totalt åtte ulike modeller av *reseptpliktig (Rx) farmasøytrevirering* ble identifisert fra internasjonal litteratur (the UK, USA, New Zealand, Canada) og presentert i artikkelen *Pharmacists and Prescribing Rights: Review of International Developments* (Emmerton, Marriott et al. 2005). Modellene varierer i grad av avhengighet av protokoller, skriftlige utforminger og samarbeid med leger som vist i tabell 2.7. Prinsippene er noenlunde like, men diverse lokale forskjeller bidrar til ulikheter. Formene varierer i grad av klinisk farmasi.

Tabell 2.7: Åtte ulike modeller for (reseptpliktig) farmasøytrevirering internasjonalt (Emmerton, Marriott et al. 2005)

Rekvireringsmodell		Forklaring
U- A V H E N G.	Uavhengig ( <i>Independent prescribing</i> )	Farmasøyt som uavhengig rekvirent, alene ansvarlig for pasientvurdering, diagnose og kliniske aspekter. Krav til kunnskap, oftest i form av lisens/sertifisering.
A V H E N G.	Supplementær ( <i>Supplementary prescribing</i> )	Frivillig samarbeid mellom uavhengig rekvirent (oftest lege) og supplementær rekvirent (farmasøyt) som genererer en felles Clinical Management Plan (CMP) for pasienten med sistnevntes tillatelse. Den uavhengige rekvirenten er ansvarlig for innledende vurdering/diagnose, mens supplementær rekvirent kan rekvirere, endre legemiddel/dose innenfor gitte betingelser nedfelt i fellesskap. Plan for hver <i>enkelt pasient</i> .
	Protokoll ( <i>Protocol prescribing</i> )	Delegert autoritet/ansvar fra uavhengig rekvirent (oftest lege) med formell avtale og skriftlig retningslinjer (tydelig, detaljert dokument som beskriver hva farmasøyten kan utføre). Den mest vanlige formen for avhengig rekvirering. Detaljert avtale mellom lege og farmasøyt. Klinisk farmasi.
	Samarbeidende ( <i>Collaborative prescribing</i> )	Samarbeidende praksisforhold mellom farmasøyt og lege/praksisgruppe. Lege ansvarlig for diagnose, startbehandling. Farmasøyt velger, overvåker, modifierer og avslutter legemiddelbehandling passende for å nå felles pasientresultat. Mindre tydelig nedfelte retningslinjer enn protokoll. Lege og farmasøyt deler risiko/ansvar. Plan for hver <i>enkelt pasient</i> . Klinisk farmasi (sykehus).
	Skriftlig handlingsguide ( <i>Formulary prescribing</i> )	Skriftlig handlingsguide utformes i fellesskap av klinikker/praksiser og apotek lokalt. Handlingsguiden er en begrenset legemiddelliste med gitte kriterier (behandlingsvarighet, legehenviing). Mindre tydelig nedfelte retningslinjer enn protokoll.
	“Pasientgruppe forskrift” ( <i>Patient group direction (PGD)</i> )	Skriftlig forskrift signert av lege og farmasøyt. Farmasøyt kan utlevere visse (Rx) legemidler på trygdens regning for en utvalgt pasientgruppe etter gitte kriterier. Begrensninger mht. dosering, mengde. Ikke relatert til hver enkel pasient, men alle pasienter som faller inn under kriteriene. Krav om kursing i bruk av PGD.
	Henviing til farmasøyt ( <i>Referral to pharmacist</i> )	Henviing fra pasienter, praksisansatte eller apotekfarmasøyter til rekvirerende farmasøyt for forvaltning av et spesifikt terapivalg eller for å oppnå et spesifikt terapeutiskresultat. Skriftlig handlingsguide med begrenset legemiddelliste.
	Reitererende ( <i>Repeat prescribing</i> )	Farmasøyter tilbyr reiterasjonsservice på legemidler i klinikker/praksiser tilknyttet legesenter, eller for pasienter hvor resepten er gått tom før neste legetime. Farmasøyten vurderer, konsulterer med lege dersom problem, reitererer resepten som kan utleveres ved et annet apotek eller utleverer selv legemidler nok til å vare til neste legetime.

Det presenteres to hovedformer for reseptpliktig farmasøytrevirering – *avhengig revirering* og *uavhengig revirering*. Mens tett samarbeid og definerte avtaler med leger er essensielt i den førstnevnte formen, behøves det i uavhengig revirering ikke noen grad for formelt samarbeid med annet helsepersonell. Artikkelen belyser fire hovedaspekter spesielt viktige ved eventuell innføring av farmasøytrevirering (Emmerton, Marriott et al. 2005):

**1 Profesjonelle aspekter:** Ansvarsområdet omfatter diagnose, revirering, samt en forståelse for grenser og begrensninger. I artikkelen står det at *alle* farmasøyter anses å ha kompetansen til å praktisere *avhengig farmasøytrevirering*, foruten kursing i selve revireringsprosessen. Det er likevel behov for lik kompetansestandard for farmasøytrevirerere, uansett modell. Skillet mellom revirering og utlevering av legemidler byr på problemer mht. interessekonflikt og kvalitetssikring. Farmasøyten bør ha tilgang til pasientjournal. Det er nødvendig med fortjeneste for tjenesten som utføres.

**2 Endringer iht. revirering av legemidler:** Artikkelen henviser til internasjonal utvikling og hevder at utvidet kliniske roller for farmasøyter er verdifull, og at farmasøyter innehar kompetansen til å bidra med pasientomsorg. For å få farmasøytrevirering etablert, må farmasøyttilbudet fremlegges for publikum, myndighetene og helsesystemforvalterne. Samarbeid med andre profesjoner er helt nødvendig. I tillegg hevdes det at pasientutgiftene kan senkes med vellykket innføringer av alternative revirereregrupper.

**3 Arbeidsbelastning og arbeidskrafts:** Arbeidstiden kan reduseres da det antas at revirerende farmasøyter vil bruke mindre arbeidstid på å få samtykke fra lege på endringer/feil på resept. Å tilby tilbudet kan være utfordrende for apotek med få farmasøyter.

**4 Rettslige aspekter:** Nedfelte rettslige rammeverk er nødvendig for vellykket innføring av farmasøytrevirering. Rammeverket vil variere utfra revireringsmodellens grad av autonomi.

Farmasøytrevirering kan ha potensialet til å gi kontinuitet innen helsesystemet og i pasientomsorg, bedre utnyttelse av kompetanse i helsesektoren, optimalisere legemiddelforvaltning og økt pasienttilgjengelighet. Forfatterne foreslår samarbeidende eller supplementær revirering som første steg i innføring av farmasøytrevirering. Da ordningen med farmasøytrevirering er relativ ny, med unntak av USA, mangler det fortsatt evidensbasert forskning om fordeler og ulemper rundt ordningen. Dette vil mest sannsynlig komme årene fremover jo lengre ordningen praktiseres (Emmerton, Marriott et al. 2005).

Artikkelen “*An international overview of some pharmacist prescribing models*” (Tonna, Stewart et al. 2008) gir en oversikt over ulike modeller for *reseptpliktig* farmasøytrevirering

i Australia, Sør Afrika (ordningen er trukket tilbake), Canada, USA og the UK. I *Canada* er farmasøytrevirering begrenset og varierer mellom provinsene. I noen stater praktiseres avhengig (delegert) farmasøytrevirering, mens det i noen andre stater er lov med uavhengig farmasøytrevirering (begrenset til nødprevensjon). USA og the UK er to nasjoner hvor farmasøytrevirering er etablert og brukes som eksempel på de to hovedformene:

**USA:** I USA praktiseres *avhengig farmasøytrevirering* hvor autorisasjonen til en uavhengig rekvirent (som oftest en lege) delegeres til farmasøyten. Her dannes det et gjensidig ansvar mellom farmasøyt og lege. *Uavhengig farmasøytrevirering* i USA gir farmasøyten muligheten til å rekvirere alle legemidler uten annet helsepersonells tilsyn. Bruken varierer fra stat til stat. Sertifisert kursing må gjennomgås før farmasøyter kan bli registrerte rekvirenter. USA var første land ut med farmasøytrevirering.

**The UK:** *The UK* utøver *supplementær farmasøytrevirering* (vedtatt i 2003) hvor farmasøyten kan rekvirere for en diagnose innenfor en avtale (Clinical Management Plan) mellom pasient og uavhengig rekvirent. Clinical Management Plan (CMP) inneholder pasientdetaljer, diagnose, aktuelle legemidler og når pasienten skal henvises til lege (Kyle and Nissen 2010). Den uavhengige rekvirenten (som oftest en lege) setter diagnosen og starter behandlingen. Den supplementære rekvirenten (f.eks farmasøyt / sykepleier) monitorer deretter pasienten, rekvirerer ytterligere legemiddelforsyninger og tar nødvendige dosejusteringer ut fra CMP. Ordningen med *uavhengig farmasøytrevirering* (vedtatt i 2006) gir også her farmasøyten muligheten til å rekvirere uavhengig uten en definert diagnose, CMP eller samarbeid med uavhengig rekvirent. Farmasøyter kan rekvirere alle legemidler innenfor deres kompetanseområde foruten de som klassifiseres som "Controlled Drugs". Gjelder hovedsakelig farmasøyter i klinisk praksis. Hver rekvirent må sertifiseres via kursing. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB) autoriserer kursene.

I *Australia* er farmasøytrevirering fortsatt under utvikling. *Farmasøytrevirering* diskuteres som et ytterligere ledd utover (S2) *Pharmacy Medicine* og (S3) *Pharmacist Only Medicine*. Her er det imidlertid snakk om klinisk farmasi hvor farmasøyten ikke arbeider ved et apotek, men på sykehus eller legesenter. Selv om diskusjonen dreier seg om mer autonome former for farmasøytrevirering utover stadiet som diskuteres i Norge, vil utviklingsprosessen, utfordringene og debatten rundt en slik ordning på mange måter være en parallell til implementeringsdiskusjonen i Norge. Hoti, Sunderland et al. (Hoti, Sunderland et al. 2010) undersøkte australske farmasøytters holdninger til farmasøytrevirering, drivkrefter og barrierer rundt innføring av ordningen kvantitativt ved bruk av 1000 standardiserte



spørreskjema. 83,9 % av deltagerne svarte de var sterkt for en utvidet rekvireringsrolle, mens 97,1 % medgav at de ville behøve videre kursing. 896 av de deltagende var enige i at farmasøyter bør involveres i supplementær (69,1 %), uavhengig (3,3 %) eller begge formene (27,4 %) for farmasøytrevirering. Det største barrieren ved å innføre farmasøytrevirering viste seg å være manglende opplæring i pasient diagnose, vurdering og kontroll. Hovedkonklusjonen til studien er at majoriteten av australske farmasøyter er for en utvidet rekvireringsrolle for farmasøyter. Flere var for supplementær enn uavhengig farmasøytrevirering, og medgav at de trengte videre kursing for å utføre slik rekvirering.

## 2.5 Farmasøytrevirering - Begrepsavklaring

Å avklare presist hva som ligger i begrepet er ikke entydig. Internasjonalt betyr *farmasøytrevirering* (*pharmacist prescribing*) avhengig og uavhengig rekvirering av *reseptpliktige (Rx) legemidler*. Den midlertidige norske varianten av farmasøytrevirering av de reseptpliktige antivirale legemidlene Tamiflu og Relenza under svineinfluenzaen 2009/2010 ble definert som *revirering* og *helsehjelp* og måtte derfor oppfylle kravene til resept- og journalføring. Likevel kan ikke denne ordningen sammenlignes med ordinær uavhengig rekvirering (f.eks lege) hvor det som oftest settes en diagnose av rekvirenten, da det ikke ble foretatt diagnostisering og pasientene/pårørende selv fylte ut deler av skjema. Rekvireringen var begrenset til et skjema med visse kriterier måtte oppfylles før legemiddel ble utlevert. Jeg velger derfor å kalle ordningen under svineinfluenzaen i Norge for *betinget farmasøytrevirering*. Begrepet *betinget farmasøytutlevering* brukes også (Econ Pöyry 2011).

Landene som praktiserer former for *reseptpliktig farmasøytrevirering* har i noen tilfeller allerede erfaring med *reseptfrie legemiddelklasser* ofte kalt *Pharmacy/Pharmacist Only Medicine*: Farmasøyten har mulighet til å utlevere legemidler dersom pasienten oppfylles visse krav, nekte utlevering, gi rådgivning før utlevering og m.m. Denne formen for farmasøytrevirering vil kunne fungere som et ledd mellom reseptpliktige legemidler rekvirert av lege og reseptfrie legemidler (OTC). Det nivået som diskuteres i bransjen (NAF, NFF) i dag om “*farmasøytrevirering*” i Norge, vil muligens omfatte visse fastsatte legemidler som virker ulikt klinisk (for eksempel midler mot øyeinfeksjon og prevensjonsmidler (Smedstad 2008)). Farmasøytrevirering som diskuteres i Norge med betegnelsene *farmasøytpliktige legemidler* eller *farmasøytutlevering* vil grovt sett tilsvare *Pharmacy/Pharmacist Only Medicine*.

Vi ser at begrepet “*Farmasøytrevirering*” har en tvetydig betydning internasjonalt. I dag brukes fortsatt betegnelsen *revirering* i diskusjonen om fremtidig ordning i Norge, men andre betegnelser brukt er altså *farmasøytpliktige legemidler* og *farmasøytutlevering* hvor farmasøyten har en *utleveringsrett* på noen utvalgte legemidler. Bransjen har til nå ikke vært konsekvente på hvilke betegnelser de bruker om ordningen. Alle disse begrepene vil mer eller mindre være en form for avhengig “farmasøytrevirering”. Oppsummert så bruker ulike land forskjellige benevnelser på de ulike gradene av farmasøytrevirering, som i tillegg praktiseres forskjellig. Det gjør det vanskelig å trekke en konkret parallell til Norge og eventuell fremtidig farmasøytrevirering.

## **2.6 Apotek i dag og faktorer som påvirker utviklingen**

### **2.6.1 Trenden i apotek**

**Apotek i dag:** Endringene i det norske apotekvesenet de siste årene har gitt flere apotek med lengre åpningstider som gir økt tilgjengelighet. Etter den nye apotekloven trådte i kraft 2001, er størstedelen av dagens apotek organisert i landsdekkende kjeder. I tillegg har apotek *lav terskel* for kontakt mellom pasient og helsepersonell – “*førstelinje helsepersonell*”. Apotek er altså et lavterskel helsetilbud med sin kjernekompetanse på legemidler rettet mot et vidt publikum. Stortinget vedtok 15.juni 2009 endringer i apotekloven, men apotek er fortsatt ikke en juridisk del av helsetjenesten (Andersen 2009). Norge har to farmasøytgrupper: reseptarfarmasøyter (3-årig bachelor, B.Pharm) og provisorfarmasøyter (5-årig mastergrad, M.Pharm). Farmasøyter innehar en bred kompetanse innen legemiddelhåndtering, legemiddelbruk og informasjonsarbeid om legemidler. Farmasøyter er landet eneste rendyrkede legemiddeleksperter med spesialkompetanse på legemidler. I tillegg er apotekpersonale *autorisert helsepersonell* som fører med seg yrkesutøvelsesansvar. Farmasøyter er underlagt ulike rammeverk som profesjonsetikk, nedfelte lover og profesjonelle standarder. Det stilles kompetansekrav til apotekpersonalet via Apotekloven og Helsepersonelloven, samt Bransjestandarder for apotek (BRA).

**Nye oppgaver:** Apotekbransjen har utviklet seg betydelig ilt historien, spesielt de siste tiår, og vil sannsynligvis møte enda større omveltninger i fremtiden. Det diskuteres stadig nye muligheter for oppgaver som apotek kan ta på seg og det ses et behov for at apotek må utvikle seg i takt med utviklingen innen helsesektoren for å møte fremtidens utfordringer. Det er forventet at profesjonen og bransjen må se seg nødt til å endre de tradisjonelle farmasøyttoppgavene i takt med utviklingen: E-resept står for dør, flere legemidler blir

tilgjengelige for kjøp direkte på internett og i salgssted utenom apotek (LUA). Det er derfor viktig at bransjen viser merverdien som ligger i apotek som faghandel. De tradisjonelle farmasøyttoppgavene som tidligere bestod av legemiddelproduksjon og legemiddelutlevering, vil sannsynligvis endres og nye oppgaver innføres. Det er en tendens til mer fokusering på egenomsorg med apotek som rådgiver. Profesjonen må finne nye oppgaver hvor farmasøyten kan utnytte sin kompetanse. Internasjonalt ses en trend hvor farmasøyter blir mer inkorporert i helsesystemet (se kapittel 2.4) og deltar i en mer klinisk rolle på sykehusavdelinger og i form av farmasøytrevirering.

**Helsehjelp i apotek:** Det ses en utvikling på synet på apotek. Dannelsen av kjeder gir god utførelsessevne og implementering av ordninger (kursing, tjenester, kvalitetssikring) mer gjennomførbart. I tillegg har apotek *lav terskel* for kontakt mellom pasient og helsepersonell, og vil kunne være arena for *lavterskeltjenester*. Myndighetene har fått øynene opp for den “ubrukte kompetansen” som ligger i profesjonen og Legemiddelmeldingen (Helsedepartementet 2005) åpnet opp for pilotprosjekt angående farmasøytiske tjenester og helsehjelp. En økning i tilgjengeligheten til apotek tjenester ses. Hdir leverte 1.april 2009 en rapport kalt *Helsehjelp i apotek* (Helsedirektoratet 2009) til HOD hvor de identifiserte flere områder der kompetansen i apotek kan brukes bedre enn i dag. Det konkluderes med at apotek vil kunne avlaste øvrig helsetjenester da legemiddelbruken i fremtiden vil øke, samt man ser økt press på de spesialiserte helsetjenestene. “*Laveste effektive omsorgsnivå*” (LEON) er et prinsipp som skal sikre mest effektiv ressursbruk i norsk helsetjeneste. Apotek kan muligens bidra her som et lavterskeltilbud. I en artikkel fra 2010 skriver Kai Finsnes, daværende adm.dir i NAF: “*Ved å gjøre bruk av kompetansen som finnes på apotek kan man avlaste annen helsetjeneste. Dette ble tydelig vist under pandemien da farmasøytene fikk midlertidig rekvireringsrett for Tamiflu, og dette er LEON – laveste effektive omsorgsnivå – i praksis*”. (Finsnes 2010). Ingen form for fremtidig farmasøytrevirering er enda definert som en mulig helsehjelp (Apotekforeningen 2008). Farmasøytrevirering ble definert som *helsehjelp* under svineinfluenzaen.

**Apotek i Samhandlingsreformen:** I stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), også kalt *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helsedepartementet 2009), er det fokus på dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. 15. januar 2010 stilte NAF til høring om samhandlingsreformen i Stortinget (Soldal 2010). Budskapet var at via samhandling kan feil legemiddelbruk reduseres og apotek har en vesentlig rolle her.

Apotekdekningen er god i hele landet og innehar stor legemiddelkunnskap, men NAF mener at farmasøytene som ressurs brukes for lite i Helse- og omsorgstjenesten. Etter at apotekene viste at de er svært handlekraftige, hurtig kan implementere tiltak og utføre nye oppgaver i forbindelse med farmasøytrekvirering under pandemien, har flere politikere fått opp øynene for ressursen i farmasøyster. Under høringen om samhandlingsreformen foreslo NAF ulike tiltak som vil bedre legemiddelbruken, deriblant fremtidig farmasøytrekvirering. Forslaget var grunnet i at erfaringene under pandemien viser at en generell prosedyre for bruk av farmasøytrekvirering av utvalgte legemidler bør utarbeides (Soldal 2010).

## **2.6.2 Mulige habilitetsproblemer og skillet mellom rekvirering og utlevering**

§ 2-3 *Søkere som ikke kan gis apotekkonsesjon* i apotekloven (Apotekloven 2000) separerer det å være rekvirent og utleverer (selger) av legemidler. Per i dag er det ikke lov til å være begge deler samtidig. § 1-3 *Definisjoner* i apotekloven definerer apotek som *“salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, som er fysisk tilgjengelig for publikum”*. I praksis betyr dette at apotek, som et salgssted for legemidler, ikke har mulighet til å rekvirere ut legemidler, samtidig som rekvirenter ikke har mulighet til å selge legemidler. Skillet mellom rekvirent og selger er trukket av etiske aspekter: å kunne utføre begge oppgavene vil kunne føre til unødvendig rekvirering for å selge mer - *interessekonflikt*. I dag er apotek både rådgiver og selger av legemidler. Det kan reises spørsmål om veiledningen som gis er basert på pasientens beste eller for apotekets inntjening. Slike spørsmål om habilitet reises ved innføring av helsehjelp og helsetjenester i apotek som kan påvirke inntjeningen til apotekene. Apoteks posisjon som både rekvirent og selger av legemidler kan føre til at apoteks integritet kan trekkes i tvil. I dag har apotek mulighet til å veilede og selge reseptfrie (OTC) legemidler. Også her vil inntjeningen til apoteket øke med økende forespørsel av reseptfrie legemidler. Likevel anses habilitetsutfordringene som små her da den faglige kompetansen og integriteten, bransjestandarder, samt tilliten til profesjonen anses å forhindre unødvendig salg av legemidler til pasienter som ikke har behov for legemiddelbehandling (Apotekforeningen 2008). I tillegg har helsepersonell i apotek *informasjonsplikt* som innebærer anbefalinger av legemidler. Slike anbefalinger anses som habile selv om de fører til økt salg da det er pasienten som oppsøker apoteket og ber om råd. Her er apotekpersonalets rolle som rådgiver og selger klart. Reseptpliktige legemidler har apotek liten påvirkning på salg i dag da det er rekvirenten som igangsetter legemiddelbehandling. Apotekpersonal er autorisert helsepersonell som medfører krav til

forsvarlighet i yrkesutøvelsen i følge § 4 *Forsvarlighet* i helsepersonelloven (Helsepersonelloven 1999) og opptre faglig forsvarlig.

Dersom det er snakk om *virksomhet som utøver helsehjelp*, er apotekpersonalets roller ikke så klare. Dersom farmasøytrekvirering defineres som virksomhet som utøver helsehjelp, medfølger det visse krav i helsepersonelloven. I rapporten *Helsehjelp i apotek* (Helsedirektoratet 2009) skriver Hdir: *“I det øyeblikket apoteket pretenderer å yte helsehjelp uavhengig av salget, blir salgsrollen uklar, og den kobling som faktisk ligger der, mellom veiledningen og kjøp blir mer utydelig.(...)Direktoratet mener derfor at det bør være et klart skille mellom helsehjelpen (utvidet veiledning) og et salg av et legemiddel el. et medisinsk utstyr. Dette skille blir enn da viktigere dersom det offentlige skal del-finansiere tjenesten, og det kan videre være aktuelt å utrede om det bør etableres etiske regler / standarder for helsehjelpen i tjenesten.”* Apotek som yter av helsehjelp kan medføre visse utfordringer med å klargjøre roller og habilitetsutfordringer.

### **2.6.3 Ulike helseprofesjoners rett til rekvirering**

**Begrenset rekvireringsrett til annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens:** Kun leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler iht *Helsepersonelloven* (Helsepersonelloven 1999) § 1 første ledd første punktum. Bestemmelsenes annet punktum gir derimot departementet hjemmel til å gi en begrenset rekvireringsrett til annet helsepersonell med autorisasjon/lisens. De ulike profesjonenes rett til rekvirering står nedfelt i *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, kapittel 2 Rett til rekvirering* (1998). I dag kan f.eks veterinærer, farmasøyter (kun rekvirere legemidler til farmasøytisk avdeling ved sykehus, jf. *forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*), helsesøstre og jordmødre, tannpleiere og optikere rekvirere legemidler med ulike begrensninger. Lege, tannlege og veterinær har alle 5-års universitetsutdanning eller mer. Jordmødre og helsesøstre har 3-årig bachelorgrad med 2 år spesialisering. Optikere og tannpleiere har 3-årig bachelorgrad. Det er en utvikling i Norge at nye grupper av helsepersonell får utvidet eller tildelt nye oppgaver.

**Helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler - en analog til farmasøytrekvirering?** Helsedepartementet vedtok i 2002 endring i *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* (1998) som gir rett til å rekvirere prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16 til og med 19 år for helsesøstre og jordmødre. Ordningen gjaldt rekvirering av p-piller, men har i dag blitt utvidet til å gjelde også andre hormonelle

prevensjonsformer på liste fastsatt av Statens legemiddelverk (SLV). For å forsikre at rekvireringen er forsvarlig ble det vedtatt etterutdanningskurs for å få rekvireringsretten (Helsedepartementet 2002). Det er ingen krav til eksamen, men deltagerne må følge undervisningen med et oppmøte på 80 % for å få kursbevis. Kurset inkluderer blant annet dokumentasjonsplikt, farmakologi, kommunikasjon og retningslinjer for rekvireringsretten (Helsedepartementet 2002). Rekvirentene skal *oppfordre* målgruppen til å informere fastlegen om prevensjonsbruken. Stortinget vedtok at prevensjonsmidlene skulle være gratis for unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år (Helsedepartementet 2002). Det ble innført såkalte *P-resepter* som en del av bidragsordningen hvor en bidragsatts, vedtatt av HOD, inntil 100 kroner for hver tredje måneds ekspedisjon blir dekket (Rikstrygdeverket Helsetjenestekontoret 2006).

#### **2.6.4 Økt behov for avlastning av helsevesenet**

Det antas å komme en eldre-eksplosjon, også kalt *eldrebølgen* (Statistisk Sentralbyrå 1999), i årene etter 2010 hvor antallet eldre (definert som 67 år og oppover) vil øke ca 13 000 per år. Legemiddelbruken øker med alderen og aldersgruppen 70 år og oppover bruker mest legemidler hvorav 90 % fikk Rx-legemidler i 2008 (Folkehelseinstituttet (FHI) 27.08.2008). En eldre befolkning er synonym med økt medisineringsbehov og kroniske syketilstander vil okkupere en større del av helsevesenet i fremtiden. Behovet for rekvirentkonsultasjon vil øke drastisk. Helsevesenet står i dag ovenfor en utfordring for å finne nye løsninger på å frigi helseressurser. Tall fra 2008 viser at et av fire barn i 0-4 års alderen fikk behandling mot bakterieinfeksjon i øyet (øyekatarr) i form av øyesalve/-dråper. Samme år brukte 50 % av kvinner i alderen 15-24 år hormonelle p-piller/antikonseptiva, mens andelen var 25 % av kvinner 25-44 år (Folkehelseinstituttet (FHI) 27.08.2008). Kanskje *farmasøytrekvirering* kan bidra til å frigi helseressurser i primærhelsetjenesten?

## 3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

### 3.1 Formål med masteroppgaven

Målsetningen til prosjektet er å evaluere hvor klare farmasøytene er for eventuell fremtidig farmasøytrevirering. Studien vil kunne bidra med kunnskap om synspunkter til farmasøyter om farmasøytrevirering og vurdere om det er andre områder enn Tamiflu og Relenza som egner seg for farmasøytforordning, kartlegge konkrete behov og begrunnelse for disse mht farmasøytrevirering av enkelte legemidler som en permanent ordning i apotek i framtiden sett fra farmasøyperspektiv.

### 3.2 Problemstilling

*Er farmasøytene klare for fremtidig farmasøytrevirering av legemidler, og hva må eventuelt til?*

**Begrepet “klar”:** I problemstillingen brukes betegnelsen “klar”. Under intervjuene vil det bli undersøkt om farmasøytene anser seg selv klare til å delta i noen former for farmasøytrevirering. Studien har som mål å belyse både det faglige og sosiale rundt begrepet “klar”. Kompetanse, sikkerhet, frykt, ta på seg ansvar, selvtillit, faglig integritet, holdning vil bli undersøkt som mulige barrierer. Studiedeltageren vil bli spurt om han er interessert, ønsker, motivert, forberedt, kompetent og sikker nok på seg selv som farmasøyt til å kunne delta i en farmasøytrevireringsform. Dette er områder som ligger under betegnelsen “klar”, og ved å belyse disse ønsker jeg å kunne besvare problemstillingen. I tillegg er det et kvantitativt spørsmål i intervjuguiden hvor studiedeltageren er bedt om å beskrive hvor klar han føler seg for farmasøytrevirering i en skala fra 1-5 (1 er veldig klar, 5 er ikke klar).

## 4 MATERIALE OG METODE

### 4.1 Valg av metode

For å belyse problemstillingen i studien ble semi-strukturert kvalitativt forskningsintervju, også kalt semi-strukturert dybdeintervju, valgt som metode. Metoden vil kunne få frem holdninger og synspunkter hos deltagerne. Åtte enkelte dybdeintervjuer av farmasøyter ble gjennomført i denne studien.

### 4.2 Materiale og gjennomføring av forskningsintervjuene

#### 4.2.1 Studiedeltagerne

Tjora skriver at hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjuer er at informantene velges ut fra om de kan uttale seg reflektert om temaet (Tjora 2010). I dette tilfellet er det farmasøyter berørt av farmasøytrekvirering. Informantene var åtte farmasøyter i apotek som opplevde den nye rollen som legemiddelrevirent under pandemien i 2009/2010 for å finne ut hva de mener om eventuell fremtidig farmasøytrekvirering. Dette kalles *strategisk utvalg* da informantene ikke er tilfeldig utvalgte for å representere en populasjon. Malterud skriver at strategisk utvalg er satt sammen ut fra formål at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen som skal undersøkes (Malterud 2003).

#### 4.2.2 Inkluderingskriterier

**-2 farmasøyter fra hvert apotek (1 apoteker og 1 provisorfarmasøyt / 1 reseptarfarmasøyt).**

-Det er ønskelig at **de 2 deltagerne fra hvert apotek stiller ulikt mht erfaring, alder og kjønn** (en med lang erfaring og en med mindre erfaring fra apotek, helst begge kjønn).

**-4 ulike apotek** (2 apotek med  $\leq 3$  konkurrerende apotek i kommunen og 2 apotek med  $> 3$  konkurrerende apotek i kommunen).

#### 4.2.3 Rekruttering av studiedeltagere

Intervjuinvitasjon ble sendt på e-post til apotekeren ved hvert apotek med forespørsel om apotekeren kunne rekruttere en farmasøyt til som oppfylte inkluderingskriteriene (vedlegg I). E-posten beskrev prosjektet, temaet farmasøytrekvirering, anonymitetsspørsmål, kontaktinformasjon og informert samtykke. Sammen med intervjuinvitasjonen var et informasjonsskriv om farmasøytrekvirering med begrepsforklaringer og eksempler på internasjonale modeller vedlagt (vedlegg II). Informantene ble bedt om å lese skrivet som en



“hjemmelekse” slik at de var kjent med begrepene som skulle undersøkes. Deretter ble det tatt kontakt med apoteker for å avklare dato for intervjuene. Innhentet opplysninger om informantene var navn, arbeidssted, kjønn, alder, år uteksaminert og erfaring fra apotek. Alle de fire apotekene som fikk intervjuinvitasjon deltok i studien. Totalt deltok to menn og seks kvinner, hvorav tre var reseptarfarmasøyt, en provisorfarmasøyt uten driftskonsesjons-stilling, og fire var apotekere.

#### **4.2.4 Intervjuguiden**

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg IV) med tre hovedperspektiv (apotekperspektiv og praktisk utførelse av ordningen, farmasøyt- og samfunnsperspektiv). På forhånd av datainnsamlingen ble det i tillegg utført et pilotintervju med en farmasistudent med lisens.

#### **4.2.5 Datainnsamling og gjennomføring av forskningsintervjuene**

Alle intervjuene med en tidsramme på 1,5 time ble gjennomført i februar ila tre uker på apotekene til farmasøytene. Det ble brukt digital lydopptaker. På forhånd var informert samtykke innhentet ved signering av en samtykkeerklæring (vedlegg III). Før intervjuene startet, ble de praktiske opplysninger forklart. Jeg fungerte som intervjuer med ansvar for å styre retningen av intervjuet ut fra formålet til studien, innlede og avslutte temaene.

### **4.3 Analyse av forskningsintervjuene**

#### **4.3.1 Transkripsjon**

Transkripsjoner er omsetting fra talespråk til skriftspråk (Kvale and Brinkmann 2009). Intervjuene ble ikke omgjort til tekst ord for ord under transkriberingen. Malterud (Malterud 2003) skriver at ved å gjengi tale om til tekst er målet å oversette slik at teksten representerer det som intervjudeltagerne hadde som formål å formidle på best mulig måte. Ordrett skriftliggjøring er nødvendigvis ikke best metode for å oppnå dette. Derfor ble det forsøkt å gjengi intervjusamtalen på en måte slik at meningsinnholdet kom frem gjennom teksten slik det ble oppfattet ila intervjuet. Lyddataene ble gjort om til bokmål uten dialekt-element og transkripsjonene ble normalisert (Tjora 2010).

#### **4.3.2 Analyse av transkriptene**

Det finnes flere veier til målet ved en intervjuanalyse, men det viktigste er at det gjennomføres en systematisk prosess fra rådata til resultat. Analyseringen av transkriptene ble

basert på Malterud sine prinsipper om *systematisk tekstkondensering* som er et godt redskap for tverrgående analyse hvor informasjon fra flere informanter sammenfattes (Malterud 2003). Dataprogrammet Weft QDA (gratisversjon) ble nyttet som kodeverktøy. Prosessen startet med gjennomlesing av transkriptene for å få et helhetsinntrykk. Tema som utkrystalliserte seg fra materialet ble skissert (Malterud 2003). Det ble fokusert på hva informantene uttrykte i stedet for på selve spørsmålet, og dermed ble det dannet mer data-genererte sub-kategorier basert på utsagnene. Til sammen pekte fem tema seg ut, videre kalt kategorier gjengitt i tabell 4.1, og dannet utgangspunkt for den videre analysen.

**Tabell 4.1 – Kategorier funnet i analyseprosessen og innhold under hver kategori**

<b>Kategori</b>	<b>Sub-kategorier / innhold</b>
<b>1) Praktisk gjennomgang av farmasøytrevirering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Begrepet “farmasøytrevirering”</li> <li>B. Skjema (spørsmål som skal stilles, kriterier for utlevering, definert legemiddelliste)</li> <li>C. Skranke versus timebestilling</li> <li>D. Yrkesgrupper (tilgjengelighet, frivillig ordning)</li> <li>E. Tidsperspektiv</li> </ul>
<b>2)Hvilke legemidler skal inngå i farmasøytrevirering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. NAFs forslag til bruksområder som egner seg (øyeinfeksjon, prevensjon, forebyggelse av diare på reiser, forkjølelse, utsettelse av menstruasjon, forebyggelse av malaria, akne)</li> <li>B. Ytterligere legemiddelforslag</li> </ul>
<b>3)Utfordringer knyttet til farmasøytrevirering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Praktiske utfordringer i apotek (ressurser (økonomi og bemanning), prosedyrer/bransjestandarder, journal- og historikkinnsett)</li> <li>B. Samarbeid med leger (tillit, henvisning)</li> <li>C. Etikk (interessekonflikt)</li> </ul>
<b>4)Samfunnsnytte</b>	Nytteverdi (samfunn, leger, pasient)
<b>5)Farmasøyperspektiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. -Kursing (kompetanse, praktisk gjennomføring, sertifisering)</li> <li>B. -Begrepet “klar” <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Barrierer (kompetanse, frykt, ansvar)</li> <li>2. Interesse for farmasøytrevirering blant farmasøytene (motivasjon, ønske)</li> <li>3. Hvor “klar” farmasøytene er i en skala 1-5</li> </ul> </li> </ul>

Deretter startet jakten på meningsbærende enheter i teksten og kodingsprosessen hvor relevant tekst i forhold til problemstilling skilt ut og kodet (Malterud 2003). Først ble informantenes relevante uttalelser iht problemstillingen grovkodet inn under de fem hovedkategoriene. Deretter ble mindre uttalelser finkodet inn under de tilhørende sub-kategoriene. Dette gir temasortert empiri (Tjora 2010). Under sub-kategoriene ble det skilt ut sitat som illustrerer materialets innhold. Deretter ble det kodete innholdet konsentrert og dannet grunnlaget for

tilhørende resultatdel. Videre ble resultatene, presentert som kategorier, drøftet opp mot relevant teori og problemstilling.

#### **4.5 Ethiske betraktninger**

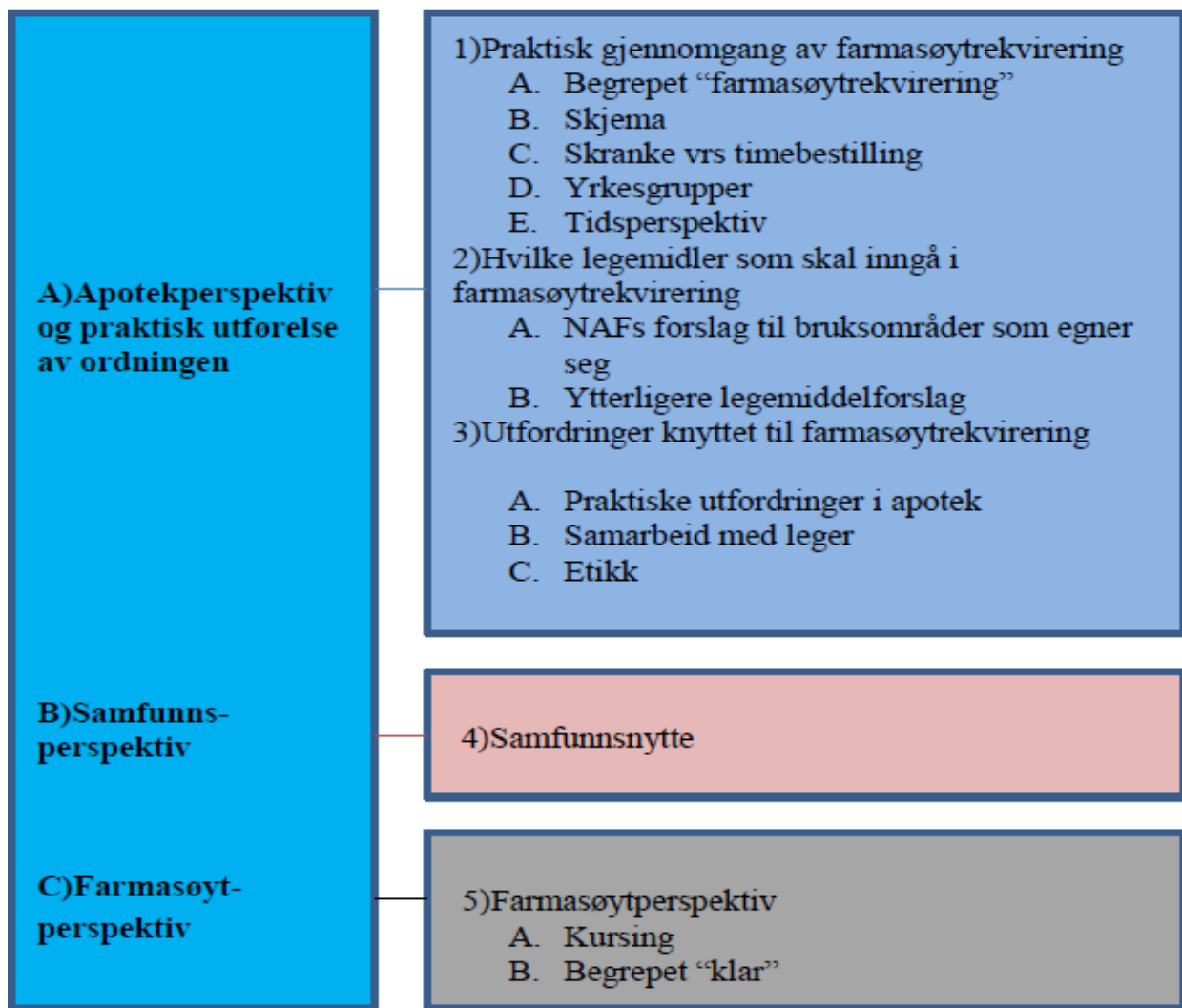
Det ble sendt en prosjektsøknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest). Det ble i tillegg sendt søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). NSD vurderte prosjektet meldepliktig da det inngår bakgrunnsopplysninger i datamaterialet som kan være indirekte personidentifiserende. Behandlingen tilfredsstilte kravene i loven og gav klarsignal til igangsetting av prosjektet. Intervjuinvitasjon (vedlegg I) inneholdt informasjonsskriv om studiens formål, håndtering av data, frivillig samtykke og ble levert til alle informantene. Informasjonsskrivet var tilfredsstillende utformet i henhold til vilkåret om informert samtykke. Før intervjuene startet, signert de deltagende informantene under skriftlig samtykkeerklæring (vedlegg III). Datamaterialet ble anonymisert slik at ingen personidentifiserbare opplysninger kan gjenkjennes. Opptak og navnelister vil bli slettet en måned etter endt studie (20. juni 2011). Slik ble etikken og konfidensialiteten bevart.

#### **4.6 Litteratursøk**

Det er gjennomført søk i ulike databaser, hovedsakelig i Pubmed og Google Scholar, for å finne relevante artikler og litteratur om emnet. Søk etter faglitterære metodebøker ble utført i BIBSYS. I tillegg har veilederne og NAF bidratt med aktuelle tidsskrift og dokumentasjon. Både systematiske og usystematiske søk ble utført. Litteratursøkene for farmasøytrevirering har vært relativt lite selektive da formålet var å få en oversikt over ulike formen for ordningen internasjonalt. Internasjonal farmasøytrevirering ble hovedsakelig søkt etter i databaser hvor følgende engelske søkeord ble brukt: *Pharmacist prescribing, Pharmacy / pharmacist only medicine, Non-medical prescriber*. For å få oversikten over svineinfluensapandemien og den midlertidige farmasøytrevireringen bidro NAF med rapporter og artikler i Apotekforeningens Tidsskrift. For å forstå farmasøyter og helsevesenets syn på farmasøytrevirering ble det gjort søk på ulike artikler publisert i nettsteder. Følgende norske søkeord ble brukt: *Farmasøytrevirering/-forskriving/-utlevering, Farmasøytpliktige legemidler, Tamiflu, Relenza, Svineinfluensa*. Lovdata ble brukt til søk etter relevante lover og forskrifter. For å holde greie på referansene ble dataprogrammet EndNote X4 brukt.

## 5 RESULTATER (intervjuene)

Det ble utført til sammen åtte intervjuer av fire apotekere, en provisorfarmasøyt, tre reseptarfarmasøyter i februar 2011. Resultatene fra intervjuene er kategorisert ut fra de fem hovedkategoriene som ble valgt ut fra analysen presentert i tabell 4.1. Figur 5.1 viser hvordan de fem hovedkategoriene forholder seg til de tre hovedperspektivene fra intervjuguiden: apotekperspektiv og praktisk utførelse av ordningen, samfunns- og farmasøyperspektiv (vedlegg IV). Utover dette forholder hver kategori og sub-kategori til hverandre i ulik grad. Det er valgt ut noen sitat som illustrerer innholdet i hoved- eller sub-kategoriene. Sitatene illustrerer hoved-meninger som blir uttrykt og i noen tilfeller ulikheter mellom informantene. For hvert sitat vises den tilhørende informant med at deres identifikasjon settes i parentes: (F1) betyr farmasøyt 1. Informantenes karakteristika er vist i tabell 5.1. Følgende vil Farmasøyt 1, 48K, R, 1985, 25, >3 bety: 48K står for 48 år gammel kvinne, R viser til fagligtittel reseptar, 1985 er året informanten ble uteksaminert, 25 står for 25 års erfaring fra apotek og >3 viser at apoteket har mer enn 3 konkurrerende apotek i kommunen. Dette er gjort for å vise hvordan datamaterialet brukes og hvor mye informantene siteres.



Figur 5.1 – Hvordan de fem hovedkategoriene fra analysen forholder seg til de tre hovedperspektivene fra intervjuguiden (vedlegg IV)

Tabell 5.1 - Informantkarakteristika

Informant (henvisning under sitat)	Informantkarakteristika
Farmasøyt 1 (F1)	FARMASØYT 1,48K,R,1985,25,>3
Farmasøyt 2 (F2)	FARMASØYT 2,59M,A,1981,30,>3
Farmasøyt 3 (F3)	FARMASØYT 3,K30,A,2005,5,≤3
Farmasøyt 4 (F4)	FARMASØYT 4,55K,R,1976,38,≤3
Farmasøyt 5 (F5)	FARMASØYT 5,31M,P,2003,≤3
Farmasøyt 6 (F6)	FARMASØYT 6,34K,A,2001,7,≤3
Farmasøyt 7 (F7)	FARMASØYT 7,40K,A,1995,15,>3
Farmasøyt 8 (F8)	FARMASØYT 8,40K,R,1997,15,>3

## 5.1 Praktisk gjennomgang av farmasøytrekvirering

Hovedkategorien inneholder farmasøytene syn på hva de legger i begrepet

farmasøytrekvirering, hvilke elementer ordningen bør inneholde og forslag til praktisk gjennomgang.

### 5.1.1 Begrepet farmasøytrekvirering

Hva farmasøytene legger i begrepet “farmasøytrekvirering” er presentert i tabell 5.2:

Tabell 5.2 – Hva farmasøytene legger i begrepet “farmasøytrekvirering”

Informant	Hva legges i begrepet “farmasøytrekvirering”	Inn vendinger (sitat)
F 1	Reseptpliktige legemidler som ved Tamiflu / Relenza og reiterasjon av resepter	<i>“I utgangspunktet var det slik som under svineinfluenzaen med rekvirering av reseptpliktige legemidler jeg tenkte på ja.(...) Eventuelt reiterasjon av resepter.”</i>
F 2	Utleveringsrett på reseptpliktige legemidler	<i>“I forbindelse med farmasøytrekvirering forestiller jeg meg at man utleverer noe som i bunn og grunn er reseptpliktig som man etter avtale regulert av myndighetene som kan utleveres under visse forutsetninger. Som en utleveringsrett.”</i>
F 3	Utleveringsrett	<i>“Det mest praktiske hadde vel vært å slippe de journalene og bare hatt farmasøytutlevering.”</i>
F 4	Utleveringsrett og reiterasjon av resepter	<i>“Reiterering, dokumentasjonsplikt. En utleveringsrett hadde vel i grunn vært lettere gjennomførbart.”</i>
F 5	Utleveringsrett	<i>“Jeg forstår det som utlevering av medisiner med bruk av skjema uten legens rekvirering, sånn at hele ansvaret er på farmasøyten for å utlevere medisin til pasienten.”</i>
F 6	Utleveringsrett, som ved Tamiflu / Relenza	<i>“Eneste erfaringen jeg har med dette er jo svineinfluensasituasjonen som jeg syntes fungerte veldig greit.(...)Jeg ser for meg mer en utleveringsrett og at det er nok med dokumentasjon i noen av de systemene som vi allerede i dag har tilgjengelig, naturlig farmapro5.”</i>
F 7	Utleveringsrett / farmasøytpliktige legemidler som ved Tamiflu / Relenza	<i>“Jeg tenker nok mest på den utleveringen. Altså farmasøytpliktige legemidler. På samme måte som med Tamiflu, som jeg også ville kalt en utlevering.”</i>
F 8	Utleveringsrett på reseptpliktige legemidler	<i>“Jeg ser på det som en utleveringsrett. At farmasøyten har mulighet til å levere ut reseptpliktige legemidler. Jeg føler det blir mer rett å kalle det utleveringsrett, men det er jo egentlig en form for rekvirering.”</i>

### 5.1.2 Skjema

Kategorien inneholder farmasøytene beskrivelser om hvordan de ser for det praktiske rundt farmasøytrekvirering som bruk av skjema, dokumentasjon, spørsmål som skal stilles til pasient og behov for definert legemiddelliste.

**Skjema:** Alle mener farmasøytrevirering bør baseres på skjema og trekker parallell til praktisk gjennomføring med rekvirering av Tamiflu og Relenza: *“Jeg synes det skjemaet under svineinfluenzaen var veldig nyttig fordi det var spørsmål om symptom, hvor lenge har pasienten hatt symptomene.”*(F 5). Alle forteller at det må foreligge konkrete spørsmål og kriterier som skal oppfylles før utlevering av legemidler. Veldefinerte spørsmål vil føre til at ordningen blir utført noenlunde likt blant farmasøytene. Det må stilles krav til rekvirering på lik linje som for helsesøstre, jordmødre og leger. Skjemaene bør være standardiserte: *“Jeg hadde synes det hadde vært fornuftig hvis vi hadde standardiserte skjema med spørsmål vi skal stille pasienten for å avdekke behov og diverse kriterier som skulle vært oppfylt for at man eventuelt kan utlevere et bestemt legemiddel eller legemiddel-gruppe.”*(F 7). Skjema vil kunne fungere som hjelp til at de riktige spørsmålene blir stilt og det avdekkes om pasientene bør få legemidlene utlevert. Det understrekes at farmasøyt må inneha rett til å nekte utlevering av legemidler. Hvilke legemidler som skal gjelde under farmasøytrevirering må vurderes nøye og fastsettes på en liste. Noen generelle spørsmål vil kunne være gjeldende for alle bruksområder, som avdekking av symptom og varighet. Det understrekes at det burde vært en guide eller skjema med skreddersydde spørsmål for hver av bruksområdene: *“Jeg ville forestilt av det fantes en slags guide til for eksempel øyeinfeksjon hvor man så stiller ulike spørsmål: Hvor lenge har du hatt det, er det begge øynene, slike standardiserte spørsmål til den legemiddel-gruppen. Jeg ser for meg at man har ett spørsmålsark for hvert område som er standardisert.”*(F 7). Det må være noen kontrollspørsmål der visse svaralternativer gir så stor sannsynlighet for at det er korrekt med legemiddelutlevering. Fire farmasøyter mener det kunne vært mulighet for å få hjelp fra dataprogram dersom skjemaet fylles ut elektronisk: *“Jeg synes det hadde vært en betryggelse å ha en elektronisk sannsynlighetsvurdering i tillegg til min vurdering for å få en ekstra trygghet på at det jeg velger å gjøre er rett. Skjema elektronisk hvor visse svaralternativer eller avkrysning av visse symptomer gir en sannsynlighet for at det kan være aktuelt med farmasøytrevirering at det aktuelle legemidlet.”*(F 8). Dersom skjemaet er elektronisk, vil det være mulighet for en fasit hvor ulike svaralternativer veier ulikt ut fra en statistikkvurdering. Dersom pasienten oppfyller nok kriterier, vil det være en sannsynlighet for at legemiddelbehandling er riktig. Likevel understrekes det at det må ligge et farmasøytisk skjønn bak vurderingen som tas til slutt og dataprogrammet bare er et hjelpemiddel. Tre farmasøyter beskriver at det er viktig å inkludere legeprofesjonen i konstruksjon av hvilke avdekkende spørsmål som skal stilles ved rekvirering.

**Dokumentasjon:** Dersom farmasøytrekvirering blir slik som under svineinfluensaen, vil dokumentasjon med pasientjournalplikt med oppbevaring av skjema i 10 år kunne fungere. Flere etterlyser derimot en enklere form for dokumentasjon elektronisk ved bruk av skjema i Farmapro. Det er viktig å få etablert et elektronisk system for dokumentasjon. En farmasøyt henviser til nødekspedisjon hvor det dokumenteres både i Farmapro og papir og forteller han ser for seg dokumentasjon kan foregå slik. En annen mener det kun er behov for elektronisk dokumentasjon: *“Det bør absolutt være elektronisk. Det holder med elektronisk dokumentasjon, og da kan man jo få pasientens signatur hvis man trenger den elektronisk. Helt klart så synes jeg mest mulig bør være elektronisk.”*(F 7). En farmasøyt forteller at han ser for seg at rekvirering både med dokumentasjonskrav, men også som ren utlevering uten krav til dokumentasjon for noen av NAFs forslag som Mucomyst og malariamidler.

### 5.1.3 Skranke versus timebestilling

Kategorien inneholder farmasøytene syn på behov for timebestilling ved farmasøytrekvirering. For farmasøytene vil timebestilling være en fordel som gir tid til forberedelse og pasientsamtale, men argumentet god tilgjengelighet må ivaretas. Da rekvirering kan kreve tid, kan timebestilling som kan legges til roligere timer i åpningstidene være en fordel for apotek med lav farmasøytbemanning. Derimot har ikke alle bruksområder like stort behov for timebestilling. Det refereres til NAFs forslag og farmasøytene forteller at det må vurderes behov for timebestilling for hvert bruksområde: *“En del av legemidlene behøver ulikt. Hvis det hadde latt seg gjøre så bør man vurdere ut fra legemiddel om det er behov for konsultasjon eller skranke.”*(F 4). Farmasøyt avgjør i direktereseptur om timebestilling på 15/30 minutter er nødvendig. Prevensjon smidler har behov for dialog og blodtrykksmåling og bør timebestilles. Øyeinfeksjon vil kreve tid for samtale med pasient, men timebestilling vil fungere dårlig da dette er en “akutt” lidelse og krever behandling straks: *“P-piller vil kreve en timebestilling og en skikkelig gjennomgang, mens øyeninfeksjon vil kreve en kortere gjennomgang med stadfesting med dokumentasjon(...), til tilfeller av forkjølelse hvor man bare kan utlevere Mucomyst med en gang etter en liten undersøkelse.(...)Ren utlevering av malariamidler hvor man søker opp reisemål for eksempel.”*(F 2). (Informantenes vurdering av timebestilling for alle forslagene til NAF er presentert under hovedkategori *Hvilke legemidler skal inngå i farmasøytrekvirering*). Dersom det blir innført timebestilling, må det ligge en refusjonsordning til grunn. En farmasøyt forteller at han ser økonomi som en hindring for timebestilling ut fra slik som apotek er i dag med tid, bemanning og økonomi.



### 5.1.4 Yrkesgrupper

Kategorien inneholder farmasøytene syn på hvilke yrkesgrupper av farmasøyter farmasøytetrekvirering skal gjelde for, tilgjengelighet og hvorvidt ordningen skal være frivillig. Alle valgte svaralternativ A) *Både reseptar og provisor (alle med tittelen farmasøyt)* og C) *Kunde med nødvendig sertifisering* på spørsmål fra intervjuguide om hvilke yrkesgrupper de ser for seg ordningen skal gjelde for (vedlegg IV). Ordningen bør gjelde for alle farmasøyter og det må være krav til gjennomgått kursing. Dersom ordningen kun skal gjelde provisorfarmasøyter blir det utfordringer med tilgjengelighet i apotek hvor det er få eller ingen provisorfarmasøyter. En reseptarfarmasøyt forteller at han kan se for seg noen utvalgte områder hvor provisorfarmasøyter har bedre bakgrunn for å rekvirere, men at det gjør ordningen praktisk vanskelig. Alle apotekerne som var med i studien vektlegger kunnskapen som reseptarfarmasøyter har og understreker at ordningen bør gjelde for alle. Dersom ordningen skal være frivillig skaper det utfordringer rundt tilgjengelighet i apotek. I tillegg trekkes individuelle forskjeller (alder, erfaring, bakgrunn) blant farmasøyter frem som en utfordring. Et forslag som nevnes er at det stilles krav til at alle apotek må ha en sertifisert farmasøyt med rekvireringsrett dersom ordningen vedtas å bli frivillig. En farmasøyt foreslår at ordningen bør gjelde for alle, men at det muligens trengs en praksisperiode i apotek for å utjevne forskjellene. En overgangsfase med mål om at ordningen skal gjelde alle farmasøyter nevnes som en mulighet: *“Jeg ser for meg at det må være en overgangsfase hvor det vil måtte utvises skjønn, men at det på sikt så må det gjelde for alle farmasøyter. Det skal på en måte bli et system som skal være, så da kan man ikke si at ”på dette apoteket er det ingen farmasøyter som gjør rekvirering”, det går ikke.”* (F 6). Andre mente derimot at ordningen ikke skulle være frivillig, men gjelde for alle som et bransjekrav. Hvis apotek skal tilby ordningen så gjelder det alle farmasøyter og bør inngås i stillingsbeskrivelsen. Dersom rekvirering blir et ansvarsområde som følger med utdannelsen, så vil til slutt alle farmasøyter inneha et slikt kompetansebevis.

### 5.1.5 Tidsperspektiv

Kategorien inneholder farmasøytene tanker om når de tror farmasøytetrekvirering blir en realitet dersom ordningen blir vedtatt, gitt i tabell 5.3 i form av sitater. Halvparten av farmasøytene poengterte at det kunne vært lurt med en overgangsordning hvor ordningen gjelder for noen få legemidler, for senere utvide ordningen. På denne måten vil flere farmasøyter gjennomgå kursing og farmasøytrollen gradvis endres. En farmasøyt mente derimot at det hadde vært like greit å starte med for eksempel NAFs liste med syv legemidler etter gjennomgått kursing med en gang i stedet for innkjøringsprosess.

Tabell 5.3 – Sitat fra sub-kategori E “Tidsperspektiv”

Informant	Tanker rundt tidsperspektiv (sitat)	Innvingninger (sitat)
F 1	“Nei, det kan vel ta litt tid. 5 år kanskje? Det var kanskje litt lenge, 3 til 5 år?”	“De så vel hvordan svineinfluensaen ble håndtert og vi har gode erfaringer med den og da så de vel kanskje at vi var en ressurs.”
F 2	“Altså, nå vil jeg si 5 til 10 år, men om det stemmer vet jeg ikke.”	“Svineinfluensaen tok 3 dager, men her var det krisemaksimering hvor vi bare ble gitt en oppgave. Farmasøytrekvirering må bli en prosess som tar lang tid fordi vi skal ha mer enn bare 20 kroner for å gjøre den jobben. (...) Det er derfor jeg regner med at det vil gå 10 år før ordningen er ferdig.”
F 3	“Men at man hvertfall har begynt med noe innen 5 år.”	“Men hadde det vært innen 5 år så hadde jeg synes det var bra hvis vi hadde klart det innen en 5 års periode.”
F 4	“I løpet av en 3 års periode.”	“Hvis NAFs liste var allerede fra 2004 så har jo ting modnes i 7 år da.”
F 5	“2 år kanskje.”	“Med Farmapro 5 og e-resept åpner det kanskje opp med tid til noe annet og nye muligheter.”
F 6	“Jeg håper hvertfall på at innenfor 3 år at vi har på plass noe.”	“Jeg ser for meg at de ikke vil slippe opp for så mange legemidler til farmasøytrekvirering fra dag en, men at vi på en måte må begynne en plass.(...)Så får vi bare håpe at det vil bli et system som blir.”
F 7	“Jeg håper dette er noe som skjer i nærmeste fremtid, men jeg er jo litt skeptisk til at det kommer sånn rett rundt hjørnet. Så 5-10 år er nok mer realistisk.”	“Men det tror jeg kan gjøres relativt kjapt og jeg tror vi er ganske klare til å sette i gang med dette. (...)Den jobben vi gjorde med tamiflu var jo veldig positiv, udelt positiv. Man må smi nå og jeg tror det er veldig viktig at man legger press på.(...)Men jeg håper jo, klart det hadde jo vært veldig flott om dette var på plass allerede om 2 år, men jeg tror det tar litt lenger tid.”
F 8	“Jeg ser egentlig for meg at det blir om 10 år, men vi bør egentlig smi mens jernet er varmt.”	“Fordi at nå har vi sett nytten av farmasøytrekvirering. Men jeg ser ikke for meg at det at det kommer til å skje i de nærmeste årene.”

## 5.2 Hvilke legemidler skal inngå i farmasøytrekvirering

Hovedkategorien inneholder farmasøytene beskrivelser om hvilke bruksområder og legemidler som kan egne seg for farmasøytrekvirering. I tillegg inneholder kategorien synspunkter om hvordan ordningen skal foregå praktisk, hvilke retningslinjer og behov for eventuelt timebestilling som skal gjelde for hvert forslag.

### 5.2.1 NAFs forslag til bruksområder som egner seg

Kategorien inneholder farmasøytene syn på NAFs forslag om bruksområder og preparater egnet for farmasøytrekvirering, se tabell 2 i vedlegg II.

### **Øyeinfeksjon**

Alle mener NAFs forslag om øyeinfeksjon som bruksområde og preparatforslagene Kloramfenikol og Fucithalamic egner som farmasøytfarmasøytrevirering. Det understrekes at det bør være klare retningslinjer for hva farmasøytene skal spørre pasientene om for å avdekke behandlingsbehov, nekte utlevering og når farmasøyt skal henvise til lege. Farmasøytene ser for seg bruk av skjema og standarddosering som rekvireringsverktøy. En farmasøyt beskriver mulighet for at pasienten fyller ut deler av skjema og signerer på at opplysningene gitt er korrekte som en egenerklæring på at øyeinfeksjonen ikke er forårsaket av fremmedlegemer. Det bør ikke være timebestilling: *“Øyeinfeksjon mener jeg at kan håndteres ganske raskt. Det er litt akutt, og det fungerer dårlig å si at "du må komme tilbake neste uke".* (F 7). Flere understreker at øyeinfeksjon er et område hvor farmasøyten kan spille en større rolle enn i dag hvor de kun har mulighet til å henvise til lege. Mange har inntrykk av at pasientene som henvises til legevakt får skrevet ut en standardresept uten undersøkelse av øynene: *“Slik jeg ser for meg disse legemidlene, så er det lite diagnostikk og helst standard.(...)Mange vil kanskje bare få en resept uten å ha snakket med legen en gang, ute at legen har sett på det.”* (F 6). En annen påpeker at farmasøyter allerede bruker mye tid på denne pasientgruppen i apotek og at det vil kunne være naturlig med farmasøytutlevering: *“Vi har jo denne konsultasjonen i forveien i dag. Så kommer det noen pasienter inn og spør om midler for øynene, så må vi avdekke hva behovet er i dag, for så å sende dem til legen hvis vi tror det er infeksjon. Så i dag har vi allerede brukt tiden likevel til å avdekke behov, så da kunne vi jo like gjerne sagt "skriv under her på skjema så får du legemidlet utlevert”.* (F 2).

### **Prevensjon**

NAFs forslag om at bruksområdet prevensjon og preparatforslaget om p-piller som egnet for farmasøytrevirering oppfattes ulikt. Seks farmasøyter ser for seg farmasøytrevirering av prevensjonsmidler, mens en er usikker og en annen er totalt i mot. Flertallet sammenligner farmasøytrevirering av prevensjonsmidler med helsesøstre og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler: *“Hvis helsesøstre kan skrive ut p-piller for 3 år om gangen, så ser jeg ikke helt hvorfor farmasøyter ikke skulle kunne det.”* (F 2). Farmasøytene må få grundig kursing før rekvirering, og det må være klare retningslinjer for ordningen: *“Men da tenker jeg at det er flere ting som man må avdekke: risiko familiært, om man skipper blødningsperiode ofte og hvilken risiko det eventuelt kan innebære. (...)Hvis farmasøyter skal rekvirere dette så må vi gjøre de målingene som kreves og følge de kriteriene, helt klart. Kurs for å vurdere blodtrykksmåling bør jo ligge i den opplæringspakken som følger de standard skjema slik som blodtrykksmåling.”* (F 7). Det vektlegges at kurs i blodtrykksmålinger allerede er begynt å bli

etablert i apotek, og før utlevering av prevensjonsmidler må det tas blodtrykksmåling. En farmasøyt mener blodtrykksmålingene bør dokumenteres med avkrysningsbokser i et elektronisk skjema og verdiene for den enkelte pasient føres inn. Alle forteller at de ser for seg at ordningen krever tid til pasientsamtale og blodtrykksmåling, og det må settes av tid i form av timebestilling. Det må være klare retningslinjer for når pasientene må henvises til legekontroll. Tre farmasøyter beskriver nøyaktighet som innarbeidet kultur i profesjonen, og at farmasøyter kommer til å være veldig nøye med å oppfylle eventuelle krav før utlevering: *“Jeg tror at hvis p-piller blir farmasøytrekvirering eller utlevering på, så ville farmasøytene gjennomført alle kravene til punkt og prikke for hver gang. Det ligger liksom litt i yrket at vi er nøyaktige på ting.”* (F 3). To farmasøyter forteller om erfaringer hvor leger fornyer p-pille-resepter uten å ta blodtrykksmålinger, og beskriver farmasøytrekvirering som et mulig alternativ hvor kravene må bli fulgt og det må foretas pasientsamtale for hver rekvirering.

Flere ganger blir behovet for en database og tilgang på pasienthistorikk understreket. Muligheten for å stole på pasientens utsagn om legemiddelhistorikk foreslås av en farmasøyt, mens to andre mener det må ligge til grunn en database. Det er viktig at rekvirenten vet når tid pasienten sist har hentet ut prevensjonsmidler, mulighet til å sjekke om det er unge jenter som ofte hopper over blødningsperioder, og at det dannes et system hvor legene får informasjon om hvilke preparater som gis ved farmasøytrekvirering. En farmasøyt sammenligner ordningen med helsesøstrenes system: *“Ja, fordi når de tillater det til helsesøstre, så mener jeg at de ikke har tilgang til pasientjournalen til legen. Legene vil jo da nødvendigvis ikke få beskjed om p-pille-bruken fra helsesøstre?”* (F 2). Det er enighet i at det må være aldersbetingelser rundt farmasøytrekvirering av prevensjonsmidler, og det uttrykkes at nedre aldersgrense må være 16 år. Helsesøstre og jordmødre kan rekvirere ut P-resepter til jenter mellom 16 og 20 år og farmasøyter bør kunne gjøre det samme. Det er delte meninger om hva den øvre aldersgrensen bør være, men det påpekes at med økende alder er det økt risiko for komplikasjoner og pasientene bør henvises til lege. Likevel bør den øvre aldersgrensen være mer enn 20 år da det største behovet og samfunnsnyttene i økt tilgjengelighet av prevensjonsmidler ligger hos unge kvinner i alderen 16 til 25/30 år. Flertallet mener farmasøytrekvirering av prevensjonsmidler bør omfatte flere preparater: kombinasjons- og mini-p-piller, p-plaster og p-sprøyter.

Derimot er to farmasøyter usikre på hvorvidt farmasøyter bør kunne utføre førstegangsrekvirering av p-piller, og ser heller for seg at det kan være farmasøytreiterasjon

etter at lege har tatt avgjørelsen om pasienten skal starte med p-piller: *“Men eventuelt hvis pasienten kommer og sier at ”jeg bruker Microgynon”, så er det jo greit å utlevere som en reiterasjon. Men ikke førstegangsrekvirering av p-piller.”* (F 4). Mens den ene av dem er helt i mot førstegangsrekvirering av p-piller, mener den andre at det er en mulighet dersom det ligger til grunn klare kriterier.

### **Forebyggelse av diare på reiser**

Farmasøytene er enige i at NAFs forslag om forebyggelse av diare på reiser som bruksområde og Dukoral drikkevaksine som preparatforslag kan egne seg som farmasøytrekvirering. Det er ikke behov for timebestilling. Flere understreker at en oppdatert nettside eller database hvor farmasøyten søker opp pasientens reisemål, for å få informasjon og klare retningslinjer for anbefalt vaksiner for hvert land, vil være nødvendig: *“Søke opp landet, i for eksempel database, og se hva pasienten trenger og vite litt om interaksjoner.”* (F 8).

### **Forkjølelse**

Det er delte meninger om hvorvidt NAFs forslag om forkjølelse som bruksområde og preparatforslagene Mucomyst og Bronkyl egner seg for ordningen. Flertallet mener preparatene kan rekvireres i skranke som ved direktereseptur hvor farmasøyten stiller noen forsikringsspørsmål angående symptomer før eventuell utlevering. Flere kommenterer at preparatene er reseptfrie i andre land og forstår ikke hvorfor de er reseptpliktige. En farmasøyt beskriver sin erfaring med disse preparatene i andre land og at han ser for seg ordningen som utlevering uten krav til journalføring: *“Disse to legemidlene mener jeg bare burde være uten resept i Norge. I andre land som jeg har jobbet i fås disse midlene uten resept.(...)Det burde vært et følgekrav at Mucomyst var uten resept. Men kanskje man her kan si at det bare er slik ”Pharmacy Only Medicine” eller ”Pharmacist Only Medicine” hvor det bare var utlevering og hvor det ikke var noe journalskriving.”* (F 2). En annen mener det kan være utfordringer knyttet til andre legemidler pasientene bruker og understreker behov for tilgang på pasientopplysninger. Derimot er to farmasøytter usikre på om det er behov for farmasøytrekvirering på dette bruksområdet. Begge beskriver at de ikke ser et stort behov for å gjøre Mycomyst og Bronkyl mer tilgjengelige ved farmasøytrekvirering ettersom Bisolvon er reseptfritt. Videre sier de at det kan hende preparatene egner seg da de er “ufarlige”, men det uttrykkes bekymring for pasientgrupper som KOLS-pasienter med svekket lungefunksjon.

### **Utsettelse av menstruasjon**

Alle, med unntak av en, sier at Primolut-N kan egne seg for farmasøytrekvirering: *“I dag tror jeg de fleste pasientene ringer til legen og sier ”jeg skal på ferie, er det greit om jeg får ...?”*

og så får de litt informasjon. Dette kan farmasøyten gjøre.” (F 6). Farmasøyten som var uenig mener at alle hormonpreparater bør være reseptpliktige. To farmasøyter poengterer at Primolut-N vil kunne fungere uten timebestilling, men at det må gis tilstrekkelig informasjon om bruk og behandlingsvarighet. Videre bør farmasøyten stille noen spørsmål til pasienten for å avdekke hyppig bruk før utlevering. En farmasøyt mener at apoteket må ha innsikt i historikk for å vurdere hyppig bruk.

### **Forebyggelse av malaria**

Alle er enige i NAFs forslag om forebyggelse av malaria som bruksområde og preparatforslagene egner seg som farmasøytrekvirering: *“Det hadde absolutt vært en mulighet for at farmasøytene gjør dette. Fordi det er jo bare ferdig skrevet resepter med legens underskrift.”* (F 4). En farmasøyt forteller at han ikke hadde tenkt på dette bruksområdet under farmasøytrekvirering før forslaget til NAF, men at han er enig i forslaget. Det er ikke behov for timebestilling. På lik linje med bruksområdet forebyggelse av diare på reiser, understrekes behovet for en nettside eller database hvor farmasøyten søker opp reisemål og får konkrete retningslinjer for hvert land. Dermed får farmasøyten sjekket hvilke preparater som er anbefalte for reisemålet, interaksjoner, samt generell informasjon om profylakse. En farmasøyt beskriver at han ser for seg farmasøytrekvirering av malariamidler som ren utlevering hvor man søker opp reisemål og poengterer at det ikke er behandling av noen lidelse, men forebygging. Flere mener at malariamidler i visse tilfeller behøver grundigere gjennomgang dersom pasienten bruker mange legemidler siden noen av midlene er komplekse. En farmasøyt poengterer at apotek allerede er en arena hvor det gis råd om annen malariaprofylakse (myggnett/myggspray) til pasientene. Det vil kunne være naturlig å tilby en “reisepakke” på apotek hvor pasienten får all profylakse på ett sted, både utlevering av malariamidler og nyttig tilleggsinformasjon.

### **Akne**

Farmasøytene er enige i NAFs forslag om akne som bruksområde og preparatforslag som farmasøytrekvirering og at dette er et område hvor farmasøyter kan bidra. *“Ja, det mener jeg er et helt naturlig område for farmasøyter å begi seg innpå. Dette gjør vi allerede med mange reseptfrie legemidler så vi har på en måte mange av disse pasientene hos oss allerede som kanskje ikke får nok hjelp av disse midler som er reseptfrie. Da kunne man naturlig gått over på farmasøytutlevering av disse legemidlene.(...)Da kan de godt prøve dette i samråd med farmasøyt først, hvis man da ikke når målet henviser man til lege for tablettbehandling.”* (F 7). En farmasøyt er litt mer usikker og understreker behovet for kursing i vurdering om

pasienten har behandlingsbehov. Tre farmasøyter nevner at pasientene bør få anbefalt rensedrikker og prøvd ut reseptfrie preparater før utlevering av legemidlene.

### **5.2.2 Ytterligere legemiddelforslag**

I dag har utvalgte legemidler skiftet status fra OTC til Rx og flere nevner

farmasøytrevirering som et mulig kontroll-ledd mellom OTC til Rx: *“Jeg synes helt klart at det hadde vært fornuftig når man ser at det er visse legemiddelgrupper hvor det er visse problemer knyttet til i OTC, at man da faktisk kunne si at "her må du faktisk snakke med en farmasøyt før du kan ta i bruk legemidlet".”* (F 7). Mange nevner ketoprofen gel, som ble reseptpliktig 1.mars 2011, som egnet for farmasøytrevirering: *“Slik som Orudis/Zon gel blir nå reseptpliktig og dette er legemidler som jeg synes kunne blitt utlevert av farmasøyt etter samtale i stedet for tilbake til Rx.”* (F 5). Farmasøyten kunne spilt en rolle med å gi informasjon om fotosensitivitet. En farmasøyt mener at store pakninger av avføringsmidler (kontaktlaksantia), som ble reseptpliktige 15.desember 2010, egner seg for farmasøytutlevering. Andre påpeker at med avføringsproblematikk så kan det være pasienter med behov for annen type hjelp. Det kan være hensiktsmessig å bruke farmasøyten som et kontroll-ledd, men at det kan være en del problematikk ved bruk av avføringsmiddel som gjør det vanskelig. En farmasøyt vil helst ikke utlevere midlene. To farmasøyter nevner urinveisinfeksjon som en lidelse pasienter ofte oppsøker apotek om råd og beskriver det som et område som egner seg for farmasøytrevirering. *“Jeg tenkte på dette med enkle urinveisinfeksjoner for det er ofte noe som haster. Korte kurer hvor farmasøyten kunne sagt at "hvis du ikke blir bedre så må du kontakte lege" og be pasienten om å levere urinprøve. At farmasøyt kan levere ut hvis det er akutt, si 20 tabletter for en 3 dagers kur.”* (F 8). En farmasøyt sier han savner reseptfri antihistaminkrem for utslett, solallergi, eksem og at farmasøytutlevering er en mulighet. Videre sier han at det nok er flere legemidler som hadde egnet seg for farmasøytrevirering, men som han ikke kommer på.

### **Farmasøytreiterering**

Alle, med unntak av en, ser for seg farmasøytreiterering av utvalgte legemidler som en del av farmasøytrevirering. Flere beskriver at de ofte opplever situasjoner i apotek hvor pasienten mangler legemiddel og det er en stund til neste legetime. Farmasøytreiterasjon vil kunne gjøre hverdagen enklere. Det er en oppfatning av at farmasøytreiterasjon må ses på som en utvidet nødekspedisjon som gir mulighet for utlevering av 3 måneders forbruk som gjør at pasientene har nok legemidler til neste legekonsultasjon. En farmasøyt mener det kan reitereres for lengre perioder. Det understrekes at det må være klare retningslinjer for tidsbegrensninger,

hvilke legemidler reiterasjon skal gjelde for og henvisning til lege. En annen beskriver behovet for innsikt i pasienthistorikk som helt nødvendig for å ta vurderingen om forsvarlig utlevering. En annen ser derimot for seg en ordning hvor resepten som reitereres merkes med “ekspedert/reiterert” for å unngå at pasienten reiterer flere ganger i stedet for å oppsøke lege. Farmasøyten må gi viktig informasjon ved reitering. Det er ulike meninger om hvilke legemidler farmasøytreitering skal gjelde for. Det kun er snakk om utvalgte C-preparater, ikke A- og B-preparater, og når lege har tatt første rekvirering. Generelt blir det uttrykt meninger om at farmasøytreitering bør kun gjelde for utvalgte legemiddelgrupper og det er behov for å vurdere behov for hyppig legeoppfølging for hvert legemiddel: *“Statiner vil kunne være i ja-gruppen, antidepressiva og antipsykotika og antiepileptika vil være i nei-gruppen. Jeg tenker at de gruppene hvor pasienten bruker legemidlene fast, de går ikke så ofte til legekontroll, får ut resepter gyldig for et år, og ringe til legen for å få ny resept på det samme da kan vi godt gi en farmasøytreiterasjon.”*(F 8). Reiterasjon er en mulighet dersom det er legemidler som ikke krever hyppig oppfølging av lege, målinger og som brukes fast over lengre tid. En farmasøyt nevner allergimedisiner som pasientene skal ha hvert år som eksempel. Noen nevner kolesterolsenkendemidler som statiner som egnet da midlene brukes over lang tid forebyggende, men andre er usikre pga bivirkningsrisiko. Andre forslag er Albyl-E og blodtrykksmedisin (dersom det tas blodtrykksmåling i apotek) som pasienten har brukt over lang tid. Reitering av p-piller dersom lege har tatt første rekvirering forslås. En farmasøyt er derimot i mot farmasøytreitering.

### **Legemidler til dyr**

Alle nevner legemidler til dyr som egnet for farmasøytrekvirering. Ormekur til hund og katt var frem til 1.juli 2009 unntatt fra reseptplikt i små pakninger. Det fortelles om erfaringer der kunder reagerer på at ormemedlene nå er reseptpliktige. Farmasøytene forteller at de er usikre på om veterinærene gir mer informasjon enn farmasøytene gjorde under den tidligere ordningen, og har inntrykk av at kundene kun ringer veterinær og ber om resept. Den tidligere ordningen hvor ormemedlene var unntatt fra reseptplikt fungerte ikke optimalt, men farmasøytutlevering med krav om informasjon til kundene vil være et bedre alternativ som et ledd mellom reseptplikt og unntatt fra reseptplikt. En farmasøyt påpeker at ordningen i dag fungerer og blir ikke et problem når kundene blir vant til det. P-piller til katt er et annet område som kan egne seg for farmasøytrekvirering. Det beskrives erfaringer der farmasøytene opplever at kunder ikke har fått tilleggsinformasjon fra veterinær: *“Informasjonen står i dag på reseptene med så mye tilleggsinformasjon som kundene ikke har fått opplyst hos*



veterinæren. Fordi de kommer på apoteket og leser hva som står på standardresepten og "Hæ?" fordi det har kundene verken hørt eller sett tidligere." (F 4). Det understrekes at få kunder tar med seg katten inn til veterinær for å få resept på p-piller, men at det kun kreves en samtale. Det blir uttrykt at farmasøytene ikke anser at det er behov for reseptplikt, men at farmasøytrekvirering kan gi økt tilgjengelighet av preparatene: "Da kan det hende at det hadde blitt gjort en bedre faglig vurdering på apoteket med standardiserte spørsmål som skal stilles og via en historikk over hvor ofte kunden henter ut p-pillene osv." (F 7). Det påpekes at det må gis informasjon om risiko for utvikling av kreft etter langvarig bruk og innvirkning av kattens alder.

### **5.3 utfordringer knyttet til farmasøytrekvirering**

Hovedkategorien inneholder farmasøytene synspunkter på hvilke utfordringer det er knyttet til farmasøytrekvirering, både praktiske og etiske.

#### **5.3.1 Praktiske utfordringer i apotek**

##### **Ressurser**

Økonomi og forsvarlig bemanning er en forutsetning for farmasøytrekvirering. En farmasøyt forteller at det er viktig at de økonomiske forutsetningene ligger til grunn før oppstart av ordningen og at ordningen ikke tilbys gratis. Farmasøytene må vise behovet for ordningen og legge frem et tilbud om hvor mye tjenesten koster. For apotek med få farmasøyter kan det være aktuelt å øke farmasøytbemanningen og bemanning koster penger: "Det må settes av tid og det må settes av bemanning. Små apotek som gjerne er bemannet med en farmasøyt om dagen vil jo ha store problemer med å gjennomføre det. (...) Farmasøytmangelen kan veie i mot" (F 4). Alle mener farmasøytene må få kompensert, enten fra stat eller pasient, for tid og bemanning brukt på ordningen. En farmasøyt ser for seg rekvirering som en parallell til ordningen apotek har med overvåkning av LAR-pasienter hvor apoteket tar et honorar. Det understrekes at pasientene betaler honorar for konsultasjon hos annet helsepersonell. Dersom ordningen gir økt tilgjengelighet for pasientene så vil det føre til at de er villige til å betale en egenandel. Da formålet er å avlaste primærhelsetjenesten og frigi helseressurser i samfunnet, må apotek få en kompensasjon på ordningen: "Vi sparer jo samfunnet for store verdier og pasienten slipper å gå til lege for alle disse små plagene. Så refusjonen kunne en jo ha overført til apoteket." (F 3). To farmasøyter beskriver erfaringer fra svineinfluensaen og sier at 20 kr ikke dekket opp for kostnadene.

### **Prosedyrer og bransjestandarder**

Alle mener at det bør være sentrale prosedyrer og bransjestandarder hevet over kjedenivå fra NAF eller myndighet. *“Jeg ser for meg at det må være retningslinjer hevet over kjedenivå, bransjestandarder for eksempel. Så er det jo opp til kjedene å spikre rutinene i sin kjede, internt, men retningslinjene for det må være på overordnet nivå.(...)Det må være likt på tvers av kjedene slik at pasientene ikke kan gå på et annet apotek og få en annen vurdering. Vi må ha de samme retningslinjene og gå etter for å kvalitetssikre.”*(F 6). Både apotekkjedene og frittstående apotek må også tilslutte seg de sentrale prosedyrene. Det er viktig at ordningen oppleves likt.

### **Journal og historikk innsikt**

Alle farmasøytene etterlyser innsikt i pasientjournal og pasienthistorikk. Derimot mener alle, med unntak av en, at det går an å ha farmasøytrevirering på noen utvalgte legemidler uten å ha journalinnsikt. Ved farmasøytrevirering der pasient kommer med en resept som tidligere er ekspedert, er det mulighet for å markere resepten med “reiterert/ekspedert” som en beskjed til andre apotek. Det er viktig at preparatene som vedtas å være under farmasøytrevirering har liten interaksjons- og misbruksrisiko for å unngå “legemiddelshopping”. Det understrekes at leger og apotek (ved utlevering av nødekspedisjon) ikke har tilgang til felles datasystem i dag: *“Så lenge vi ikke har med legemidlene i farmasøytrevirering som har stort misbrukspotensiale, så tenker jeg at det ikke er god nok grunn til å vente med innføring av farmasøytrevirering til en har et godt nok system. Et slikt system med journalinnsikt har jo heller ikke leger eller vi ved nødekspedisjon i dag.”*(F 6). Flere forteller om erfaringer fra svineinfluensaen og foreslår et tilsvarende system med skjema hvor pasienten signerer for at opplysninger gitt er korrekte uten historikkinnsett. Mangel på innsikt i pasienthistorikk på tvers av apotek vil kunne være en utfordring. Det kan minimaliseres med å ha klare kontrollspørsmål og kriterier for når man skal utlevere legemiddel gjeldende for alle apotek. Likevel etterlyses bedre IT-løsninger og en felles database for alle apotek, selv om flere tror løsningen ligger langt teknisk frem i tid. En felles database mellom leger og apotek ville vært optimalt og flere henviser til fremtidig universal kjernejournal. Farmasøytene mener en slik løsning ligger langt frem i tid pga personvern står så sterkt i Norge og at det er et hinder for best mulig behandling.

Behovet for databasetilgang varierer ut fra preparat. For preparater hvor det er interaksjonsrisiko og behov for å vite hvilke andre legemidler pasienten bruker, som prevensjonsmidler, vil det være nødvendig med pasienthistorikk. Resistensproblematikk med

Kloramfenikol nevnes av en farmasøyt som understreker at det kan være nødvendig med tilgang på informasjon om hvor hyppig legemidlet er hentet ut. Dersom en felles database ikke er mulig, foreslår tre farmasøyer at bruksområder med interaksjonsrisiko kan ha behov for en samtykkeerklæring fra pasient som gir farmasøyt mulighet til å søke opp pasienthistorikk: *“Ved rekvirering av legemidler med interaksjonsrisiko er det kanskje behov for en egenerklæring eller samtykkeerklæring fra pasient til å få informasjon fra andre apotek eller til å kontakte legen for å få relevante legemiddelopplysninger.”*(F 8). Dersom det blir etablert en universal kjernejournal, kan pasient gi samtykke til at farmasøyt kan søke etter opplysninger for når pasienten fikk preparatene utlevert sist. En farmasøyt mener derimot at det ikke kan innføres farmasøytrekvirering før det opprettes et felles journalsystem: *“Jeg synes helt klart av hvis man skal gjøre noe slikt, så betinger det at man har tilgang på felles informasjon.(...) På tvers av apotek og hva som er rekvirert av andre leger tidligere mener jeg vi bør ha en tilgang til, en felles database.”*(F 7). Farmasøyer er nødt til å ha tilgang på opplysninger for å kunne gi en god vurdering og sikre pasientens sikkerhet.

### **5.3.2 Samarbeid med leger**

Her presenteres farmasøytene synspunkter på samarbeid med leger i forbindelse med farmasøytrekvirering, tillitsforhold og henvisning. Samarbeidsforholdet mellom farmasøyer og leger i dag er varierende. Flere forteller at de opplever et gjensidig tillitsforhold mellom farmasøyer og leger. En farmasøyt mener samarbeidsforholdet fungerer i dag og forteller om leger som ringer apoteket for å nytte kompetansen til farmasøyer, mens en annen mener forholdet mangler litt da legene ikke er klar over hvor mye farmasøytene kan. Fem farmasøyer mener samarbeidsforholdet kan bli bedre og et godt forhold må ligge til grunn for farmasøytrekvirering: *“I noen tilfeller kunne det sikkert vært greit å kunne ringt til legen for en vurdering i noen av tilfellene med farmasøytrekvirering. Det er mange ganger problem med å få tak i lege i dag.”* (F 5). Det etterlyses bedre kommunikasjonsmetoder enn at farmasøyer prøver å nå leger via telefon. Et felles datasystem med lege hvor farmasøyten kunne legge inn en melding om hvilke legemidler som rekvireres for hver pasient foreslås av en farmasøyt. Alle forteller at de kan se for seg at legeprofesjonen kan ha motforestillinger om farmasøyer overtar et interesse- og ansvarsområdet som tilhører dem, men håper likevel at legene ser farmasøytrekvirering som en avlastning i stede for en konkurrent: *“Jeg håper jo det at legene ser på det som avlastning, men jeg kan godt tenke meg at noen ser på det som om vi går inn på deres domene. Men det bør jo ikke være slik fordi dette er burde jo være legenes interesse også å frigi tid til å konsentrere seg om viktigere og mer alvorlige tilfeller*

*enn disse øyeinfeksjonene.*” (F 8). En farmasøyt tror at legene vil verne om retten til å rekvirere sentralt, mens leger lokalt vil se på ordningen som avlastning. En annen understreker at leger stadig får flere arbeidsoppgaver og eldrebølgen vil føre til press på legekantorene. Derfor bør det være i fellesinteresse å løse dette på en god måte og beslutningen bør tas av myndighetene. For å overkomme eventuelle motforestillinger er det viktig å inkludere leger i utvikling av ordningen og dermed gjøre det mer legitimt ovenfor leger. Slik vil samarbeidsforholdet bli enda bedre. Dersom farmasiprofesjonen legger frem forslaget med respekt vil en profesjonskamp unngås.

### **5.3.3 Etikk**

Kategorien inneholder farmasøytens syn på potensielle etiske utfordringer knyttet til farmasøytrekvirering, herunder interessekonflikter, dagens lovgivning i apotekloven og situasjonen apotek som rekvirent/utleverer av legemidler som gir apotekene (mengdeavhengig) salgsinntekter. Ingen mener det vil være noen etiske utfordringer knyttet til farmasøytrekvirering eller at farmasøyter vil misbruke tilliten de har fra pasienter for mer-salg. Farmasøytene vil ikke fremme unødvendig salg av legemidler og dersom det skjer vil det skade bransjen: *“Jeg tror det faglige vil komme til å veie tyngre enn unødvendig salg av legemidler.(...)Men det er jo nettopp det å fremme apoteket som faghandel og ha balanse mellom salg og tillit. Den dagen det ikke er slik, så mister vi tilliten og det er veldig viktig å ta vare på den.”* (F 6). Det er stor tillit til apotek og farmasøytene tror det faglige vil veie tyngst. Det er farmasøytens ansvar å utlevere legemidler forsvarlig og forhindre unødvendig salg av legemidler. Gjeldende lovgivning i apotekloven må endres med et unntak for farmasøytrekvirering og avklares på forhånd før ordningen implementeres. Prisfastsettingen er regulert og avansen på reseptpliktige legemidler er lav, slik at farmasøytrekvirering for noen unntak av legemidler vil ha lite å si for inntektene til apotek. Kompensasjon for ordningen vil kunne bidra til å minke risiko for interessekonflikter hvor det ikke ligger noe mer økonomisk fortjeneste enn at apotekene får dekket kostnadene. Det understrekes at ved farmasøytrekvirering så vil pasienter selv ta initiativ til å oppsøke apotek med et problem som de ønsker å få løst og det ikke er apoteket som prøver å øke salget: *“Dette er jo egentlig ikke legemidler som vi anbefaler, men det er jo folk som kommer for at de vet at de trenger akkurat det legemidlet eller tror hvertfall at de trenger det. Så det er ikke noe for å øke salget.”*(F 3). Flere sammenligner farmasøytrekvirering med OTC-preparater, hvor farmasøyter i dag har mulighet til å anbefale reseptfrie legemidler og legemidler unntatt fra reseptplikt som vil gi apotek en mengdeavhengig salgsinntekt, og ser ikke noen flere etiske problemer med

rekvirering. Farmasøyter har i dag mulighet til å fremme unødvendig salg av OTC-preparater, men informantene mener at dette ikke forekommer. Dersom det er en faglig standard for rekvirering og salg vil konfliktene bli minimale.

## 5.4 Samfunnsnytte

Hovedkategorien inneholder farmasøytene beskrivelser av hvilke nytteverdier

farmasøytrekvirering gir samfunnet og hvorfor farmasøyter bør få rekvireringsrett. Alle mener at ordningen vil kunne avlaste primærhelsetjenesten, herunder legevakt og leger med å frigi

tid: *“Det er jo det at jeg vil tro at leger vil få frigjort litt tid til å drive med andre ting som kan være mer samfunnsnyttig.(...)Det vil jo bli lettere hverdag for både for kunden, legen og apoteket, spesielt dette med reiterering.”*(F 1). Flere påpeker at leger får flere

arbeidsoppgaver i fremtiden, og understreker rekvirering som en mulighet til å utnytte

kompetansen som farmasøyter har og frigjøre helseressurser som samfunnet kan bruke på

andre områder: *“Bidra til at samfunnets helsepersonellressurser utnyttes på en mye bedre måte enn i dag. På sikt kommer eldrebølgen og legenes kapasitet vil ikke strekke til i*

*fremtiden. Da er det veldig viktig at vi også kommer på banen og viser hva farmasøyter kan og hvordan det kan utnyttes for å hjelpe samfunnet best mulig.”* (F 7). Alle håper

myndighetene ser hva farmasøyter kan bidra med for å løse de helsemessige utfordringene samfunnet kanskje får i fremtiden. Ved å innføre farmasøytrekvirering på hyppige

standardkonsultasjoner for mindre alvorlige lidelser, vil mer tid blir frigjort til legene: *“Det er spesielt dette med at legene får mer tid til mer alvorlige tilfeller. Det er jo ikke alltid så lett å*

*få legetime. Jeg synes det hadde vært bedre om legene hadde fått tid til de mer alvorlige tilfellene uten å måtte bruke tid på disse standard-tingene.”* (F 3). Legevakt vil kunne bruke

tiden på mer akutte og alvorlige tilfeller dersom det blir farmasøytrekvirering av

bruksområdet øyeinfeksjon. En farmasøyt beskriver hvordan situasjonen i dag oppleves i

apotek: *“Mange ganger synes vi jo det er synd at vi står her og må henvise til legevakten hvor vi vet "herregud, vi vet hva pasienten feiler og hva standardbehandlingen burde være". Så jeg*

*mener absolutt at vi vil kunne påvise mye tid spart ved ordningen.”* (F 2). Alle beskriver

ordningen som tidsbesparende for pasientene og gi økt tilgjengelighet da de ikke trenger å

oppsøke lege eller legevakt for deretter hente legemidlene på apotek. Pasientene vil få tilgang

på hjelp direkte ettersom apotek er et lavterskeltilbud. Det må bygges videre på den høye tilliten pasienter og kunder har til apotek.

## 5.5 Farmasøytperspektiv

### 5.5.1 Kursing

Kategorien inneholder farmasøytene tanker om behov for kursing og hvordan kursene bør gjennomføres praktisk. Alle beskriver at de ser for seg at farmasøyter må ha kursing før de gis rett til rekvirering. En farmasøyt føler at han selv ikke trenger noe kursing, men at det likevel bør være kursing for alle farmasøyter: *“Jeg føler ikke at jeg selv trenger noe kursing som sådan. Men vi er de farlige typene, vi som mener vi ikke trenger kursing Så jeg tror absolutt at vi må ha kursing.”*(F 2). En annen beskriver at han ikke ser behov for kursing dersom ordningen blir tilrettelagt med mal for spørsmål og vurdering, men konkluderer med at mangel på kursing vil føre til ulik kompetanse og bør derfor gjennomgå av alle. En farmasøyt beskriver kursing som en del av kvalitetssikring av systemet da farmasøyter har ulik bakgrunn. Både diagnostikk og erfaring (foruten svineinfluensaerfaringen) mangler.

Seks farmasøyter mener det vil være fornuftig å ha en form for sertifisering og at det gis et bevis på bestått kurs. Det kan også være behov for å oppdatere sertifiseringen med repeterende tester: *“Jeg hadde synes e-læring hvor man går gjennom årlig et program som påpeker hva som er viktig og hva du må huske. Som en form for sjekklister for seg selv.(...) Man må gjenta det, og gjerne årlig eller annet hvert år. Kanskje annet hvert år er mest praktisk.”*(F 7). Kursingen må inneholde hvordan farmasøyten skal stille spørsmål for å avdekke pasientbehov og litt diagnostikk for hvert bruksområde. I tillegg til generell kursing, kan det være fornuftig å ha skreddersydd kurs for hvert bruksområde som vedtas å gjelde under farmasøytrekvirering: *“Hvis det er ulike grupper av legemidler som vi skal kunne farmasøyt-rekvirere, så bør vi jo få noen kurs i akkurat de legemidlene som det gjelder. Pluss at vi bør vel kanskje ha noe mer om kundekommunikasjon, hvordan vi skal stille spørsmål, forberede, og avdekke hva som er problemene.”*(F 1). En annen forteller at han ser for seg standardiserte skjema for hvert bruksområde som farmasøytene kan øve seg i på forhånd. Det henvises til NAFs forslag til bruksområder, og det understrekes at preparatene er forskjellige og vil kreve ulike utleveringskriterier. Det er ulikt syn på behov for kursing i kommunikasjon. Kursingen bør være lik for alle farmasøyter uansett arbeidssted: *“E-læring er absolutt bra. Dette vil jo gå på tvers av kjedene eventuelt, og det må være likt på alle apotek.(...)Det måtte være samlet, fra NAF eller videre.”*(F 4). Kursingen kan foregå både praktisk og teoretisk. En farmasøyt etterlyser en samling hvor farmasøyter kunne diskutert mulige problemstillinger, komme sammen å utveksle erfaringer og stille spørsmål. Det understrekes at det kan bli omfattende å sende alle farmasøyter ut på kurs. Det er mulighet for å ta teoretisk kurs og slutt-

test ved bruk av e-læring elektronisk. Det foreslås et elektronisk kurs med video for hvordan stille avdekkende spørsmål. Dersom ordningen blir en veletablert standard i Norge, kan kursingen inkorporeres i studiet som på sikt vil føre til at alle farmasøyter vil inneha nødvendig kursing. Dette gir mulighet for at studentene får prøvd seg som rekvirenter i et trygt miljø i praksisperioden. Derimot mener to at farmasøytene bør kunne ha praksis i apotek etter endt utdanning før farmasøytene kan rekvirere selvstendig. Det må i tillegg være kursing av farmasøyter ute i arbeidslivet.

### **5.5.2 Begrepet “klar”**

Kategorien inneholder farmasøytene beskrivelser om hvordan de ser på farmasøytrekvirering, både refleksjoner rundt potensielle barrierer og deres interesse for ordningen. I tillegg inneholder kategorien farmasøytene beskrivelser for hvor “klare” de er for farmasøytrekvirering, i en skala fra 1-5.

#### ***Barrierer***

Her presenteres beskrivelser om hva farmasøytene ser på som mulige barrierer for seg selv og farmasøyter generelt, med vektlegging på kompetanse, frykt og ansvar. Dersom informanten ikke kom med forslag under intervjuet, ble stikkordene fra intervjuguiden nevnt for informanten som kunne si sin mening om han så på dem som potensielle barrierer (spørsmål 11 vedlegg IV). Flere tror ordningen vil oppleves positivt og som en faglig utfordring: *“Altså, jeg tror at i alle fall at de fleste vil se på det på en positiv måte, i alle fall på de enkle tingene. En utfordring som er litt slik at man får.. Ja det eneste man gjør i dag er å stå i reseptur og da kanskje man får mulighet til å gjøre noe litt annet faglig. Det tror jeg er positivt.”* (F 1).

Videre beskriver en farmasøyt sine erfaringer fra svineinfluensaen og forteller han ikke ser noen barrierer: *“Altså, jeg synes dette er spennende og jeg har veldig lyst til dette. Og den erfaringen vi fikk med Tamiflu var jo udelt positiv.(...)Jeg har kun positive erfaringer og ser i grunn ikke så mange hinder, verken hos meg selv eller hos de som jobber på dette apoteket.”* (F 7). En annen deler synspunktet på at han ikke ser for seg noen barrierer og poengterer at det vil være de samme utfordringene for leger hvor det vil være noen med mer erfaring enn andre. Videre forteller en farmasøyt at han ikke ser for seg noen barrierer akkurat nå, men at de kanskje dukker opp når ordningen blir en realitet. Flere understreker derimot at det vil alltid være noen farmasøyter som føler at det vil være barrierer og medgir at rekvirering kan oppfattes som en utfordring for mange: *“Jeg tror det vil være mange farmasøyter som vil føle at dette vil bli for masse med tanke på tid og at det vil bli tøft. Det er fordi det er et helt nytt system. Jeg tror ikke at alle bare er positive over hele linjen. Men jeg håper jo på at flest*

*mulige farmasøyter ser på det som en faglig utfordring, at her kan vi faktisk bidra med vår kompetanse, i stedet for at vi er altfor redde for det.” (F 6).*

Det er delte meninger om frykt som en barriere og om farmasøytene selv er redde for den nye rollen, ta avgjørelser og ansvaret som følger med rekvirering. Tre farmasøyter forteller at de er redde fordi det er en ny rolle og “det er alltid skummelt med noe nytt”. En farmasøyt beskriver sin frykt rundt rekvirering slik: *“Det er vel det som er min frykt, at jeg skal gi ut noe legemidler som kan få alvorlige konsekvenser. Det er lite sannsynlig med disse legemidlene på NAFs liste, men det er nok det som hadde vært min frykt.” (F 8).* Det poengteres at dersom ordningen er definert og legemidlene vurderes nøye, vil barrieren frykt bli enklere å overkomme: *“Så lenge det er standardisert, med gode spørsmål som skal stilles, med god opplæring i forkant og med god dokumentasjon på hva vi faktisk har gjort, så er ikke jeg redd for at vi skal kunne gjøre noe galt. Tvert i mot så synes jeg dette kan være et fornuftig bidrag til riktig legemiddelbruk og at det kan være et løft for pasienten også(...)Så nei, jeg er egentlig ikke redd for at vi skal kunne gjøre så veldig mye feil her.” (F 7).* De andre farmasøytene forteller at de ikke er redde for den nye rollen og ser på ordningen som en utfordring: *“Nei, jeg er ikke et spor redd. Fordi jeg mener at det må faglig vel begrunnes.”(F 2).* Når ordningen er helt ny vil den kunne føles vanskelig for de fleste farmasøyter, men det understrekes at å ta avgjørelser må ses på som en modningsprosess. Muligheten for å komme i en situasjon hvor man er usikker på hva som er korrekt avgjørelse vil alltid være der, og da er det viktig å se sine begrensninger og ha mulighet for å henvise til lege. En farmasøyt forteller at han kan se for seg at uerfarne farmasøyter kanskje er redde for at de ikke innehar nok kunnskap, mens erfarne farmasøyter kan være redde for å lære noe nytt.

Alle, med unntak av en, beskriver at de ser for seg at ansvarsområdet blir litt endret med farmasøytrekvirering. Et større ansvar vil kunne oppfattes som en barriere for noen farmasøyter, men kan gjøres enklere dersom det er klare retningslinjer som hjelp i vurderingen. Farmasøyter har i dag allerede et stort faglig ansvar. Ansvarsområdet vil bli utvidet ved utlevering av reseptpliktige legemidler og farmasøytene må ta avgjørelsen om pasient har behov for legemiddel som i dag tas av lege. Farmasøytene håper ordningen er en utfordring som de fleste farmasøyter vil takke ja til: *“Det er jo det som er fryktelig med det, vi får en hel masse viten, men vi får sjelden bruk for den! Jeg ser på det som absolutt positivt og som en utfordring. Det er jo det som gir oss den store gleden når man har diagnostisert noe problem hos kundene og de kommer og takker.(...)Hvis vi får mer ansvar og mulighet til å ta*



mer ansvar, vet jeg at vi tør. Ansvarsområde må endres fra i dag og vi må få sjanse til å bruke det, ja! Fordi vi har viten allerede.” (F 2). En annen sammenligner ansvaret norske farmasøyter har med andre land som lite. Arbeidsoppgavene i dag i apotek beskrives som veldig tekniske med lite tid til pasientsamtale: “Ja, men jeg synes det er bra hvis det blir mer ansvar for farmasøytene.(...)Ikke bare å skrive teknisk inn hva som står på reseptene. Det som jeg savner på apotek er samtale mellom pasient og farmasøyt, samtale rundt legemidler og ikke bare levering ut av legemidler.(...)Dette er det kanskje mulighet for med farmasøytrekvirering.”(F 5). Ansvaret for hver preparatgruppe må være avklart på forhånd. Derimot er en farmasøyt uenig i at ansvarsområdet blir endret ved farmasøytrekvirering og understreker at farmasøytene allerede i dag har et stort faglig ansvar. Alle påpeker at farmasøytene ikke har mulighet til å ta mer ansvar i dag enn å henvise til lege da de ikke kan rekvirere legemidler, men at en endret lovgivning vil gi farmasøytene mulighet til å ta større ansvar. Likevel er det viktig med klare retningslinjer for når pasienter skal henvises til lege. En holdningsendring innad i profesjonen må til for å unngå at farmasøytene henviser for enkelt til leger: “Jeg tror mange farmasøyter i dag kanskje henviser for lett til lege, mens andre kanskje er litt sløve.(...)Vi er kanskje en profesjon som er litt slik at vi skal være 190 % sikre før vi kan si noe som helst.”(F 6). En farmasøyt mener en holdningsendring er allerede skjedd i apotek og at farmasøyter er klare for å ta på seg utvidet ansvar: “Jeg tror det har skjedd en holdningsendring hvor vi før var veldig restriktive med å gi for mye opplysninger, vi skulle for all del ikke stille diagnose på pasienter, selge for mye, men vi skulle henvise til lege for det meste. (...)At vi har faktisk kompetanse på disse legemidlene, vi kan spørre og gi gode råd om legemidler som nå er reseptfrie og som tidligere har vært på resept. Dette har brutt en del av den barrieren tror jeg.” (F 7).

Det blir nevnt flere tiltak som kan gjøre det enklere for farmasøytene å overkomme mulige barrierer. Kursing er det viktigste tiltaket som vil gi trygghet og selvtillit: “Klare retningslinjer og rammebetingelser hvor vi skal jobbe innenfor, absolutt. Det må ligge til grunn et godt system som jeg tror er veldig viktig for tryggheten.” (F 6). En farmasøyt mener en overgangsordning hvor farmasøytrekvirering gradvis skal gjelde for alle, vil kunne gjøre det lettere å overkomme eventuelle barrierer. En annen forteller det kan være flere reelle barrierer for noen farmasøyter, men understreker at farmasøytene kan overkomme de. Det er viktig at det eksisterer et system som fanger opp eventuelle avvik som blir gjort slik at bransjen kan lære av feilene. Mulighet til “å forflytte” deler av ansvaret fra farmasøytene med

en egenerklæring fra pasient om at opplysningene gitt er korrekte og konsultere med lege i vurderingstilfeller der farmasøyten er usikker nevnes også som et tiltak.

### ***Interesse for farmasøytrekvirering blant farmasøytene***

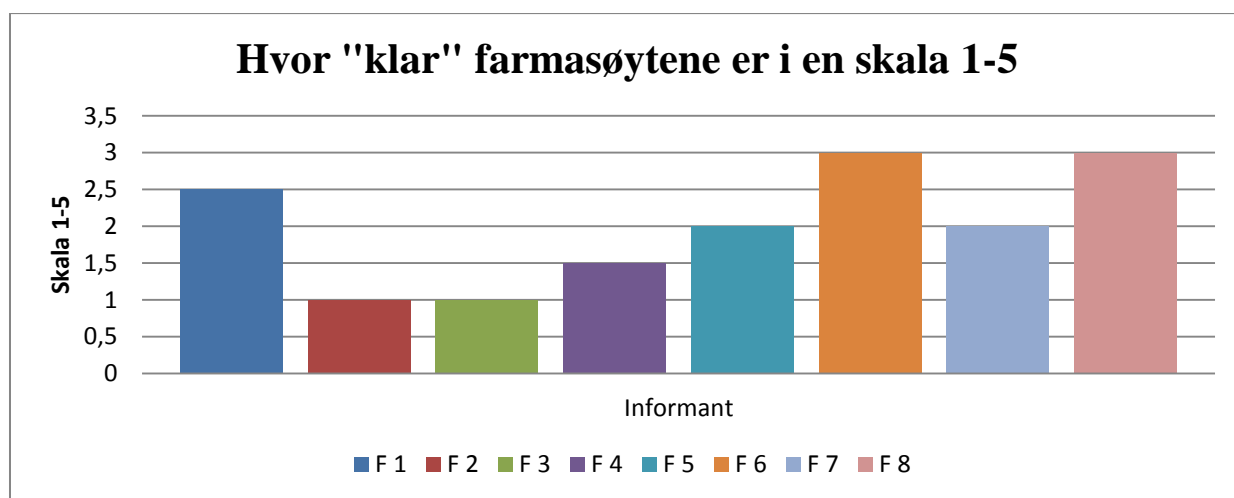
Her presenteres farmasøytene syn på farmasøytrekvirering, deres interesse og ønske om å rekvirere. Alle forteller at de har lyst til å rekvirere: *“Ja, jeg har lyst til å delta. Med hensyn til kompetanse og kursing, så måtte en helt sikkert tatt en gjennomgang på de legemidler og feltene det gjelder, absolutt. Men jeg føler jeg er trygg nok!”* (F 6). Flere beskriver erfaringer fra svineinfluensaen hvor de opplevde rekvirering som en spennende faglig utfordring og en mulighet til å hjelpe pasienter i apotek: *“Ja, det kunne vært spennende. Jeg synes det var veldig spennende med farmasøytrekvirering under svineinfluensaen fordi jeg følte vi viste at vi faktisk kunne bidra med noe.(...)Så jeg ville ha gjort det igjen hvis det lå til rette for det.”* (F 8). Interessen er der, men alle beskriver at klare retningslinjer og kursing må ligge til grunn før de er klare for å sette i gang med rekvirering: *“Ja, absolutt interessant. Jeg synes det er veldig interessant. Det eneste jeg føler er at vi skulle hatt et kurs først. Men ellers føler jeg at farmasøytene er klare for det, klare for nye oppgaver. Det har vært så voldsom utvikling i apotek de senere årene og at vi bør bruke mer tid på den type arbeid. Så jeg ønsker at det skal komme noe.”* (F 3). En tror at farmasøyter vil ta i mot rekvirering som en utfordring og en arena hvor de får utnyttet kompetansen farmasøyter innehar: *“Jeg mener bare at vi har så stor viten, at det er en forbrytelse å ikke bruke den!”* (F 2). Det understrekes at farmasøytrollen i apotek har endret seg og det etterlyses flere områder hvor farmasøytene får brukt faglig vurdering: *“Det har skjedd vanvittig masse i apotek fra faglig til mer salgsrettet fokus. Jeg håper farmasøytrekvirering vil kunne være et vindu til "å ta tilbake" det faglige i apotek. Det er det jeg tenker, både legemiddelsamtale og rekvirering er måter som vi får vist at vi har en kjempestor kompetanse som i veldig stor grad ikke blir brukt.”* (F 6). Flere beskriver ordningen som både spennende og noe farmasøyten er klar for: *“Ja, dette har jeg veldig lyst til. Jeg synes det er fornuftig å gjøre det og jeg synes det er spennende å gjøre det og jeg synes det er en god måte å bruke våres kompetanse på.(..)Det har jeg meget lyst til og føler meg klar til.”* (F 7).

### ***Hvor “klar” farmasøytene er i en skala 1-5***

Resultatene for hvor “klar” farmasøytene er i en skala 1-5 er vist i tabell 5.4 og figur 5.2:

Tabell 5.4 – Hvor “klar” farmasøytene er i en skala 1-5

Informant	Hvor “klar” farmasøyten er i en skala 1-5	Innvendinger (sitat)
F 1	2,5	“Altså, jeg er veldig positiv til dette her, men jeg vil gjerne ha noe kurs først for å si det slik.”
F 2	1	“Etter å ha prøvd ordningen med Tamiflu så vil jeg si at jeg er klar. Med tamiflu var det jo ingen kursing, men "her er skjemaet, slik er det, lever ut".”
F 3	1	“Jeg trenger noen retningslinjer å følge. (...)Hvis vi bare har klare retningslinjer så hadde jeg synes at et var flott jeg å få begynt med noe slikt. Altså, jeg vil ikke begynne i morgen, men med retningslinjer i bakgrunnen.”
F 4	1,5	“Kursingen eller læringsportalen mangler.”
F 5	2	“Jeg er klar men det må være kursing først.”
F 6	3	“Mentalt sett er jeg veldig klar til det, men jeg er selvfølgelig ikke forberedt på det og systemet for det ligger jo ikke der. Rent praktisk sett er jeg jo ikke klar. Det hadde vært bra med en form for gjennomgang av systemet i form av kursing før start.”
F 7	2	“Men det tror jeg kan gjøres relativt kjapt og jeg tror vi er ganske klare til å sette i gang med dette. Jeg føler meg hvertfall ganske klar til det.(...)Det som mangler er kursing. Motivasjonen er på plass, jeg føler kompetansen er der, men ønsker som nevnt tidligere typiske standardiserte skjema hvor man kan lære seg metodikken, utspørre metodikken, i form av et kurs. “
F 8	3	“Diagnostisering, en liten oppfriskning av farmakologien og fysiologien til legemidlene. Kursing generelt.”



Figur 5.2 – Hvor “klar” farmasøytene er i en skala 1-5

## 6 DISKUSJON

### 6.1 Metodedrøfting

#### 6.1.1 Intervju som metode

**Valg av metode:** Malterud skriver at valg av metode skal formes av problemstillingen (Malterud 2003). Målsettingen med studien var å vurdere hvor klare farmasøytene er for farmasøytrekvirering, og hva som eventuelt må til. Ønsket var å få frem studiedeltagernes synspunkter på fremtidig farmasøytrekvirering. Det var derfor mer meningsfylt å bruke intervju, fordi det vil være vanskelig å avdekke alle nyansene i et spørreskjema. Dybdeintervjuet vil gi mulighet til å studere meninger, holdninger og erfaringer til informantene, kalt livsverdenen (Kvale and Brinkmann 2009). Problemstillingen tar for seg *en* informantgruppe og det ble derfor mulig å utføre åtte dybdeintervjuer av farmasøyster. Andre aktører nevnt har gjort evalueringer av farmasøytrekvirering under svineinfluensaen 2009/2010 med et *post*-perspektiv. Jeg ønsket derfor å ha en vinkling med et *fremtidsrettet* perspektiv. Eneste erfaringen informantene har er fra farmasøytrekvirering under svineinfluensaen, så erfaringene vil naturligvis farge synspunktene farmasøytene har om fremtidig farmasøytrekvirering.

**Utførelse av intervjuene:** Intervjurundene gikk greit uten noen tekniske problemer. Under intervjuet ble det notert dersom det ble vist kroppsspråk eller stemninger som kunne hjelpe til under meningsfortolkningen senere, “visuelle ledetråder”(Tjora 2010). I forberedelsene til og underveis i intervjuene må gyldighet og pålitelighet kvalitetssikres (Kvale and Brinkmann 2009). Hvordan forsikre at spørsmålene som stilles gir svar på det undersøkes (*validitet/gyldighet*)? Hvordan forsikre at deltagerne svarer på det samme (*reliabilitet/pålitelighet*)? For å kvalitetssikre spørsmålene i intervjuguiden ble det utført et pilotintervju med en farmasistudent med lisens som resulterte i at noen av spørsmålene ble omformulert. Pilotstudie kan styrke studien og fungerte som en test på meg selv som intervjuer. Jeg hørte gjennom pilotintervjuet og noterte intervjuteknikken. Kunsten å stille oppfølgende spørsmål og aktiv lytting (Kvale and Brinkmann 2009) ble bedre etter hvert. Jeg ble flinkere til å komme med oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene som hjalp til å avkrefte/bekrefte meninger for å forsikre meg om at jeg forstod hva deltageren ønsket å meddele. I kvalitativ forskning dukker spørsmålet om resultatene kan skyldes bruk av ledende spørsmål (Kvale and Brinkmann 2009). I starten brukte jeg ofte formuleringer som “*Ser du for deg at farmasøytrekvirering skal være en frivillig ordning gjeldende for de som har lyst og*

*føle seg sikre nok til å delta, eller ser du for deg at ordningen skal gjelde for alle farmasøyter?*”. Min erfaring er at disse to “alternativene” kan til dels ha vært ledende og jeg prøvde senere å gå over til mer åpne formuleringer som “*Beskriv hvem ordningen skal gjelde for*”. Av og til var “alternativer” nødvendig etter åpne spørsmål da jeg ofte erfarte at temaene ikke var noe som farmasøyten hadde reflektert over på forhånd. I følge Kvale og Brinkmann er ledende spørsmål derimot egnet i kvalitative intervjuer for å verifisere intervjuerens tolkning og svarenes reliabilitet. “*Forstår jeg deg rett med at du mener ordningen skal gjelde alle farmasøyter?*” var en formulering jeg brukte for å forsikre meg om at jeg oppfattet informantens mening underveis i intervjuet. Kunsten å lytte og å bruke stillhet som verktøy for å få informantene til å svare er noe som jeg kunne blitt bedre på. For å redusere feilkildene kunne jeg hatt flere pilotintervju for å bedre intervjuteknikken.

### **6.1.2 Studiedeltagerne**

**Parametere:** Malterud skriver at et strategisk utvalg med mangfold vil kunne gi flere nyanser i data (Malterud 2003). Studien er ute etter å undersøke “farmasøyten” sine tanker, holdninger og erfaringer. Reseptarer, provisorer og apoteker er alle farmasøyter og må inkluderes. Det ble ikke skilt mellom reseptarer og provisorer da det er uklart om en fremtidig farmasøytrevirering i Norge vil skille mellom disse yrkesgruppene. Apotekerne ble inkludert da de kan ha en annen holdning til innføring av en slik tjeneste enn farmasøyter utenom driftskonsesjons-stilling. Det var ønskelig å spre parametere som kunne påvirke resultatet (erfaring, alder, kjønn), men dette viste seg å være vanskelig. Ikke alle apotek har stor farmasøytbemanning og det var få apotek som hadde mannlige farmasøyter tilsatt. Totalt to menn og seks kvinner deltok i studien. Det ble inkludert apotek med ulikt antall konkurrerende apotek i kommunen da innføring av farmasøytrevirering kan oppleves forskjellig for de ulike typer apotek.

**Utvalgsstørrelse:** Kvalitative studier har sjeldent utgangspunkt i et stort utvalg. Malterud skriver at det likevel kan utarbeides beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som gjengir mening dersom man har et godt strategisk utvalg. Tjora foreslår å avslutte datainnsamlingen når man oppnår *metning* – nye intervjuer gir lite ny kunnskap og man ser et mønster i intervjuene (Tjora 2010). Studien startet med åtte studiedeltagere,  $n=8$ , for deretter å se om datainnsamlingen så langt hadde gitt svar på det det studien ønsker å undersøke. Etter åtte informanter begynte jeg å se et mønster i intervjuene og det kom frem lite ny kunnskap, *metning* var oppnådd. Jeg valgte derfor ikke å utvide utvalget.

**Overførbarhet:** I styrkeberegning i epidemiologisk forskning stilles det spørsmål om hvor mange studiedeltagere må til for at resultatet skal være signifikant og det er krav om utvalg av en bestemt størrelse for å oppnå overførbarhet (Malterud 2003). Kvalitativ metode har begrensninger når det gjelder generaliserbarhet (Kvale and Brinkmann 2009). Utvalget er lite og ikke randomisert, og det er vanskelig å si at funnene sier noe allmenngyldig i forhold til problemstillingen. Hvilket materiale vil kunne være best utgangspunkt og relevant for det studien ønsker å undersøke (*intern validitet/gyldighet*)? Målet med studien var ikke å finne data som var representative for farmasøyter flest, men å intervju et begrenset utvalg av farmasøyter for få frem deres virkelighetsoppfatning om farmasøytrevirering og hvor klare de er for en slik ordning. Likevel vil et godt strategisk utvalg være i stand til å beskrive meninger som har relevans utover informantene, en form for overførbarhet. I all forskning er overførbarhet viktig slik at andre kan ha nytte av kunnskapen. Funn fra kvalitativ forskning med et lite utvalg kan gjøres gjeldende for andre settinger utover studien (*ekstern validitet/gyldighet*). Det er ofte høy grad av samstemthet i resultatene i studien. Dette innebærer at resultatene fra studien kan være interessante selv om de på ingen måte med sikkerhet fastslår hvilke synspunkter farmasøyter generelt har til farmasøytrevirering.

### 6.1.3 Analyse av intervjuene

**Transkripsjon:** Transkripsjon gav nesten 100 sider rådata. For å kvalitetssikre transkripsjonen, ble hvert svar spilt flere ganger for å forsikre at meningsinnholdet var korrekt oppfattet. Det kan være en styrke at det er samme person som intervjuer og som transkriberer da forskeren har opplevd selve intervjuet, og man unngår å miste verdifull informasjon for hver “oversettelse” som fra tale til tekst til mening (Tjora 2010). Denne studien har den kun vært *en* forsker, og har forhåpentligvis unngått å miste verdifull informasjon som trengs til meningstolkning av data. For å validere transkriptene kunne informantene lest gjennom dem før analyse, men tidsrammen til studien gav ikke mulighet til dette.

**Analyse av transkriptene:** Da kvalitativ metode er nytt for meg, falt valget på å bruke en veletablert metode som kunne veilede meg gjennom analyseprosessen stegvis: Malterud sine prinsipper om systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering egnes for utvikling av beskrivelser og begreper (Malterud 2003). Meningene fra intervjuene har kommet frem og blitt diskutert mot hverandre og problemstillingen. For å forsikre at resultatene har rot i datamaterialet, har de blitt vurdert opp mot hverandre som igjen vil øke validiteten til resultatene. Hvert ledd i en meningsfortetting gjør derimot at man mister litt informasjon, men dette ble sett som nødvendig for å få et bedre tolkbart og lesbart resultat. Å

gjøre analysearbeidet sammen med andre forskere gi rom for flere tolkninger (Malterud 2003). Temaene som utkrystalliserte seg ved første gjennomlesing kunne blitt validert dersom andre forskere hadde lest transkriptene og dannet seg et helhetsinntrykk, og vi sammen hadde diskutert oss frem til hvilke tema som var fremtredende. I studien er dette trinnet derimot kun basert på *en* forsker. Ytterligere validering av analyse hadde vært mulig ved å la informantene lese gjennom resultatene. Dette ville gitt informantene anledning til å komme med tilbakemeldinger dersom de ikke kjente seg igjen i resultatene. Dette ble ikke gjort pga det totalt ble utført åtte dybdeintervju av enkelt farmasøytter og materialet var analysert i forhold til hovedkategorier med opphav i det totale materialet. Derimot ble det under intervjuene lagt vekt på om den riktige meningen til informantene ble oppfattet ved bruk av avkreftende / bekreftende spørsmål som “*forstår jeg deg rett at du mener...?*”. Dermed var det allerede en analyseprosess “*in situ*” under intervjuet.

**Forskers innvirkning:** I følge Tjora kan det være en fordel å være to intervjuere, spesielt hvis de som intervjuer ikke har lang erfaring med dybdeintervjuer (Tjora 2010). Jeg jobbet alene under prosessen og det kan være mulighet for at jeg har hatt (ubevisst) mistolkning eller innstilling som kan ha fungert som en systematisk følgefeil og påvirket tolkning av resultatene. Forskerens ståsted og erfaringer vil kunne påvirke alle ledd i forskningsprosessen, og farge hovedtrekkene som detekteres i analyseforløpet (Malterud 2003). Forskerens faglige perspektiv vil kunne påvirke tolkning av tekst og kategoriene som utvikles. Kvaliteten av analysen avhenger av kunnskap om forskningstemaet (Kvale and Brinkmann 2009). Jeg er vordende provisorfarmasøyt og vil være mitt faglige ståsted og perspektiv. I tillegg ble litteratur rundt feltet lest for å få teoretisk kunnskap om farmasøytrekvirering. Dette teoretiske utgangspunktet vil kunne bidra til å påvirke datatolkning. Jeg har prøvd å være så objektiv som mulig.

## **6.2 Drøfting av forskningsintervjuene (resultatene)**

Ettersom formålet med studien var å vurdere hvor “klare” farmasøytene er for en fremtidig farmasøytrekvirering, og hva som må ligge til grunn, blir det i tillegg fokusert på hvordan farmasøytene ser for seg fremtidig ordning i resultatene. Dette er fordi det er viktig å inkludere hvilke former for ordningen farmasøytene ser seg klare for å være en del av.

## 6.2.1 Farmasøytene syn på hvordan farmasøytrekvirering bør gjennomføres praktisk

### *Hva farmasøytene legger i begrepet "farmasøytrekvirering"*

Alle farmasøytene forklarer at de forstår farmasøytrekvirering som en *utleveringsrett* på reseptpliktige legemidler med visse utleveringskriterier. En farmasøyt føler det er mer rett å kalle farmasøytrekvirering for utleveringsrett, men at det er en form for rekvirering. En farmasøyt bruker også betegnelsen *farmasøytpliktige legemidler*. To farmasøytter trekker frem reiterasjon og tre andre henviser til ordningen under svineinfluensaen 2009/2010 når de skal beskrive hva de legger i begrepet farmasøytrekvirering. En farmasøyt ville kalt også ordningen under svineinfluensaen som utlevering. Dette samsvarer med Econ Pöyry sin rapport hvor de sammenligner pandemiordningen med *betinget farmasøytutlevering* (Econ Pöyry 2011). Som nevnt innledningsvis har bransjen og myndighetene brukt ulike begreper i uttalelser om ordningen. Under svineinfluensaen ble ordningen definert som farmasøytrekvirering og rekvireringsrett (Forskrift om provisorfarmasøytters og reseptfarmasøytters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir 2009). I Legemiddelmeldingen (St.mld. nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken*) fra 2005 er en eventuell fremtidig *begrenset rekvireringsrett* for farmasøytter forankret (Helsedepartementet 2005). Da NAF tok opp temaet farmasøytrekvirering med HOD i 2005, fremla NAF en liste med konkrete eksempler på bruksområder og legemidler som kan være egnet til farmasøytutlevering. Listen til NAF, gjengitt fra artikkelen "*Ja til farmasøytpliktige legemidler*" publisert i *Apotekforeningens Tidsskrift* (Smedstad 2008), bruker betegnelsen *farmasøytpliktige legemidler*. I artikkelen brukes også begrepet *unntatt reseptplikt ved farmasøytutlevering*. NAF har i tillegg brukt betegnelsen *farmasøytutlevering* om farmasøytrekvirering fordi oppgaven skal fremtre som en utvidet egenomsorg (Gombos 2010). Farmasøytene opplever ordningen som en utleveringsrett, og bransjen og myndighetene bør muligens være mer konsekvente i bruk av betegnelser. I starten av intervjuene kom det frem at flere av farmasøytene ikke hadde tenkt over farmasøytrekvirering før svineinfluensaen eller en eventuell fremtidig ordning. Flere farmasøytter fortalte de ikke visste om hvordan ordningen ble praktisert internasjonalt før de leste informasjonsskrivet (vedlegg II). Disse funnene samsvarer med fokusgruppeintervjuene til NAF, hvor det kom frem at flertallet av deltagerne hadde tenkt lite over at en ny oppgave som farmasøytrekvirering kunne bli satt i system (Apotekforeningen 2010 b). Ulike land bruker forskjellige benevnelser på de ulike gradene av farmasøytrekvirering, som i tillegg praktiseres forskjellig. Det gjør det vanskelig å trekke en konkret parallell til Norge og



eventuell fremtidig farmasøytrekvirering. Profesjonen må sammen med myndighetene komme frem til hvilken form for farmasøytrekvirering som skal innføres, samt hvilke kriterier som skal gjelde. Inspirasjon til utforming av forslag om farmasøytrekvirering vil kunne innhentes ved å løfte blikket internasjonalt for å se på hva andre land praktiserer. En eventuell fremtidig ordning av “farmasøytrekvirering” i Norge vil kunne inneha elementer både fra de ulike internasjonale formene for Rx-farmasøytrekvirering og *Pharmacy/Pharmacist Only Medicine*.

### **Ordningen bør baseres på skjema**

Alle mener farmasøytrekvirering bør baseres på skjema og trekker parallell til rekvirering av Tamiflu og Relenza hvor det fortelles om gode erfaringer. Det må stilles krav for rekvirering og utlevering av legemidler på lik linje som for helsesøstre, jordmødre og leger. Skjemaene bør være standardiserte med spørsmål som skal stilles og kriterier for utlevering av hvert legemiddel. Skjema vil kunne fungere som verktøy slik at de riktige spørsmålene blir stilt og det avdekkes om pasientene bør få legemidlene utlevert. Veldefinerte spørsmål vil føre til at ordningen blir utført noenlunde likt. Noen generelle spørsmål vil kunne være gjeldende for alle preparatene som avdekking av symptom og varighet, men det bør være en guide eller standardiserte skjema med skreddersyde spørsmål for hver av bruksområdene vedtatt. Det må være noen kontrollspørsmål der visse svaralternativer gir så stor sannsynlighet for at det er korrekt med legemiddelutlevering. Det er mulighet for sannsynlighetshjelp fra dataprogram dersom skjemaet fylles ut elektronisk, men det er bare i tillegg til farmasøytvurderingen. Funne samsvarer med fokusgruppeintervjuene til NAF hvor farmasøytene vurderte rekvireringsskjema som nyttig veileder og stikkordliste (Apotekforeningen 2010 b)

**Dokumentasjon:** Dersom farmasøytrekvirering blir slik som under svineinfluensaen, vil dokumentasjon med pasientjournalplikt med oppbevaring av skjema i 10 år kunne fungere. Det etterlyses derimot enklere former for dokumentasjon elektronisk ved bruk av skjema i Farmapro og det er viktig å få etablert et elektronisk dokumentasjonssystem. En farmasøyt henviser til nødekspedisjon hvor det dokumenteres både i Farmapro og papir, mens en annen mener det kun er behov for elektronisk dokumentasjon. Det er mulighet for at rekvirering kan utføres både med skjema og dokumentasjonskrav, men også som ren utlevering uten krav til dokumentasjon for noen av NAFs forslag. Det er altså ulike syn på hvordan dokumentasjon av ordningen skal foregå, alt i fra pasientjournalplikt med oppbevaring av skjema i 10 år, dokumentasjon elektronisk og på papir, kun elektronisk dokumentasjon, og utlevering uten krav til dokumentasjon. I Stortingets sosialkomité sin kommentar til Departementets ønske om å utrede hvorvidt begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler bør gis

til farmasøyter (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) (Sosialkomiteen. Stortinget 2005), står det at konkrete utleveringsprosedyrer og sjekklister må utredes og utleveringene må dokumenteres slik at det kan kontrolleres at prosedyrene blir fulgt. Dette samsvarer med NAFs forslag om ordningen (Gombos 2010). Dersom ordningen sammenlignes med helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett for prevensjonsmidler, er det nedfelt dokumentasjonsplikt (journalføring) (Helsedepartementet 2002). Hvis farmasøytrekvirering blir definert som *helsehjelp*, som under svineinfluensaen, vil det sannsynligvis foreligge en pasientjournalplikt (Helsepersonelloven 1999).

### ***Det må vurderes for hvert legemiddel om det er behov for timebestilling***

For farmasøytene vil timebestilling gi tid til forberedelse og pasientsamtale, men argumentet med god tilgjengelighet må ivaretas. For apotek med lav farmasøytbemanning kan timebestilling være en fordel som gjør det mulig å legge rekvirering til “roligere” timer i åpningstidene da rekvirering kan kreve tid. Det understrekes at det må ligge til grunn en refusjonsordning for timebestilling. En farmasøyt forteller at han ser økonomi som en hindring for timebestilling ut fra slik som apotek er i dag med tid, bemanning og økonomi. Ulike preparater har ulikt behov for timebestilling og farmasøyten må vurdere behov for grundigere konsultasjon på 15/30 minutter ut fra hvert tilfelle. Prevensjon har behov for dialog og blodtrykksmåling og bør timebestilles. Øyeinfeksjon vil kreve tid for samtale med pasient, men timebestilling vil fungere dårlig da dette er en “akutt” lidelse. Videre nevnes det at det ikke er behov for timebestilling for de øvrige bruksområdene. Under svineinfluensaen kom kunden i dialog med farmasøyt i direktereseptur og timebestilling ville i dette tilfellet muligens vært ugunstig ettersom det var “akutte” lidelser og hovedargumentet var økt tilgjengelighet (Apotekforeningen 2010 b). Dersom det blir vedtatt farmasøytrekvirering av prevensjonsmidler med blodtrykksmåling, vil det derimot være behov for avsatt tid til måling og pasientsamtale for å avdekke familiære risikofaktorer.

### ***Farmasøytrekvirering bør gjelde for alle farmasøytgrupper***

Farmasøytrekvirering bør gjelde for alle farmasøyter og det må være krav til at alle har gjennomgått kursing eller en form for sertifisering. Dersom ordningen kun skal gjelde provisorfarmasøyter blir det utfordringer med tilgjengelighet i apotek hvor det er få eller ingen provisorfarmasøyter. Det vektlegges at økt tilgjengelighet er et hovedargument for ordningen, og det vil svekkes dersom ordningen kun gjelder for provisorfarmasøyter. Det ble gitt uttrykk for at profesjonen var “samlet”. Dersom ordningen skal være frivillig, skaper det utfordringer rundt tilgjengelighet og ulikhet blant apotek. Det er derimot uenighet om

ordningen skal gjelde alle helt fra starten. Mens noen ser for seg en praksisperiode for nyutdannede og overgangsfase med mål om at ordningen skal gjelde for alle over tid, mener andre at ordningen skal være et bransjekrav for alle farmasøyter. Både optikere og tannpleiere har begrenset rekvireringsrett nedfelt i *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, kapittel 2 Rett til rekvirering* (1998). Disse yrkesgruppene har en 3-årig bachelorgrad, tilsvarende utdanningsgraden til reseptarfarmasøyter. Innad i profesjonen har det vært debatt rundt farmasøytrekvirering, noe som kan ses på nettsidene til Norsk Farmaceutisk Forening (Farmatid.no 19.05.10). Debatten utviklet seg derimot til en liten “profesjonsdebatt” med ulike syn på hvilke yrkesgrupper ordningen skal gjelde for. Det er verdt å nevne at profesjonen muligens kan opptre sterkere hvis den står samlet uten uenigheter innad ved fremlegg av forslaget om ordningen ovenfor myndighetene – en forent front.

***Farmasøytene bør smi mens jernet er varmt, men all erfaring tilsier at ting tar tid***

Farmasøytene uttrykker håp om at farmasøytrekvirering blir en realitet i nærmeste fremtid, men all erfaring tilsier at det kommer til å ta tid. Farmasøytene håper at ordningen er vedtatt innen noen år, men at det mest sannsynligvis kommer til å ta 5-10 år. Halvparten av farmasøytene poengterte at det kunne vært lurt med en overgangsordning hvor ordningen gjelder for noen få legemidler, for senere utvide ordningen med flere legemidler. Andre mente at det hadde vært greit å starte med en vedtatt preparatliste og henviser til NAFs forslag. Flere henviser til svineinfluensaen, og håper at de gode erfaringene vil være en drivkraft og at myndighetene har sett hva farmasøyter kan bidra med. Dersom man ser på diskusjonen rundt ordningen i Norge, har bransjen hatt temaet på agendaen i lang tid helt siden 2005 da farmasøytrekvirering ble politisk forankret i Legemiddelmeldingen (Helsedepartementet 2005). Selv om ordningen er politisk forankret og bransjen har lagt frem forslag, foreligger det i dag ingen konkrete planer om fremtidig farmasøytrekvirering. Erfaringene fra svineinfluensaen danner derimot et godt grunnlag for videre dialog mellom bransjen og myndighetene om fremtidig farmasøytrekvirering. Erfaringene har fungert som en døråpner hvor farmasøytene har fått vist sin kompetanse og flere personer fra myndighetene har uttalt seg positive om farmasøytrekvirering. Det har ført til flere evalueringsrapporter i regi av HOD og Hdir. Dette viser at temaet er aktuelt og det arbeides med vurderinger. Rapporten til Econ Pöyry kan ikke konkludere entydig på at ordningen bør tas i bruk, og det kreves nærmere vurdering av helsemyndighetene av hvert legemiddel for å se om det egner seg. Videre må HOD vurdere behov og politiske føringer for en ny ordning (Econ Pöyry 2011). Det konkluderes med at det vil være lite hensiktsmessig å innføre ordningen for kun få legemidler

da forvaltningen vil kreve store ressurser. I studien mente derimot halvparten av farmasøytene at det kunne være lurt å starte ordningen med noen få legemidler, for senere å utvide tilbudet.

### **6.2.2 Farmasøytene syn på hvilke legemidler som kan inngå i farmasøytrevirering**

Hvilke legemidler som skal gjelde under farmasøytrevirering må vurderes nøye og må fastsettes på en liste. Farmasøytene syn på NAFs forslag om preparater egnet for farmasøytrevirering, se tabell 2 i vedlegg II, er i noen tilfeller ulikt. I tillegg nevnes andre legemiddelforslag.

**Øyeinfeksjon (Kloramfenikol, Fucithalamic):** Det er enighet blant farmasøytene at NAFs forslag om at preparatene Kloramfenikol og Fucithalamic egner for farmasøytrevirering. Det bør være klare retningslinjer for hva farmasøytene skal spørre pasientene om for å avdekke behandlingsbehov, nekte utlevering og når farmasøytene skal henvise til lege. Farmasøytene ser for seg bruk av skjema og standarddosering som rekvireringsverktøy. Da det er akutte lidelser, er det ugunstig med timebestilling. Mange forteller de har inntrykk av at pasientene som henvises til legevakt får skrevet ut en standardresept uten undersøkelse av øynene, og øyeinfeksjon er et område hvor farmasøytene kan spille en større rolle enn i dag. Det blir påpekt at farmasøytene allerede bruker mye tid på denne pasientgruppen i apotek, men at det i dag kun foreligger mulighet for henvisning til lege. Funnene ovenfor samsvarer med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under øyeinfeksjon (Kloramfenikol/Fucithalamic) hvor begrunnelsen “standard behandling av ukompliserte infeksjon for øyeinfeksjon” brukes (Econ Pöyry 2011). I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står øyedråper som eksempel (Helsedepartementet 2005). Tall fra 2008 viser at et av fire barn i 0-4 års alderen fikk behandling mot bakterieinfeksjon i øyet (øyekatarr) i form av øyesalve/-dråper (Folkehelseinstituttet (FHI) 27.08.2008). Helsevesenet står i dag ovenfor en utfordring for å finne nye løsninger på å frigjøre helseressurser. Kan *farmasøytrevirering* muligens bidra til å frigjøre helseressurser hvis primærhelsetjenesten avlastes for noen av de mest hyppigste årsakene til legekonsultasjon? Ressursgevinsten må eventuelt vurderes.

**Prevensjonsmidler (p-piller, p-plaster, p-sprøyter):** Det oppfattes ulikt blant farmasøytene om bruksområdet prevensjon egner for farmasøytrevirering. Totalt seks farmasøytene ser for seg farmasøytrevirering av prevensjonsmidler. En er usikker og vil heller ha farmasøytetrasning enn førstegangs rekvirering, mens en annen totalt i mot. Flertallet sammenligner farmasøytrevirering av prevensjonsmidler med helsesøstre og jordmødres rett

til å rekvirere prevensjonsmidler, og det må gjelde samme krav til blodtrykksmåling. Det kreves klare retningslinjer, kursing i rekvirering og blodtrykksmåling. Alle mener at ordningen krever pasientsamtale og blodtrykksmåling, og dermed timebestilling. Det beskrives erfaringer hvor leger fornyer p-pille-resepter uten å ta blodtrykksmålinger, og farmasøytrekvirering er et mulig alternativ hvor kravene må bli fulgt og det må foretas pasientsamtale for hver rekvirering. Flere ganger blir behovet for en database og tilgang på pasienthistorikk understreket. Muligheten for å stole på pasientens utsagn om hvilke preparater som er hentet ut tidligere foreslås og det henvises til at helsesøstre og jordmødre ikke har tilgang til pasientjournalen til legen. To farmasøyter mener derimot at en database er nødvendig. Det understrekes hvor viktig det er at rekvirenten vet når pasienten sist har hentet ut prevensjonsmidler og at det dannes et system hvor legene får informasjon om hvilke preparater som gis ved farmasøytrekvirering. Det må være aldersbetingelser rundt farmasøytrekvirering av prevensjonsmidler og det bør kunne rekvireres ut P-resepter til jenter mellom 16 og 20 år slik som helsesøstre og jordmødre. Den øvre aldersgrensen bør likevel være mer enn 20 år da det største behovet ligger hos unge kvinner i alderen 16 til 25/30 år. Flere mener farmasøytrekvirering bør omfatte flere preparater: kombinasjons- og mini-p-piller, p-plaster og p-sprøyter nevnes. Noen av funnene ovenfor samsvarer med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under prevensjon(p-piller) (Econ Pöyry 2011). Dette samsvarer med Stortingets sosialkomité sin kommentar til Departementets ønske om å utrede hvorvidt begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler bør gis til farmasøyter (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) (Sosialkomiteen. Stortinget 2005), hvor p-piller nevnes som eksempel. Tall fra 2008 viser at 50 prosent av kvinner i alderen 15-24 år brukte hormonelle p-piller/antikonseptiva, mens andelen var 25 prosent av kvinner 25-44 år (Folkehelseinstituttet (FHI) 27.08.2008). Kan *farmasøytrekvirering* muligens bidra til å frigi helseressurser hvis primærhelsetjenesten avlastes for noen av de mest hyppigste årsakene til legekonsultasjon? Ressursgevinsten må eventuelt vurderes.

**Utsettelse av menstruasjon (Primolut-N):** Alle, med unntak av en, mener at Primolut-N egner seg for farmasøytrekvirering. Farmasøytene opplever det som om pasientene kun ringer til lege og spør etter midlene. Det må gis informasjon om behandlingsvarighet ved utlevering og det er viktig med oppfølging for å avdekke hyppig bruk. En farmasøyt mener at apoteket må ha historikkinnsett for å vurdere hyppig bruk. Primolut-N krever ikke timebestilling. Funnet samsvarer med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og

farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under Primolut-N med begrunnelsen “standard behandling” (Econ Pöyry 2011).

**Forebyggelse av malaria og diare på reiser (Dukoral drikkevaksine):** Alle farmasøytene er enige i at Dukoral drikkevaksine og malariamidler som preparatforslag kan egne seg som farmasøytrevirering. Det begrunnes med at legene skriver ut standardresepter og farmasøyter kan bidra med standarddosering og veiledning. Det er ikke behov for timebestilling. Det understrekes behov for en oppdatert nettside eller database hvor farmasøyten søker opp pasientens reisemål for å få klare retningslinjer for anbefalt vaksiner og generell profylakse for hvert land. En farmasøyt beskriver at han ser for seg farmasøytrevirering av malariamidler som ren utlevering hvor man søker opp reisemål og poengterer at det ikke er behandling av noen lidelse, men forebygging. Flere mener at malariamidler i visse tilfeller behøver grundigere gjennomgang dersom pasienten bruker mange legemidler da noen av midlene er mer komplekse. Dette vil kreve retningslinjer og informasjon på nettsiden om interaksjoner. En farmasøyt poengterer at apotek allerede er en arena hvor det gis råd om annen malariaprofylakse og det vil være naturlig å tilby en “reisepakke” på apotek hvor pasienten får all profylakse på ett sted. Funnene samsvarer med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under reisemedisin (malariamidler/drikkevaksine (Dukoral)) med begrunnelsen “i følge offentlig fastsatte regimer” (Econ Pöyry 2011).

**Forkjølelse (Mucomyst, Bronkyl):** Det er delte meninger om hvorvidt preparatforslagene Mucomyst og Bronkyl egner seg for farmasøytrevirering. Flertallet mener preparatene egner seg for farmasøytrevirering i skranke som ved direktereseptur, hvor farmasøyten stiller noen forsikrings spørsmål angående symptomer for å avdekke behov før eventuell utlevering. Det foreslås at utlevering kan skje uten journalføring. Derimot er to farmasøyter usikre på om det er behov for farmasøytrevirering da Bisolvon er reseptfritt og det uttrykkes bekymring for pasientgrupper med svekket lungefunksjon. Holdningene er ikke entydige i vurdering av farmasøytrevirering på bruksområdet. Funnene ovenfor samsvarer delvis med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under forkjølelse (Mycomust/Bronkyl) med begrunnelsene “utbredt bruk/behov og få bivirkninger”(Econ Pöyry 2011). I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står slimløsende midler som eksempel i kapittel 8.6.2 (Helsedepartementet 2005).

**Akne:** Farmasøytene er enige i NAFs forslag om farmasøytrevirering av aknemidler og at dette er et område hvor farmasøytter kan bidra. Pasient må ha prøvd reseptfrie midler først. Det krever retningslinjer for å vurdere behandlingsbehov. Funnet samsvarer med rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder akne (midler til lokal bruk) (Econ Pöyry 2011).

**Flere legemiddelforslag:** I dag har utvalgte legemidler skiftet status fra OTC til Rx og flere nevner farmasøytrevirering som et mulig kontroll-ledd mellom OTC til Rx, såkalt motsatt “switching”: OTC → farmasøytrevirering → Rx. Mange nevner ketoprofen gel som egnet for farmasøytrevirering hvis nødvendig informasjon gis før utlevering. Kun en farmasøyt mener at store pakninger av avføringsmidler (kontaktlaksantia) egner seg for farmasøytutlevering, mens andre påpeker at denne pasientgruppen kan ha behov for annen type hjelp. Innføring av farmasøytrevirering som et kontroll-ledd vil kunne føre til økt veiledning, informasjon og strengere kriterier for utlevering av legemidler som har vist seg ugunstige som OTC-preparater samtidig som økt tilgjengelighet bevares. Kanskje farmasøytten kunne ha spilt en rolle som et kontrollerende mellomledd for å unngå feilbruk i overgangen OTC → Rx? Farene med å kunne kjøpe og bruke legemidler fritt, samt misbruksrisiko må eventuelt vurderes.

En farmasøyt nevner antihistaminkrem for utslett, solallergi og eksem. To andre nevner akutt urinveisinfeksjon (UVI) som en lidelse pasienter ofte oppsøker apotek om råd og beskriver det som et område som egner seg for farmasøytrevirering. Holdningen til farmasøytrevirering av midler mot akutt UVI samsvarer med funnene i rapporten til Econ Pöyry hvor det i intervjuene og farmasøytundersøkelsen ble spurt hvilke legemidler som kan egne seg, herunder under urinveisinfeksjon(Trimetoprim) med begrunnelsen “standard behandling av ukomplisert urinveisinfeksjon”(Econ Pöyry 2011).

**Legemidler til dyr:** Farmasøytene mener legemidler til dyr er egnet for farmasøytrevirering. Ormekur til hund og katt var frem til 1.juli 2009 unntatt fra reseptplikt i små pakninger, men ordningen fungerte ikke optimalt. Farmasøytene forteller at de er usikre på om veterinærene gir mer informasjon enn farmasøytene gjorde under den tidligere ordningen, og farmasøytutlevering med krav om informasjon til kundene vil være et bedre alternativ som et ledd mellom reseptplikt og unntatt fra reseptplikt, såkalt motsatt “switching”. Farmasøytrevirering vil kunne være et kontroll-ledd som gir økt veiledning samtidig bevares

økt tilgjengelighet. Med strengere krav for utlevering, vil en muligens kunne forhindre resistensproblematikk og kontrollere forbruket mer enn da midlene var unntatt fra reseptplikt. Det fortelles om erfaringer der kunder reagerer på at ormemidlene nå er reseptpliktige. Det er verdt å nevne at disse holdningene er utbredt blant en del av kundene, noe som facebook-gruppen “VI SOM VIL HA ORMKUR TIL DYR PÅ APOTEKET UTEN RESEPT!” vitner om med sine 4845 medlemmer (Facebook.com 2010). P-piller til katt er et annet område som kan egne seg som farmasøytrekvirering. Det understrekes at få kunder tar med seg katten inn til veterinær for å få resept på p-piller til katt, men at det kun kreves en samtale. Det blir uttrykt at farmasøytene ikke anser at det er behov for reseptplikt, men at farmasøytene kan spille en rolle for økt tilgjengelighet av preparatene. Det påpekes at det må være retningslinjer for utlevering og at informasjon om risiko må gis ved utlevering. Funnene stemmer overens med NAFs forslag hvor noen preparater til dyr (som p-piller til katt) nevnes (Smedstad 2008).

**Farmasøytreitering:** Foruten preparatforslagene nevnt ovenfor ser alle farmasøytene, unntatt en, for seg farmasøytreitering av utvalgte legemidler som en del av ordningen. Det må være klare retningslinjer for tidsbegrensninger og henvisning til lege. Flertallet deler oppfatningen av at farmasøytreiterasjon må ses på som en utvidet nødekspedisjon med mulighet for utlevering av 3 måneders forbruk som gjør at pasientene har nok legemidler til neste legekonsultasjon. En farmasøyt beskriver behovet for innsikt i pasienthistorikk som helt nødvendig for å ta vurderingen om forsvarlig utlevering. Det kun er snakk om utvalgte C-preparater, ikke A- og B-preparater, og når lege har tatt første rekvirering. Reitering bør kun gjelde for utvalgte legemiddelgrupper og det må vurderes behov for hyppig legeoppfølging for hvert legemiddel. Dersom det er legemidler som pasienten bruker fast over en lengre tid og som ikke krever hyppig oppfølging av lege eller målinger, er reiterasjon en mulighet. En farmasøyt nevner allergimedisiner som pasientene skal ha hvert år som en mulighet, mens andre foreslår kolesterolsenkemidler som statiner som egnet da midlene brukes over lang tid forebyggende. Forslag som Albyl-E og blodtrykksmedisin (dersom det tas blodtrykksmåling i apotek) som pasienten har brukt over lang tid, samt reitering av p-piller dersom lege har tatt første rekvirering, foreslås. I rapporten til Econ Pöyry ble fornying av resepter på Albyl-E (blodfortynnende) nevnt som egnet for ordningen i farmasøytundersøkelsen, som samsvarer med funnet over (Econ Pöyry 2011). Videre ble allergimidler (større pakninger, utvidet sortiment) nevnt i rapporten til Econ Pöyry som egnet legemiddel med begrunnelsene “standard behandling, utbredt bruk, høy sikkerhet”. I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står allergimidler som eksempel (Helsedepartementet



2005). I funnene i denne studien er det kun en farmasøyt som nevner reiterasjon på allergimidler. Internasjonalt er reitering (repeat prescribing) en del av farmasøytrekvirering av Rx-legemidler i noen land (Emmerton, Marriott et al. 2005).

De øvrige rekvirentgruppene med begrenset rekvireringsrett i Norge har rekvireringsrett forbeholdt til visse legemiddelgrupper som er relatert til profesjonsoppgavene og nødvendig for utøvelse av deres virksomhet, eller begrenset til enkelte grupper av legemidler i form av lister. Disse begrensningene angis i *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, kapittel 2 Rett til rekvirering* (1998). Mindre veldefinert og begrenset ut fra virksomhet er derimot hvilke legemiddelgrupper som egner seg for farmasøytrekvirering. Farmasøyter er eksperter på legemidler generelt og skal ha en overordnet kunnskap om alle typer legemidler. Å trekke paralleller til internasjonale modeller angående hvilke legemidler som er under farmasøytrekvirering er vanskelig da landene klassifiserer legemidler i ulike kategorier/reseptstatuser. Hvilke preparater som egner seg for farmasøytrekvirering må profesjonen sammen med myndighetene utrede. Evalueringsrapporten til Econ Pöyry konkluderer med at farmasøytrekvirering må bedømmes for hvert legemiddel for å kunne vurdere permanent bruk av ordningen (Econ Pöyry 2011).

### **6.2.3 Farmasøytene oppfatning om hvilke utfordringer det er knyttet til farmasøytrekvirering**

#### ***Flere praktiske utfordringer i apotek må avklares før ordningen trer i kraft***

**Ressurser:** Økonomi og forsvarlig bemanning er en forutsetning for farmasøytrekvirering. Dersom formålet er å avlaste primærhelsetjenesten og frigi helseressurser i samfunnet, må farmasøyter få en kompensasjon for ordningen. Farmasøytene må få kompensert, enten fra stat eller pasient, for tid og bemanning brukt på ordningen. Det vises til konsultasjon hos annet helsepersonell hvor pasienter betaler et honorar. Under svineinfluensaen ble det vedtatt at apotek hadde rett på en godtgjørelse for rekvirering fra pasient på 20 kroner da det gav apotekene en ekstraoppgave. Det ble i tillegg utarbeidet en spesiell refusjonsordning for legemidlene (Apotekforeningen 2010 b). To farmasøyter understreker derimot at dette beløpet ikke dekket kostnadene. Funnene samsvarer med evalueringsrapporten til NAF, hvor det står at taksten ikke representerte den faktiske kostnadsdekningen for arbeidet farmasøytene la ned per ekspedisjon (Apotekforeningen 2010 b). Dersom ordningen sammenlignes med leger, honoreres skriving av resept med 45 kroner, hvorav 40 kroner blir betalt av pasienten som egenandel. Priser (honorarer) for fastlegekonsultasjon er fastsatt i *Fastlegetariffen*

(Legeforeningen 2010). Legeforeningen forhandler om takster med staten, mens Stortinget fastsetter egenandel. Funnene samsvarer med internasjonal litteratur hvor det konkluderes med at det er nødvendig med fortjeneste for tjenesten som utføres (Emmerton, Marriott et al. 2005).

**Prosedyrer og bransjestandarder:** Farmasøytene mener at det bør være sentrale prosedyrer og bransjestandarder hevet over kjedenivå sentralt fra NAF eller myndighet. Det etterlyses noen bransjestandarder spesifikt for ordningen som skal gjelde for alle farmasøyter. Det understrekes at det må være samme prosedyrer ved alle apotek. Det er viktig at ordningen oppfattes likt utad for pasientene for å unngå at pasientene blir nektet utlevering av legemidler på et apotek, men får legemidlene utlevert på et annet. Dette samsvarer med Stortingets sosialkomité sin kommentar til Departementets ønske om å utrede hvorvidt begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler bør gis til farmasøyter (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) (Sosialkomiteen. Stortinget 2005), hvor det understrekes at utleveringsprosedyrer må opprettes. Funne samsvarer med NAFs forslag om farmasøytrekvirering hvor det vektlegges at det må eksistere definerte prosedyrer (Gombos 2010). Også internasjonalt beskrives behovet for lik standard for alle farmasøytrevirenter (Emmerton, Marriott et al. 2005).

**Journal- og historikkinnsett:** Alle farmasøytene etterlyser innsikt i pasientjournal og pasienthistorikk. Derimot mener alle, unntatt en, at det går an å ha farmasøytrekvirering på utvalgte legemidler uten å ha journalinnsikt. Det refereres til svineinfluensaen og foreslås et lignende system. Mangel på innsikt i pasienthistorikk på tvers av apotek vil kunne være en utfordring, men kan minimaliseres med å ha klare kriterier for når man skal utlevere legemiddel gjeldende for alle apotek. Likevel etterlyses en felles database for alle apotek. Det argumenteres med at leger i dag ikke vet hva pasienter får hos andre revirenter eller bruk av reseptfrie midler. En felles database mellom leger og apotek ville vært optimalt og flere henviser til fremtidig universal kjernejournal. Behovet for databasetilgang varierer ut fra bruksområde. For preparater hvor det er interaksjonsrisiko og behov for å vite hvilke andre legemidler pasienten bruker, som prevensjonsmidler, vil det være nødvendig med pasienthistorikk. I retningslinjene for revireringsrett til helsesøstre og jordmødre står det derimot kun at *“Rekvirentene skal oppfordre målgruppen til å informere fastlegen om prevensjonsbruken”* (Helsedepartementet 2002). Det vil bli samhandlingsutfordringer knyttet til tilfeller hvor farmasøyt revirerer legemidler som det er viktig at fastlegen får viten om da det vil kreve ressurser for å få formidlet denne informasjonen. HOD har bedt Hdir om en

videre vurdering av forslag om en “nasjonal kjernejournal” som vil kunne inneholde kritisk pasientinformasjon, legemiddelbruk og kontakt med spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet 2009). Kjernejournal vil kunne gi økt samhandling innad i helsesektoren og være gunstig i diskusjonen rundt farmasøytrekvirering hvor et motargument kan være fare for feilmedisinering da leger og farmasøyter ikke har noe tilgang på felles pasienthistorikk over legemiddelbruk. I Econ Pöyry sin farmasøyt- og legeundersøkelse ser farmasøytene effektivitetspotensialet, men ikke samhandlingsutfordringene, mens fastlegene delvis ser potensialet og er mer bekymret for utfordringene (Econ Pöyry 2011).

### ***Interessekonflikten anses som liten hos farmasøytene***

Det anses ingen etiske utfordringer og interessekonflikter knyttet til farmasøytrekvirering eller at farmasøyter vil misbruke tilliten de har fra pasienter for mer-salg blant farmasøytene. Farmasøytene vil ikke fremme unødvendig salg av legemidler og dersom det skjer vil bransjen miste tillit. Holdningene er at det er farmasøytens ansvar å utlevere legemidler forsvarlig og forhindre unødvendig salg. Det er en oppfatning av at bransjen er sterkt regulert. Kompensasjon vil kunne bidra til å minke risiko for interessekonflikter hvis det ikke er mer økonomisk fortjeneste enn at apotekene får dekket kostnadene. Det understrekes at ved farmasøytrekvirering så vil pasienter selv ta initiativ til å oppsøke apotek med et problem som de ønsker å få løst og det sammenlignes med dagens veiledning og salg av OTC-preparater. Apotekloven skiller mellom rekvirering og salg av legemidler (Apotekloven 2000). Helsepersonelloven §11 sier at det er kun leger og tannleger med rett til rekvirering av reseptpliktige legemidler, men gir mulighet for at Departementet kan gi begrenset rekvireringsrett til annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens eller at bestemte legemidler delvis eller helt kan unntas fra plikten (Helsepersonelloven 1999). Man kan så stille spørsmålet om lovgivningen vil komme til å bli et tungtveiende argument mot farmasøytrekvirering. For å kunne gjennomføre farmasøytrekvirering på apotek må det eventuelle endringer i loven. Gjeldende lovgivning i apotekloven må endres med et unntak, omformulering eller ny forskrift, eller vedtas at det gis begrenset rekvireringsrett for bestemte legemidler for farmasøytrekvirering. Rapporten til Econ Pöyry viser apotekbransjen fremhever at farmasøyter som helsepersonell har sin lojalitet hos pasienten, mens aktører utenfor apotekbransjen fremhever at farmasøyter har sin lojalitet hos arbeidsgiverne som er kommersielle (Econ Pöyry 2011). I rapporten står det at begge deler er riktig og det ikke er grunnlag for å si det ene veier tyngre enn det andre. Farmasøytene i denne studien mener derimot at det faglige veier tyngst. Videre skrives det at skillet er et viktig prinsipp hvor

unntak må være tungtveiende, og det må en ny forskrift eller lovendring til. Rapporten konkluderer likevel med at det ikke synes å være noen utfordringer knyttet til rolleblanding (forskriver og selger) fra apotekets side under svineinfluensaen (Econ Pöyry 2011). I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står det at lovgivningen taler i mot farmasøytrekvirering da apotek tjener på salg av legemidler (Helsedepartementet 2005). I Stortingets sosialkomité kommentar til Departementets ønske om å utrede hvorvidt begrenset forskrivningsrett til enkelte reseptpliktige legemidler bør gis til farmasøyter (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) (Sosialkomiteen. Stortinget 2005), foreslås det at det bør utredes “et tretrinnsystem hvor legemidler deles i tre grupper, hvorav den ene kategorien inneholder medikamenter som ikke er reseptbelagt, men som bare kan forskrives av farmasøyt” – innføring av en egen legemiddelgruppe som farmasøyter kan utlevere uten resept.

#### **6.2.4 Hvilken samfunnsnytte farmasøytene mener det er med farmasøytrekvirering og deres syn på samarbeid med leger**

Det kom frem under alle intervjuene at farmasøytene mener farmasøytrekvirering vil være samfunnsnyttig. Ordningen vil kunne avlaste primærhelsetjenesten. Innføring av farmasøytrekvirering på standardkonsultasjoner for mindre alvorlige lidelser vil kunne frigjøre tid til leger til å fokusere på mer alvorlige tilfeller. Dermed frigis helseressurser som kan forvaltes på andre områder. Eldrebølgen og Samhandlingsreformen som gir legene flere oppgaver trekkes frem som argument. Samarbeidsforholdet mellom farmasøyter og leger i dag er varierende. En farmasøyt føler at legene ikke er klar over hvor mye farmasøytene kan. Flertallet mener at samarbeidsforholdet kan bli bedre. Et godt forhold må ligge til grunn for farmasøytrekvirering og det etterlyses bedre kommunikasjonsmetoder, f.eks et felles datasystem hvor farmasøytene kan legge beskjed om hvilke legemidler som rekvireres for hver enkelt pasient. Alle ser for seg at legene kan ha motforestillinger mot farmasøytrekvirering, men håper at det blir sett på som en avlastning og ikke konkurranse. Det bør være i en felles interesse å løse fremtidens utfordringer. Inkludering av legene i alle deler av implementeringsprosessen er viktig og vil kunne overkomme motforestillingene. For pasientene vil ordningen være tidsbesparende og gi økt tilgjengelighet. Flere poengterte ordningen som en mulighet til å utnytte kompetansen farmasøytene innehar. Holdningen “vi vil hjelpe til, men får ikke lov” er fremtredende. Funnene samsvarer med argumentene for farmasøytrekvirering internasjonalt: økt pasienttilgjengelighet, bedre utnyttelse av kompetanse i helsesektoren og utnyttelse av farmasøytkompetanse (Emmerton, Marriott et al. 2005). Holdningene i studien samsvarer med Econ Pöyry sin farmasøyt- og legeundersøkelse hvor legestanden og apotekstanden har ulike synspunkt på ordningen grunnet ønsket om å

ramme inn størst mulig ansvarsområde for sin profesjon og mangel på kunnskap om den andre profesjonens kompetanse (Econ Pöyry 2011). 82 % av farmasøytene svarte at farmasøyter i apotek har ressurser som kan utnyttes bedre, 69 % av farmasøytene og 12 % av fastlege mener ordningen kan avlaste leger, 65 % av farmasøytene og 16 % av fastlegene mener pasienthverdagen gjøres enklere, 65 % av farmasøytene og 10 % av fastlegen er enige i at farmasøyter i apotek har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta enkel rekvirering.

Holdningene om at apotek vil kunne ha større samfunnsnytte samsvarer med rapporten *Helsehjelp i apotek* (Helsedirektoratet 2009) hvor Hdir identifiserte flere områder der kompetansen i apotek kan brukes bedre enn i dag. Det konkluderes med at apotek vil kunne avlaste øvrig helsetjenester da legemiddelbruken i fremtiden vil øke, samt man ser økt press på de spesialiserte helsetjenestene. Helsevesenet står i dag ovenfor en utfordring for å finne nye løsninger på å frigi helseressurser. Farmasøytene i studien mener at farmasøytrekvirering kan bidra til å frigi helseressurser hvis primærhelsetjenesten avlastes for noen av de mest hyppige årsakene til rekvirentkonsultasjon.

## **6.2.5 Farmasøytene er klare for farmasøytrekvirering, men kursing må ligge til grunn**

### ***Barrierer***

Det er delte meninger om hvorvidt kompetanse, frykt og ansvar ses på som potensielle barrierer. Flere tror ordningen vil oppleves positivt og som en faglig utfordring, og det henvises til positive erfaringer fra svineinfluensaen. Det blir fortalt at rekvirering vil gi mulighet for faglig utfordring og det henvises til svært tekniske arbeidsoppgaver i dag hvor det er lite tid til pasientdialog og vurdering. Barrierene kan muligens dukke opp når ordningen blir en realitet. Flere understreker derimot at det vil alltid være noen farmasøyter som føler at det vil være barrierer, men at de håper farmasøytene ser på det som en faglig utfordring.

**Frykt:** Det er delte meninger om frykt som en barriere og om farmasøytene selv er redde for den nye rollen, ta avgjørelser og ansvaret som følger med rekvirering. Tre farmasøyter forteller at de er redde fordi det er en ny rolle og frykt for å gi ut legemidler som kan få alvorlige konsekvenser. De andre farmasøytene forteller at de ikke er redde for den nye rollen og ser på det som en utfordring. Det å ta avgjørelser er en modningsprosess og når ordningen er helt ny vil den kunne føles vanskelig for de fleste farmasøyter.

**Ansvar:** Alle, untatt en, beskriver at de ser for seg at ansvarsområdet blir litt utvidet med farmasøytrekvirering. Farmasøyter har allerede et stort faglig ansvar og tar faglige avgjørelser, men har i dag ikke mulighet for å vurdere pasientens behov for reseptpliktige

legemidler. Dersom farmasøytene får mulighet til å ta mer ansvar og å bruke kompetansen mer, vil farmasøytene ta utfordringen. Det fortelles om en holdningsendring i bransjen ilt de siste tiår og flere mener farmasøytene er klare til å ta på seg utvidet ansvar. Likevel er det viktig med klare retningslinjer for når pasienter skal henvises til lege. Et større ansvar vil kunne oppfattes som en barriere for noen farmasøyter.

**Tiltak:** Flere tiltak kan derimot gjøre det enklere for farmasøytene å overkomme eventuelle barrierer. Kursing nevnes som det viktigste tiltaket som vil gi kompetanse, trygghet og selvtillit. Veldefinert ordning og retningslinjer for henvisning til lege vil kunne redusere barrierene frykt og ansvar. Overgangsordning hvor farmasøytrekvirering gradvis skal gjelde for alle vil kunne gjøre det lettere å overkomme barrierer. Mulighet til “å forflytte” deler av ansvaret fra farmasøytene med en egenerklæring fra pasient om at opplysningene gitt er korrekte og samtale med lege nevnes som tiltak.

I fokusgruppeintervjuene til NAF, uttrykte flere farmasøyter skepsis til farmasøytutlevering som kan tyde på tilværelse av potensielle barrierer blant farmasøyter (Apotekforeningen 2010 b). Hoti, Sunderland et al. (Hoti, Sunderland et al. 2010) undersøkte kvantitativt australske farmasøytters holdninger til farmasøytrekvirering, drivkrefter og barrierer rundt innføring av ordningen og hvor den største barrieren viste seg å være manglende opplæring i pasient diagnose, vurdering og kontroll. Undersøkelsen var derimot basert på holdninger til farmasøytrekvirering av Rx-legemidler (supplementær/uavhengig), men vil kunne være en parallell til utviklingsprosessen i Norge. Funnene ovenfor samsvarer til dels med studien, da farmasøytene medgir at dette kan være reelle barrierer og det etterlyses kursing og retningslinjer for vurdering og kontrollering for å forebygge avvik. I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står det at en slik rett vil innebære at farmasøyter vurderer terapivalg og utvidet oppgaver/ansvar betyr at farmasøyter vil ha behov for bedre kunnskaper om diagnostikk og behandling enn det de innehar i dag (Helsedepartementet 2005). Internasjonalt understrekes det at dersom farmasøytrekvirering av Rx-legemidler innføres, må farmasøytene også ta ansvaret som ordningen medfører (Emmerton, Marriott et al. 2005).

### ***Det er interesse for farmasøytrekvirering blant farmasøytene***

Alle farmasøytene forteller at de har lyst til å rekvirere. Flere forteller de er klare for farmasøytrekvirering og føler seg trygg nok dersom de har kursing først. Ordningen beskrives som spennende og interessant. Flere beskriver positive erfaringer fra svineinfluensaen hvor de opplevde rekvirering som en faglig utfordring og mulighet til å hjelpe pasienter i apotek.

Rekvirering er en mulighet til å utnytte kompetansen farmasøyter innehar og det etterlyses flere områder hvor farmasøyten får brukt mer faglig vurdering. Ønske, motivasjon og interessen for farmasøytrekvirering er der, som tabell 5.4 og figur 5.2 viser, men alle beskriver at kursing og klare retningslinjer *må* ligge til grunn før de er klare for å sette i gang med rekvirering. Disse holdningene samsvarer med Econ Pöyry sin farmasøytundersøkelse, tidligere nevnt, hvor det blir spurt om farmasøyter i apotek har ressurser som bør utnyttes bedre (Econ Pöyry 2011). 82 % av farmasøytene svarte at farmasøyter i apotek har ressurser som kan utnyttes bedre og flere svar illustrerer et ønske og en vilje til å bidra til å sikre riktig legemiddelbruk, samhandling og veilede pasienter. Holdningen “vi vil, men får ikke lov” er fremtredende gjennom studien. Her er det altså en yrkesgruppe autorisert helsepersonell som ønsker å bidra til samhandling og avlaste helsetjenestens fremtidige utfordringer, men som i dag ikke har mulighet.

### ***Farmasøytene syn på hvordan kursing kan foregå***

Alle farmasøyter må ha kursing før de gis rett til rekvirering. Kursene vil kunne fungere som kvalitetssikring da farmasøyter har ulik bakgrunn. Både diagnostikk og erfaring (foruten svineinfluensaerfaringen) mangler. Flertallet mener det vil være fornuftig å ha en form for sertifisering med bevis på bestått kurs. Det kan være behov for å oppdatere sertifiseringen med repeterende tester, f.eks annet hvert år. Kursingen må inneholde hvordan stille spørsmål for å avdekke pasientbehov, litt diagnostikk for hvert bruksområde, samt skreddersydde kurs for hvert preparat som vedtas å gjelde under farmasøytrekvirering dersom de er ulike klinisk. Standardiserte skjema for hvert bruksområde som farmasøytene kan øve seg på foreslås. Det er derimot ulike meninger om det er behov for kurs i kommunikasjon. Kursingen må være lik for alle farmasøyter på tvers av apotek, og bør organiseres sentralt fra f.eks NAF. Kursingen kan foregå både praktisk (samlinger) og teoretisk (e-læring). Det er mulighet for å se video for hvordan man skal stille pasientsspørsmål, ta teoretisk kurs og slutt-test ved bruk av e-læring. Dersom ordningen blir en veletablert standard i Norge kan kursingen inkorporeres i studiet som på sikt vil føre til at alle farmasøyter vil inneha nødvendig kursing, med det må være kursing av farmasøyter ute i arbeidslivet også. Funnene samsvarer med evalueringsrapporten til NAF hvor det ble beskrevet at alle må få opplæring før innføring av en slik tjeneste (Apotekforeningen 2010 b). Under svineinfluensaen var det ingen form for kursing da det var et beredskapstilfelle. Mht en fremtidig permanent ordning, er det mulighet for å tilrettelegge gjennomføring av kursing. I Legemiddelmeldingen kapittel 8.6.2 står det at en slik rett vil innebære at farmasøyter vurderer terapivalg og behov for behandling, noe som er legens

kjerneoppgave. Dermed vil farmasøyter i utgangspunktet ha behov for bedre kunnskaper om diagnostikk og behandling enn det de innehar i dag. (Helsedepartementet 2005). Dersom ordningen sammenlignes med helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett for prevensjonsmidler, ble det for å forsikre at rekvireringen var medisinsk forsvarlig vedtatt etterutdanningskurs og retningslinjer for virksomheten som må gjennomføres for å få rekvireringsrett (senere inkorporert i etterutdannelsen) (Helsedepartementet 2002). Funnene ovenfor samsvarer med studien til Hoti, Sunderland et al. (Hoti, Sunderland et al. 2010) hvor 97,1 % av australske farmasøyter medgav de ville behøve videre kursing for å utføre rekvirering. Undersøkelsen var derimot basert på holdninger til farmasøytrekvirering av Rx-legemidler (supplementær/uavhengig), men vil kunne være en parallell til utviklingsprosessen i Norge. Internasjonalt krever USA og the UK sertifisert kursing for rekvireringsrett på Rx-legemidler, og i the UK er det The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB) som autoriserer kursene (Tonna, Stewart et al. 2008).



## 7 KONKLUSJON

Alle farmasøytene forstår farmasøytrekvirering som en *utleveringsrett* på reseptpliktige legemidler med visse utleveringskriterier. Farmasøytene er klare til å delta i fremtidig farmasøytrekvirering og opplever ordningen som en faglig utfordring, spennende og interessant. Likevel er det noen faglige og praktiske forutsetninger som må til: Kursing og klare retningslinjer *må* ligge til grunn før farmasøytene er klare for å sette i gang med rekvirering. Kursene må organiseres sentralt. Flertallet foreslår en form for sertifisering. Kursingen kan foregå teoretisk (elektronisk) eller praktisk (samlinger). Kursene må inneholde hvordan stille spørsmål for å avdekke pasientbehov, litt diagnostikk, samt skreddersydde kurs for hvert bruksområde. Det er delte meninger om hvorvidt kompetanse, frykt og ansvar ses på potensielle barrierer. Kursing og klare retningslinjer nevnes som hovedtiltak for å overkomme potensielle barrierer.

Ordningen bør baseres på skjema som rekvireringsverktøy med standardiserte spørsmål som skal stilles og kriterier for utlevering av hvert bruksområde. Det må være noen kontrollspørsmål der visse svaralternativer gir så stor sannsynlighet for at det er korrekt med utlevering av legemidler. Det vil fungere med dokumentasjon med pasientjournalplikt med oppbevaring av skjema i 10 år. Det etterlyses derimot enklere former for dokumentasjon elektronisk ved bruk av skjema. Det er forslag om at forskjellige bruksområder har ulikt behov for dokumentasjon og det kan være områder hvor det ikke er behov for dokumentasjonsplikt. Det må vurderes for hvert bruksområde om det er behov for timebestilling. Farmasøytrekvirering bør gjelde alle farmasøytgrupper.

Hvilke legemidler farmasøytrekvirering skal gjelde for må vurderes nøye og det må fastsettes en liste over hvilke bruksområder og preparater som inngår. Alle farmasøytene mener øyeinfeksjon, aknemidler, forebyggelse av malaria og diare på reiser er bruksområder som egner seg. Flertallet mener forkjølelse, prevensjonsmidler og utsettelse av menstruasjon egner seg for farmasøytrekvirering. Farmasøyter bør spille en rolle i legemidler som skifter fra OTC → Rx-legemidler hvor rekvirering vil være et mellomledd. Legemidler til dyr egner seg for farmasøytrekvirering. Flertallet mener ordningen bør inkludere *farmasøytreiterasjon* av utvalgte C-preparater som ikke behøver hyppig legeoppfølging.

Praktiske og tekniske barrierer må avklares. Økonomi og forsvarlig bemanning er en forutsetning for rekvirering. Farmasøytene må få kompensert, enten fra staten eller pasientene. Det vises til konsultasjon hos annet helsepersonell hvor pasientene betaler et

honorar. Det bør være sentrale prosedyrer og bransjestandarder hevet over kjedenivå sentralt fra NAF eller myndighet. Alle farmasøytene ønsker innsikt i pasientjournal og pasienthistorikk og etterlyser en felles database. Derimot mener flertallet at det går an å ha farmasøytrekvirering på utvalgte legemidler uten å ha journalinnsikt. Det argumenteres med at leger i dag ikke vet hva pasienter får hos andre rekvisiter, legevakt eller bruk av OTC-legemidler. Blant farmasøytene anses det ingen etiske utfordringer og interessekonflikter knyttet til farmasøytrekvirering eller at farmasøytene vil misbruke tilliten de har fra pasienter for mer-salg.

Farmasøytene mener ordningen vil være samfunnsnyttig med at primærhelsetjenesten avlastes og leger får frigitt tid til mer alvorlige tilfeller enn standardkonsultasjoner for mindre alvorlige lidelser. Dermed frigis helseressurser som kan forvaltes på andre områder. Samarbeid og kommunikasjon med leger må ligge til grunn for farmasøytrekvirering. For pasientene vil ordningen gi økt tilgjengelighet. Flere beskriver ordningen som en mulighet til å utnytte kompetansen farmasøyter innehar.

Farmasøytene håper ordningen blir en realitet i nærmeste fremtid, men all erfaring tilsier at det kommer til å ta tid.

Farmasøytene er klare til å delta i fremtidig farmasøytrekvirering, men faglige og praktiske forutsetninger må ligge til grunn.

## **8 ETTERORD - forskerens refleksjoner**

Intervjuene avdekker at farmasøytene anser seg selv som klare for farmasøytrekvirering, men kun innenfor trygge og klare rammer. Det viste seg under studien at farmasøytene hadde reflektert lite over forholdene rundt ordningen før informasjonsskrivet (vedlegg II) ble lest, og noen ganger måtte svaralternativer presenteres for farmasøytene under intervjuene (vedlegg IV). Flere av farmasøytene fortalte at de ikke var bevisste på hvilke former for ordningen som praktiseres internasjonalt. Bransjen bør kanskje bevisstgjøre farmasøyter om internasjonale former av farmasøytrekvirering før en eventuell implementering. For fremtidige studier kan det muligens vært interessant å fokusere på perspektiver hevet over profesjon, som pasientperspektiv (målgruppen) og helseøkonomiske analyser (helsegevinst).

## 9 REFERANSELISTE

- Andersen, J. A. (2009). "Apotekloven vedtatt. Hentet 05.04.10:  
[http://www.apotektidsskrift.no/pdf/03\\_2009.pdf](http://www.apotektidsskrift.no/pdf/03_2009.pdf)." Apotekforeningens Tidsskrift **No 3 2009**: 31.
- Apotek.no (17.01.2011). "Apotekforeningens nyhetsbrev - 17.01.2011. Apotektenketanken: Apotek kan avlaste legene. Oddbjørn Tysnes, konst. adm. dir, Apotekforeningen. Hentet 06.04.10:  
<http://www.apotek.no/nyheter/nyhetsbrev/nyhetsbrevarkiv/nyhetsbrev-2011/17.01.2011---apotektenketanken-apotek-kan-avlaste-legene.aspx>."
- Apotekforeningen (2008). Helsetjenester i apotek, Rapport fra en prosjektgruppe nedsatt av Apotekforeningen. Hentet 18.05.11:  
[http://www.apotek.no/Admin/Public/Download.aspx?file=%2ffiles%2ffiler%2fnaf-bibliotek%2fpdf\\_aktuelt\\_kolonne%2fhelsetjenester\\_i\\_apotek.pdf](http://www.apotek.no/Admin/Public/Download.aspx?file=%2ffiles%2ffiler%2fnaf-bibliotek%2fpdf_aktuelt_kolonne%2fhelsetjenester_i_apotek.pdf); , 12.
- Apotekforeningen (2010 b). Evaluering av arbeidet med pandemiberedskapen. Hentet 18.05.11:  
[http://www.apotek.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2fFiler%2fApotekforeningen%2f4Publikasjoner%2fRapporter%2fPandemirapport\\_august-2010.pdf](http://www.apotek.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2fFiler%2fApotekforeningen%2f4Publikasjoner%2fRapporter%2fPandemirapport_august-2010.pdf).
- Apotekloven (2000). Lov av 2. juni 2000, nr. 39 Apotekloven, Kap. 2. Konesjon til eierskap til apotek, § 2-3. Søkere som ikke kan gis apotekkonesjon. Hentet 26.10.10 <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-20000602-039-002.html#2-3>.
- Bjermeland, M. (2010). "Klar for ny farmasøytrevirering. Hentet 04.04.10:  
<http://www.farmatid.no/id/3835>." Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) (2010). Rapport: Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Hentet 29.04.11:  
<http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2010/Rapporter/PandemiRapport.pdf>.
- Econ Pöyry (2011). Evaluering av farmasøytrevirering. Utarbeidet for Helsedirektoratet. Hentet 29.04.11:  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00333/Evaluering\\_av\\_farma\\_333329a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00333/Evaluering_av_farma_333329a.pdf).
- Emmerton, L., J. Marriott, et al. (2005). "Pharmacists and prescribing rights: review of international developments." Journal of pharmacy & pharmaceutical sciences **8(2)**: 217-225.
- Facebook.com (2010). ""VI SOM VIL HA ORMKUR TIL DYR PÅ APOTEKET UTEN RESEPT!". Hentet 15.05.11:  
<http://www.facebook.com/group.php?gid=367188714810#!/group.php?gid=367188714810&v=info>.  
"

Farmatid.no (19.05.10). "Gi forskrivningsrett til farmasøyten. Blogg på Farmatid.no, Norsk Farmaceutisk tidsskrift, NFF. Hentet 06.04.10: <http://www.farmatid.no/id/3739.1>."

Finsnes, K. (2010). "Apotek i samhandlingsreformen." Apotekforeningens Tidsskrift **No 1, 2010**: 35.

Folkehelseinstituttet (FHI) (27.08.2008). "Helsetilstanden i Norge: Legemiddelbruk. Hentet 23.11.10: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70827::1:6043:14:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70827::1:6043:14:::0:0)."

Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) (2009). Fastsatt ved kgl.res 18. desember 2009 nr 1839 med hjemmel i lov av 4. desember 1992 nr 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven) og i lov av 28. februar 1997 nr 19 om folketrygd (folketrygdloven). Hentet 17.11.10 <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20091218-1839.html>.

Forskrift om provisorfarmasøytens og reseptarfarmasøytens rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir (2009). Fastsatt ved kgl.res 3. november 2009 nr 1327 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) og i lov av 4. desember 1992 nr 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)." Hentet 27.10.10 <http://www.lovdatabank.no/ltavd1/filer/sf-20091103-1327.html>

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (1998). Fastsatt ved kgl.res 27. april 1998 nr 455 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) og i lov av 2. juni 2000 nr 39 om apotek (apotekloven)" Hentet 29.10.10 <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/ho-19980427-0455.html>.

Gombos, A. (2010). "Hjelp på direkten." Apotekforeningens Tidsskrift **Nr. 3 2010**: 30-31.

Helsedepartementet (2002). "Rundskriv: Retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år. Hentet 05.04.10: [http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2009/MPH\\_2009\\_4\\_Jacobsen\\_S\\_web\\_091109.pdf](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2009/MPH_2009_4_Jacobsen_S_web_091109.pdf)."

Helsedepartementet (2005). St.meld. nr. 18 for 2004-2005: Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk - Legemiddelpolitikken (Legemiddelmeldingen). Hentet 30.11.10: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-/8/6/2.html?id=406602>. H.-o. omsorgsdepartementet.

Helsedepartementet (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009): Rett behandling – på rett sted – til rett tid (Samhandlingsreformen). Hentet 29.03.11, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>. H.-o. omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2009). Rapport: Helsehjelp i apotek. Hentet 18.05.11: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00127/Endelig\\_rapport\\_fra\\_127809a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00127/Endelig_rapport_fra_127809a.pdf).

Helsepersonelloven (1999). "Lov av 2.juli 1999, nr. 64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet 18.05.11: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>."

Hoti, K., B. Sunderland, et al. (2010). "An evaluation of Australian pharmacist's attitudes on expanding their prescribing role." *Pharm World Sci* **32**(5): 610-621.

Kvale, S. and S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvaal, B. (2010). "Viktig kunnskap i apotek. Hentet 06.04.10: [http://www.apotektidsskrift.no/index.php?el=Kapittel&seks\\_id=13233](http://www.apotektidsskrift.no/index.php?el=Kapittel&seks_id=13233)." *Apotekforeningens Tidsskrift No 1*: 32.

Kyle, G. and L. Nissen (2010). "Pharmacist Prescribing in Australia - Reality or Pipedream?" *Australian Pharmacist Vol. 29, No. 4, Apr 2010*: 290-295.

Legeforeningen (2010). "Fastlegetariffen - Normaltariff. For allmennleger i fastlegeordningen og i legevakt 2010-2011."

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg. ed). Oslo, Universitetsforl.

National Drugs and Poisons Schedule Committee (NDPSC) (2010). "Hentet 16.11.10: <http://www.tga.gov.au/ndpsc/ndpsc.htm>."

Newswire.no (19.08.2010, 19.08.2010). "Vil gjøre det lettere å få reseptmedisin. Ulf-Arvid Mejlænder, Newswire.no. Hentet 06.04.10: <http://www.newswire.no/?melding=9418&left=1&right=1&page=1>."

Nilsen, L. (2010). "Kan gi farmasøyter forskrivningsrett. Hentet 06.04.10: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2010/05/12/kan-gi-farmasoyter-forskri/index.xml>." *Dagens medisin*.

Rikstrygdeverket Helsetjenestekontoret (2006). Rundskriv til folketrygdloven § 5-22 om bidrag til spesielle formål: Prevensjonsmidler - Bidragsats. Hentet 05.04.10: <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/§+5-22+-+Bidrag+til+spesielle+formål.147838.cms>.

Smedstad, A. E. (2008). "Ja til «farmasøytpliktige» legemidler. Hentet 15.04.11: [http://www.apotektidsskrift.no/pdf/02\\_2008.pdf](http://www.apotektidsskrift.no/pdf/02_2008.pdf)." *Apotekforeningens Tidsskrift Nr. 02/2008*.

Soldal, J. (2010). "Sammen om riktigere legemiddelbruk. Hentet 06.04.10: [http://www.apotektidsskrift.no/pdf/01\\_2010.pdf](http://www.apotektidsskrift.no/pdf/01_2010.pdf)." *Apotekforeningens Tidsskrift No 1*: 36.

Sosialkomiteen. Stortinget (2005). Innstilling fra sosialkomiteem om legemiddelpolitikken (Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk) Innst. S. nr. 197 (2004-2005). Hentet 27.04.11: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2004-2005/inns-200405-197/8/>.

Statens legemiddelverk (SLV) (2010). "Hentet 22.11.10: <http://legemiddelverket.no/>."

Statistisk Sentralbyrå (1999). "*Eldre i Norge*. Oslo."

The Food and Drug Administration (FDA) (2010). "Hentet 21.11.10: <http://www.fda.gov/>."

The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) (2010). "Hentet 21.11.10: <http://www.mhra.gov.uk/index.htm>."

Tjora, A. (2010). Kvalitative forskningsmetoder i praksis, Gyldendal akademisk (forlag).

Tonna, A. P., D. Stewart, et al. (2008). "An international overview of some pharmacist prescribing models. Hentet 15.04.11: <http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE14-5.pdf>." Journal of the Malta College of Pharmacy Practice **14**: 20-23, 25-26.

## 10 VEDLEGG

Vedlegg I: Intervjuinvitasjon til informanter

Vedlegg II: Informasjonsskriv om farmasøytrekvirering

Vedlegg III: Samtykkeerklæring

Vedlegg IV: Intervjuguide for farmasøyter

## VEDLEGG I

### INTERVJUINVITASJON TIL INFORMANTER

Mitt navn er Iljen Rossemyr og jeg er masterstudent i farmasi ved Universitetet i Bergen. Jeg holder for tiden på med masteroppgaven "*Farmasøytrekvirering av legemidler sett fra farmasøytens perspektiv*". Veilederne mine er Svein Haavik (UiB) og Kristin Klem (Vitus apotek). Oppgaven er et samarbeidsprosjekt mellom Senter for farmasi og NMD.

Jeg ønsker å se på farmasøytrekvirering av legemidler sett fra farmasøytens perspektiv og de faglige aspektene rundt en slik ordning. Studien vil bli basert på semi-strukturert intervjuundersøkelse blant farmasøyter. Jeg ønsker å få frem farmasøytenes holdninger, tanker og erfaringer rundt fremtidig farmasøytrekvirering. Målsetningene til prosjektet vil være å evaluere hvor klare farmasøytene er for eventuell farmasøytrekvirering og vurdere om det er andre områder enn Tamiflu / Relenza som egner seg for farmasøytforordning i fremtiden. Studien vil kunne bidra til å kartlegge konkrete behov og begrunnelse for disse mht en mulig farmasøytrekvirering av enkelte legemidler som en fremtidig permanent ordning i apotek.

Med problemstillingen "*Er farmasøytene klare for fremtidig farmasøytrekvirering av legemidler, og hva må eventuelt til?*", ønsker jeg å få frem farmasøytenes erfaring, tanker og holdninger rundt farmasøytrekvirering. Til dette trenger jeg farmasøyter som informanter.

Intervjuene vil ha en tidsramme på ca 1 time og vil bestå av åpne spørsmål knyttet til farmasøytrekvirering. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, samt jeg kommer til å ta notater. Lydopptaket er kun tilgjengelig for forsker og vil omgjøres til tekst. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at ingen personidentifiserbare opplysninger kan gjenkjennes. Opptak og navnelister vil bli slettet 1 måned etter endt studie (20.juni 2011). Deltagelse er frivillig og deltagelsen kan trekkes når som helst. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD).

#### **Inkluderingskriterier:**

Studien er ute etter å undersøke "farmasøyten" sine tanker, holdninger og erfaringer. Studien har som mål å inkludere studiedeltagere fra de ulike yrkesgruppene innenfor profesjonen (reseptarfarmasøyt, provisorfarmasøyt og apoteker). Årsaken til dette å få med hele spekteret av farmasøyter og spre mulige parametere i studien. Jeg ønsker **2 farmasøyter fra hvert apotek:**

- **apoteker og 1 provisorfarmasøyt / 1 reseptarfarmasøyt**). Totalt 8 stk i studien. Jeg ønsker ikke å skille mellom reseptar-/provisorfarmasøyt da det er uklart om en evt fremtidig farmasøytrekvirering i Norge vil kunne skille mellom disse to yrkesrollene. Jeg ønsker å inkludere apotekerne pga de kan ha en annen holdning til innføring av en slik service enn farmasøyter utenom driftskonsesjons stillinger.
- Jeg ønsker at **de 2 deltagerne fra hvert apotek stiller ulikt mtp erfaring, alder og kjønn** (dersom dette er mulig) for å spre parametere som kan påvirke resultatet (en med lang erfaring og en med mindre erfaring fra apotek, helst begge kjønn representert).
- **4 ulike apotek** (2 apotek med  $\leq 3$  konkurrerende apotek i kommunen og 2 apotek med  $> 3$  konkurrerende apotek i kommunen). Jeg ønsker å inkludere ulike typer apotek for å få en heterogen gruppe da innføring av farmasøytrekvirering kan oppleves forskjellig for ulike typer apotek.

**Jeg kommer til å oppsøke informantene på arbeidsstedet deres og intervjuet utføres i egnet lokale på apoteket dersom det er mulig.** Da det vil bli brukt lydopptaker, er det viktig at intervjuet foregår i et lukket rom for å oppnå god lyd kvalitet.

Jeg håper at dette høres interessant ut og at ditt apotek ønsker å delta i studien. **Jeg ringer apoteker i etterkant av mail for å avtale sted og tid, samt for å rekruttere en farmasøyt til fra apoteket som oppfyller kriteriene som informant (provisor/reseptar). Jeg ønsker å utføre intervjuene snarest mulig ila februar 2011.**

**Som en forberedelse til intervjuet ber jeg dere om å lese gjennom vedlegget “INFORMASJONSSKRIV OM FARMASØYTREKVIRERING”** for begrepsavklaring, samt å sette seg inn i temaet og de ulike alternativene for farmasøytrevirering.

Dersom du velger å delta, må samtykkeerklæringen (se vedlegg) underskrives og gis til meg før intervjuet. Ta kontakt med meg på e-post [iro026@webmail.uib.no](mailto:iro026@webmail.uib.no) eller mobil 991 69 444 dersom spørsmål.

Mvh  
Iljen Rossemyr  
Masterstudent i farmasi  
Universitetet i Bergen



## VEDLEGG II

### INFORMASJONSSKRIV OM FARMASØYTRREKVIRERING

I dag finnes det flere helseprofesjoner i Norge som har fått tildelt rett til rekvirering av legemidler. På bakgrunn av den svineinfluensapandemien besluttet HOD på kort varsel å innføre farmasøytrevirering av Tamiflu og Relenza i perioden 05.11.09-01.07.10 (1). Denne midlertidige ordningen taklet farmasøytene bra og de har i etterkant høstet mye skryt for bra utførelse:

Flere sentrale personer (2, 3, 4) i norsk farmasi samt politikere har uttalt seg positive til fremtidig farmasøytrevirering. Tove Ytterbø, leder i NFF, uttalte "Vi vil ha nye rekvireringsoppgaver for farmasøytene" (3) samtidig som hun ber myndighetene utrede hvilke legemidler som kan egne seg. Bent Høie (H) som er leder for Helse- og omsorgskomiteen sa han var åpen for farmasøytrevirering innenfor visse rammer (4). Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sendte brev til NAF hvor hun takket apotekene, farmasøytene og NAF for innsatsen og den gode håndteringen av farmasøytrevirering av Tamiflu under influensapandemien høsten 2009 (5).

-Så er farmasøytene virkelig klare for fremtidig farmasøytrevirering?

Jeg ønsker med dette vedlegg å informere studiedeltagerne om de ulike metodene som finnes internasjonalt hvor visse elementer kan være aktuelle i en norsk ordning. Samtidig ønsker jeg å presentere NAFs liste med forslag over legemidler som et kasus da jeg tror det er lettere for studiedeltagerne dersom de har et direkte forslag å forholde seg til. Etter studiedeltagerne har lest om de ulike formene, håper jeg å belyse hvilke elementer de tror vil kunne være aktuelle i en norsk ordning, hvilken form de vil føle seg trygge nok til å delta i som farmasøyt, samt hva de legger i begrepet "farmasøytrevirering".

**Internasjonalt:** Internasjonalt praktiseres det allerede ulike former for farmasøytrevirering. Rekvirering av Rx-legemidler, kalt *pharmacist prescribing*, varierer fra de helt uavhengige formene hvor farmasøytene alene kan rekvirere legemidler fritt, til avhengige former som varierer av grad av autonomi og samarbeid med leger. Av sistnevnte form, finnes det flere ulike varianter. Nedenfor i tabell 1 vises de 7 ulike reseptpliktige (Rx) avhengige farmasøytrevireringsformer internasjonalt.

**Tabell 1: 7 ulike modeller for avhengig (reseptpliktig) farmasøytrevirering internasjonalt**

Rekvireringsmodell	Forklaring
Supplementær ( <i>Supplementary</i> )	Frivillig samarbeid mellom uavhengig rekvirent (oftest lege) og supplementær rekvirent (farmasøyt) som genererer en felles Clinical Management Plan (CMP) for pasienten med sistnevntes tillatelse. Den uavhengige rekvirenten er ansvarlig for innledende vurdering/diagnose, mens supplementær rekvirent kan rekvirere, endre legemiddel/dose innenfor gitte betingelser nedfelt i fellesskap. Plan for hver <i>enkelt pasient</i> .
Protokoll ( <i>Protocol</i> )	Delegert autoritet/ansvar fra uavhengig rekvirent (oftest lege) med formell avtale og skriftlig retningslinjer (tydelig, detaljert dokument som beskriver hva farmasøyten kan utføre). Den mest vanlige formen for avhengig rekvirering. Detaljert avtale mellom lege og farmasøyt.
Samarbeidende ( <i>Collaborative prescribing</i> )	Samarbeidende praksisforhold mellom farmasøyt og lege/praksisgruppe. Lege ansvarlig for diagnose, startbehandling. Farmasøyt velger, overvåker, modifiserer og fortsetter/avslutter legemiddelbehandling passende for å nå felles pasientresultat. Mindre tydelig nedfelte retningslinjer enn protokoll. Lege og farmasøyt deler risiko/ansvar for pasientresultatet. Plan for hver <i>enkelt pasient</i> . Klinisk farmasi (sykehus).
Skriftlig handlingsguide ( <i>Formulary</i> )	Skriftlig handlingsguide utformes i fellesskap av klinikker/praksiser og apotek lokalt. Handlingsguiden er en begrenset legemiddelliste med gitte kriterier (behandlingsvarighet, legehenvvisning). Mindre tydelig nedfelte retningslinjer enn protokoll (liste over legemidler som farmasøyten kan rekvirere med tilhørende retningslinjer).
“Pasientgruppe forskrift” ( <i>Patient group direction (PGD)</i> )	Skriftlig forskrift signert av lege og farmasøyt. Farmasøyt kan utlevere visse (reseptpliktige) legemidler på trygdens regning for en utvalgt pasientgruppe etter gitte kriterier. Begrensninger mht. dosering, mengde ol. Ikke relatert til hver enkel pasient, men alle pasienter som faller inn under kriteriene. Krav om kursing i bruk av PGD.
Henvvisning til farmasøyt ( <i>Referral to pharmacist</i> )	Henvisning fra pasienter, praksisansatte eller apotekfarmasøyter til rekvirerende farmasøyt for forvaltning av et spesifikt terapivalg eller for å oppnå et spesifikt terapeutiskresultat. Skriftlig handlingsguide med begrenset legemiddelliste (liste over legemidler som farmasøyten kan rekvirere med tilhørende retningslinjer).
Reitererende ( <i>Repeat</i> )	Farmasøyter tilbyr reiterasjonsservice på legemidler i klinikker/praksiser tilknyttet legesenter, eller for pasienter hvor resepten er gått tom før neste legetime. Farmasøyten vurderer pasienten, konsultere med lege dersom problem, reitererer resepten som kan utleveres ved et annet apotek eller utleverer selv legemidler nok til å vare til neste legetime.

Man kan også tilføye den midlertidige norske varianten av farmasøytrevirering under svineinfluensapandemien 2009/2010 av de reseptpliktige antivirale legemidlene Tamiflu og Relenza.

Det må påpekes at tabellen ovenfor tar for seg farmasøytrevirering av *reseptpliktige (Rx)* legemidler i varierende grad av samarbeid med leger. Eksempler er former hvor farmasøyter har rekvireringsrett i tett samarbeid med leger og felles pasientjournal som de ulike helsepersonellgrupper har tilgang til, former hvor farmasøyter kun kan reitere resepter hvor legen har stilt diagnose, eller bruk av skjema med kriterier som rekvireringsverktøy. Det er mulig at noen av elementene i disse formene kan inkorporeres i en fremtidig norsk ordning.

Hva menes så egentlig med begrepet “farmasøytrevirering”?

**Begrepsavklaring:** Landene som praktiserer denne formen for reseptpliktig farmasøytrevirering har i noen tilfeller allerede mange års erfaring med en *reseptfri* legemiddelklasse ofte kalt *Pharmacy/Pharmacist Only Medicine* som grovt sett tilsvarer den norske betegnelsen *farmasøytpliktige legemidler* eller *farmasøytutlevering*. Denne formen for farmasøytrevirering vil kunne fungere som et ledd mellom reseptpliktige legemidler rekvirert av lege og reseptfrie legemidler (OTC):

Rx → (farmasøytpliktige legemidler / farmasøytrevirering) → OTC

Slik farmasøytrevirering gir konkrete rammer for hvordan farmasøytene skal vurdere de ulike tilfellene og ta avgjørelse om det er behov for rekvirering av legemiddel. Legemidlene kan utleveres uten resept, men kun av farmasøyt etter obligatorisk rådgivning. Farmasøyten kan nekte utlevering. Det kan være aktuelt å benytte utfylling av skjema slik som under rekvireringen av Tamiflu / Relenza hvor pasienten må oppfylle visse krav for å få rekvirert ut legemidler eller bruk av sjekkliste med spørsmål for å avdekke pasientens symptom. Det kan være aktuelt med innføring av timebestilling hvor farmasøyten gir pasienten en konsultasjon før eventuell utlevering av legemiddel dersom pasienten har symptomene som oppfyller kriteriene. Mange land krever sertifisering (kursing) av farmasøyter som skal utføre rekvirering av legemidler, men da helst dersom det er snakk om reseptpliktige legemidler.

Vi ser at begrepet “*Farmasøytrevirering*” har en tvetydig betydning internasjonalt. Under svineinfluensaen ble det som sagt innført *farmasøytrevirering* i Norge hvor skjema med visse kriterier måtte oppfylles før legemiddel ble utlevert. Pga ordningen ble definert som *revirering*, måtte kravene til oppbevaring av journal med utfylt skjema tilfredsstilles. Likevel kan ikke denne ordningen sammenlignes med ordinær uavhengig rekvirering (av for eksempel lege) hvor det som oftest settes en diagnose av rekvirenten, samt under pandemien kunne pasientene/pårørende selv fylle ut deler av skjema. Jeg velger derfor å kalle ordningen under svineinfluensaen i Norge for *betinget farmasøytrevirering*. I dag brukes fortsatt betegnelsen *revirering* i diskusjonen om fremtidig ordning i Norge, men andre betegnelser brukt er *farmasøytpliktige legemidler* og *farmasøytutlevering* hvor farmasøyten har en *utleveringsrett* på noen utvalgte legemidler. Alle disse begrepene vil mer eller mindre være en form for avhengig “farmasøytrevirering”.

En variant av avhengig farmasøytrevirering kalles altså *farmasøytpliktige legemidler*. I artikkelen *Ja til «farmasøytpliktige» legemidler* publisert i *Apotekforeningens Tidsskrift*, diskuteres innførelse av en form for farmasøytrevirering allerede i 2008 (6). Innledningsvis skrives “*Norske leger rekvirerer hvert år ca. 3/4 million resepter på enkle, resept-belagte legemidler som p-piller, øyedråper og salver mot munnsår. Apotekforeningen mener det finnes en bedre løsning for mange av disse pasientene: En utvidelse av mulighetene for egenomsorg med legemidler -unntatt resept-plikt ved farmasøytutlevering*”. Det er verdt å merke seg at her brukes begrepet *unntatt reseptplikt ved farmasøytutlevering*. Det er altså her

snakk om innførelse av farmasøytpliktige legemidler, ikke *reseptpliktig farmasøytrekvirering*. NAF tok opp temaet farmasøytpliktige legemidler med HOD allerede i 2004. NAF fremla da en liste med konkrete eksempler på bruksområder og legemidler som kan være egnet til farmasøytutlevering, samt med begrunnelser. Da noen av reseptstatusene er endret, er eksemplene som ikke er aktuelle i dag fjernet fra listen (Vectavir/Zovirax er i dag unntatt reseptplikt i små pakninger). Listen inkluderer kun legemidler til mennesker, men foreningen foreslår at preparater til dyr også kan være egnet (for eksempel p-piller til katt). Listen til foreningen er gjengitt i tabell 2 nedenfor. NAF samarbeider med NFF for å få i gang diskusjonen rundt farmasøytrekvirering igjen og sende et felles brev til HOD med følgende punkter:

- “Det innføres en ny utleveringsregel, for reseptpliktige legemidler som på gitte vilkår kan utleveres av farmasøyt.
- Det settes opp retningslinjer (en protokoll) for hvert legemiddel som skal være med i ordningen, med angivelse av hvilke kriterier som skal være tilstede for at legemiddelet kan utleveres av farmasøyt og hvilken informasjon som skal gis.
- Farmasøyten må på selvstendig grunnlag kunne nekte å levere ut legemiddelet og henvise pasienten til lege eller annet helsepersonell dersom kriteriene for utlevering ikke oppfylles.
- All slik utlevering skal dokumenteres på en slik måte at det er enkelt å etterprøve at retningslinjene er fulgt”.

**Tabell 2: Eksempler på farmasøytpliktige legemidler (Gjengitt fra Apotekforeningens Tidsskrift)**

Bruksområde	Legemidler	Begrunnelse
Øyeinfeksjon	Kloramfenikol / Fucithalmic	Standardbehandling ved ukomplisert infeksjon i øye
Prevensjon	P-piller	Økt tilgjengelighet, forebygge uønsket svangerskap
Forebyggelse av diaré på reiser	Dukoral drikkevaksine	Standard behandling ved reise til områder med dårlig hygiene
Forkjølelse	Mucomyst / Bronkyl	Slimløsende ved hoste. Få bivirkninger.
Utsettelse av menstruasjon	Primolut-N	Standard behandling
Forebyggelse av malaria	Malariamidler	I følge retningslinjer fra helsemyndighetene
Akne	Aberela krem / Differin krem/gel / Skinoren krem	Vanlig behandling hvis benzoylperoksid ikke har effekt

Begrepet farmasøytrekvirering som danner rammen for intervjuet i denne studien, vil bli avgrenset til de avhengige formene hvor farmasøyten må jobbe innenfor oppgitte rammebetingelser (ikke fri rekvireringsrett med uavhengig farmasøytrekvirering av Rx-legemidler). Grunnen til dette er at det er en form for avhengig farmasøytrekvirering som vil kunne være aktuelt ved fremtidig innføring i Norge. En eventuell fremtidig ordning av “farmasøytrekvirering” i Norge vil kunne inneha elementer fra de ulike internasjonale formene for avhengig farmasøytrekvirering og Pharmacy/Pharmacist Only Medicine (for eksempel bruk av skjema eller symptomavdekkede spørsmålsliste som rekvireringsverktøy, timebestilling, liste over fastsatte legemidler som farmasøyster har rekvirerings-/utleveringsrett

på, kun reitering av resepter hvor leger må foreta første forskrivning, krav til kursing / sertifisering, rett til nekting av utlevering etc.).

### Referanser

1. "Forskrift om provisorfarmasøytters og reseptarfarmasøytters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir" <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20091103-1327.html> (07.10.10)
2. Norsk farmaceutisk tidskrift, artikkel "Foreslår ny, fast farmasøytrekvirering" <http://www.farmaceutene.no/id/3978> (07.10.10)
3. Norsk farmaceutisk tidskrift, artikkel "Klar for ny farmasøytrekvirering" <http://www.farmatid.no/id/3835.0> (07.10.10)
4. Norsk farmaceutisk tidskrift, artikkel "Høie åpner for farmasøyt forskrivning" <http://www.farmaceutene.no/id/3740.0> (07.10.10)
5. Norsk farmaceutisk tidskrift, artikkel "Helseministeren roser apotek og farmasøytter" <http://www.farmatid.no/id/3335.0>
6. Smedstad, A. E. (2008). "Ja til «farmasøytpliktige» legemidler." Apotekforeningens Tidsskrift Nr. 02/2008.

**VEDLEGG III  
SAMTYKKEERKLÆRING**

**SAMTYKKEERKLÆRING**

**DELTAGELSE PÅ INTERVJU OM FARMASØYTREKVIRERING**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om mastergradsstudent Iljen Rossemyr sitt prosjekt **”FARMASØYTREKVIRERING AV LEGEMIDLER SETT FRA FARMASØYTENS PERSPEKTIV”**, og samtykker herved til å delta som informant i et intervju som gir data til studien.

Jeg er villig til å delta i et intervju med spørsmål om mine erfaringer, tanker og holdninger rundt emnet med masterstudenten som intervjuer. Det innebærer at intervjuet blir tatt opp på båndopptaker. Lydopptaket er kun tilgjengelig for forsker. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at ingen personidentifiserbare opplysninger kan gjenkjennes. Opptak og navnelister vil bli slettet 1 måned etter endt studie (20.juni 2011).

- Jeg er klar over at deltagelse er frivillig, og gir herved mitt frivillige samtykke
- Jeg er klar over at personidentifiserbare opplysninger anonymiseres
- Jeg er klar over at all informasjon behandles konfidensielt
- Jeg er klar over at jeg kan trekke min deltagelse når som helst

---

Apotek

---

Dato

---

Navn

---

Underskrift

## VEDLEGG IV INTERVJUGUIDE

Starte intervjuet med å:

-fortelle litt om temaet og sette intervjuobjektene inn i det praktiske rundt situasjonen (formålet med studien, utførelsen av intervjuet, tidsramme, hva materialet vil bli brukt til, bruk av lydopptaker, sletting av data, skriv om informert samtykke), og spørre om intervjupersonen har noen spørsmål før intervjuet begynner, -gi en kjapp gjennomgang av informasjonsskrivet (briefing) med utgangspunkt i tabellene, -skape relasjoner ved oppvarmingsspørsmål ca 5 minutter.

*Oppvarmingsspørsmål (utfylling av personalia som anonymiseres):*

- 1 **Hvor gammel er du? Kjønn?**
- 2 **Hvilken faglig tittel har du?** (reseptar, provisor, apoteker).
- 3 **Hvilket år ble du uteksaminert? Antall år erfaring fra apotek?**
- 4 **Har apoteket  $\leq$  eller  $>$  enn 3 konkurrerende apotek i kommunen?**

*Refleksjonsspørsmål:*

3 ULIKE PERSPEKTIV:

- A APOTEKERSPEKTIV OG PRAKTISK UTFØRELSE AV ORDNINGEN (apotek som arena for farmasøytrevirering, bransje, bransjestandard for tjenesten, praktiske spørsmål, hvilket miljø og rammebetingelser ordningen kan utføres i, ny service, tid til en ny ordning).

Begrepsavklaring: I intervjuinvitasjonen til informantene ble farmasøytene bedt om å lese gjennom vedlagt informasjonsskriv om farmasøytrevirering (vedlegg II) på forhånd. Her blir ulike former for farmasøytrevirering internasjonalt presentert kort, samt et forslag Apotek foreningen har lagt frem i 2004.

- 1 **Hva forstår du / legger du i begrepet “farmasøytrevirering”?** (Avdekke om det er ulike oppfatninger om hva begrepet omfatter, dette vil evt påvirke svarene i studien. Brukes begrep som rekvirering, farmasøytpliktige legemidler eller utlevering? Rekvireringsrett / utleveringsrett?).

**Mulig oppfølgingsspørsmål:** Ser du på det som en utleveringsrett eller rekvireringsrett? (Definisjoner, krav til dokumentasjon.)

**Mulig oppfølgingsspørsmål:** Er det noen utfordringer knyttet til at vi per dags dato ikke har et journalsystem på tvers av kjedene/apotekene slik at man for eksempel ikke kan se at pasienten har vært på et annet apotek dagen før og hentet ut det samme legemidlet?

- 2 **Foreslå praktisk gjennomgang av farmasøytrevirering. Hvilke elementer tror du vil kunne være aktuelle i en norsk ordning?**

**Ut fra de ulike formene og kriteriene for de alternative farmasøytreviringsmetodene presentert kort i informasjonsskrivet, hvilke(n) form(er) (dersom noen) ville du vært klar til å spille en rolle i? Hvordan sikre kvaliteten på denne oppgaven?**

**A)Hva synes du om skjema/sjekkliste som utgangspunkt/verktøy for rekvirering av legemidler?** (vurdere behov for skjema, visse kriterier skal oppfylles, vise til bruk av skjema ved Tamiflu/Relenza, skjema digitalt eller i papirform er stikkord).

**B)Hva synes du om timebestilling? Har noen legemidler som kan tenkes å være under farmasøytrekvirering behov for grundigere dialog/gjennomgang med pasienter?** (Det praktiske når en pasient kommer inn på apotek med symptomer. “Direktereseptur” over skranke som ved skjemautfylling av Tamiflu/Relenza, eller behov for grundigere dialog/konsultasjon med pasient før utlevering er stikkord).

- 3 Hvordan bør farmasøytene forberede seg?** Forberede arbeidsmiljøet, utarbeide prosedyrer, BRA? (tid i arbeidshverdagen, evt sette av tid til pasienttimer ved forhåndsbestilling er stikkord)

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Ser du for deg noen bransjestandarder som skal gjelde for alle angående denne ordningen uavhengig av kjedene, eller prosedyrer innad i de ulike kjedene?

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Er det noen utfordringer knyttet til det praktiske (tid, bemanning, økonomi, refusjon, lokale, diskresjon)?

- 4 Hvilke preparater kan være naturlig å rekvirere av farmasøyt?**

Dersom deltager ikke kommer med forslag, kan deltager ta utgangspunkt i NAF sitt forslag til legemiddelliste og utdype for hvert legemiddel om deltager er enig eller uenig. Undersøke om deltager kommer på noen legemiddel forslag utover listen til NAF. Nevne at flere legemidler i dag går fra OTC → Rx, og spørre deltager hvilke roller farmasøytene bør spille her (Orudis/Zon gel, avføringsmidler i større pakninger, ormekur til hund og katt er stikkord).

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hva med legemidler til dyr? (Ormekur til hund og katt, p-piller til katt er stikkord)

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hvordan stiller du deg til for farmasøytreitering av diverse legemidler? (Hvilke legemidler/legemiddelklasser/legemiddelgrupper skal det gjelde for? Hvilke utfordringer faglig og praktisk er det knyttet til farmasøytreitering?).

- 5 Uten å gå for mye inn på profesjonsdebatten, hvem ser du for deg ordningen skal gjelde for (hvilke yrkesgrupper) og hvorfor (kort)?**

Svaralternativer:

- A)Både reseptar og provisor
- B)Kun provisor
- C)Kun de med nødvendig sertifisering
- D)Ingen

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hvordan ser du for deg at ordningen blir – frivillig og ikke gjeldende for alle farmasøyter, eller for alle farmasøyter? Dersom deltager svarer



at ordningen skal gjelde for utvalgte, spørre hvilke utfordringer er det knyttet til at tilbudet vil være ulikt tilgjengelig nasjonalt.

**6 Hvordan få til et fungerende samarbeid med legene, og hvilke samarbeidsforhold trengs det eventuelt mellom farmasøyter og leger ved en slik ordning?**

(tillitsforhold, farmasøyter kun reitere resepter hvor legen alltid skriver ut første gang, felles journalsystem: evt konstruere et felles pasientregister/informasjon for leger og farmasøyter slik at begge ser hva pasienten allerede har fått forskrevet er stikkord)

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hvilke barrierer eller utfordringer ser du for deg med at farmasøytene overtar et området som tilhører legene? (økonomi, ansvarsområde, diagnostikk, tillit er stikkord)

**7 Ser du for deg noen etiske aspekter / utfordringer knyttet til**

**farmasøytrekvirering?** (Ser du for deg noen interessekonflikter, apotek rekvirerer/utleverer LM som gir apotekene (mengdeavhengige) salgsinntekter? Selger og rekvirent (apotekloven))

**8 Gitt at det blir vedtatt farmasøytrekvirering, når tror du at det blir? Når får vi det? Tidsperspektivet? 3, 5 10 år?**

B FARMASØYTPERSPEKTIV (farmasøytens rolle, faglig: spørsmål, utfordringer, behov for ny kunnskap)

**9 Hva vil være de største utfordringene for apotekene ved innføring av denne ordningen, evt problemer rundt farmasøytrekvirering, og hvorfor bør evt farmasøyter *ikke* ha rekvireringsrett (hva veier i mot at farmasøyter skal inneha en slik rett)?** (Mulige utfordringer som kanskje blir nevnt: ingen erfaring med diagnostikk, mangel på kursing, ikke felles journalsystem mellom leger og farmasøyter)

**Føler du at du innehar nok kompetanse til å utføre rekvirering? Føler du at du trenger noe videre kursing? Hvilke eventuelle kunnskaper / videre kursing må farmasøytene tilegne seg for å være kvalifisert til å være rekvirenter?**

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Dersom du prøver å utdype det litt, hva er du ser for deg farmasøytens evt mangler? (Utdannelsen, faglig, kursing)

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Foreslå praktisk gjennomføring av kursingen. Hvordan ser du for deg kursingen skal foregå, ser du for deg at det blir inkorporert i studieforløpet eller når farmasøytene er ute i arbeid i apotekene? (kursing i hvert av de ulike LM på vedtatt LM-liste med aspekter som man må være obs på, teoretisk læring via elæring innad kjeden med kursbevis eller praktisk læring via samlinger uavhengig av kjeder, behov for kommunikasjonskursing, sertifisering, behov for at det avlegges flere repeterende tester med jevne mellomrom?)

**10 Vil du si du selv som farmasøyt er**

- A) Interessert
- B) Ønsker
- C) Motivert
- D) Forberedt
- E) Kompetent
- F) Sikker

....nok til å kunne delta i en av rekvireringsformene presentert i skrivet?

**11 Kan du beskrive hvor “klar” du selv er (mht faglig, innehavende kompetanse, frykt, ta på seg ansvar) som farmasøyt til å ta på deg rollen som rekvirent av legemidler? (i en skala fra 1-5? 1=veldig klar, 2=klar med visse forhåndsregler, 3=ingen av delene, 4=lite klar, 5=ikke klar)**

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hva er mulige barrierer? Si noen stikkord som

-selvtillit

-frykt

-faglig integritet

-holdning

**Ser du for deg at dette kan være barrierer for noen farmasøyter? Hvordan gjøre dem overkommelige?**

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Se for deg deg selv som farmasøyt og “dagens farmasøyt”. Hva med frykt? Du er ikke redd da (for den nye rollen, ta avgjørelser og det nye ansvaret)?

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Sånn som med ansvarsnivå, ser du det endret med innføring av en slik ordning fra det som gjelder i dag?

**C SAMFUNNSPERSPEKTIV (samfunnsnytte, helsetjeneste)**

**12 Hvorfor bør farmasøyter forskrive enkelte legemidler, og hva er positivt ved farmasøytrekvirering? Hvilke nytteverdier ser du med farmasøytrekvirering? (Mulige tema deltagerne nevner: Avhjelpe primærhelsetjenesten, tidssparing for leger, økt tilgjengelighet, mye kunnskap hos farmasøyter er stikkord).**

**Evt oppfølgingsspørsmål:** Hvordan mener du at samfunnet sparer penger/avlaster helsetjenesten og leger? Kan du utdype det?

*Avrundingsspørsmål:*

Avslutte intervjuet med avrundingsspørsmål. Fortelle at det ikke er flere spørsmål. Oppsummere med hovedpunktene intervjuet har gitt intervjuer innsikt i. Gir mulighet for korrigeringer. Takke deltager.

**13 Har du mer du gjerne vil si eller spørre om før vi avslutter?**