



Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter

Utarbeidet for Helsedirektoratet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Kartlegginger og evalueringer

Oslo Economics tilbyr kartlegginger og evalueringer til offentlige virksomheter og bedrifter basert på vår omfattende kvalitative og kvantitative verktøykasse. Vi tilbyr virksomhetsanalyser, kartlegginger av verdistrømmer og evalueringer av prosesser og programmer, tiltak, virkemidler og organisasjoner.

Vi har bred erfaring med analyser innen helse- og omsorgssektoren. Vi kjenner sektoren godt, både dens aktører, tjenestenivåer, finansieringssystem og organisering. Vi legger vekt på en helhetlig vurdering av komplekse sammenhenger, og forsøker alltid å fremstille disse på en pedagogisk og lettfattelig måte.

Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter

© Oslo Economics, januar 2020

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Senior Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto/illustrasjon: Getty Images (iStockphoto.com)

Innhold

Sammendrag	4
1. Introduksjon	8
1.1 Bakgrunn for oppdraget	8
1.2 Metode	9
2. Omfang og organisering av samarbeid mellom apotek og kommunal legetjeneste	11
2.1 Begrenset samarbeid mellom leger og apotekfarmasøyter	11
2.2 Delte oppfatninger av behov for økt samarbeid	13
3. Erfaringer med farmasøyter ansatt i kommunen	15
3.1 Begrenset utbredelse av kommunefarmasøyter	15
3.2 Kommunefarmasøytens rolle	15
4. Samarbeid mellom leger og farmasøyter i England	18
4.1 Nye initiativer for å øke samarbeid mellom leger og farmasøyter	18
4.2 Apotekfarmasøyter tilbyr helsetjenester	21
4.3 Erfaringer fra England	21
5. Suksessfaktorer og barrierer for samarbeid	23
5.1 Suksessfaktorer	23
5.2 Barrierer	24
6. Samlet drøfting	27
6.1 Viktigste erfaringer fra dagens samarbeid	27
6.2 Veien videre	28
7. Referanser	30
Vedlegg – Deskriptiv statistikk	33

Sammendrag

Bakgrunn

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet iverksatt en kartlegging av samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter. Oppdraget har bestått av å kartlegge dagens samarbeid i Norge, samt å beskrive arbeidet i National Health Service (NHS) England med økt bruk av farmasøyter i tverrfaglige team med allmennleger og annet helsepersonell. Oslo Economics har gjennomført kartleggingen.

Kommunene har behandlingsansvar for stadig flere pasienter med sammensatte lidelser og mer kompliserte sykdomstilstander. Legemiddelmeldingen (Meld. St 28 (2014-2015)) peker på behovet for å redusere omfanget av uhensiktsmessig og feil legemiddelbruk. Slik bruk av legemidler kan ha alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter i form av bivirkninger og i verste fall død, og for samfunnet i form av betydelige ekstra kostnader knyttet til for eksempel unødvendig bruk av legemidler og helsetjenester, samt sykefravær. Det er allerede iverksatt en rekke tiltak som digitale løsninger (e-resept med flere), multidose, kvalitetsarbeid hos fastleger, kommundefarmasøyt og legemiddelgjennomganger. Det er imidlertid fortsatt et behov for å forbedre rammene for legemiddelbruk ved for eksempel å ha en oppdatert oversikt over legemidler i bruk for enkeltpasienter, sikre at legemiddelforskrivningen skjer i henhold til beste praksis og at pasientene etterlever behandling som er forskrevet. Flere aktører i helsetjenesten har pekt på at farmasøyters kompetanse kan utnyttes i større grad enn i dag for å bidra til bedre legemiddelbruk og behandlingstilbud til pasientene. I tillegg kan dette gi en bedre utnyttelse av ressurser for å oppnå trygghet og god legemiddelbehandling.

Metode

For å kartlegge samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter har vi gjennomgått relevant litteratur på området og gjennomført dybdeintervjuer med leger, farmasøyter, interesseorganisasjoner og fagfolk. Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot alle yrkesaktive medlemmer av Norges Farmaceutiske Forening. Det er også innhentet eksempler på samarbeid og innhentet supplerende informasjon om samarbeidet der det har vært aktuelt. Prosjektet er gjennomført i perioden november – desember 2019. Til tross for kort gjennomføringstid er det vår vurdering at informasjonsgrunnlaget er representativt ettersom våre informanter inkluderer de sentrale interesseorganisasjoner på området samt leger og farmasøyter i ulike deler av landet og i ulike kommunistørrelser.

I England har de over lengre tid iverksatt en rekke initiativer for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyter. Senest har de innført en ny satsning med å ansette farmasøyter i legepraksiser, noe som gjør det interessant å undersøke om det er erfaringer fra England som kan være relevante for Norge. For å kartlegge erfaringene fra England har vi intervjuet leger og farmasøyter med kunnskap om området og gjennomgått relevant litteratur.

Samspeillet mellom legetjenesten i kommunen og apotek- og kommundefarmasøyter

Kartleggingen omfatter legetjenesten i kommunen og farmasøyter, både apotek- og kommundefarmasøyter. Legetjenesten i kommunen omfatter i hovedsak fastlegetjenesten, kommuneoverlege, sykehjemsleger og legevakt.

Apotekfarmasøyters primær oppgaver er ekspedering av resepter i apotek med tilhørende informasjon og rådgivning, samt salg av andre apotekvarer. Det skjer ofte avklaringer med forskriver, men apotekfarmasøyter er i dag ikke direkte involvert i legetjenesten i kommunen.

Mange apotekfarmasøyter arbeider med avklaringer knyttet til multidose, mens enkelte også utfører kvalitetsarbeid og legemiddelgjennomganger som del av en avtale med kommunen.

Om lag 10 kommuner har ansatt egne kommundefarmasøyter. Disse arbeider primært på systemnivå og med legemiddelgjennomganger i den grad de har kapasitet. Tjenestens innhold synes å variere mellom kommunene.

Begrenset samarbeid mellom leger og apotekfarmasøyter

Vår kartlegging tyder på at det i dag er begrenset samarbeid mellom leger og apotekfarmasøyter. Dagens samarbeid mellom leger og farmasøyter består først og fremst av avklaringer over telefon i forbindelse med ekspedering av resepter i apotek og enkelte avklaringer knyttet til multidose. Dette samarbeidet er ikke formalisert, men foregår som sporadisk kommunikasjon ved behov. Formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten synes å være lite utbredt. Vår kartlegging tyder således på at leger og apotekfarmasøyter i hovedsak er separate tjenesteutøvere som kommuniserer med hverandre når uklarheter og

feil skal avklares og utbedres (f.eks. i situasjoner der farmasøyten trenger legens godkjenning til å endre resepten). Det ser ut til å være større grad av samarbeid på mindre steder der legen og farmasøyten har god kjennskap til hverandre.

Ulike oppfatninger av behovet for samarbeid

Det er ulike oppfatninger av behovet for økt samarbeid mellom leger og farmasøyter, særlig blant leger. Flere leger opplever at økt samarbeid kan gi gevinster for pasientene dersom samarbeidet organiseres på en god og effektiv måte. Flere leger understreker viktigheten av at de har den primære kontakten med pasientene og at de har et helhetlig behandlingsbilde av pasienten. Enkelte leger vi har snakket med opplever at dagens begrensede samarbeid med apotekfarmasøyter er tilstrekkelig og foretrekker andre former for tiltak som kan styrke kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Mange leger er også opptatt av å formidle at fastlegetjenesten primært må styrkes med andre tiltak enn denne type samarbeid. Samtidig erkjenner mange fastleger at de ikke har kapasitet til å gjennomføre legemiddelgjennomganger for alle sine pasienter det er relevant for, og at det kan være aktuelt å samarbeide med farmasøyter på dette området. Farmasøytene er gjennomgående positive til økt samarbeid, og i spørreundersøkelsen oppgir 94 prosent av de spurte farmasøytene at det er behov for økt samarbeid. Flere farmasøyter opplever at andre aktører ikke fullt ut anerkjenner deres kompetanse og de potensielle gevinstene av et økt samarbeid. Ønsket om økt grad av samarbeid gjelder også flere andre aktører vi har snakket med, blant annet andre typer farmasøyter (enn apotekfarmasøyter), ulike interesseforeninger, samt ulike personer innen academia som har jobbet med feltet. Legene er i større grad positive til samarbeid med kommunefarmasøyter, og mange er bekymret for «salgsrollen» til apotekfarmasøyter. Farmasøytene er på sin side bekymret for at legene ikke prioriterer legemiddelarbeidet av økonomiske hensyn eller som følge av manglende kapasitet.

Forutsetninger for samarbeid

Et kjennetegn ved mange av de vellykkede samarbeidene, både i forhold til reseptekspedisjoner og legemiddelgjennomganger, mellom lege og farmasøyt er at partene har kjennskap til hverandre og hverandres kompetanse. I mange tilfeller har samarbeid oppstått som følge av en eksisterende relasjon mellom legen og farmasøyten, slik at de allerede hadde kjennskap til hverandre og hvordan samarbeidet kan foregå. Dette underbygges blant annet gjennom at både leger og farmasøyter opplever at samarbeidet er lettere å etablere på mindre steder der man har en personlig relasjon til hverandre. Leger som har samarbeidet med farmasøyter som del av legestudiet eller senere kurs er mer positive.

En annen forutsetning for samarbeid er gode samarbeidsplattformer, både digitale og fysiske. Flere leger og farmasøyter peker på at manglende kommunikasjonsplattformer, slik at begge parter ikke har tilgang til oppdatert informasjon om pasienter, hindrer effektivt samarbeid. Det etterlyses effektive digitale løsninger som understøtter samarbeid. Dessuten er det flere av både legene og farmasøytene som gir uttrykk for at det mangler naturlige fysiske møtesteder.

I flere av de formaliserte samarbeidene som eksisterer i dag er ikke begge parter arbeid finansiert, og våre informanter peker på at gode finansieringsordninger som gir insentiver til samarbeid er avgjørende for å stimulere til økt samarbeid. Mye tyder på at selv om det eksisterer takster for tverrfaglig samarbeid og legemiddelgjennomgang i dag, understøtter de ikke samarbeid i stor nok grad. Flere har nevnt at hensiktsmessige takster er avgjørende for legers villighet til å prioritere samarbeid med farmasøyter, og en lav takst (for eksempel for legemiddelgjennomganger) kan ha en negativ effekt på motivasjonen til å bruke tid på samarbeid.

Flere leger vi har snakket med opplever at behovet for og innholdet i samarbeidet avtar over tid, ettersom legene i samarbeid med farmasøyter kan tilegne seg arbeidsmetodikken for å sikre bedre legemiddelbehandling. Leger med lengre erfaring har mest behov for enkel tilgang til farmasøyter i de vanskeligste pasienttilfellene.

Kommunene anskaffer tjenester ved hjelp av anbud og innretningen av anbudsordninger er avgjørende for samarbeidets form. Det er svært få tilfeller av rene avtaler for legemiddelgjennomgang og annet samarbeid mellom apotekfarmasøyt og leger, men det kan være lagt inn som en mindre del av en større avtale som primært dekker multidose. Det er varierende i hvilken grad denne tjenesten benyttes.

Kravet til anbudsavtale kan fortrenge samarbeidet med lokalt apotek eller gi mangelfulle økonomiske rammer ettersom de primært synes å være knyttet til multidose. Hvis anbudsvinner er et nytt apotek må det opprettes en ny relasjon for samarbeidet, noe som synes å gi redusert interesse fra legene. For å oppnå et vellykket samarbeid over tid virker kontinuitet i samarbeidsrelasjonen å være avgjørende.

Samarbeid mellom leger og farmasøyter i England

Mangel på fastleger er blitt en stor utfordring i England og har vært den primære drivkraften bak en rekke initiativer for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyter. I 2003 innførte de muligheten for at farmasøyter kunne få forskrivningsrett. Fra 2015 til 2019 tok National Health Service (NHS) England initiativ til at fastleger kunne få dekket en del av en farmasøyts lønn i tre år hvis de ansatte farmasøyter i praksisen. Fra 2019 har man innført finansiering av farmasøyter ansatt i Primary Care Networks, som er nettverk av fastlegepraksiser som dekker mellom 30 000 og 50 000 pasienter. Størsteparten av farmasøytene lønn (70 prosent) finansieres av NHS England når de ansettes i disse nettverkene av legepraksiser. I tillegg planlegger NHS England å bruke om lag 13 milliarder på å implementere helsetjenester på apotek de neste fem årene. En konsekvens av endringene er at farmasøytene har fått mulighet til å avlaste legene ved å overta noen av legenes oppgaver slik at fastlegene i større grad kan fokusere på sine kjerneoppgaver.

Farmasøytene rolle kan deles inn i to hovedkategorier – farmasøyter ansatt i individuelle legepraksiser eller Primary Care Networks og såkalte «community-farmasøyter» (Figur 1).

Figur 1: Farmasøytens rolle i England

Ansatt i legepraksis (2015-2019)	Primary Care Networks (2019 -)	Community farmasøyter
<ul style="list-style-type: none">• Inngår i det daglige arbeidet på legekontorene• Har konsultasjoner med pasientene• Formålet var primært å avlaste fastlegene	<ul style="list-style-type: none">• Ansatt i et nettverk av legepraksiser• Nettverket dekker 30 000 - 50 000 pasienter• Skal avlaste legene• Skal forbedre behandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Er ansatt på de lokale apotekene• Dekker en rekke legetjenester• Noen har pasientkonsultasjoner

Kilde: NHS England

Evalueringer og studier tyder på at økt samarbeid mellom leger og farmasøyter generelt har vært en suksess i England – og Storbritannia for øvrig. Selv om disse initiativene for å øke farmasøytene rolle i helsetjenesten er av relativt nyere dato er det allerede studier som peker på at innsatsen har ført til et høyere antall legemiddelgjennomganger, bedre legemiddeletterlevelse og avmedisinering. Det oppleves også at legene generelt har vært fornøyde med å ha farmasøyter ansatt i legepraksiser.

Noen av suksesskriteriene for å etablere dette samarbeidet har vært at NHS England har definert forventede oppgaver for farmasøytene, at samarbeidet finansieres av NHS England, samt at farmasøytene kan forskrive legemidler for visse kroniske og akutte sykdommer. Det har også vært barrierer for å øke samarbeidet, for eksempel bekymring fra leger om at apotekfarmasøytene ville motarbeide legenes instruksjoner (dersom farmasøytene ga medisinske råd ved utlevering av ny medisin), samt at det tok tid før legene så verdien av farmasøytene kompetanse og muligheten for å utnytte denne i større grad. I tillegg har manglende digital understøttelse av samarbeidet også vært en utfordring i England, særlig for samarbeidet mellom farmasøyter på apotek og legetjenesten da farmasøytene ikke har hatt samme informasjonstilgang som fastlegene.

Videre arbeid i Norge?

Det er fortsatt et potensial for å bedre legemiddelbruken i befolkningen. Mange fastleger har lange pasientlister, i tillegg til at hver pasient bruker mange ulike legemidler. Selv om det er økt oppmerksomhet om riktig legemiddelbruk og antall legemiddelgjennomganger har økt, synes det fortsatt å være et forbedringspotensial. Leger vi har vært i kontakt med oppgir at dette i hovedsak skyldes at fastlegene er presset på kapasitet, at finansieringen er utilstrekkelig og at de ikke har mulighet til å bruke mye ekstra tid på nye oppgaver, samt mindre interesse for og kompetanse om korrekt legemiddelbruk sammenlignet med andre områder.

En rekke tiltak er allerede iverksatt for å bidra til bedre legemiddelbruk. For eksempel er det blitt økt fokus på tverrfaglighet i både medisinske og farmasøytiske utdanninger. Videre er det iverksatt prosjekter med formål om å styrke samarbeidsrelasjonene mellom leger og farmasøyter både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det finnes imidlertid ikke én enkelt løsning, og selv om det allerede er igangsatt utvikling som trolig vil gi økt samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen i fremtiden, synes det å være behov for ytterligere tiltak. Som et eksempel har flere pekt på at tverrfaglige team som nå prøves ut i primærhelsetjenesten også kan inkludere farmasøyter, enten som ansatte eller i form av tjenestekjøp av apotekfarmasøyter på deltid.

Farmasøyter har faglig kompetanse som kan utnyttes i større grad enn i dag for å sikre bedre legemiddelbruk, særlig når det gjelder interaksjoner og bivirkninger. Hvis apotekfarmasøyter får mulighet til å i større grad bruke sin faglige kompetanse i det daglige arbeidet vil det dessuten kunne bidra til å gjøre yrket som apotekfarmasøyt mer attraktivt og gi høyere jobbtilfredshet.

Det er delte oppfatninger blant legene om økt samarbeid med farmasøyter. Flere leger peker på at det er problematisk at apotekfarmasøyter er knyttet til salg av andre varer enn legemidler, da de er bekymret for om farmasøytene evner å adskille rollen som helsepersonell og kommersielle interesser. Samtidig er leger med erfaring fra samarbeid med farmasøyter positive. Kjennskap til hverandres kompetanse og tydelig rolleavklaring kan trolig ytterligere bygge ned barrierene for samarbeid.

Legene er svært positive til kommunefarmasøytene, også der man selv ikke har erfaring fra slikt samarbeid. Det er stor variasjon i hva kommunefarmasøytene jobber med, men de fleste jobber primært på systemnivå og opplever at de ikke har kapasitet til å følge opp enkeltpasienter i det omfang det er behov for. Det synes hensiktsmessig å tydeliggjøre hva kommunefarmasøytene rolle skal være ettersom den synes å variere i stor grad. Det er bare et fåtall kommuner som har en slik ordning i dag.

Det synes i dag krevende for kommunene til å prioritere finansiering til farmasøytens arbeid utover basisoppgavene, enten det er i form av å ansette en kommunefarmasøyt eller i form av kjøp av apotekfarmasøytens tjenester. Finansieringsløsninger som gir rammer for kvalitetsarbeid, insentiver til samarbeid og kontinuitet synes nødvendig for å opprettholde samarbeidet mellom leger og farmasøyter over tid. I tillegg kan kommunene bidra til å utvikle møteplasser og andre plattformer for kommunikasjon.

I England har de nye initiativene bidratt til økt samarbeid mellom leger og farmasøyter. Erfaringene fra England understreker viktigheten av at farmasøytene fungerer som avlastning heller enn en arbeidsbyrde for legene. I England har man derfor gitt farmasøyter forskrivningsrett. Andre erfaringer er at det tar tid å skape den nødvendige tilliten til farmasøytene kompetanse, og det er derfor behov for at myndighetene bidrar til å skape gode rammer for samarbeid, både i form av finansiering, avklaring av roller og IT-infrastruktur. Satsingen i England har krevd vesentlig tilleggsfinansiering og utvikling av nye samarbeidsformer, men synes så langt å gi gode resultater.

Oppsummering

Figur 2: Sentrale funn



Illustrasjon: Oslo Economics

1. Introduksjon

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter. Bakgrunnen for oppdraget er at kommunene har behandlingsansvar for stadig flere pasienter med sammensatte lidelser og mer kompliserte sykdomstilstander. Oppdraget har bestått av å både kartlegge samarbeid i Norge i dag, samt å beskrive arbeidet i National Health Service (NHS) England med økt bruk av farmasøyter i tverrfaglige team med allmennleger og annet helsepersonell.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Motivasjon for kartleggingen

Kommunene får ansvar for stadig flere pasienter med store og sammensatte behov, samt flere med kroniske lidelser som gjerne bruker mange ulike legemidler samtidig.

For å sikre oversikt over legemiddelbruk, kvalitet i forskrivning og legemiddelhåndtering, samt god veiledning og informasjon til pasienter, kreves blant annet ressurser, tilstrekkelig kompetanse, rutiner og systemer. I tillegg til medisinskfaglig og sykepleierfaglig kompetanse, og kjennskap om den enkelte pasient, er farmasøytisk kompetanse høyst relevant. Med stadig mer komplisert legemiddelbruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, kombinert med lite ledige ressurser hos legene, er det mange som peker på behovet for økt involvering av farmasøyter i denne verdikjeden.

Tverrfaglig samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleier kan bidra til bedre og tryggere legemiddelbehandling og bruk, samt viktig deling av både informasjon og kompetanse. Men erfaringer fra utprøvningsprosjekter viser at det er behov for å definere de ulike profesjonenes ansvar og roller, samt forbedre kommunikasjonen i samarbeidet (Eines & Måløy, 2016 og Eines, et al., 2018). Det er gjennomført en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter som omhandler pasientsikkerhet relatert til legemiddelbruk i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Studiene viser at farmasøyter og leger har ulikt fokus i legemiddelgjennomganger knyttet til mulige kliniske problemer i forbindelse med

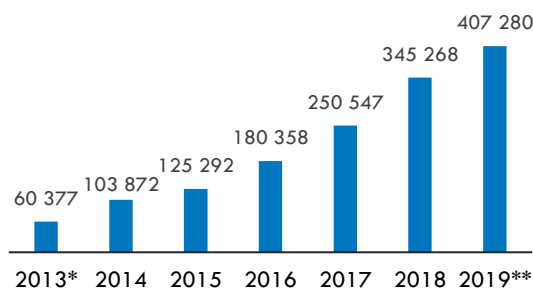
behandlingen, og de bringer ulik kompetanse til tverrfaglige team (Ruths, et al., 2003). Farmasøytene tilfører særlig bevissthet rundt legemiddelrelaterte problemstillinger (Skjørholm & Devik, 2012).

I England, og Storbritannia for øvrig, har det vært gjennomført en rekke initiativer for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyter. NHS England har fra 2015 til 2019 tilbudt fastleger å dekke deler av farmasøytens lønn i tre år om de ansatte farmasøyter i sin legepraksis. Fra 2019 finansieres farmasøyter ansatt i et nettverk av fastlegepraksiser, såkalte Primary Care Networks. I en vurdering av muligheter for økt samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen i Norge er det relevant å undersøke erfaringene fra England.

Økt behov for samarbeid

Legemiddelgjennomgang er en systematisk vurdering av pasientens legemiddelbruk for å sikre god behandling og forebygge pasientskader. Fastlegen og sykehjemslegen har et forskriftsfestet ansvar for å utføre regelmessig legemiddelgjennomgang. Antall gjennomførte legemiddelgjennomganger av fastleger med refusjon fra HELFO (Figur 1-1) har økt kraftig i perioden 2013-2019, og siden 2016 har antall legemiddelgjennomganger mer enn doblet seg.

Figur 1-1: Antall legemiddelgjennomganger med refusjon fra HELFO



Kilde: HELFO. Figuren viser antall regninger med takst 2ld som har mottatt refusjon fra HELFO. *Takst 2ld ble innført 1. mai 2013, slik at antall takster kun gjelder åtte måneder. **Inkluderer data til og med 10. desember 2019.

Den store økningen i antall legemiddelgjennomganger med refusjon fra HELFO tyder på økt bevissthet rundt temaet. Samtidig viser tall fra Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator for legemiddelgjennomgang i sykehjem at det fortsatt er forbedringspotensial på området¹. Legemiddelgjennomgang er et av områdene hvor økt

¹ Se: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/stor-variasjon-i-kvalitet-pa-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

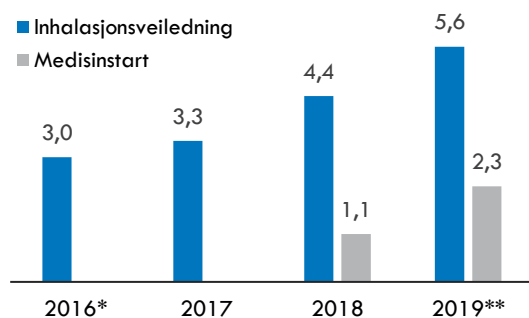
involvering av farmasøytisk kompetanse er særlig aktuelt, og hvor ekstra farmakologisk kompetanse kan heve kvaliteten av legemiddelbehandlingen.

I en rapport utgitt av Helsedirektoratet (Walter & Fredriksen, 2014) beskrives hvilke farmasøytiske tjenester som utføres i primærhelsetjenesten. Tjenestene som leveres av apotekfarmasøyter utføres hovedsakelig på anbud fra enkeltkommuner eller flere kommuner i samarbeid. Tjenestene kan deles inn etter om de er på systemnivå eller pasientnivå. Tjenester på systemnivå inkluderer legemiddelkomitearbeid, oppfølging av legemiddelhåndteringsforskrifter, tilsyn i kommunehelsetjenesten, rådgivning, utarbeidelse av legemiddelstatistikker, undervisning og prosjektdeltagelse. Tjenester på pasientnivå inkluderer legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomganger, multidose, legemiddelsamtaler og pasient- og pårørendeundervisning. Om lag 10 kommuner har i dag egne kommunefarmasøyter som særlig arbeider på systemnivå.

Helsetjenester i apotek

De siste årene har apotekene tilbudt helsetjenester, hvorav enkelte utløser refusjon fra HELFO. Dette gjelder tjenestene inhalasjonsveiledning og medisinstart², som i 2019 utløste refusjoner tilsvarende henholdsvis 5,6 og 2,3 millioner kroner (Figur 1-2). Dette er oppgaver som inngår i verdikjeden for å sikre trygg og god legemiddelbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å forberede en evaluering av medisinstart. I tillegg har flere apotek begynt å tilby vaksiner, for eksempel mot influensa. Vaksiner i apotek er omdiskutert³, og Helsedirektoratet skal vurdere ansvar og forsvarlighet.

Figur 1-2: Refusjon fra HELFO til inhalasjonsveiledning og medisinstart, mill. kr.



Kilde: HELFO. *Refusjon for inhalasjonsveiledning ble innført i mars/april 2016, slik at refundert beløp kun gjelder for omtrent ni måneder. ** Inkluderer data til og med 12. desember 2019.

² Medisinstart er en gratis apotekjeneste som består av to samtaler med farmasøyt ved oppstart med ny hjertemedisin.

1.2 Metode

Oslo Economics har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført kartleggingen, og professor i samfunnsfarmasi Anne Gerd Granås og professor i farmakologi Espen Molden har bidratt med innspill i prosessen. For å svare ut problemstillingene i oppdraget har vi hovedsakelig benyttet tre hovedkilder til informasjon:

- Dokumentgjennomgang og litteraturstudier
- Dybdeintervju med sentrale aktører
- Spørreundersøkelse til farmasøyter i Norge

Dokumentgjennomgang og litteraturstudier

I arbeidet med å kartlegge omfanget av samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter har vi gjennomgått relevant litteratur på området. Dette gjelder særlig litteratur om samarbeid mellom legetjenesten og farmasøyter i Norge og litteratur som beskriver det pågående arbeidet i NHS.

Vi har gjennomgått relevante forskningsartikler, tidligere rapporter og kartlegginger, samt stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter. Funnene fra litteraturgjennomgangen brukes gjennomgående i resten av rapporten og har vært relevant for flere deler av arbeidet.

Dybdeintervjuer

For å kartlegge samarbeidet mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter har vi gjennomført 25 dybdeintervjuer med ulike aktører, herunder:

- Allmennelegeforeningen
- Apotekfarmasøyter
- Apotekforeningen
- Apotekkjeder
- Fastleger
- Kliniske farmasøyter
- Kommunefarmasøyter
- Norsk forening for allmennmedisin
- Personer innen academia med kjennskap til feltet
- Personer i Storbritannia med kjennskap til initiativer for økt samarbeid
- Sykehjemslege

For å sikre at innspillene i størst mulig grad gir et representativt bilde av dagens situasjon inkluderer utvalget leger og farmasøyter i ulike deler av landet og med ulike grader og former av samarbeid. Innenfor tidsrammen er kontakt med fastleger prioritert. I det videre arbeidet, særlig med tanke på kommunefarmasøytens rolle, vil det være relevant å

³ Se for eksempel: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/07/leger-og-apotek-strides-om-vaksineringsansvar/>

involvere kommuneoverleger og helseledere i kommunen.

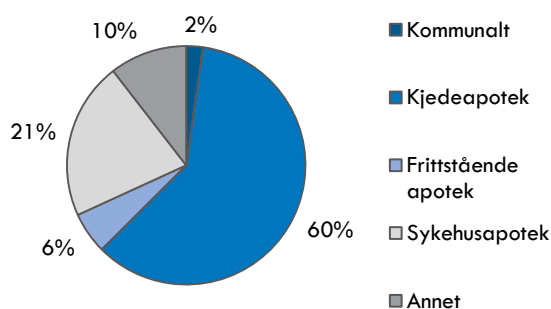
Spørreundersøkelse

For å få et bredest mulig bilde av dagens samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter har vi i tillegg gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot farmasøyter i Norge. Vi har fått hjelp av Norges Farmaceutiske Forening til å distribuere spørreundersøkelsen. Det er ikke gjennomført en tilsvarende spørreundersøkelse blant fastleger fordi det erfaringsmessig er svært få fastleger som responderer på denne typen spørreundersøkelser. Vi hadde derfor et ekstra fokus på å innhente synspunkter fra legetjenesten gjennom dybdeintervjuene.

Spørreundersøkelsen ble distribuert til alle yrkesaktive farmasøyter i Norges Farmaceutiske Forening. Vi fikk 270 svar på spørreundersøkelsen, fra totalt litt over 3400 yrkesaktive medlemmer. Undersøkelsen ble også markedsført via Facebook og i apotekkjedene. Den lave svarprosenten på spørreundersøkelsen skyldes blant annet at undersøkelsen ble gjennomført med kort frist. Ettersom respondentene ikke nødvendigvis er representative for den totale populasjonen, bør resultatene fra spørreundersøkelsen tolkes kvalitativt heller enn kvantitativt. Av de som svarte på spørreundersøkelsen jobber 60 prosent i

kjedeapotek, 21 prosent jobber på sykehusapotek, mens 2 prosent jobber som kommunefarmasøyt (Figur 1-3).

Figur 1-3: Primærarbeidssted for farmasøyter



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvor er du primært ansatt?». N=267

I arbeidet med kartleggingen har det ikke blitt skilt mellom reseptarfarmasøyter (høgskoleutdannet, 3-årig) og provisorfarmasøyter (universitetsutdannet, 5-årig). Det er imidlertid viktig å være klar over at dette er to grupper av farmasøyter med vesentlige forskjeller i kunnskap og kompetanse, noe som potensielt kan ha stor betydning for samarbeidet mellom leger og farmasøyter.

2. Omfang og organisering av samarbeid mellom apotek og kommunal legetjeneste

Det er i dag begrenset samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten i kommunen. Av dagens samarbeid er det lite som er formalisert, og den vanligste formen for samarbeid er avklaringer over telefon i forbindelse med reseptekspedisjon i apotek. Der det er et formalisert samarbeid oppgir de fleste apotekfarmasøytene (59 prosent) at deres del av samarbeidet ikke er finansiert, samtidig som flere påpeker viktigheten av finansieringsløsninger som gir insentiver til samarbeid. Farmasøytene ønsker tettere samarbeid, i tillegg til at apotekfarmasøyter oppgir å ha ubrukt kapasitet. Blant legene er det derimot delte oppfatninger, hvor de med erfaring fra samarbeid med farmasøyt er mer positive. Det er stor variasjon i hvordan de formaliserte samarbeidene oppsto, men det vanligste er at kommunen eller apoteket initierte samarbeidet.

I en kartlegging av samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter er det mange ulike forhold som skal undersøkes. Det finnes mange former for samarbeid og mange aktører som kan være involvert. Samarbeid kan være formalisert i form av formelle avtaler og fastsatte rammer, eller uformalisert, som innebærer at samarbeidet finner sted uten at det er systematisert eller formelt fastsatt. I tillegg kan samarbeidet involvere både ulike deler av legetjenesten og ulike typer farmasøyter (apotekfarmasøyter, sykehusfarmasøyter, osv.). I dette kapitlet beskriver vi apotekfarmasøytens samarbeid med legetjenesten i kommunen. Med apotekfarmasøyter mener vi her farmasøyter som jobber i enten kjedepotek, frittstående apotek eller sykehusapotek.

2.1 Begrenset samarbeid mellom leger og apotekfarmasøyter

Vår kartlegging tyder på at det generelt er begrenset samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten i kommunen. Dette bekreftes både av intervjuer med fastleger og farmasøyter, samt i spørreundersøkelsen rettet mot farmasøyter.

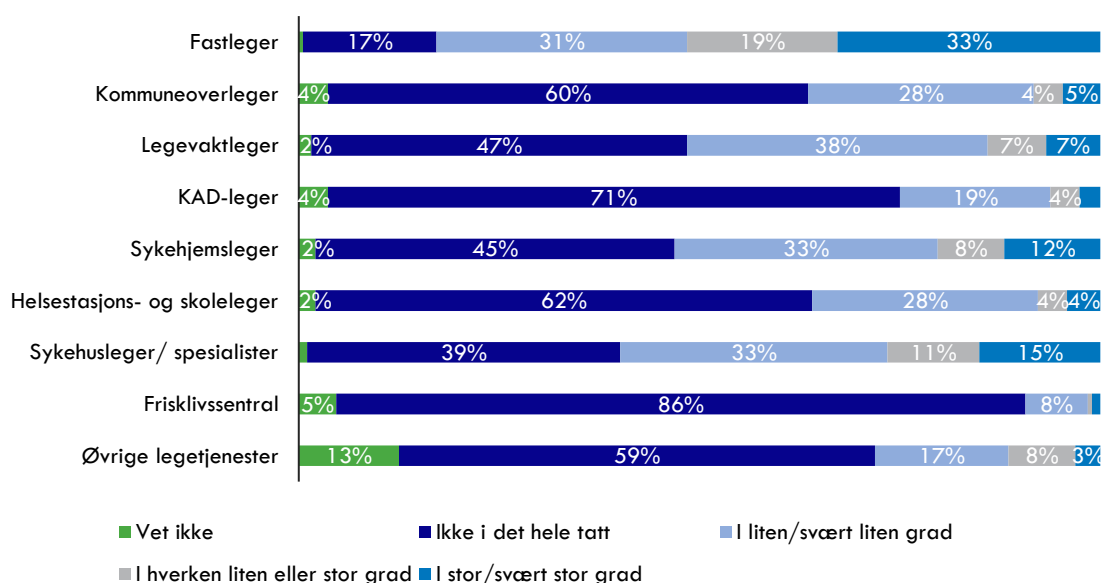
Selv om de fleste informantene oppgir at det i liten grad er samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten, har enkelte fortalt om initiativer og suksesshistorier om samarbeid. Samarbeidet ser ofte ut til å fungere bra på små, lokale steder der det er en god personlig relasjon mellom lege og farmasøyt. Leger og apotekfarmasøyter fungerer hovedsakelig som separate tjenesteutøvere som kommuniserer med hverandre når uklarheter og feil skal avklares og utbedres i forbindelse med reseptekspedisjon. Samarbeidet relaterer seg ofte til avklaringer i forbindelse med reseptekspedisjon, som er nødvendige for at apotekfarmasøytene kan utføre kjerneoppgaven sin.

Farmasøytene samarbeider i størst grad med fastleger

Inntrykket om begrenset samarbeid underbygges ytterligere av funn fra spørreundersøkelsen, der vi spurte farmasøytene om alle typer samarbeid med legetjenesten i kommunen, både formalisert og uformalisert. Med unntak av samarbeid med fastleger svarte opp mot 90 prosent av apotekfarmasøytene at de har lite, svært lite eller ikke noe samarbeid i det hele tatt med de ulike legetjenestene (Figur 2-1).

Apotekfarmasøyter samarbeider i størst grad med fastleger, selv om også dette samarbeidet er begrenset. Om lag en tredjedel (33 prosent) av apotekfarmasøytene svarte at de samarbeider med fastleger i stor eller svært stor grad, mens om lag halvparten svarte at de har lite, svært lite eller ikke noe samarbeid i det hele tatt med fastleger (Figur 2-1).

Figur 2-1: Samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten i kommunen



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad har du samarbeid med følgende legetjenester?». N=192

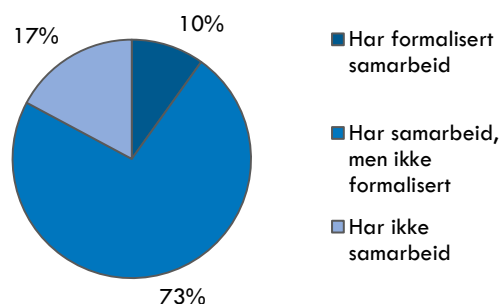
De fleste har ikke formalisert samarbeid

Det store flertallet av legene og farmasøytene vi har snakket med forteller at de ikke har formalisert samarbeid. De opplyser også at de ikke kjenner til mange eksempler på formalisert samarbeid, og at deres erfaring, så vidt de vet, er representativ. Enkelte apotekfarmasøyter forteller derimot om formalisert rådgivning i forbindelse med legemiddelgjennomganger, også utenom sykehjem.

Inntrykket av at det er lite formalisert samarbeid underbygges av resultatene fra spørreundersøkelsen. De fleste (83 prosent) av apotekfarmasøytene i spørreundersøkelsen oppga å ha samarbeid med fastlege, men kun 10 prosent av disse har et formalisert samarbeid (Figur 2-2).

Der det er formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten dreier samarbeidet seg i hovedsak om multidose. Her er det legens ansvar å sikre samstemte og oppdaterte legemiddellister. Apotekets ansvar er å utføre en vanlig farmasøytisk kontroll av multidosebestillingen og eventuelle avklaringer, mens multidoseleverandøren har ansvaret for pakking av multidose og eventuelt andre legemidler pasienten er forskrevet. Avtalene tilknyttet multidose innebærer også i flere tilfeller farmasøytisk rådgivning til kommunene. Her beskriver både farmasøyter og leger at prosessen rundt multidose kan være krevende som følge av at IT-systemene ikke understøtter samarbeid.

Figur 2-2: Utbredelse av formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyter og fastleger



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad har du samarbeid med følgende legetjenester? a) Fastleger» og «Er samarbeidet formalisert? a) Fastleger». N=192. Kun svar fra apotekfarmasøyter er inkludert i figuren.

Ineffektiv kommunikasjon ved samarbeid

Samarbeidet mellom fastlege og apotekfarmasøyt som ikke er formalisert dreier seg i hovedsak om avklaring rundt ekspedering. I tillegg svarer 26 prosent av apotekfarmasøytene at de i stor eller svært stor grad samarbeider med legetjenesten om informasjon og rådgivning om legemidler til enkeltpasienter.

Kommunikasjonen mellom fastlegen og apotekfarmasøyter ved det uformaliserte samarbeidet består som regel av at farmasøyten ringer til forkontoret og deretter blir satt videre til legen. Kommunikasjonen beskrives som til tider svært ineffektiv av apotekfarmasøytene, særlig i de

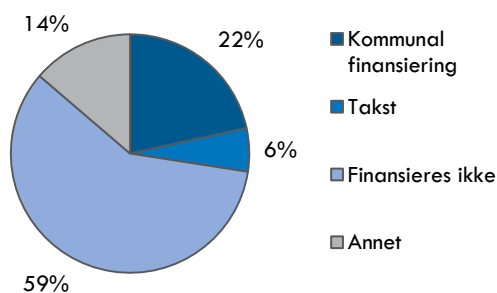
tilfellene der det resulterer i å måtte sitte i telefonkø for å få gjort en enkel avklaring. For legene oppleves det derimot ikke nødvendigvis som en like ineffektiv kommunikasjonsform i en hektisk arbeidshverdag.

Samarbeidet er i liten grad finansiert

Flere av legene og farmasøytene fremhever at finansieringen av samarbeidet, utover den delen som relaterer seg til reseptekspedisjon, er avgjørende for å få til et velfungerende samarbeid over tid. Samtidig tyder både intervjuene og spørreundersøkelsen på at det samarbeidet som eksisterer i dag enten finansieres på en lite hensiktsmessig måte eller ikke finansieres i det hele tatt.

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at de apotekfarmasøytene som i dag har et formalisert samarbeid med legetjenesten i liten grad blir kompensert for dette arbeidet. Blant apotekfarmasøyer som oppga å ha et formalisert samarbeid, oppga de fleste (59 prosent) at det formaliserte samarbeidet ikke finansieres. Videre svarte 22 prosent at arbeidet finansieres kommunalt, mens kun seks prosent svarte at samarbeidet finansieres gjennom takster. Blant dem som svarte «annet» (25 prosent), oppgir flere i fritekstsvar at de ikke vet hvordan samarbeidet finansieres og enkelte svarer at det er finansiert av sykehuset (Figur 2-3).

Figur 2-3: Finansiering av formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyer og legetjenester i kommunen



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyer, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvordan finansieres apotekfarmasøytene del av samarbeidet? Kryss av for alle relevante». N=51. Kun svar fra apotekfarmasøyer er inkludert i figuren. Spørsmålet ble kun gitt til apotekfarmasøyer som oppga å ha et formalisert samarbeid.

2.2 Delte oppfatninger av behov for økt samarbeid

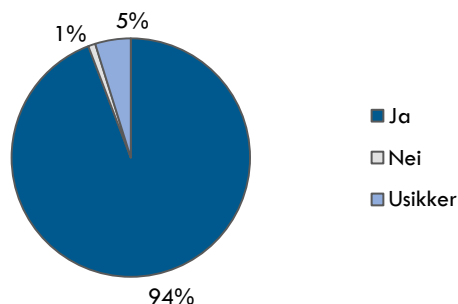
Det er stor variasjon i legenes oppfatning av behovet for økt samarbeid. Noen av legene vi har snakket med mener at det er behov for økt samarbeid og at et økt samarbeid kan gi gevinster for pasientene i form av bedre legemiddelbruk. Andre mener at økt samarbeid kan ha gevinster for pasientene gitt at det organiseres

på en hensiktsmessig måte, men at dårlig organisering av samarbeidet kan føre til mer byråkrati og ineffektivitet. Andre igjen mener at det ikke er behov for økt samarbeid og at det fungerer fint med begrenset samarbeid slik det er i dag. Enkelte leger har påpekt at dersom økt samarbeid innebærer å gi bort arbeidsoppgaver til andre fagfolk, kan det gå på bekostning av legens helhetlige behandlingsbilde av pasienten. Dessuten uttrykker flere av legene bekymring for at farmasøyers involvering i pasientenes legemiddelbehandling kan skape unødvendig bekymring og forvirring hos pasientene. For eksempel når det gjelder medisinstart opplever enkelte leger det som tryggest dersom pasienten får informasjon direkte fra legen. Samtidig erkjenner mange fastleger at de ikke har kapasitet til å gjennomføre legemiddelgjennomganger for alle sine pasienter det er relevant for, og at det kan være aktuelt å samarbeide med farmasøyer på dette området.

Legene med tidligere erfaring fra samarbeid med farmasøyt er generelt mer positive til økt samarbeid. Samtidig er det også noen leger med erfaring fra samarbeid som i intervjuene har uttrykt at gevinsten av samarbeid avtar over tid ettersom legens egen kompetanse på området styrkes gjennom samarbeidet, slik at legen lærer å håndtere mange av de mindre kompliserte sakene på en tilstrekkelig god måte på egen hånd.

Farmasøyer er gjennomgående positive til økt samarbeid. Resultatene fra spørreundersøkelsen støtter funnene i intervjuene, og hele 94 prosent av farmasøytene i undersøkelsen mener at det er behov for økt samarbeid for å sikre bedre legemiddelbruk (Figur 2-4). En betydelig andel farmasøyer opplever at legene ikke fullt ut anerkjenner deres kompetanse. Apotekfarmasøytene oppgir dessuten at de har den nødvendige kapasiteten til et økt samarbeid med legetjenesten, og at de har god kompetanse innen legemiddelbehandling og -bruk som de ikke alltid føler at de fullt ut får utnyttet.

Figur 2-4: Farmasøyters oppfatning av om det er behov for økt samarbeid med legetjenesten i kommunen



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Mener du det er behov for økt samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen?». N=207

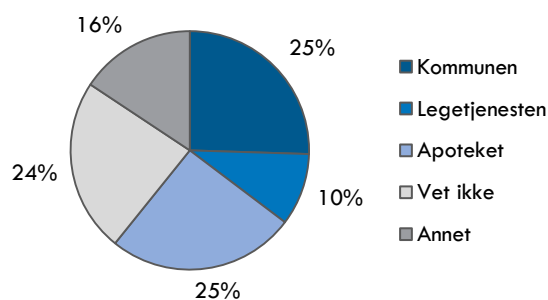
Ønsket om økt grad av samarbeid gjelder også flere andre aktører vi har snakket med, blant annet andre typer farmasøyter (enn apotekfarmasøyter), ulike interesseforeninger, samt ulike personer innen akademia som har jobbet med feltet, blant annet innen allmenmedisin og samfunnsfarmasi.

Stor variasjon i hvordan det formaliserte samarbeidet oppsto

Det er generelt stor variasjon i hvordan det formaliserte samarbeidet mellom farmasøyter og leger har oppstått (Figur 2-5). Antakeligvis er dette en

konsekvens av at det ikke har vært noen systematisert prosess for samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten. Dermed har måten samarbeidene har oppstått på variert avhengig av hvilke parter som har jobbet mest aktivt for et samarbeid, noe som igjen trolig har variert fra sted til sted. Svarene i spørreundersøkelsen tyder på at der det er formalisert samarbeid, ble samarbeidet i større grad initiert av kommunen eller apoteket, og i mindre grad av legetjenesten.

Figur 2-5: Initiativtaker til formalisert samarbeid mellom apotekfarmasøyter og legetjenesten i kommunen



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvis du har et formalisert samarbeid med legetjenesten i kommunen, hvem initierte dette samarbeidet?». N=51. Kun svar fra apotekfarmasøyter som oppga å ha et formalisert samarbeid med legetjenesten i kommunen er inkludert i figuren.

3. Erfaringer med farmasøyter ansatt i kommunen

Både leger og farmasøyter opplever at kommunefarmasøyter har en verdifull rolle når det gjelder å heve kvaliteten på legemiddelbruken i kommunene. Det er stor variasjon i hva kommunefarmasøytene jobber med, men de fleste jobber primært med oppgaver på systemnivå og færre på pasientnivå. Rollen er ofte ikke klart definert og noen har selv måtte definere egen rolle og oppgaver. Kommunefarmasøytene har positive erfaringer fra samarbeid med flere legetjenester i kommunene, men flere trekker frem at det er negativt å ikke være del av et farmasøytisk fagmiljø i arbeidshverdagen.

3.1 Begrenset utbredelse av kommunefarmasøyter

Enkelte norske kommuner har ansatt en eller flere kommunefarmasøyter. Utbredelsen er foreløpig begrenset, og tall fra Norges Farmaceutiske Forening viser at det i dag er 15 kommunefarmasøyter i heltidsstillinger ansatt i om lag 10 kommuner spredt utover landet. Farmasøytene er primært ansatt i større kommuner, men det er også eksempler på at mindre kommuner har ansatt en kommunefarmasøyt på deling. Vi har i arbeidet med denne kartleggingen vært i kontakt med flere kommunefarmasøyter gjennom både dybdeintervjuer og spørreundersøkelse. Vi har også intervjuet flere leger om deres samarbeid med kommunefarmasøytene.

Kommunefarmasøyter oppfatter selv at de fleste oppgavene de utfører er relevante for å bedre legemiddelbruket i kommunen. Dette ble også belyst i en nylig gjennomført kartlegging gjort i samarbeid mellom Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo og Norges Farmaceutiske Forening (Toverud & Håkonsen, 2019). Oppgavene som oppfattes som mest relevante er utarbeidelse av rutiner for legemiddelhåndtering, legemiddelgjennomganger og undervisning av helsepersonell.

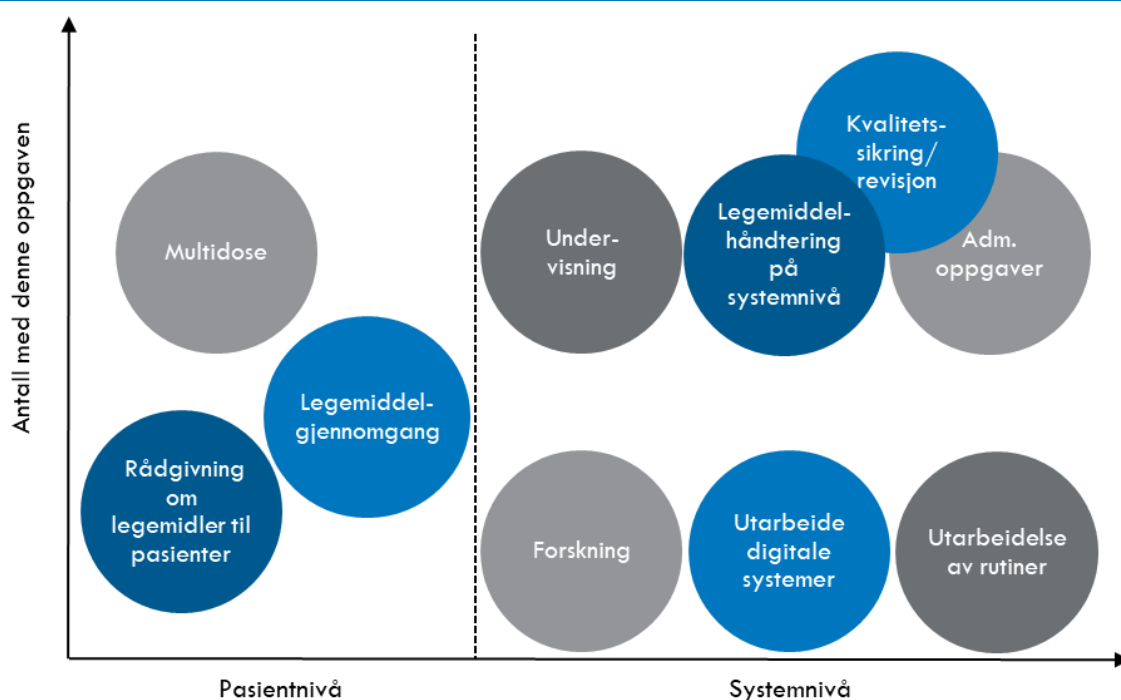
3.2 Kommunefarmasøytens rolle

Gjennom intervjuer med kommunefarmasøyter blir det klart at stillingen som kommunefarmasøyt ikke er en standardisert rolle, og at de fleste ikke har et tydelig definert ansvarsområde. Flere kommunefarmasøyter gir uttrykk for at de selv har måttet bygge opp stillingen og i visse tilfeller definere egne arbeidsoppgaver. Kommunefarmasøytene tilpasser seg dermed i stor grad det lokale behovet og tjenestene som blir etterspurt i deres kommune. I tillegg erfarer flere at arbeidsoppgavene deres har forandret seg over tid etter hvert som det har blitt tydeligere hvor det er størst behov for farmasøytiske tjenester og kompetanse.

Det er stor variasjon i hva kommunefarmasøytene jobber med, i tillegg til at hver enkelt kommunefarmasøyt har mange ulike oppgaver innen ulike deler av den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Selv om kommunefarmasøytens arbeid dekker både på systemnivå og pasientnivå, jobber de fleste primært på systemnivå (Toverud & Håkonsen, 2019). Dette henger sammen med at det stort sett kun er ansatt en eller to i hver av kommunene som har etablert stillinger for kommunefarmasøyter. På systemnivå er det flest som jobber med kvalitetssikring og revisjon, legemiddelhåndtering, administrative oppgaver og undervisning av helsepersonell (Figur 3-1). På pasientnivå er flest involvert i multidoser, samtidig som legemiddelgjennomganger blir ansett å være av stor viktighet (Toverud & Håkonsen, 2019).

Kartleggingen av Toverud & Håkonsen (2019) viste at kommunefarmasøytene generelt har et stort antall forskjellige oppgaver hvor det kreves farmasøytisk kompetanse. Enkelte steder benyttes innleide farmasøyter fra apotek eller sykehusapotek for å kompensere for at det er få farmasøyter ansatt i kommunene, og mange legemiddelrelaterte oppgaver utføres av sykepleiere. Det var generell enighet blant de kommunalt ansatte farmasøytene i kartleggingen om at det vil være en fordel å ansette flere farmasøyter. De mange legemiddeloppgavene som finnes i kommunehelsetjenesten i dag kan ikke løses med de nåværende ressursene.

Figur 3-1: Oversikt over kommunefarmasøytens arbeidsoppgaver på pasient- og systemnivå



Kilde: Intervjuer med kommunefarmasøytene, samt kommunefarmasøytens svar på spørreundersøkelse.

Vår kartlegging tyder på at ettersom kommunefarmasøytene har et omfattende ansvarsområde, er det mer hensiktsmessig å jobbe på systemnivå for å sikre riktig legemiddelbruk, heller enn å jobbe med enkeltpasienter. Samtidig har flertallet av kommunefarmasøytene vi har vært i kontakt med uttrykt et ønske om mer tid til arbeid på pasientnivå. Dette gjelder særlig legemiddelgjennomganger for pasienter på sykehjem og legekantor med polyfarmasi, der kommunefarmasøytene opplever et særskilt behov for deres kompetanse. Derfor foreslår flere at det kunne vært ansatt kommunefarmasøytene dedikert til ulike typer arbeid, for eksempel én på systemnivå og en eller flere på pasientnivå. Dette vil derimot først og fremst være aktuelt i større kommuner, hvor det økonomiske handlingsrommet er størst.

Positivt samarbeid og en del formalisert

Kommunefarmasøytene har relativt utbredt samarbeid med forskjellige legetjenester i kommunen. En del av dem er engasjert på sykehjem i kommunen, og har der et naturlig samarbeid med sykehjemslegen, i tillegg til at mange har samarbeid med kommuneoverlegen og fastleger. Generelt opplever kommunefarmasøytene å ha et godt samarbeid med legene – og samarbeidet er i stor grad formalisert. Dette skyldes blant annet at kommunefarmasøytene arbeider ut fra kommunens prioriterte oppgaver og i høyere grad har fastsatte rammer og rutiner.

Selv om kommunefarmasøytene rapporterer om godt samarbeid med legene, gir flere tilbakemelding på at det mangler naturlige samlingspunkter og arenaer for samarbeid. Dette kan igjen være en konsekvens av å primært jobbe på systemnivå heller enn pasientnivå. Det er derimot stor variasjon blant kommunefarmasøytene og noen forteller om godt organiserte samarbeid med faste møter på både legens og farmasøytens kontor.

Legene mener kommunefarmasøytene bidrar positivt

Generelt er legene vi har snakket med veldig positive til kommunefarmasøytene bidrag. Legene opplever at farmasøytene har god kompetanse på legemidler og at de i flere tilfeller kan løfte nivået på etterlevelsen. En del av legene føler seg tryggere på kommunefarmasøytene interesser sammenlignet med apotekfarmasøytene ettersom de da er ansatt i kommunen og dermed ikke har noen kommersielle interesser. En annen begrunnelse fra noen av legene er at en farmasøyt som er ansatt i kommunen bedre kjenner til systemet og blir vant med å ta stilling til medisinske skjønn. I mindre kommuner der legene ikke så det som realistisk å ansette en kommunefarmasøyt, har muligheten til å kjøpe farmasøytiske tjenester blitt trukket fram.

Kommunefarmasøytene vi har vært i kontakt med uttrykker at de føler seg svært nyttige i sitt arbeid og at de dekker et behov i den kommunale legetjenesten. Det virker som om de fleste kommunefarmasøytene har fått mer og mer å gjøre etter hvert som stadig

flere i kommunen har sett verdien av deres arbeid. Kommunefarmasøytene uttrykker derfor at det er stort behov for deres tjenester og at de mener at det også er behov for å ansette flere kommunefarmasøyer.

Kommunene rapporterer også om gode erfaringer med farmasøyer ansatt i kommunene. De som har ansatt farmasøyer har opplevd økt interesse for riktig legemiddelbruk, økt kvalitet i legemiddelhåndteringen og økt legemiddelkompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Ønsker økt samarbeid med legene

Farmasøytene opplever stor etterspørsel etter sin kompetanse. Samtlige vil gjerne ha økt samarbeid med legetjenesten, herunder mer formalisert samarbeid.

Flere av kommunefarmasøytene peker på at noen leger ofte kan oppleve dem som en kontrollmekanisme, mer enn en samarbeidspartner. Derfor er det blitt særlig viktig for kommunefarmasøytene å kommunisere sitt budskap til legene på en god måte.

Dessuten opplever farmasøytene at legene ikke helt vet hvilken kompetanse de besitter, men at dette ofte blir tydelig for legene når et samarbeid først er etablert. De fleste kommunefarmasøytene føler derfor at legene er blitt mer positive til samarbeid over tid.

Begrenset fagmiljø i kommunen

Når vi har spurt kommunefarmasøytene om det er noen ulemper ved ordningen, er det flere som har trukket frem at det å være den eneste kommunalt ansatte farmasøyt i kommunen kan være lite givende sammenlignet med arbeidsplasser med mer utbredt farmasøytisk kompetanse. Dette både fordi kommunefarmasøytene ikke får noe farmasøytisk fagmiljø rundt seg, noe som igjen fører til at arbeidet blir preget av den enkelte farmasøytys vurderinger, og ikke en faglig diskusjon mellom fagpersoner. Derfor ser flere det som nødvendig at farmasøytene har både utdannelse innen klinisk farmasi og lang arbeidserfaring. Noen fremhever samtidig at kommunefarmasøytene har etablert et nettverk på tvers av landet, der de kan søke faglig sparring.

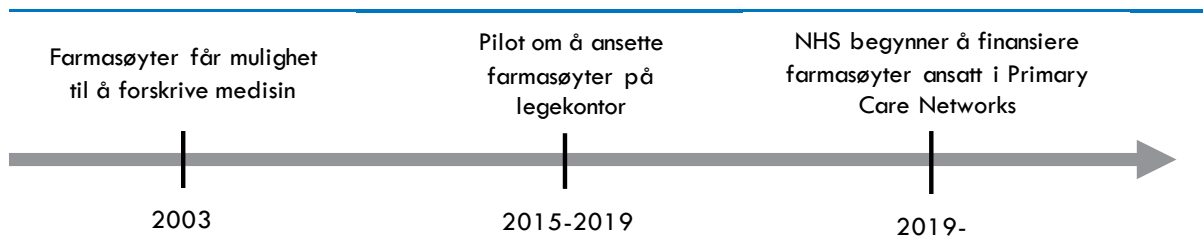
4. Samarbeid mellom leger og farmasøyter i England

I England har det vært gjennomført en rekke initiativer for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyter, og fra 2019 ansettes farmasøyter i nettverk på tvers av legepraksiser (Primary Care Networks). Farmasøytene har klart definerte ansvarsområder og bidrar til å avlaste legene og følge opp på legemiddelforskrivningen. Gode rammer for samarbeidet har vist seg å være viktig, særlig når det gjelder finansiering, avklaring av roller og IT-infrastruktur. England har også økt tilbudet av helsetjenester i apotek.

4.1 Nye initiativer for å øke samarbeid mellom leger og farmasøyter

England, og Storbritannia generelt, har en lang tradisjon for samarbeid mellom legetjenester og farmasøyter. I 2015 innførte National Health Service i England (NHS England) et pilotprosjekt der de finansierte en del av farmasøytens lønn når de ble ansatt ved et legekontor. Dette prosjektet ble i 2019 erstattet av Primary Care Networks, som innebærer at farmasøyter nå ansettes i nettverk på tvers av legepraksiser (Figur 4-1).

Figur 4-1: Samarbeid mellom legetjenesten og farmasøyter i England



Kilde: NHS England (2019). Note: Primary Care Networks innebærer at farmasøyter ansettes i nettverk på tvers av legepraksiser.

I NHS England legges det opp til at farmasøytene skal arbeide pasientfokusert med utgangspunkt i legepraksisene. Det skal både heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen og avlaste legene med konsultasjoner (Butterworth, et al., 2017). I England har de generelt hatt store problemer med å ansette tilstrekkelig med leger og å beholde de i jobben etter at de er ansatt. Fastlegene har en stor arbeidsbyrde, og derfor suppleres legene med andre helseprofesjoner, herunder farmasøyter.

Samarbeidet er organisert i Primary Care Networks

Fra 2015 til 2019 ansatte NHS England farmasøyter i legepraksiser, men har senere utvidet tilbudet til å gjelde blant annet psykologer og fysioterapeuter som ansettes i Primary Care Networks. Formålet med den nye organiseringen med ulike profesjoner som arbeider i team er å sikre den beste behandlingen for pasientene.

Hvert Primary Care Network dekker et geografisk område med mellom 30 000 og 50 000 pasienter, og nesten alle legepraksiser i England er nå en del av et

Primary Care Network. NHS England forventer at et Primary Care Network med 50 000 pasienter vil ha om lag seks kliniske farmasøyter ansatt på fulltid innen 2023-2024. Hvert enkelt Primary Care Network er organisert innenfor grensene av lokale styreenheter (Clinical Commissioning Groups) og har en klinisk leder som vanligvis er en av allmennlegene. Den kliniske lederens hovedansvar er å lede nettverkets kommunikasjon med NHS England.

NHS England har definert en rekke formål for Primary Care Networks:

1. Strukturerte legemiddelgjennomganger og optimalisering av behandling
2. Bedre helse på sykehjem
3. Dialog for å tilrettelegge for et helhetlig pasientforløp tilpasset pasientens ønsker
4. Persontilpasset behandling
5. Støtte tidlig diagnostisering av kreft
6. Forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer
7. Håndtere sosioøkonomiske ulikheter

Figur 4-2: Ulike ordninger for farmasøyter i England

Ansatt i legepraksis (2015-2019)	Primary Care Networks (2019 -)	Community farmasøyter
<ul style="list-style-type: none">• Inngår i det daglige arbeidet på legekantorene• Har konsultasjoner med pasientene• Formålet var primært å avlaste fastlegene	<ul style="list-style-type: none">• Ansatt i et nettverk av legepraksiser• Nettverket dekker 30 000 - 50 000 pasienter• Skal avlaste legene• Skal forbedre behandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Er ansatt på de lokale apotekene• Dekker en rekke legetjenester• Noen har pasientkonsultasjoner

Kilde: NHS England (2019), Pharmaceutical Services Negotiating Committee (2019).

Farmasøyten skal sikre riktig legemiddelbruk

Farmasøytenes viktigste rolle i nettverket er å sikre riktig legemiddelbruk. For å inngå i et Primary Care Network må farmasøytene dessuten ha forskrivningsrett eller være i gang med den nødvendige opplæringen for å få forskrivningsrett. I 2018 hadde om lag 11 prosent av farmasøytene tilegnet seg forskrivningsrett (Robinson, 2018). Forskrivningsrett gjør at farmasøytene kan ha selvstendige konsultasjoner med pasientene (uten at legen er til stede), og kan således i større grad komplementere og avlaste legens arbeid.

Farmasøytenes rolle i et Primary Care Network innenfor de definerte målområdene for nettverkene kan blant annet være (Petty, 2019):

1. **Strukturerte legemiddelgjennomganger og optimalisering av behandling:** Farmasøytenes hovedansvar.
2. **Bedre helse på sykehjem:** Farmasøytene følger beboerne tett, og foretar legemiddelgjennomganger, for eksempel dersom beboernes helse forverres.
3. **Dialog for å tilrettelegge for et helhetlig pasientforløp tilpasset pasientens ønsker:** Sikre god legemiddelbruk til skrøpelige eldre. I tillegg assistere leger og kommunale tjenester i gjennomgang av pasienter med multimorbiditet med hovedformål å sikre optimal legemiddelbruk.
4. **Persontilpasset behandling:** Farmasøyten kan henvise til andre fagpersoner, for eksempel for å hjelpe pasienter med høyt blodtrykk til å trene mer heller enn å skrive ut medisin som første tiltak.
5. **Støtte tidlig diagnostisering av kreft:** Henvise pasienter med symptomer.
6. **Forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer:** Optimal legemiddelbruk og livsstilsråd for pasienter med kjente hjerte- og karsykdommer, samt pasienter med økt risiko for å utvikle disse sykdommene.
7. **Håndtere sosioøkonomiske ulikheter:** Identifisere pasienter som kan medisineres på en bedre måte, for eksempel sørge for at pasienter får nødvendige vaksiner.

Farmasøytene kan møte pasientene på de forskjellige legeklinikkene eller hjemme hos pasienten selv. Utover å samarbeide med legene og andre profesjoner i nettverkene, er det også viktig at farmasøytene har et godt samarbeid seg imellom, for eksempel med apotekfarmasøyter og sykehusfarmasøyter.

Samarbeidet er finansiert

Fra 2019 finansierer NHS 70 prosent av farmasøytens lønn hvis de er ansatt i et Primary Care Network. Denne finansieringen er sikret de neste fem årene, inntil en ny finansiering skal forhandles. Dessuten får hvert Primary Care Network et tilskudd på £2,01 per pasient i nettverket som er ment å dekke utgiftene til nettverket, inklusiv den kliniske lederen av nettverket. NHS dekker dessuten en andel av andre fagpersoners lønn i nettverket.

I den tidligere modellen derimot, der farmasøyter ble ansatt i legepraksiser, betalte NHS England 60 prosent av en farmasøytens lønn det første året, 40 prosent det andre året og 20 prosent det tredje året. Deretter var det klinikken som måtte finansiere farmasøytens lønn.

Organisering i andre land i Storbritannia

Utover England har også de øvrige landene i Storbritannia erfaring med samarbeid mellom leger og farmasøyter. Modellene i de ulike landene har mange likhetstrekk og omfatter både farmasøyter ansatt i legepraksis eller i nettverk av legepraksiser, samt en utvidet rolle til apotekfarmasøyter. Alle stedene er initiativene til økt samarbeid primært drevet av mangel på fastleger.

Bedre IT-systemer i Wales

I Wales har IT-systemene blitt markant forbedret, noe som har gitt større muligheter for apotekfarmasøytene. De har nå bedre adgang til viktig informasjon om pasientene, blant annet legemiddelbruk og utskrivning fra sykehus. Planen er at systemet skal være helt integrert mot slutten av 2020. I Wales har samarbeidet mellom fastleger og farmasøyter generelt vært vellykket (Robinson, 2017).

Skottland – lokalt og uformelt samarbeid

I 2012 konkluderte Pharmacists' Defence Association at Skottland har den mest avanserte modellen for praksiser i UK (The Pharmacists' Defence Association, 2012). Det skyldes at landet er mindre og at det derfor er større muligheter for mer personlige og uformelle relasjoner enn i større land. Dette gjør det enklere å etablere samarbeid (Robinson, 2017).

I Skottland er det, i motsetning til i Wales, utfordringer med å etablere moderne IT-systemer som underbygger samarbeidet. Dette er problematisk for farmasøytene, som ikke har tilgang til for eksempel pasientenes historikk.

Mangel på farmasøyer i Nord-Irland

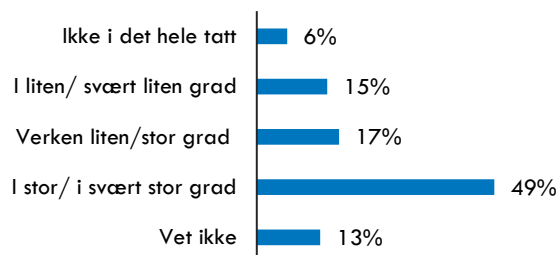
I Nord-Irland oppleves det en mangel på farmasøyer. Mange av de best kvalifiserte farmasøytene dro til England eller Irland for å jobbe der, etter at det ble innført besparelser i finansiering til farmasøyer i 2012. De opplever dessuten også utfordringer når det gjelder felles IT-systemer. På den andre siden har Nord-Irland hatt suksess med sitt initiativ med å ansette farmasøyer i fastlegepraksiser, og opplever blant annet gode resultater med initiativer til røykestopp på apotekene (Robinson, 2017).

Samarbeid i team kan være relevant i Norge

Ved å sikre at pasientene mottar behandling fra de fagpersonene med mest relevant kompetanse skal samarbeid i team sikre økt kvalitet på behandlingstilbudet i England (The King's Fund, 2019). Ettersom metoden er relativt ny er effektene av den nye samarbeidsformen fortsatt usikre, men det er allerede rapportert om positive erfaringer med bedret behandlingstilbud til pasientene (NHS England, 2019).

I vår spørreundersøkelse svarte nesten halvparten av farmasøytene at det vil være relevant å ansette kliniske farmasøyer i legepraksiser for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyer (Figur 4-3). En nesten like stor andel mente at det vil være relevant å ansette apotekfarmasøyer på legekontor.

Figur 4-3: Andel farmasøyer som mener det er relevant å ansette kliniske farmasøyer på legekontor



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyer, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvis man skal øke samarbeidet mellom farmasøyer og legetjenesten i kommunen, i hvilken grad er følgende alternativer relevant: Ansette kliniske farmasøyer (sykehusfarmasøyt eller tilsvarende rolle i fastlegepraksis) på legekontor?». N=206

Mens farmasøytene generelt er positivt innstilt til at farmasøyer og leger arbeider sammen på legekontor, er legene mer tilbakeholdende. Noen av legene fremhever at det er viktig at pasientene føler at de får en helhetlig behandling. De mener derfor at de som lege må ha hovedansvaret for pasienten. De er bekymret for at det kan føre til dårligere opplevelser hos pasientene hvis det blir «samlebåndsbehandling», der man først ser én fagperson, deretter en annen og en tredje.

Det er allerede planer om å øke samlokalisert samarbeid enkelte steder i Norge. I prosjektet «Helse i Hardanger» vil man fra 2020 begynne å behandle pasientene i team med blant annet leger, farmasøyer og psykologer. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Bergen og Helse i Hardanger. I en prøveperiode på tre år vil de ulike faggruppene være samlokalisert på Hardangerbadet der pasienter blir innlagt for en tverrfaglig behandling. I pilotperioden vil Helse i Hardanger ha fokus på pasienter med ulike kroniske sykdommer (Helse i Hardanger, 2019).

Et annet eksempel på utprøving av teamorganisering i norsk helsetjeneste er pilotprosjektet med primærhelseteam (Helsedirektoratet, 2017). Prosjektet ledes av Helsedirektoratet og gjennomføres ved 13 legekontor i ni ulike kommuner i perioden 2018-2023. Et primærhelseteam består av en fastlege, en sykepleier og en helsesekretær som arbeider sammen om den enkelte pasient. Målet med forsøket er å finne ut om primærhelseteam gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn dagens fastlegeordning. Alle listeinnbyggere er i målgruppen, men PHT skal særlig rettes mot brukere med kronisk sykdom, de med store og sammensatte behov og svake etterspørere. Forsøket innebærer foreløpig ikke farmasøyer som del av primærhelseteamet, men det har vært diskutert

om andre yrkesgrupper kan være aktuelle teamorganiseringen. Forsøket illustrerer uansett at teamorganisering trolig er på vei inn i norsk helsetjeneste, og at tverrfaglige team blir stadig viktigere i møte med pasienter som i økende grad har komplekse og sammensatte helseutfordringer.

4.2 Apotekfarmasøyter tilbyr helsetjenester

Siden 2005 har apotekfarmasøyter i England tilbudt flere ulike helsetjenester på apotekene. Hensikten er at apoteket skal komplementere Primary Care Networks for en bedre utnyttelse av apotekfarmasøytenes kompetanse. NHS finansierer helsetjenestene i apotekene med om lag 2,6 milliarder pund årlig de neste fem årene (NHS England, 2019).

Ifølge NHS England skal utlevering av legemidler fortsatt være en viktig del av apotekfarmasøyters oppgaver, samtidig som det nå er et skifte mot at det tilbys flere helsetjenester i apotek. Innføringen av helsetjenester på apotek finner sted med særlig fokus på mindre alvorlige sykdommer, samt kartlegging og forebygging av hjerte- og karsykdommer, kreft og generell dårlig helse (NHS England, 2019).

NHS England har anslått at om lag 20 millioner legekonsultasjoner ikke spesifikt krevde en fastleges kompetanse (NHS England, 2019). «NHS Community Pharmacist Consultation Service» er et nytt initiativ der pasientene kan bli henvist direkte til apotekene fra NHS' akutte telefon der dette er tilstrekkelig. Slike tilfeller kan for eksempel være relatert til mindre alvorlige sykdommer eller hvis pasienten har akutt behov for legemidler. En studie av konsultasjoner hos legevakten i Hordaland konkluderer med at en stor andel av konsultasjonene ikke krevde legekompentanse, men kunne vært løst med egenbehandling og rådgivning av blant annet farmasøyter (Welle-Nilsen, et al., 2011).

I Danmark ble det i 2019 innført en mulighet for at behandlerfarmasøyter kan fornye resepten på en rekke utvalgte legemidler uten å konsultere legene. Dette innebærer en begrenset behandlerrolle sammenlignet med farmasøyter i England, men trekker likevel i retning av at farmasøyter i større grad få ansvar for enkelte behandlingsoppgaver.

Gjennomgang av legemidler med pasienter blir flyttet til farmasøyter på legekontorer

Tidligere har apotekfarmasøytenes foretatt legemiddelgjennomgang, men dette er fra 2019 flyttet til kliniske farmasøyter som arbeider i Primary Care Networks. Dette gjør at farmasøytenes har tilgang til pasientenes journaler og kan gjennomføre

legemiddelgjennomganger mer effektivt (Petty, et al., 2005; NHS England, 2019)

En litteraturgjennomgang viste at fastlegene opplevde det som dobbeltarbeid at farmasøytenes gjennomgikk legemidler med pasientene, og at farmasøytenes rådgivning gikk utenfor deres opprinnelige mandat (Wright, 2016). Dette svarer til noen av bekymringene norske fastleger har hatt knyttet til medisinstart. Legene i England var mer positive til et initiativ som liknet medisinstart (New Medicines Service), men barrierene var fortsatt til stede.

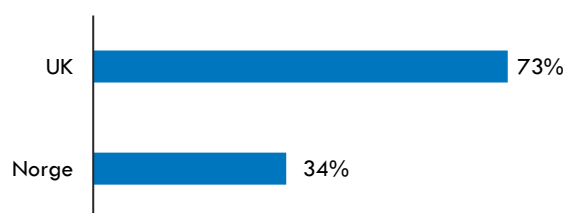
Positiv erfaring med vaksiner på apotek i England

I samarbeid med NHS England tilbyr apotekene vaksinasjoner. Apotekene kan selv henvende seg til pasienter som er berettiget til gratis influensavaksinasjoner, men for de fleste andre vaksinasjoner kreves en henvisning fra legen (NHS England, 2019).

I England har tilbud om influensavaksinasjon i apotek ført til at flere har blitt vaksinert, at det er større valgmuligheter for pasientene om når og hvor de kan ta vaksine og at det er billigere enn tidligere (Wright, 2016). De sterkeste motstanderne mot at farmasøytenes foretok influensavaksinasjoner på apotek var leger som tradisjonelt foretok vaksinasjoner og fikk godtgjørelse for det (Wright, 2016).

Ifølge tall fra OECD ligger andelen av befolkningen over 65 år med influensavaksinasjon i England over gjennomsnittet i OECD (om lag 42 prosent). Andelen lå også betydelig høyere enn i Norge i 2017 (Figur 4-4). I 2018/2019 var andelen av befolkningen med influensavaksine steget til 38,1 prosent i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019).

Figur 4-4: Andel av befolkning over 65 år med influensavaksinasjon i Norge og i UK, 2017



Kilde: OECD (2019), Health at a Glance. Tallet for Norge er estimert.

4.3 Erfaringer fra England

Forskere fra Nottingham University evaluerte i 2018 effektene av piloten med å ansette farmasøyter i legepraksiser (Mann, et al., 2018). De har ikke kunnet evaluere de medisinske effektene hos pasientene, men

de fant at farmasøyter i legetjenesten i England har ført til en rekke positive effekter:

1. Avmedisinering ved unødvendig lang legemiddelliste
2. Endringer i legemiddelbruken
3. Avlastning av legene
4. Bedre adgang til konsultasjoner for pasienter

Farmasøytene som var en del av prosjektet svarte at de i stor grad tok del i pasientfokusede oppgaver. 38 prosent svarte at de foretok legemiddelgjennomganger hver dag, mens 30 prosent svarte at de gjennomgikk legemidler flere ganger i uken. Mann et al. (2018) konkluderer med at en stor andel av legemiddelgjennomganger resulterer i seponering⁴. Farmasøytene støtter dessuten pasienter med psykisk sykdom, noe som har ledet til en reduksjon i bruk av opioider blant flere pasienter (Mann, et al., 2018).

Bush et al. (2017) undersøkte effektene av farmasøyter i legetjenesten i Dudley i England, og finner at involvering av farmasøyter generelt har positiv effekt. I løpet av de ni månedene de undersøkte, foretok farmasøytene 23 172 endringer i legemiddelbehandlingen av pasienter, hvorav legene i 95 prosent av tilfellene fulgte farmasøytens anbefalinger. I løpet av fire måneder sparte farmasøytene fastlegene for totalt 628 konsultasjoner. De konkluderer med at samarbeidet mellom leger og farmasøyter gir tryggere og bedre legemiddelbehandling og at de positive effektene oppveier omkostningene forbundet med å ansette farmasøyter.

Noen av de problemstillingene som Mann et al. (2018) peker på er at de farmasøytene som ble ansatt i legepraksisene ikke var forberedt for pasientfokusede arbeid fra starten av. Det krever derfor en større innsats fra fastlegene, særlig i begynnelsen siden

farmasøytene ikke kan fungere som reell avlastning for legene før de har fått den nødvendige opplæringen. Samtidig opplevde legene et misforhold mellom legenes forventninger og farmasøytens egentlige kunnskaper når farmasøytene ikke hadde tilstrekkelig erfaring.

En del av farmasøytens tid det første året går med til kursing, som er en del av pilotprosjektet. Dette er en belastning, særlig for mindre legepraksiser der farmasøytene kun er ansatt i en deltidsstilling. Avery (2017) peker på at farmasøyter i større grad bidrar med kvalitetssikring enn reell avlastning av leger.

Til tross for innfasingskostnader var fastlegene generelt interessert i å beholde farmasøytene etter den treårige perioden (Mann, et al., 2018). Enkelte leger ga uttrykk for at det var veldig tydelig når farmasøytene var fraværende.

Det er mange indikasjoner på positive effekter av samarbeid mellom leger og farmasøyter, mens kvantitative data og konklusjoner på effektene fortsatt er usikre (Wright, 2016). En rekke studier har undersøkt effektene av farmasøyter som forskrivere, herunder to litteraturgjennomganger av henholdsvis Weeks et al. (2016) og Tonna et al. (2007). Generelt finner de at farmasøyter (og sykepleiere) med rett kompetanse er like effektive og rasjonelle forskrivere som leger på utvalgte områder.

Hva som er effektene av Primary Care Networks er enda usikkert, ettersom prosjektet er helt nytt. Det finnes allerede case studier som viser positive virkninger av samarbeidet – både for personalet og for pasientene (NHS England, 2019). Ifølge The King's Fund er det imidlertid fortsatt en relativt lite utprøvd modell, og det vil derfor ta tid før man kan evaluere effektene av nettverkene.

⁴ Avslutte medisinsk behandling

5. Suksessfaktorer og barrierer for samarbeid

De viktigste suksessfaktorene for samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen er personlige relasjoner og fastsatte rammer for samarbeid. I tillegg trekkes tverrfaglighet på utdanningsnivå frem som en viktig faktor, og at det i senere tid har skjedd mye bra på dette feltet. Når det gjelder formalisert samarbeid, har vellykkede samarbeid ofte oppstått gjennom anbudsprosesser. Barrierer for tettere og bedre samarbeid er først og fremst mangel på digital løsning, manglende tillit og tradisjon for samarbeid mellom profesjonene, samt mangel på finansieringsordning som gir insentiver til samarbeid. Fra England er erfaringen at involveringen av farmasøyter bør fungere som avlastning for legene heller enn som en tilføring av nye oppgaver.

Gjennom spørreundersøkelsen og dybdeintervjuer har vi kartlagt i hvilken grad det i dag er samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter. Generelt viser kartleggingen at det er lite samarbeid.

I dette kapittelet beskriver vi hva som kjennetegner tilfellene der det har blitt etablert et velfungerende samarbeid, samt hva som er de viktigste barrierene for et tettere samarbeid.

5.1 Suksessfaktorer

Større sannsynlighet for samarbeid på små/lokale steder

Når det gjelder vellykkede samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen, tyder vår kartlegging på at det er større sannsynlighet for at det oppstår vellykkede samarbeid i mindre kommuner.

Funnet om at det er lettere å få til et samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i mindre kommuner støttes av resultatene fra spørreundersøkelsen. Blant apotekfarmasøytene som arbeider i kommuner med få innbyggere var andelen som oppga at de i stor eller svært stor grad samarbeider med legetjenesten i kommunen større enn blant de som arbeider i større kommuner (Tabell 5-1). Den eneste legetjenesten apotekfarmasøytene i mindre kommuner ikke oppga å ha større grad av samarbeid med var sykehusleger. Dette skyldes antakelig at mange av de minste kommunene ikke har eget sykehus.

Tabell 5-1: Andel farmasøyter som oppgir å ha et samarbeid med ulike deler av legetjenesten etter antall innbyggere i kommunen

Antall innbyggere	Fastleger	Kommuneoverleger	Legevaktleger	KADleger	Sykehjemsleger	Helsestasjonleger	Sykehusleger	Frisklivs-sentral
Under 5 000	44 %	11 %	22 %	11 %	22 %	22 %	0 %	11 %
Mellom 5 000 og 20 000	38 %	6 %	8 %	3 %	20 %	3 %	14 %	0 %
Mellom 20 000 og 50 000	33 %	5 %	0 %	0 %	5 %	0 %	21 %	0 %
Over 50 000	25 %	2 %	8 %	3 %	5 %	7 %	14 %	2 %

Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad har du samarbeid med følgende legetjenester?». N=192. Kun svar fra apotekfarmasøyter er inkludert i tabellen. Tabellen viser antall respondenter som svarte at de i stor eller svært stor grad har et samarbeid med de ulike legetjenestene.

Det kan være flere ulike grunner til at det i større grad er velfungerende samarbeid mellom farmasøyter og den kommunale legetjenesten i små kommuner. De farmasøytene vi har intervjuet som har hatt vellykkede samarbeid trekker særlig fram at terskelen er lavere for å initiere et samarbeid dersom det allerede er en relasjon mellom legen og farmasøyten. På mindre steder er det mer sannsynlig at legen og farmasøyten allerede har en viss

kjennskap til hverandre, noe som igjen gjør det lettere å ta kontakt.

Videre kan det også være en viktig forutsetning for et godt samarbeid at legetjenesten kjenner til farmasøytens kompetanse og har tillit til farmasøyten. Gjennom intervjuene har vi også fått høre historier om hvor partene har vært fornøyde med samarbeidet, og etter å ha blitt kjent med hverandres kompetanse har

funnet nye områder å samarbeide på. Uavhengig av kommunestørrelse er det derfor viktig å opprette arenaer og møteplasser hvor legetjenesten og farmasøyt jobber tett sammen for å få kjennskap til hverandres kompetanse, og på den måten legge grunnlaget for et tettere faglig samarbeid.

Det kan også være at et lavere antall aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjør det lettere for de ansatte i legetjenesten å forholde seg til farmasøyt og vice versa. Om det for eksempel kun er ett apotek i en kommune kan dette være enklere og mer forutsigbart for legetjenesten å forholde seg til enn om det er mange apotek i kommunen.

Fastsatte rammer

Et annet kjennetegn ved vellykkede samarbeid er at det er definerte rammer for samarbeidet. Noe av problemet med dagens sporadiske ad hoc-kommunikasjon er at samarbeidet kan bli ineffektivt fordi det er avhengig av at begge parter har mulighet på det aktuelle tidspunktet. Resultatet blir ofte venting og at kommunikasjonen oppfattes mer som en forstyrrelse i arbeidet heller enn noe verdifullt. Ved å ha et formalisert samarbeid med avtalte samarbeidstidspunkt og fastsatte oppgaver vil samarbeidet i større grad kunne inngå som en naturlig del av arbeidet. Flere av både legene og farmasøytene vi har snakket med gir utrykk for at det mangler naturlige fysiske møtesteder for samarbeid i dag. I England har dette vært løst ved at tiltak til økt samarbeid hovedsakelig har dreiet seg om at farmasøyt ansettes på legekontor.

Flere leger har fortalt om velfungerende, formaliserte samarbeid med apotekfarmasøyt i form av faste avtaler om legemiddelgjennomgang i fellesskap. Samarbeidet bestod av at det ble avsatt faste tider til legemiddelgjennomgang av pasienter i hjemmetjenesten. Legemiddelgjennomgangene ble gjennomført i fellesskap av fastlegen, en apotekfarmasøyt og en sykepleier på legekantoret. Det å gjennomføre en strukturert legemiddelgjennomgang i fellesskap på legekantoret muliggjør en faglig diskusjon som kan være til nytte for pasientene, samtidig som arbeidet finner sted innenfor effektive rammer for legene.

Anbud benyttes mest for å igangsette formalisert samarbeid

Av de eksisterende formaliserte samarbeidene er det mange som har oppstått etter en anbudsprosess fra kommunen for å innhente farmasøytiske tjenester.

I tillegg synes anbud generelt å være en god prosess for å sikre mer formalisert samarbeid mellom legetjenesten og farmasøyt. I motsetning til mer spontane igangsettelser, er anbud en systematisert, velkjent og rettferdig måte å sikre at oppgavene som defineres i anbudet dekkes. På den andre siden kan

anbud være en barriere, da det kan gi uforutsigbarhet i samarbeidet (se avsnitt 5.2).

Tverrfaglighet innen medisin- og farmasiutdanning

En annen ting som trekkes fram som en viktig forutsetning for godt samarbeid er at det blir mer oppmerksomhet rundt verdien av tverrfaglig samarbeid i utdannelsen. Dette gir en økt forståelse av muligheten for og gevinstene av samhandling, samtidig som det gir økt kjennskap til hva slags kompetanse andre fagfolk innehar, og hvordan denne kan brukes sammen med egen kompetanse.

De siste årene har det blitt mer fokus på tverrfaglighet og verdien av samarbeid på utdanningssiden, noe mange av de vi har snakket med trekker fram som veldig positivt. Blant annet har Legemiddelverkets seminar for farmasi- og medisin-studenter blitt trukket frem som et nyttig tiltak for økt samhandling. Tilsvarende har Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) sitt kurs om legemiddelgjennomgang i allmennpraksis blitt trukket fram som et godt eksempel på tiltak for å øke fokus på legemiddelbruk.

I tillegg har flere vi har snakket med inntrykk av at det er større grad av samarbeid mellom yngre leger og farmasøyt sammenlignet med eldre. Dette kan tolkes som at den økte oppmerksomheten på samhandling i studiet allerede har hatt effekt.

England: Farmasøytene er avlastning heller enn en byrde for legene

Den primære suksessfaktoren i England er at farmasøytene kan forskrive legemidler for visse akutte og kroniske sykdommer. Dette har gjort at farmasøytene i større grad kan avlaste legene, heller enn å generere ekstra oppgaver.

Andre viktige læringer fra England er at det tar tid å etablere samarbeid; det krever sterke relasjoner og et tydelig lederskap med en klar visjon for arbeidet for å lykkes. Dessuten er det obligatorisk etterutdanning for alle farmasøyt som blir ansatt i Primary Care Networks. Det sikrer at farmasøytens kompetanse er oppdatert og kvalitetssikret, og at de har de nødvendige kunnskapene og ferdigheter til å bidra til samarbeidet.

5.2 Barrierer

Manglende elektronisk samhandlingsløsning

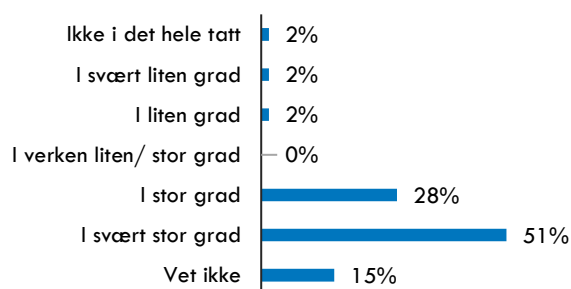
Når det gjelder barrierer for tettere samarbeid mellom farmasøyt og legetjenesten i kommunen er mangel på en digital løsning et tema som ofte blir nevnt. Slik systemet er i dag innebærer kommunikasjon mellom farmasøyt og lege ofte enveis kommunikasjon, uten mulighet til å kunne svare tilbake. Mangel på en god digital løsning gjør at kommunikasjonen blir mer

tungvint, som igjen gjør det vanskeligere å skape et godt samarbeidsgrunnlag.

I tillegg har farmasøyter i apotek svært begrenset tilgang til informasjon om pasientene. Det gir begrensninger for deres forståelse av pasientens legemiddelbehandling.

I spørreundersøkelsen svarte nesten 80 prosent av farmasøytene at manglende digital løsning i stor eller svært stor grad hindrer tettere samarbeid med legetjenesten (Figur 5-1). I spørreundersøkelsen ble det totalt stilt spørsmål om 11 ulike mulige barrierer for tettere samarbeid. Av disse ble manglende digitale løsninger vurdert å være den største barrieren, mens det at legene ikke har god nok kjennskap til farmasøytene kompetanse ble vurdert som den nest største barrieren.

Figur 5-1: Farmasøytens oppfatning av i hvilken grad manglende digital løsning hindrer tettere samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad hindrer manglende digital løsning tettere samarbeid mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter?». N=183. Kun svar fra apotekfarmasøyter er inkludert i figuren.

Manglende IT-løsninger er også noe som utfordrer samarbeidet mellom leger og farmasøyter i UK. Erfaringen er at samarbeidet blir mindre effektivt og vanskeligere å etablere om det ikke eksisterer gode digitale løsninger til både kommunikasjon og journaler (Wright, 2016).

Manglende tillit/profesjonskamp

En annen barriere som ofte blir nevnt er manglende tillit til den andre parten og en pågående profesjonskamp mellom farmasøyter og leger. Også i vårt arbeid har det blitt tydelig at de ulike partene har ulike oppfatninger av hverandre og av et potensielt samarbeid.

På den ene siden opplever farmasøytene at leger ikke innser verdien av deres kompetanse og verdien av et mulig samarbeid. På den annen side opplever legene at deler av behandlingen og kontakten med pasientene kan bli gitt videre til andre profesjoner,

noe som kan innebære at behandlingen blir oppstykket og at det ikke lenger er en helhetlig forståelse av pasienten. Det virker derimot som om legene er betydelig mer positivt innstilt til kommunefarmasøyter enn til apotekfarmasøyter. Dette antyder at det legene er mest skeptiske til er apotekfarmasøytene kommersielle tilknytning.

En annen ting som kan gjøre etablert samarbeid mellom apotek og legetjenesten vanskeligere i praksis, er at et systematisk samarbeid mellom et legekontor og et apotek kan tenkes å gå utover det frie apotekvalget til pasientene. Et eventuelt formalisert samarbeid mellom kommune og apotek må derfor være organisert på en slik måte at det ikke påvirker konkurransesituasjonen mellom de ulike apotekkjedene.

Krav til anbud kan gi uforutsigbare rammer

Utover å være et positivt skritt i retning av et etablert samarbeid (se avsnitt 5.1), er anbudsprosesser avgjørende for samarbeidets form. Det er få tilfeller av rene avtaler for legemiddelgjennomgang og annet samarbeid mellom apotekfarmasøyt og lege. Kravet til anbudsavtale kan derimot fortrenge samarbeidet med lokalt apotek eller gi mangelfulle økonomiske rammer ettersom de primært synes å være knyttet til multidoser.

Hvis anbudsvinner er et nytt apotek må man opprette en ny relasjon for samarbeidet, noe som kan gi begrenset interesse for samarbeid ettersom legen vet at det ikke nødvendigvis er langvarig.

Anbudsprosesser kan på den måten gi uforutsigbare rammer for samarbeid, ettersom bytte av leverandør av farmasøytiske tjenester gjør at man ikke lenger har en personlig relasjon til leverandøren. Dette gjør at det i praksis kan føles som å starte på nytt hver gang tjenesten utlyses på nytt.

Behov for finansieringsløsning som understøtter samarbeid

For å få til et godt og velfungerende samarbeid, særlig i større skala, er det også viktig at samarbeidet finansieres på en hensiktsmessig måte. Dette er viktig for at de involverte partene skal ha en interesse av et samarbeid.

Både leger og farmasøyter nevner i intervju at hensiktsmessige takster er viktige for at fastleger skal ha interesse av å prioritere samarbeid med farmasøyter. Og selv om det eksisterer takster for tverrfaglig samarbeid og legemiddelgjennomgang i dag, understøtter de ifølge leger og farmasøyter ikke samarbeid i stor nok grad.

Av de legene vi har snakket med som samarbeider med apotekfarmasøyter trekker flere frem at samarbeidet burde være bedre finansiert for at de

skal vurdere samarbeid som mer aktuelt. Noen leger oppgir at den aktuelle taksten (2LD – systematisk legemiddelgjennomgang i tråd med Helsedirektoratets veileder) er relativt lav med hensyn på tidsbruk ved samarbeid med farmasøyt. Ettersom taksten er den samme uavhengig av om en farmasøyt inngår i arbeidet eller ikke, er det ikke noe finansielt incentiv for legen til å samarbeide. Generelt synes ikke dagens finansieringsordning å gi tilstrekkelige insentiver til samarbeid og økt bruk av farmasøytisk kompetanse.

I England er det stort fokus på at samarbeidet mellom leger og farmasøyer skal finansieres. I pilot-prosjektet som begynte i 2015 dekket NHS England 60 prosent av en klinisk farmasøytis lønn det første året, 40 prosent det andre året og 20 prosent det tredje året. Deretter måtte klinikken finansiere farmasøytens lønn. Tanken bak denne finansieringsordningen var at legene i løpet av

prosjektperioden ser verdien av samarbeidet med farmasøyt, slik at det er større sannsynlighet for at de er villige til å betale for farmasøyt etter at piloten tar slutt. Denne finansieringsmetoden var ikke nødvendigvis bærekraftig, fordi det var usikkert hvor mange fastleger som ville finansiere farmasøyer etter endt prosjektperiode. Dette særlig fordi farmasøytene bidro mest til økt kvalitet og sikkerhet, men mindre til direkte avlastning av legene (Avery, 2017).

Den nye modellen dekker lønnen de neste fem årene, med stor sannsynlighet for at NHS velger å fortsette finansieringen. Problemet med denne finansieringstypen er ifølge The King's Fund (2019), at Primary Care Networks får penger per pasient og at det er krav om tverrfaglighet. Dette kan gi problemer i utsatte områder, som har «dyre» pasienter og samtidig har problemer med å ansette kompetente medarbeidere.

6. Samlet drøfting

Vår kartlegging viser at samarbeidet mellom farmasøyter og leger i dag er begrenset. Flere praksiser og kommuner har fått til samarbeid, men få er stabile over tid. Farmasøytene ønsker mer samarbeid, mens oppfatningene blant legene er delte. Det er fortsatt en rekke barrierer for å få til et tettere samarbeid, som manglende finansiering av samarbeidsaktiviteter.

Kjennskap til hverandres kompetanse bidrar til å gjøre samarbeid lettere. Erfaringer fra England viser at med tydelige rammer kan samarbeid mellom leger og farmasøyter gi både avlastning for leger og bedre legemiddelbruk.

6.1 Viktigste erfaringer fra dagens samarbeid

Det er fortsatt et potensial for å bedre legemiddelbruken i befolkningen. Flere aktører i helsetjenesten har pekt på at farmasøytens kompetanse kan utnyttes i større grad enn i dag for å bidra til bedre legemiddelbruk og behandlingstilbud til pasientene. Farmasøytene kan i tillegg medvirke til bedre utnyttelse av ressurser for å oppnå trygg og god legemiddelbehandling. Dette forutsetter

imidlertid at tiltak gjennomføres for å redusere barrierene som begrenser vellykkede samarbeid (se avsnitt 5.2).

Begrenset samarbeid i dag

Vår kartlegging har vist at det er begrenset samarbeid mellom leger og farmasøyter og at samarbeidet i liten grad er formalisert. Samlet sett ønsker flere et tettere samarbeid mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen.

Delte oppfatninger blant legene om samarbeid

Det er delte oppfatninger blant legene om økt samarbeid med farmasøyter. Det er noen som mener at et økt samarbeid er ønskelig og kan gi gevinster i form av bedre legemiddelbruk, mens andre mener det ikke er behov for økt samarbeid, og at dagens situasjon med begrenset samarbeid fungerer fint.

Flere leger peker på at det er problematisk at apotekfarmasøyter er knyttet til salg av andre varer enn legemidler, da de er bekymret for om farmasøytene evner å adskille rollen som helsepersonell og kommersielle interesser.

Samtidig er leger med erfaring fra samarbeid med farmasøyter generelt mer positive til økt samarbeid. Kjennskap til hverandres kompetanse og tydelig rolleavklaring kan trolig ytterligere bygge ned barrierene for samarbeid.

Figur 6-1: Våre hovedfunn



Behov for bedre legemiddelbruk og systematisk kvalitetsarbeid



Begrenset samarbeid mellom leger og farmasøyter i dag



Delte oppfatninger blant legene om samarbeid, men de med erfaring er mer positive



Potensial for bedre utnyttelse av farmasøytens kompetanse. Farmasøytene ønsker økt samarbeid



Behov for forutsigbare rammer og finansieringsløsninger som gir insentiver til samarbeid



Kjennskap til hverandres kompetanse stimulerer til samarbeid



Digitale plattformer for kommunikasjon og fysiske møteplasser etterspørres



Positive erfaringer fra England, gitt gode rammer

Illustrasjon: Oslo Economics

Kjennskap til kompetanse øker samarbeid

Generelt virker det som at samarbeid er enklere om det allerede eksisterer en personlig relasjon, for eksempel på mindre steder med tettere nærmiljø hvor folk generelt kjenner hverandre bedre. Dette understøttes videre av at tilfeller der farmasøyter og

leger har jobbet sammen gjennom ulike initiativer ofte har ført til et velfungerende samarbeid senere. Det tyder på at det å få skapt en relasjon på en eller annen måte bidrar til økt kjennskap til den andres kompetanse, som igjen kan gjøre det lettere å se verdien av et samarbeid. Arenaer og møteplasser

hvor profesjonene får kjennskap til hverandres kompetanse kan derfor gi grunnlag for tettere fremtidig samarbeid.

Viktig å ha egnede kommunikasjonsløsninger

Flere av våre informanter har oppgitt at for å legge til rette for et godt samarbeid er det behov for egnede kommunikasjonskanaler mellom leger og farmasøyter. Dette gjelder særlig for et økt fremtidig samarbeid, men også for å gjøre eksisterende samarbeid og kommunikasjon mer effektiv. Når det gjelder farmasøyter i apotek vanskeliggjøres et tettere samarbeid også av begrenset tilgang til informasjon om pasientene, noe som gir begrenset forståelse av pasientens legemiddelbehandling. En effektiv digital løsning som understøtter samarbeid vil kunne bidra til å gjøre avklaringer enklere og generelt muliggjøre en bedre samhandling.

Fysiske møteplasser etterspørres

Både leger og farmasøyter oppgir at det generelt mangler naturlige fysiske møtesteder i kommunene for de to profesjonene. En studie fra Island peker på at legers tillit og kjennskap til farmasøyters kompetanse i stor grad oppstår når de to profesjonene samhandler (Blondal, et al., 2017). At de to profesjonene opplever en mangel på naturlige møtesteder, er derfor en barriere for økt samarbeid. Derfor er det også flere, særlig farmasøyter, som etterspør flere fysiske møteplasser

6.2 Veien videre

Med utgangspunkt i kartleggingen har vi identifisert mulige tiltak for å øke samarbeidet mellom leger og farmasøyter. Dette er ikke en uttømmende liste over relevante tiltak og initiativer. Mulige tiltak og kostnadene og nytten ved disse bør utredes nærmere før de iverksettes.

Utviklingen mot mer samarbeid er allerede i gang, og vil trolig gi økt samarbeid i fremtiden

Flere av både legene og farmasøytene vi har snakket med gir uttrykk for at det er blitt mer oppmerksomhet rundt samarbeid mellom leger og farmasøyter på utdanningsnivå, og at yngre fagfolk har større kjennskap til de ulike profesjonenes kompetanse.

Flere tverrfaglige prosjekter er allerede igangsatt iverksatt for å styrke samarbeidsrelasjonene mellom leger og farmasøyter i både primær- og spesialisthelsetjenesten, som for eksempel Helse i Hardanger. Det har også generelt blitt et stadig økende fokus på tverrfaglig samarbeid i Norge. Det finnes imidlertid ikke én enkelt løsning, og selv om det er ventet at vi vil se mer samarbeid mellom leger og farmasøyter i fremtiden, synes det å være behov for ytterligere tiltak.

Positive erfaringer fra samarbeid i England, men viktig med gode rammer

Bakgrunnen til initiativene for økt samarbeid mellom leger og farmasøyter er i stor grad drevet av at det er mangel på leger i England. Det er derfor helt essensielt at farmasøytene kan fungere som en avlastning for legene. Dessuten kan det på lengre sikt bidra til å redusere utgiftene til helsesektoren, da overmedisinering er dyrt – både i utgifter til unødvendig medisin og risiko for følgesykdommer og innleggelse. I England har de ulike initiativene ført til økt samarbeid mellom leger og farmasøyter, og erfaringene så langt understreker viktigheten av at farmasøytene fungerer som avlastning for legene heller enn en kilde til ekstraarbeid. I tillegg viser erfaringene fra England at det tar tid å skape den nødvendige tilliten til farmasøytene kompetanse, og at det er avgjørende at myndighetene bidrar til å skape gode rammer for samarbeid.

De viktigste erfaringene fra England om hvordan man skaper rammene for bedre samarbeid er:

1. At farmasøytene har kompetanse til å avlaste legene
2. IT-systemer som understøtter samarbeidet
3. Det tar tid å skape den nødvendige tilliten til farmasøytene kompetanse
4. Tilstrekkelig utdanning av farmasøyter
5. Finansieringsløsninger som understøtter samarbeidet

Hvis en lignende samarbeidsform skal være relevant i Norge vil det kreve at legene opplever farmasøyter som en avlastende ressurs og at samarbeidet ikke oppleves som noe som krever ekstra tid og utløser en lav takst. Dette vil også kreve gode organisatoriske forutsetninger slik at et eventuelt tettere samarbeid foregår gjennom arbeidsfordeling i avklarte roller heller enn som separate helsetjenester. Utover godt samarbeid med legene, og eventuelle andre profesjoner, har det i tillegg vært viktig at farmasøytene har et godt samarbeid seg imellom, for eksempel mellom apotekfarmasøyt og sykehusfarmasøyter.

En lignende samarbeidsform som i England må understøttes av ekstra utdanning av farmasøytene, og krever både en kulturendring og en forståelse for farmasøytene kompetanse. Dessuten må samarbeidet finansieres på en hensiktsmessig måte. Satsingen i England har krevd vesentlig tilleggsfinansiering, samt utvikling av nye samarbeidsformer, men synes så langt å gi gode resultater.

Norge har en annen organisering, finansiering og ressurstilgang enn England. Erfaringene fra England er følgelig ikke direkte overførbare, men må tilpasses den norske konteksten. Legene er videre særlig opptatt av

å formidle at rammene for fastlegene praksisene må bli bedre og at samarbeid med farmasøyter ikke er den primære løsningen på dette. Den samlede legedekningen er bedre i Norge enn i England.

Hensiktsmessig finansiering kan bidra til samarbeid

Mesteparten av det samarbeidet som eksisterer i dag er i liten grad finansiert. Både leger og farmasøyter tydeliggjør viktigheten av finansieringsløsninger som gir incentiver til samarbeid. For eksempel trekkes det fram at hensiktsmessige takster er viktige for at fastleger skal prioritere et samarbeid med farmasøyter. Selv om det eksisterer takster for fastleger for tverrfaglig samarbeid i dag, understøtter de ifølge leger og farmasøyter ikke samarbeid i stor nok grad. Hensiktsmessig finansiering av samarbeidet er avgjørende for at de involverte partene skal ha interesse for et samarbeid.

Kommunefarmasøyter både på system- og pasientnivå?

Legene er svært positive til kommunefarmasøytene, også de som ikke har erfaring fra slikt samarbeid selv. Det er stor variasjon i hva kommunefarmasøytene jobber med, men de fleste jobber primært på systemnivå og opplever at de ikke har kapasitet til å følge opp enkeltpasienter i det omfang det er behov for. Flere kommunefarmasøyter uttrykker derfor et ønske om at det blir ansatt flere kommunefarmasøyter, så det også blir mulig å sikre arbeid på pasientnivå. Dette må vurderes opp mot alternative løsninger som bruk av apotekfarmasøytene kompetanse eller tverrfaglige team.

Det synes også hensiktsmessig å tydeliggjøre hva kommunefarmasøytene rolle skal være ettersom den i dag synes å variere fra kommune til kommune. Det er bare et fåtall kommuner som har en slik ordning i dag, og det kan derfor vurderes om ordningen i noen form bør utbredes til flere kommuner.

I dag synes det krevende for kommunene å prioritere finansiering til farmasøytens arbeid utover basisoppgavene. Og særlig for mindre kommuner virker det ikke realistisk prioritere å ansette en eller flere kommunefarmasøyter.

Utnytte farmasøytens kompetanse bedre

For å øke involveringen av farmasøytisk kompetanse i legetjenesten i kommunen, virker den farmasøytiske kompetansen som finnes i ulike apotek som et aktuelt alternativ. I mange tilfeller har apotekfarmasøyter

både utnyttet kapasitet og en kompetanse som de ikke fullt ut får utnyttet i sitt daglige arbeid. Tjenestekjøp av apotekfarmasøyter kan være en effektiv og fleksibel måte å involvere farmasøytisk kompetanse der det er hensiktsmessig. Dette kan skje ved bruk av anbud fra kommunene eller nasjonale takster.

Farmasøyter har faglig kompetanse som kan utnyttes i større grad enn i dag for å sikre bedre legemiddelbruk. I tillegg kan mulighet til å i større grad bruke sin faglige kompetanse i det daglige arbeidet dessuten kunne bidra til å gjøre yrket som apotekfarmasøyt mer attraktivt og gi høyere jobbtillfredshet. Mange apotekfarmasøyter gir uttrykk for at de gjerne vil utnytte sin kompetanse i større grad og er positivt innstilt til muligheten for etterutdanning for å få nødvendig kompetanseløft. Apotekfarmasøyter anser seg selv først og fremst som helsepersonell og i mindre grad som næringsdrivende med kommersielle interesser.

En utfordring med dette er derimot at de fleste legene vi har snakket med er skeptiske til apotekfarmasøyter på grunn av deres kommersielle tilknytning, og er mer positive til farmasøyter ansatt i kommunen. En alternativ måte å bedre utnytte farmasøytene kompetanse er å ansette kliniske farmasøyter i legekontor, alternativt i nettverk av legekontor som er gjort i England. En stor del av farmasøytene gir i spørreundersøkelsen uttrykk for at de mener det vil være relevant å ansette farmasøyter på legekontor.

Flere har også pekt på at tverrfaglige team som nå prøves ut i primærhelsetjenesten også kan inkludere farmasøyter, enten som ansatte eller i form av tjenestekjøp av apotekfarmasøyter på deltid. Formålet med å involvere farmasøyter ytterligere i helsetjenesten bør være å heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen og samtidig frigjøre ressurser hos annet helsepersonell.

Felles for de ulike måtene å øke samarbeidet mellom farmasøyter og legetjenesten i kommunen er viktigheten av de riktige rammene for samarbeid. Finansieringsløsninger som gir intensiver til samarbeid, og samtidig sikrer kontinuitet i samarbeidsrelasjonen, synes å være avgjørende for å legge til rette for, og opprettholde, økt samarbeid mellom leger og farmasøyter. Kjennskap til hverandres kompetanse, fastsatte rammer for samarbeid og gode samarbeidsplattformer er også viktig for å sikre et velfungerende samarbeid.

7. Referanser

- Pharmaceutical Services Negotiating Committee, 2019. *About Community Pharmacy*. [Internett] Available at: <https://psnc.org.uk/psncs-work/about-community-pharmacy/> [Funnet desember 2019].
- Avery, A., 2017. Pharmacists working in general practice: can they help tackle the current workload crisis?. *British Journal of General Practice (editorial)*, pp. 390- 391.
- Bartlett, D., 2019. *What a primary care network pharmacist really does*. [Internett] Available at: <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/opinion/blogs/what-a-primary-care-network-pharmacist-really-does/20207038.blog?firstPass=false> [Funnet 2. Desember 2019].
- Berre, L. M., 2012. *Legemiddelgjennomgang hos pasienter i allmennpraksis*, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Blondal, A. B., Sporrang, S. K. & Almarsdottir, A. B., 2017. Introducing Pharmaceutical Care to Primary Care in Iceland - An Action Research Study. *Pharmacy*, 26. April.5(23).
- Bush, J. et al., 2018. Clinical pharmacists in general practice: an initial evaluation of activity in one English primary care organisation. *International Journal of Pharmceutical Practise*, Issue 26, pp. 501-506.
- Butterworth, J. et al., 2017. Pharmacists' perceptions of their emergin general practice roles in UK primary care: a qualitative interview study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(662), pp. 650-658.
- Eines, T. F. & Måløy, E., 2016. *Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomgang og samstemming av medisinalister - Løsningen på økt pasientsikkerhet?*, s.l.: Møreforskning.
- Eines, T. F., Måløy, E. & Ødegård, A., 2018. Investigating the utility of medication reviews amongst elderly home care patients in Norway - An interprofessional perspective. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, Volum 13, pp. 83-89.
- Folkhelseinstituttet, 2019. *Norges helse Statistikkbank*. [Internett] Available at:
- <http://www.norges helse.no/norges helse/> [Funnet 8. Januar 2020].
- Geurts, M. M. E., Talsma, J., Brouwers, J. R. B. J. & Gier, J. J. d., 2012. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(1), pp. 16-33.
- Goldfine, E., 2013. *Legemiddelgjennomgang hos pasienter i allmennpraksis*, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo.
- Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A. G. & Viktil, K. K., 2010. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Volum 28, pp. 82-88.
- Halvorsen, K. H., Stensland, P. & Granas, A. G., 2011. A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*, Volum 19, pp. 350-357.
- Helse i Hardanger, 2019. *Helse i Hardanger*. [Internett] Available at: <https://helseihardanger.no/> [Funnet 10. december 2019].
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. *Meld. St. 28 (2014-2015)*. s.l.:s.n.
- Helsedirektoratet, 2017. *Primærhelseteam. Kvalitet, Ledelse og Finansiering. Rapport IS-2656*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Johansson, K., 2013. *Läkemedelsgenombgångar i primärvården - ett samarbete mellanapoteksfarmaceut och husläkare*, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo.
- Mandt, I., Horn, A. M. & Granås, A. G., 2009. Samhandling mellom allmennleger og apotek. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 129(18), pp. 1846-1849.
- Mann, C. et al., 2018. *Clinical Pharmacists in General Practice*. *The University of Nottingham*.
- NHS England, 2019. *Case study: South-Coast Medical Group*. [Internett] Available at: <https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/south-coast-medical-group-primary-care->

[network-supporting-the-demand-on-primary-care/](#)
[Funnet november 2019].

NHS England, 2019. *PCN briefing for pharmacy teams*. [Internett]
Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/06/pcn-briefing-for-pharmacy-teams.pdf>
[Funnet November 2019].

NHS England, 2019. *Primary care networks: A briefing for pharmacy teams*. [Internett]
Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/06/pcn-briefing-for-pharmacy-teams.pdf>
[Funnet november 2019].

NHS England, 2019. *Service Specification: Community pharmacy seasonal influenza vaccination*. [Internett]
Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/19-20-service-specification-for-seasonal-flu.pdf>
[Funnet 8. Januar 2020].

NHS England, 2019. *The Community Pharmacy Contractual Framework for 2019/20 to 2023/24: supporting delivery for the NHS Long Term Plan*. [Internett]
Available at:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/819601/cpcf-2019-to-2024.pdf
[Funnet November 2019].

NHS England, 2019. *The NHS Long Term Plan*. [Internett]
Available at: <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhslong-term-plan-june-2019.pdf>
[Funnet November 2019].

Næss, G., Bing-Jonsson, P. & Gyltnes, K. A. Ø., 2011. *Bedre samhandling om multisyke eldre: Kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten, s.l.: Høgskolen i Vestfold*.

Olsen, R. M. & Devik, S. A., 2016. *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet – en oppsummering av kunnskap, s.l.: Senter for omsorgsforskning*.

Pearce, C., 2019. Five things that make a “clinical” pharmacist, according to NHS England.. *The Pharmacist*, 15. april.

Petty, D., 2019. *Clinical pharmacist roles in primary care networks*. [Internett]
Available at: <https://www.prescriber.co.uk/wp-content/uploads/sites/23/2019/11/Clinical->

[pharmacists-AC-made.pdf](#)
[Funnet Desember 2019].

Petty, D., Rayner, T., Zermansky, A. & Alldred, D., 2005. Medication review by pharmacists — the evidence still suggests benefit. *The Pharmaceutical Journal*, Issue 274, p. 618.

Pharmaceutical Services Negotiating Committee, 2015. *NHS Community Pharmacy services – a summary*. [Internett]
Available at: <https://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2015/06/CPCF-summary-June-2015.pdf>
[Funnet desember 2019].

Riksvold, E., 2012. Legemiddelgjennomgang i sykehjem og hjemmetjenesten i Tromsø kommune. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, Volum 6, pp. 12-13.

Robinson, J., 2017. Robinson, J. (2017). Diverging community pharmacy practice across the four UK nations. T. *The pharmaceutical Journal A Royal Pharmaceutical Society publication*. , 1 December.

Robinson, J., 2018. *The trials and triumphs of pharmacist independent prescribers*. [Internett]
Available at: <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/features/the-trials-and-triumphs-of-pharmacist-independent-prescribers/20204489.article?firstPass=false>
[Funnet 6. Januar 2020].

Ruths, S., Straand, J. & Nygaard, H. A., 2003. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *BMJ Quality & Safety*, Volum 12, pp. 176-180.

Simon, C. F. E. F. A. W. C. & A. S., 2018. What is the root cause of the GP workforce crisis?. *British Journal of General Practice*, 68(677), pp. 589-590.

Skjørholm, A. E. & Devik, S. A., 2012. *Ambulerende tverrfaglig team – riktigere legemiddelbruk, s.l.: Midtre Namdal Samkommune*.

Stadeløkken, T., 2017. *Legemiddelgjennomgang ved sykehjem i Nord-Gudbrandsdalen. Kartlegging av legemiddelbruk og legemiddelrelaterte problemer ved fire sykehjem i Nord-Gudbrandsdalen*, Mastergradsoppgave i farmasi: Institutt for farmasi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet.

The King's Fund, 2019. *kingsfund.org.uk*. [Internett]
Available at:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained>
[Funnet Desember 2019].

The Pharmacists' Defence Association, 2012. *A opportunity to increase demand for pharmacists*. [Internett]

Available at: <https://www.the-pda.org/devolution-an-opportunity-to-increase-demand-for-pharmacists/> [Funnet 5. desember 2019].

Tonna, A., Stewart, D., West, B. & McCaig, D., 2007. Pharmacist prescribing in the UK – a literature review of current practice and research. 32: 545-556.. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Volum 32, pp. 545-556.

Toverud, E.-L., Hartmann, K. & Håkonsen, H., 2015. A systematic review of physicians' and pharmacists' perspectives on generic drug use: What are the global challenges?. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13(1), pp. 35-45.

Toverud, E.-L. & Håkonsen, H., 2019. *Kommunefarmasi i Norge: En studie over hva farmasøyer bidrar med og hva de mener det er behov for av farmasøytiske tjenester i kommunehelsetjenesten*, s.l.: Universitetet i Oslo.

Tverborgvik, E., Aasen, H., Krüger, K. & Irgens, M. M. B., 2012. Legemiddelgjennomganger på sykehjem i

Bergen kommune. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, Volum 6, pp. 14-17.

Viktil, K. K. & Blix, H. S., 2008. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, Volum 102, pp. 275-280.

Walter, A. B. & Fredriksen, G., 2014. *Utredning farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling*, s.l.: Helsedirektoratet.

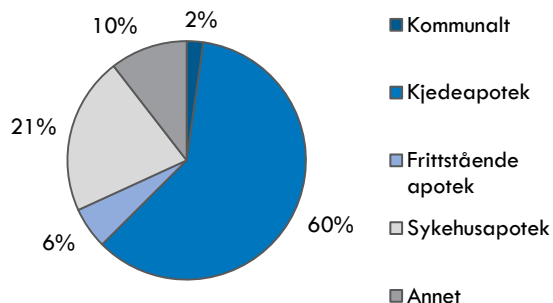
Weeks, G., George, J., Maclure, K. & Stewart, D., 2016. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Systemiv Review*, Issue 11.

Welle-Nilsen, L. K., Morken, T., S., H. & Granas, A., 2011. Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(1), pp. 39-44.

Wright, D., 2016. A rapid review of evidence regarding clinical services commissioned from community pharmacies. *Murray Review of clinical services in community pharmacy*.

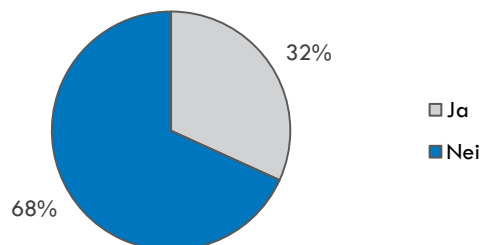
Vedlegg – Deskriptiv statistikk

Figur 1: Farmasøyters ansettelsessted



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvor er du primært ansatt?». N=267

Figur 2: Andel av andre og sykehusfarmasøyter som arbeider mot primærhelsetjenesten



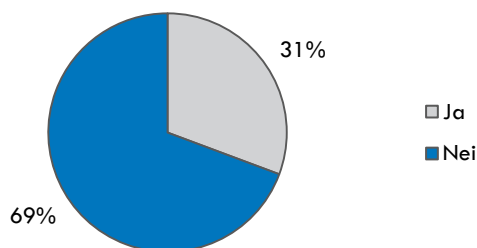
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Jobber du mot primærhelsetjenesten?». Spørsmålet ble bare stilt til farmasøyter som svarte at de jobbet på sykehusapotek eller annet. N=85

Figur 3 Apotekfarmasøyters arbeidsoppgaver rangert ut fra de mest utbredte

Rangering	Arbeidsoppgave
1	Reseptekspedering i apotek
2	Informasjon og rådgivning om legemidler til pasienter
3	Spesifikke tjenester til pasienter (Medisinstart/oppstartsamtaler, inhalasjonsveiledning, vaksine, etc.)
4	Administrative oppgaver
5	Multidose
6	Undervisning/opplæring av helsepersonell
7	Kvalitetssikring/revisjon
8	Legemiddelgjennomgang
9	Annet (utdyp gjerne i neste spørsmål)
10	Anbudsprosesser
11	Legemiddelhåndtering på systemnivå (f.eks. legemiddelkomité)

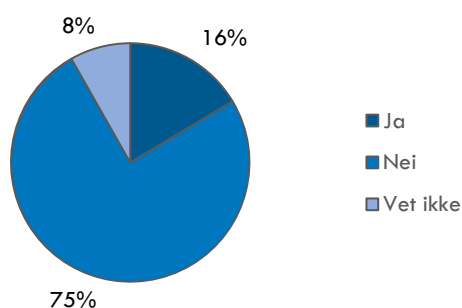
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hva består dine primære arbeidsoppgaver som kommunefarmasøyt av?». N=267

Figur 4: Apotekfarmasøyter som jobber på apotek samlokalisert med legekontor



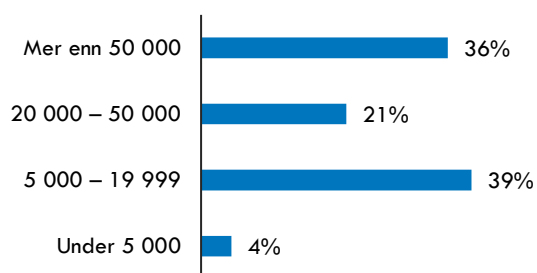
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Er apoteket du er ansatt ved samlokalisert med et legekontor?». N=176

Figur 5: Farmasøyter i tverrfaglig team



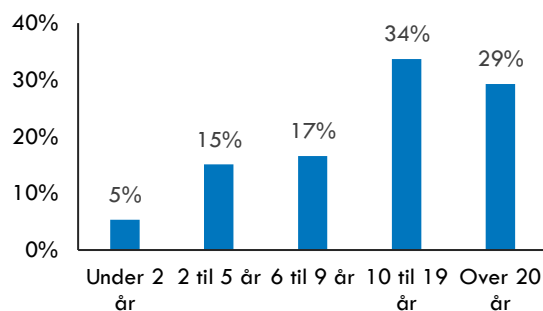
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Inngår du i et tverrfaglig team i det daglige arbeidet ditt?». N=207

Figur 6: Antall innbyggere i kommunen



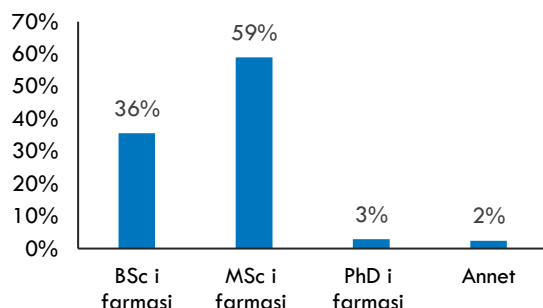
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvor mange innbyggere er det i den kommune du er ansatt? N=205

Figur 7: Antall år personen har jobbet som farmasøyt



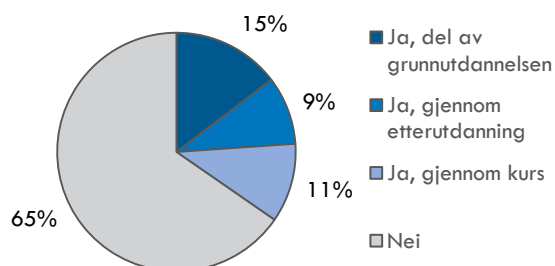
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvor mange år har du jobbet som farmasøyt?». N=205

Figur 8: Høyest fullførte utdanning innen farmasi



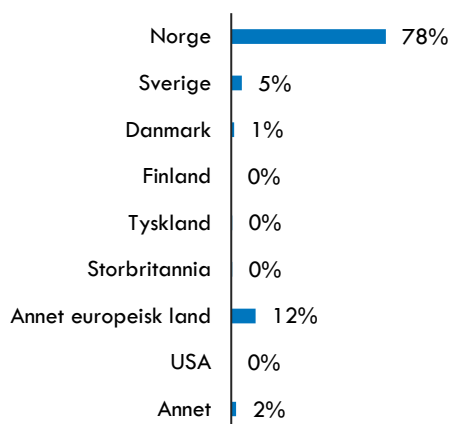
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hva er din høyest fullførte utdanning innen farmasi?». N=205

Figur 9: Andel med utdanning i klinisk farmasi



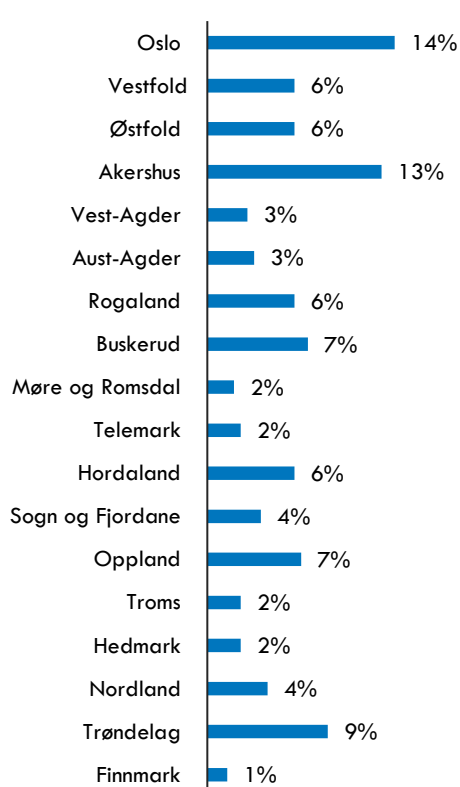
Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Har du utdanning innen klinisk farmasi? N=205

Figur 10: Hvilket land utdannelsen er fra



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilket land tok du din utdanning?». N=205

Figur 11: Fylke farmasøyten er ansatt



Kilde: Spørreundersøkelse til farmasøyter, gjennomført i desember 2019 av Oslo Economics. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilket fylke er du ansatt? N=205

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo